

FECHA DE INFORME:

Diciembre 29 de 2017

PROCESO Y/O DEPENDENCIA:

Procesos del Ministerio de Salud y Protección Social (27)

LÍDER DEL PROCESO Y/O DEPENDENCIA:

Líderes de Procesos y/o Jefes de Dependencia

TEMA DE SEGUIMIENTO:

Mapas de Riesgos de Gestión

NORMATIVA:

Política de Administración de Riesgos
 Procedimiento ASIP02 Administración de riesgos institucionales
 ASIG01 Guía para la Administración Integral de riesgos en los procesos.
 Guía para el levantamiento y Valoración de Activos de Seguridad de la Información
 Gestión Riesgo ISO31000
 Guía para la Administración del Riesgo V3 Departamento Administrativo de la Función Pública

JUSTIFICACIÓN DEL SEGUIMIENTO:

El presente informe obedece a lo ordenado especialmente, en el Decreto 648 de 2017 que entre otros, redefine los roles que deben cumplir estas oficinas y el Decreto 1499 de 2017, que actualizó el Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG, indicando que las Oficinas de Control Interno deben *revisar la efectividad y la aplicación de controles, planes de contingencia y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos claves de la entidad.*

Se advierte, que los riesgos de la seguridad de la información no fueron evaluados en esta oportunidad considerando que, a la fecha de corte del presente informe, se observó que algunos procesos no habían culminado la etapa de caracterización, aprobación y publicación de los mismos; adicional por tratarse de un ejercicio nuevo que requiere mayor sensibilización y aprendizaje. Igualmente, los riesgos de corrupción fueron excluidos por cuanto su evaluación se hace a partir del seguimiento al Plan de Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, resultados que se publicaran en enero de 2018.

GESTIÓN / ACCIONES DEL SEGUIMIENTO:

Con el objetivo de verificar el cumplimiento de las directrices contenidas en el marco normativo señalado, por parte de los líderes y equipos de trabajo de los 27 procesos documentados, se cumplieron las siguientes acciones:

1. Identificación y análisis de las metodologías y/o procedimientos establecidos en el Ministerio para la administración de los riesgos asociados a los procesos del Sistema Integrado de Gestión Institucional.
2. Análisis preliminar de los Mapas de Riesgos caracterizados y publicados en el SIGI, a 15 de diciembre de 2017.
3. Convocatoria y desarrollo de mesas de trabajo con los líderes de los procesos y sus correspondientes equipos, con el propósito de aplicar técnicas de observación, indagación, verificación, comprobación y análisis de evidencias para: i) Determinar el grado de conocimiento sobre las metodologías existentes; ii) verificar su aplicación en la caracterización de los riesgos, su administración y control; iii) identificar la forma en que se documentan y aplican

los controles; iv) analizar las evidencias de la ejecución y funcionamiento de los controles; v) revisar la efectividad de los controles; vi) detallar las acciones de los planes de contingencia; vii) establecer el cumplimiento de las acciones de los planes de mejora y/o verificar la pertinencia de las acciones establecidas para fortalecer los controles existentes y, ix) Determinar los mecanismos empleados por los procesos para revisar y hacer seguimiento a los riesgos.

4. Consolidación de la información.
5. Elaboración de informe.

OBSERVACIONES Y/O SUGERENCIAS:

En mesa de trabajo con la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, y consultas efectuadas en la documentación existente en el Sistema Integrado de Gestión, la Oficina de Control Interno identificó:

ACTUALIZACIÓN POLÍTICA DE RIESGOS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS

La Oficina de Planeación y Estudios Sectoriales, como líder del proceso estratégico Administración del Sistema Integrado de Gestión Institucional, durante los meses de agosto y septiembre de 2017, adelantó la actualización de la Política de Administración de Riesgos, el procedimiento *Administración de Riesgos Institucionales* y la *Guía para la administración integral de riesgos en los procesos*. La citada Oficina explica que el ajuste obedece a la necesidad de unificar criterios, estandarizar categorías y parámetros e integrar bajo una misma guía y procedimiento metodológico, la identificación y administración de riesgos por procesos, de seguridad de la información y corrupción.

Para el efecto, se trabajó de manera conjunta con la Oficina de Tecnológicas de la Información y las Comunicaciones, tomando como insumos, técnicas, métodos y estrategias definidas e implementadas por la Presidencia de la República, el Departamento Administrativo de la Función Pública, el Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y con la experiencia de los consultores de las dos oficinas, se homologaron las metodologías existentes.

Los cambios fueron los siguientes:

- a) Unificación de criterios y estándares para el manejo de los riesgos por procesos, de seguridad de la información y corrupción.
- b) Se definieron categorías para los riesgos de seguridad de la información: i) Modificación o eliminación no autorizada de información. ii) Interrupción en la prestación del servicio. iii) Revelación no autorizada de Información. iv) Pérdida de Integridad de la Información.
- c) Se asociaron causas y consecuencias una a una, como aplicación del metalenguaje.
- d) Se ajustó la definición de la probabilidad e impacto del riesgo inherente. Para la primera se dejó los criterios empleados por el DAFP, es decir se evalúa en términos de factibilidad y frecuencia. El impacto de los riesgos de corrupción se obtiene de acuerdo con las respuestas a un cuestionario de 18 preguntas definidas por la Presidencia de República en la Guía para la Gestión del Riesgos de Corrupción. Para riesgos de procesos se utilizan cinco escalas (insignificante, menor, moderado, mayor y catastrófico) aplicando una tabla, *donde se selecciona el tema que tendría mayor afectación con la materialización del riesgo identificado, y escoge la consecuencia potencial que tendría. El impacto de los riesgos de seguridad de la información, el impacto se evalúa de acuerdo con la criticidad de(los) activo(s) de información del proceso que se pueden ver afectados por la materialización del riesgo.*
- e) Estandarización de preguntas para calificar controles para los tres tipos de riesgos: ¿Está documentada la aplicación del control? ¿Están definidos los responsables de aplicarlo? ¿El control es automático? ¿El control es manual? ¿La frecuencia de ejecución del control es adecuada? ¿Se tienen evidencias de la ejecución del control? ¿El control ha sido efectivo? Adicional cada control debe contemplar su explicación y la descripción del sitio de su documentación.

- f) El tratamiento de riesgo residual se estandarizó para todos: *Para los riesgos ubicados en zona baja, la opción de tratamiento es asumir y se debe formular acciones de contingencia. Para los riesgos ubicados en zonas extremas, altas o moderadas la opción de tratamiento es diferente a asumir y se debe formular acciones para crear o mejorar los controles existentes.*

SOCIALIZACIÓN DE LA POLÍTICA DE RIESGOS Y METODOLOGÍAS ASOCIADAS

En cuanto a la metodología empleada para la socialización de la nueva documentación y su aplicación, la Oficina de Planeación informó que se realizó a través del acompañamiento y asesoría a cada uno de los procesos por parte de un servidor del Grupo de Desarrollo Organizacional.

POLÍTICA DE RIESGOS

La actualización de la Política de Riesgos fue aprobada por el Comité Coordinador del Sistema de Control Interno en sesión del 22 de diciembre de 2017, en los siguientes términos:

El Ministerio de Salud y Protección Social se compromete a administrar los riesgos de gestión y de seguridad de la información que puedan impedir el cumplimiento de los objetivos de sus procesos, así como los riesgos de posibles actos de corrupción, para lo cual dispone de un sistema que permite su identificación, valoración, control y monitoreo con el que garantiza la implementación oportuna de acciones y controles para dar un tratamiento adecuado y efectivo y así evitar su materialización.

La política de administración de riesgos está determinada por las siguientes opciones de tratamiento:

Riesgos valorados después de controles y situados en zonas altas, extremas o moderadas: Evitar, reducir, compartir o transferir el riesgo a través de la formulación de acciones frente a los controles.

Riesgos valorados después de controles en zonas bajas: Formular acciones de contingencia en caso de materialización (asumir el riesgo).

Sobre la Política, la Guía para la Administración Integral de Riesgos en los Procesos señala:

Nota 1: Esta política es aprobada por el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno y debe ser revisada por lo menos una vez al año para su actualización, en caso de ser necesario.

Nota 2: La caracterización de los riesgos es apoyada por la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales en temas de gestión de procesos y corrupción, la Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación en temas de seguridad de la información, y la Oficina de Control Interno en su rol de evaluador independiente.

Nota 3: Los líderes de procesos, Jefes de Dependencia y sus respectivos equipos de trabajo deben realizar el monitoreo a la gestión del riesgo que se está realizando, analizando la efectividad de los controles establecidos y el contenido de los informes allegados frente a la administración de los riesgos, para ajustar los mapas en caso de ser necesario.

CONTEXTO ESTRATÉGICO

El contexto estratégico, publicado en el SIGI data de 2014, sin que se haya revalidado para la actualización de la Política y Metodologías.

En cuanto al Contexto Estratégico la Guía para la Administración Integral de Riesgos en los Procesos indica:

Son las condiciones internas y del entorno, que pueden generar eventos originando oportunidades o afectando negativamente el cumplimiento de la misión y los objetivos de una institución.

Para esto se aplica una herramienta de análisis generalmente aceptada, denominada matriz DOFA, realizando un análisis del entorno y el ambiente organizacional, identificando dos categorías: a) factores externos (amenazas y oportunidades), siendo las primeras, las situaciones que pueden atentar contra un desempeño eficiente y las oportunidades, aquellas condiciones que pueden contribuir al logro de los resultados institucionales, b) factores internos (debilidades y fortalezas), siendo las primeras, las falencias institucionales que le obstaculizan o imposibilitan el desempeño eficiente, eficaz y efectivo, y las segundas las potencialidades con que cuenta la organización para su desarrollo.

Nota 1: *El Contexto Estratégico se debe revisar por lo menos una vez al año, con el propósito de identificar posibles factores que permitan conocer la exposición a nuevos riesgos.*

Nota 2: *El Contexto Estratégico puede definirse a través de reuniones estratégicas y/o de planificación estratégica.*

RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

A continuación, se describen por procesos, las observaciones que de manera puntual la Oficina de Control Interno efectúa sobre el seguimiento que se adelantó sobre los riesgos de gestión de procesos.

PROCESO	LÍDER DEL PROCESO/RESPONSABLE	CATEGORÍA DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	CLASE	VALORACIÓN DEL RIESGO	OBSERVACIONES DE SEGUIMIENTO
Administración del Sistema Integrado de Gestión Institucional	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales	Incumplimiento de Compromisos	en la ejecución de las actividades relacionadas con la implementación y mantenimiento del Sistema Integrado de Gestión	Estratégico	BAJA	<p>Se sugiere verificar la explicación del riesgo, por cuanto la materialización del mismo se presenta cuando no se cumplen todos los requisitos establecidos en el marco legal vigente los cuales deben ser adoptados y aplicados por las entidades para el establecimiento y mantenimiento del Sistema de Gestión.</p> <p>El cronograma es el medio que se emplea para supervisar y controlar el desarrollo de todas y cada una de las actividades definidas en un proceso de planeación, el cual puede ser modificado de acuerdo con las situaciones, circunstancias o nuevas condiciones que se puedan presentar. En estos términos el cronograma es un control, como efectivamente está definido por el proceso.</p> <p>De acuerdo con el Grupo de Desarrollo Organizacional, el cronograma se elabora a final de cada vigencia, que se ha hecho más exigente en la medida que además de los sistemas de calidad y control interno, se debe incluir el sistema de seguridad de la información, el sistema de gestión ambiental y el sistema de seguridad y salud en el trabajo. La metodología empleada es a través de reuniones con todos los servidores del GDO.</p> <p>En cuanto a la participación de la Alta Dirección se evidencia de acuerdo con el GDO, en las actas de la Revisión de la Alta Dirección en las que se dan lineamientos que sirven de insumo para el cronograma. Así como en la revisión del cronograma que hace la jefatura de la Oficina de Planeación, como representante de la Alta Dirección para la implementación del Sistema.</p> <p>En cuanto a la participación de las dependencias, se habló específicamente de la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y su trabajo conjunto para la realización de las auditorías. Y de la Subdirección de Gestión de Talento Humano, por el tema del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.</p> <p>Se sugiere mejorar la explicación de los controles frente a la probabilidad y el impacto. Dar respuesta a preguntas como: En qué consiste específicamente el control? cómo se aplica? Con qué frecuencia se aplica? (Número de veces que se ejecuta o se realiza durante un periodo o un espacio determinados)</p> <p>En cuanto a los controles frente al impacto, se sugiere su revisión, por cuanto las Auditorías internas y externas de calidad, las sesiones de los Comités Institucional de Desarrollo Administrativo y de Coordinación del Sistema de Control Interno, son actividades que responden más a controles preventivos, que de impacto. Los tres dan alertas o lineamientos sobre los cuales hay que trabajar para evitar posibles incumplimientos, que es justamente cuando se materializa el riesgo. Los controles frente al impacto, deben definirse para reducir la magnitud de las consecuencias del riesgo y no se observa cómo una auditoría o una sesión de uno de los dos Comités, podrían mitigar los resultados del riesgo, en caso de presentarse. Más aún cuando en las actas de dichos Comités no se observa que el cronograma haya sido presentado.</p> <p>La definición de los controles frente a la frecuencia de aplicación de los mismos no es comprensible para todos los casos: se sabe que el cronograma se elabora anualmente, y que su revisión se hace semanal y bimestralmente en los Subcomités. Pero para el caso de los controles frente a la probabilidad: Proyecto de inversión, Equipo de facilitadores capacitado y Metodologías definidas, no resulta tan fácil dar respuesta a la pregunta: (La frecuencia de ejecución del control es adecuada?)</p>
Direccionamiento Estratégico	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales	Decisiones Erróneas	durante el diseño y aplicación de la metodología para cada una de las investigaciones	OPERATIVO	Moderada	<p>El mapa de riesgos no se ha actualizado a la nueva metodología.</p> <p>Las acciones del Plan de Mejoramiento frente a controles no se han cumplido.</p> <p>Se sugiere que en la actualización que se adelanta del Mapa se apliquen metodologías que permitan tener una mejor definición de causas y consecuencias y con ello mayor precisión en el establecimiento de controles y por ende de su descripción y explicación.</p>
Direccionamiento Estratégico	Coordinador Grupo de Cooperación y Relaciones Internacionales	Incumplimiento Legal	en los tiempos de respuesta para garantizar la participación en los espacios internacionales priorizados	Cumplimiento	BAJA	<p>El mapa de riesgos no se ha actualizado a la nueva metodología.</p> <p>Se sugiere que en la actualización que se adelanta del Mapa, se mejore la definición de causas internas y externas, los controles, su explicación y ubicación, así como las acciones de contingencia, porque figuran como controles frente al impacto y su conceptualización es diferente.</p>

PROCESO	LÍDER DEL PROCESO/RESPONSABLE	CATEGORÍA DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	CLASE	VALORACIÓN DEL RIESGO	OBSERVACIONES DE SEGUIMIENTO
Direccionamiento Estratégico	Coordinador Grupo de Cooperación y Relaciones Internacionales	INEXACTITUD	ante la planeación de convenios de Cooperación Internacional	Cumplimiento	BAJA	<p>El mapa no se ha actualizado a la nueva metodología. Se sugiere que durante su actualización se verifiquen los controles definidos para establecer la frecuencia de las capacitaciones, la actualización de lineamientos y la participación de la Oficina Asesora de Planeación en la formulación de iniciativas de cooperación. La explicación de los controles frente a la probabilidad, obedece más a una descripción de actividades cumplidas que al control propiamente dicho.</p> <p>Se sugiere redefinir los controles frente al impacto, por cuanto las consecuencias ante la materialización de una inexactitud durante la planeación de convenios de Cooperación Internacional, no se mitigan con la evaluación de convenios de cooperación internacional o con un Manual de Gestión de Convenios de Cooperación Internacional. Los dos se podrían catalogar como controles preventivos. Las acciones descritas como contingentes, se asimilan a acciones para mejorar los controles pero no para implementarlas ante la materialización de una inexactitud durante la planeación de convenios de Cooperación Internacional.</p> <p>Adicionalmente, se menciona el Manual de Gestión de Convenios de Cooperación Internacional, no obstante, dentro de la documentación adjunta al proceso solo se encontró la GUÍA METODOLÓGICA PREPARACIÓN INSUMOS TÉCNICOS ESCENARIOS INTERNACIONALES</p>
Gestión de las Comunicaciones Públicas y Estratégicas	Coordinador del Grupo de Comunicaciones	Inexactitud	al divulgar información imprecisa, inoportuna o inconveniente a través de los medios de comunicación oficiales de la entidad	Imagen	MODERADA	<p>La política institucional de comunicaciones figura como un control frente a la probabilidad. Política que debía ser actualizada teniendo en cuenta el manejo de crisis, la nueva imagen institucional y la comunicación virtual a través de los nuevos canales.</p> <p>No obstante el proceso no presentó soportes que demostraran el avance en su actualización ni proyecto de acto administrativo para adoptarla.</p> <p>Razón por la cual las acciones de mejora frente a controles, deberían prorrogarse, sin olvidar que es urgente su actualización, aprobación, adopción y socialización para evitar que directrices dadas desde la presidencia de la República se obvien y se pueda materializar el riesgo.</p> <p>El Plan de Comunicaciones se define como control frente a la probabilidad. El proceso presentó como soportes, un calendario en el que se observan los eventos que el Ministerio debe liderar o sobre los que el Ministerio debe desarrollar una estrategia comunicacional.</p> <p>El Plan de Comunicaciones es aprobado por el Coordinador del Grupo de Comunicaciones, cuyo presupuesto, informan, es señalado en el plan de acción.</p> <p>Se sugiere reformular el plan de comunicaciones, de tal manera que incluya o recoja entre otros, estrategias, públicos, recursos, objetivos, acciones de comunicación interna y externa, metas cronograma y métodos de evaluación.</p> <p>Se omite la explicación de los controles.</p> <p>En cuanto a la acción de mejora frente a controles, se menciona la realización de consejos de redacción para definir y analizar los temas y estructura técnica del contenido a divulgar en el informativo Semana MinSalud. Como soportes de su ejecución, el proceso observa que corresponden a formatos de reuniones sin que en los mismos se especifique que efectivamente corresponde a Consejos de Redacción.</p> <p>No se observó actualización del procedimiento GCMPO2 Gestión de la Comunicación Interna, incluyendo la realización de consejos de redacción para el informativo Semana MinSalud.</p>
Mejora Continua	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales - Coordinador del Grupo de Desarrollo Organizacional	Incumplimiento de Compromisos	al no realizar en forma oportuna las Auditorías Internas del Sistema Integrado de Gestión	Cumplimiento	BAJA	<p>Se recomienda replantear la redacción del riesgo <i>Incumplimiento de compromisos al no realizar en forma oportuna las Auditorías Internas del Sistema Integrado de Gestión</i>, por cuanto el mismo se presenta cuando no se cumple con el programa de auditorías internas del sistema integrado de gestión, el cual está sujeto a ajustes o reprogramaciones. Es decir, el término "oportuno" depende de estas reprogramaciones, razón por la cual el riesgo no sería posible en la medida en que se efectúan dichos ajustes.</p> <p>Adicional, las Auditorías Internas de Gestión, son un mecanismo, si se quiere una fuente más para la mejora. El riesgo debe ir enfocado al objetivo del proceso.</p> <p>Dado que la acción contingencia planteada es "Solicitar presupuesto adicional para el mantenimiento del Sistema Integrado de Gestión Institucional", y una vez analizada la acción, no corresponde a una acción de contingencia sino a una acción preventiva, se recomienda replantear la acción, para atender la contingencia que se presente de materializarse el riesgo.</p> <p>Actualmente la Oficina, viene realizando periódicamente capacitaciones en los temas referentes a las auditorías, por lo que se sugiere estudiar la posibilidad de incluir dichas capacitaciones como un control establecido para subsanar las causas identificadas.</p>
Transversalización del Enfoque Diferencial	Jefe Oficina de Promoción Social	Inexactitud	en la elaboración de los lineamientos para la transversalización del enfoque diferencial	Operativo	BAJA	<p>Se evidenció la actualización del Mapa de Riesgos conforme a la nueva metodología.</p> <p>Tanto el procedimiento como la Guía son conocidos por el proceso.</p> <p>El estudio de causas tanto internas como externas, tiene una estrecha relación con los controles que se vienen aplicando para evitar la materialización del riesgo.</p> <p>El formato que se encuentra publicado, no posee fecha de aprobación.</p>
Gestión para la Innovación y Adopción de las Mejores Prácticas de TIC	Jefe de la Oficina de TIC	DECISIONES ERRÓNEAS	DECISIONES ERRÓNEAS EN LA SELECCIÓN DE LAS MEJORES PRÁCTICAS DE TIC A ADOPTAR O DE LAS ESTRATEGIAS PARA SU IMPLEMENTACIÓN	operativo	BAJA	<p>Se evidenció la actualización del Mapa de Riesgos conforme a la nueva metodología.</p> <p>Tanto el procedimiento como la Guía son conocidos por el proceso.</p> <p>Los controles están documentados y están siendo aplicados.</p> <p>Se sugiere ampliar la explicación del control en cuanto a la forma como se aplican.</p>
Gestión de Servicio al Ciudadano	Coordinador Grupo de Atención al Ciudadano	Incumplimiento Legal	Incumplimiento Legal al tramitar fuera de términos una petición del ciudadano	Cumplimiento	MODERADA	<p>El mapa de Riesgos del Proceso no ha sido actualizado a la nueva metodología.</p> <p>Figura como controles el procedimiento GSC01 Gestión de Servicio al ciudadano y la Resolución 3687 del 17 de Agosto de 2016 que reglamenta el trámite interno de las PQRS.</p> <p>Controles que no son efectivos ni suficientes en la medida que el riesgo se materializa periódicamente, como se evidencia en los informes semestrales de PQRS.</p> <p>El control frente al impacto y la acción de contingencia es la misma: Remitir informe de PQRS a la Oficina de Control Interno Disciplinario.</p> <p>Se sugiere la redefinición o fortalecimiento de los controles. El hecho de contar con un procedimiento estandarizado y una resolución, no han garantizado la oportunidad en la respuesta a todos los requerimientos de los ciudadanos. Igualmente, remitir el informe semestral de PQRS a la OCID no mitiga el impacto frente a la materialización del riesgo. No es un control oportuno.</p>
Ciclo de Vida y Reingeniería de Sistemas de Información	Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación-TIC	Inexactitud	el desarrollo o actualización del software de los sistemas de información misionales	Tecnología	BAJA	<p>La actualización del mapa de riesgos del proceso evidencia una mejor definición de los controles con respecto al anterior.</p>
Ciclo de Vida y Reingeniería de Sistemas de Información	Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación-TIC	Incumplimiento de Compromisos	la entrega del software	Tecnología	BAJA	<p>Las evidencias de su ejecución fueron revisadas observándose cumplimiento de las mismas y la operación efectiva de los controles.</p>
Ciclo de Vida y Reingeniería de Sistemas de Información	Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación-TIC	USO INDEBIDO DE INFORMACIÓN PRIVILEGIADA	Uso indebido de información privilegiada durante la generación de cruces o extracción de información de las bases de datos de los sistemas de información misionales	OPERATIVO	BAJA	<p>Se sugiere fortalecer la descripción de la explicación de los controles.</p>

PROCESO	LÍDER DEL PROCESO/RESPONSABLE	CATEGORÍA DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	CLASE	VALORACIÓN DEL RIESGO	OBSERVACIONES DE SEGUIMIENTO
Análisis de Recursos del SGSSS y Planeación Financiera Territorial	Dirección de Financiamiento Sectorial / Grupo Sostenibilidad Financiera y Flujo de los Recursos del SGSSS	INEXACTITUD	durante el análisis y elaboración de los documentos técnicos de sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud	OPERATIVO	BAJA	El proceso advirtió, que a la fecha se encontraba en proceso de actualización de la caracterización de los riesgos. La aplicación de la metodología no les resulta fácil aplicarla. Explica el proceso que el riesgo se puede presentar en la medida que parte de la información utilizada como fuente para la elaboración de los documentos técnicos sea reportada por los diferentes actores del Sistema con inconsistencias o por fuera de los términos requeridos. En otras palabras, la inexactitud puede obedecer a posibles reportes de terceros con inconsistencias o por fuera de términos. No obstante, dentro de los controles no se observa uno que esté enfocado a verificar que los diferentes actores remitan la información sin inconsistencias en términos, o que minimice este riesgo. Los controles existentes se refieren a los vistos buenos que los documentos reciben del Profesional, Coordinador y Director durante el análisis y elaboración de los documentos técnicos de sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El control denominado Capacitaciones presenciales individuales o en grupo para cada uno de los temas tratados por la Dirección de Financiamiento Territorial. Si podría minimizar el hecho de que terceros remitan información con yerros.
Análisis de Recursos del SGSSS y Planeación Financiera Territorial	Dirección de Financiamiento Sectorial / Grupo Sostenibilidad Financiera y Flujo de los Recursos del SGSSS	decisiones erróneas	durante la consolidación y validaciones de los Planes Financieros Territoriales en Salud.	Operativo	BAJA	Actualizar la descripción del control: Lineamientos estandarizados definidos para la presentación de Planes Financieros Territoriales de Salud, por cuanto la Resolución 4015 de 2013 fue sustituida por la Resolución 4834 de 2015. El control denominado: Proceso APFC01 Análisis de Recursos del SGSSS y Planeación Financiera Territorial, y procedimientos asociados. APFP02 Planes Financieros Territoriales de Salud, no constituyen en si un control obedecen a la descripción de las actividades que se deben cumplir. Tampoco se evidenció su actualización.
Análisis de Recursos del SGSSS y Planeación Financiera Territorial	Dirección de Financiamiento Sectorial / Grupo Sostenibilidad Financiera y Flujo de los Recursos del SGSSS	INEXACTITUD	En la información de los resultados en aplicación de las medidas de aclaración y saneamiento de los recursos del sector.	OPERATIVO	MODERADA	En la descripción del riesgo señala que se puede presentar en la medida que la calidad de la información presentada por los actores del SGSSS no cumpla con los parámetros definidos, conlleve a la inexactitud en la generación de los resultados, quedando implícito como una única causa la falta de calidad de la información presentada por los actores del SGSSS no cumpla con los parámetros definidos. Es importante mejorar la descripción de los controles y su explicación y aplicación. Los controles no están atacando las causas por lo que se sugiere su fortalecimiento. Igual sucede con el control frente al impacto: Resultados de los Informes.
Desarrollo del Talento Humano en Salud	Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud / Grupo Formación del Talento Humano en Salud	INCUMPLIMIENTO DE COMPROMISOS	en la adjudicación de las becas crédito en salud.	CUMPLIMIENTO	BAJA	La definición del riesgo no se enfoca a la generalidad del objetivo del proceso, sino solo a una de las funciones de la Dirección de Gestión de talento Humano en Salud. La Oficina de Control Interno adelantó auditoría al Proceso ABC Adjudicación, Renovación y Condicionamiento de Becas Crédito en Salud, evidenciándose debilidad en los controles. Se sugiere realizar un proceso de identificación, análisis y valoración de riesgos teniendo en cuenta la integralidad del objetivo del proceso. Para el riesgo definido, frente adjudicación de las becas crédito en salud, es importante que se fortalezca la definición de causas, consecuencias y controles, así como la explicación y su aplicación. Para ello se sugiere considerar los hallazgos y observaciones planteadas por la Oficina de Control Interno en el informe en cita.
Gestión de la Protección Social en Salud	Director de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud	Incumplimiento Legal	Incumplimiento legal en la actualización o definición de los estudios análisis o herramientas para las exclusiones del sistema o ampliación progresiva del Plan de Beneficios	Cumplimiento	BAJA	El proceso explica que la actualización de los riesgos fue efectivamente surtida, pero que están pendientes de su publicación en la Intranet. Los controles frente a la probabilidad están documentados y están siendo aplicados De acuerdo con la explicación de la dependencia el control Plan de adquisiciones, ataca la causa de insuficiencia de personal, en la medida en que se hace programación de necesidades de recurso humano. Ha sido efectivo dado que se cuenta con el personal necesario para la elaboración y actualización de estudios y análisis o herramientas de exclusiones. Los proyectos de inversión se definen como control, porque es una herramienta de seguimiento y ejecución, de planeación de los recursos y contempla las actividades necesarias para exclusiones del sistema o ampliación progresiva del plan de beneficios. Se realiza el seguimiento en cuanto al producto y avance financiero, de manera mensual. En el formato documentado en el SIGI. Se sugiere, concreción en la definición de los controles, explicación precisa del control en la columna respectiva. Igualmente se recomienda reconsiderar la definición de controles frente al impacto, teniendo en cuenta que el seguimiento a los cronogramas de trabajo, se caracteriza más por su función preventiva, control que no permitiría atenuar las consecuencias de un posible incumplimiento legal en la actualización o definición de los estudios análisis o herramientas para las exclusiones del sistema o ampliación progresiva del Plan de Beneficios.
Gestión de la Protección Social en Salud	Director de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud	Inexactitud	Inexactitud durante la recepción y validación de la información pertinente para el cálculo de costos y tarifas.	Tecnología	MODERADA	El riesgo fue actualizado a la nueva metodología pero no ha sido publicado en la Intranet. Es importante robustecer la definición de causas y controles. Ejemplo, se explica que la inexactitud durante la recepción y validación de la información pertinente para el cálculo de costos y tarifas, se presenta cuando las tecnologías existentes afectan la recepción, disponibilidad y la capacidad de procesamiento de la información, no obstante como control preventivo describen: Comunicadas a los entes responsables de la entrega o reporte de información a la Dirección de regulación de beneficios, costos y tarifas del aseguramiento en salud Dado lo anterior, se sugiere verificar los análisis de causas y por ende la determinación de controles, así como su explicación, aplicación y documentación que los soporta.
Gestión de la Protección Social en Salud	Director de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones	Decisiones Erróneas	Decisiones erróneas durante la solicitud de autorización y realización del seguimiento y control a las entidades autorizadas para realizar afiliación colectiva al Sistema de Seguridad Social Integral	operativo	BAJA	Se cumplió la actualización del riesgo, pero no ha sido publicado en la Intranet. Se sugiere verificar la descripción de los controles, su ubicación y aplicación. Así mismo, verificar la definición del control frente al impacto, el cual no debería recaer en el usuario por cuanto la negación de una solicitud de afiliación colectiva o cancelación de una autorización existente, es producto de una mala interpretación de los requisitos exigidos y no del usuario que la solicita.
Gestión de las Intervenciones Individuales y Colectivas para La Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad	Director de Promoción y Prevención	Decisiones Erróneas	Decisiones Erróneas durante la planificación de los recursos financieros, humanos y técnicos para las intervenciones colectivas e individuales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	Estratégico	BAJA	Se sugiere verificar el objetivo del proceso frente a la explicación del riesgo. El primero habla de políticas, planes, programas, proyectos y de otras acciones en salud pública, en tanto que la explicación del riesgo, solo aplicaría para establecimiento de las metas asociadas a los programas. Frente al control preventivo: Subcomité Integrado de Gestión de la Dirección de Promoción y Prevención, la remisión e las actas a la Oficina de Control Interno se hace semestral, por lo que se sugiere su remisión conforme a lo estipulado en la Resolución 2624 de 2013. Se sugiere verificar la explicación y descripción de los controles, por cuanto se evidenció que los indicadores propuestos en las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública y la Asistencia Técnica están documentados. Así como la Reorganización de los recursos y prioridades de las Dirección y los Instrumentos institucionales para dar viabilidad a la prioridad identificada. Así mismo es importante verificar las acciones de contingencia, en razón a que también se describen como controles frente al impacto.
Gestión de las Intervenciones Individuales y Colectivas para La Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad	Director de Promoción y Prevención	Incumplimiento Legal	Incumplimiento Legal durante la formulación de normas, políticas, planes y programas para las intervenciones colectivas e individuales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Estratégico	BAJA	Se sugiere verificar el objetivo del proceso frente a la explicación del riesgo. Es importante mejorar la descripción de los controles frente a la probabilidad e impacto, su explicación, ubicación y aplicación.

ds

PROCESO	LÍDER DEL PROCESO/RESPONSABLE	CATEGORÍA DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	CLASE	VALORACIÓN DEL RIESGO	OBSERVACIONES DE SEGUIMIENTO
Gestión de la Prestación de Servicios en Salud	Jefe de la Oficina de Calidad	Decisiones Erróneas	Decisiones Erróneas en el desarrollo de las Guías de Práctica Clínica	OPERATIVO	BAJA	<p>El proceso Gestión de la Prestación de Servicios en Salud, esta liderada por tres dependencias: Oficina de Calidad, Dirección de Prestación de Servicios y la Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres. Las dos primeras caracterizaron riesgos de procesos en tanto que la última definió solo un riesgo de corrupción. La razón, de acuerdo con la Oficina, está en la cantidad de recursos que maneja y en la necesidad de controlar posibles decisiones que puedan favorecer a intereses propios o de terceros.</p> <p>El riesgo controlado por la Oficina de Calidad se encuentra en actualización.</p> <p>El control "Convocatoria participativa a las reuniones de desarrollo de las Guías de Práctica Clínica", que no está documentado, aunque se evidencian los correos de invitación, no es efectivo por cuanto no todos los representantes de las áreas misionales asisten a las reuniones técnicas para el desarrollo de las Guías. Materializándose de esta manera el riesgo, en la medida que el riesgo justamente se presenta cuando el desarrollo de la Guía de Práctica Clínica no involucra la participación de los representantes de las áreas técnicas, las Direcciones o jefes de Dependencias Misionales.</p> <p>No se observa la explicación de los controles, operación y ubicación.</p> <p>Se sugiere establecer y documentar controles efectivos.</p> <p>Se recomienda la redefinición de acciones de contingencia. La única descrita opera también como control frente al impacto.</p>
Gestión de la Prestación de Servicios en Salud	Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria	Decisiones Erróneas	Decisiones Erróneas en la programación y realización de la visita previa de verificación al servicio oncológico para el cual se solicitó la habilitación	OPERATIVO	BAJA	<p>El riesgo controlado por la Dirección de Prestación de Servicios se encuentra en actualización.</p> <p>Se sugiere unificar los controles denominados: REPS con documentos soporte de la novedad de apertura registrada por la Dirección Territorial de Salud y REPS con inscripción del servicio en el reporte de novedades de servicios oncológicos.</p> <p>Se recomienda redefinir el control Informe de resultados de la verificación convalidado en mesa de evaluación, por cuanto el control real es la Mesa de Evaluación que le corresponde validar el informe de resultados de la verificación.</p> <p>No se observa la explicación de los controles.</p> <p>La explicación del control Asistencia técnica a las Direcciones Territoriales Departamentales y Distritales para que entreguen información correcta a los prestadores y al Ministerio de Salud y Protección Social, no corresponde. Adicional se menciona el Comité Técnico de Habilitación, que oficialmente no está creado.</p> <p>Se sugiere verificar los controles frente al impacto, en la medida que tienen un carácter preventivo, se tendría que hablar de reprogramación.</p>
Gestión de la Prestación de Servicios en Salud	Director de Prestación de Servicios y Atención Primaria	Inexactitud	Inexactitud al reunir y analizar la evidencia normativa, técnica o científica vigente, relacionada con los temas que fueron clasificados como los que podrían generar actualización normativa de los manuales de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud, de habilitación de redes integrales de prestadores de servicios de salud y de Habilitación de las Unidades Funcionales para la Atención Integral de Cáncer del Adulto "UFCA" y las Unidades de Atención de Cáncer Infantil "UACAI"	Operativo	BAJA	<p>La Dirección de Prestación de Servicios, que el nombre del riesgo se ajustó para hacerlo más concreto y comprensible.</p> <p>De igual forma los controles fueron revalidados y ajustados y se complementó su descripción y explicación.</p>
Gestión de Medicamentos y Tecnologías en Salud	Director de Medicamentos y Tecnologías en Salud	Inexactitud	de la información contenida en la ficha de regulación de precios de los medicamentos	Operativo	BAJA	<p>Este riesgo identificado en la Dirección, se identifica como el más significativo, respecto a la afectación que pudiese ocurrir de materializarse, frente al objetivo del proceso.</p> <p>Respecto al control frente a la probabilidad: "Consulta pública de: a) los mercados relevantes a observar, b) priorización de los mercados concentrados para referenciar, c) Ficha de regulación de precios de medicamentos, d) mercados relevantes a observar, e) índices IHH", se recomienda replantear el control en tanto que los literales a y d, se refieren al mismo método que se sigue para la consulta pública.</p> <p>Todas las causas internas identificadas, poseen sus correspondientes controles, los cuales ayudan a reducir la probabilidad de ocurrencia que pueda generar la materialización del riesgo.</p> <p>En el análisis que se surtió al interior de la Dirección, también se encontró, pudiese existir un riesgo relacionado con la seguridad de la información, por lo que se recomienda realizar un estudio y evaluación, para la identificación del riesgo que pueda afectar el objetivo del proceso en el área tecnológica y del uso de la información.</p>
Gestión de Medicamentos y Tecnologías en Salud	Director Unidad Administrativa - Especial Fondo Nacional de Estupefacientes	Incumplimiento de compromisos	en el abastecimiento de medicamentos del estado	Cumplimiento	BAJA	<p>Una vez analizado el riesgo, se evidencia que la única acción planteada como contingencia, no resulta suficiente en caso de materializarse el riesgo, por lo que se recomienda realizar un análisis respecto a la identificación de nuevas acciones que pueda hacer parte de este plan.</p> <p>La Oficina de Control Interno, en visita al FNE ha encontrado a través de seguimientos a inventarios, que se ha materializado el riesgo respecto a un sobreabastecimiento de medicamentos, sugiere que se identifique el riesgo, sus causas, consecuencias y controles con el fin de poner en acción un plan de contingencia que minimice el impacto que la materialización del riesgo puede generar.</p> <p>En el control frente a la probabilidad: "Resolución 443 de 5 agosto de 2016 que crea el Comité de Contratación", no es un control efectivo, por lo que se recomienda se revalidación.</p>
Integración de Datos de Nuevas Fuentes al Sistema de Gestión de Datos	Jefe de la Oficina de TIC	Inexactitud	del modelo multidimensional construido para una fuente de datos a ser incorporada a la Bodega de Datos	Tecnología	BAJA	<p>Una vez verificado, se identificó que este riesgo es el más significativo respecto al objetivo del proceso, los demás que pudiesen afectar el objetivo del proceso están relacionados con los riesgos de seguridad de la información que han sido identificados.</p> <p>Los controles frente a la probabilidad y frente al impacto se vienen aplicando de manera permanente en el desarrollo del proceso y los procedimientos asociados. De presentarse inexactitudes, se aplican los controles previamente corrigiendo las desviaciones o inadecuadas interpretaciones, en los casos que se han presentado.</p> <p>Las acciones de contingencia planteadas, reflejan el paso a paso que se debe surtir de materializarse el riesgo con el objeto de corregir y minimizar el impacto.</p>
Integración de Datos de Nuevas Fuentes al Sistema de Gestión de Datos	Jefe de la Oficina de TIC	Uso indebido de información privilegiada	durante la gestión de la información en la Bodega de Datos	Operativo	BAJA	<p>Para el control frente a la probabilidad identificado como "Lista de chequeo para la selección idónea del personal (certificaciones de contratistas) que apoya las actividades del análisis de fuentes para el Sistema de Gestión de Datos", durante el seguimiento, se identificó que este control se refiere al chequeo que realiza el Grupo de Gestión Contractual, sin embargo se realizan actividades previas respecto a la certificación de idoneidad del personal a contratar, las cuales podrían ser planteadas como el control que realmente se aplica frente al riesgo identificado, por lo que la Oficina de Control Interno sugiere se analice la posibilidad de replantear este control.</p> <p>Para el control frente a la probabilidad: "Inducción específica en la Oficina de TIC al personal que ingresa para apoyar las actividades de gestión de información, respecto al Sistema de Gestión de Datos", se evidenció que no se encuentran los soportes de las inducciones que se han realizado durante la vigencia, por lo que se recomienda realizar el registro de las inducciones, es decir la evidencia de la ejecución del control.</p> <p>Para el control frente a la probabilidad identificado como: "Pruebas de vulnerabilidad y Ethical Hacking a los servidores en los que se encuentra la Bodega de Datos (programadas)", se evidenció durante el seguimiento que el control efectivamente se encuentra documentado, y en el mapa de riesgos se señala que no se encuentra documentado, por lo que se sugiere actualizar.</p>

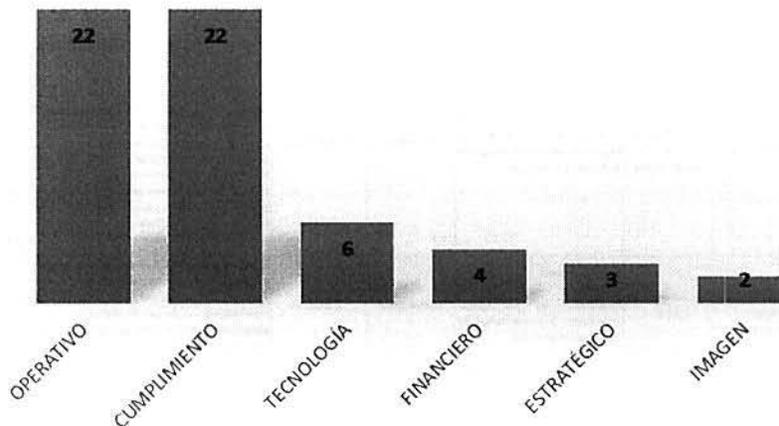
PROCESO	USUARIO DEL PROCESO/RESPONSABLE	CATEGORÍA DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	CLASE	VALORACIÓN DEL RIESGO	OBSERVACIONES DE SEGUIMIENTO
Planeación, Monitoreo y Evaluación de Resultados en Salud Pública	Director de Epidemiología y Demografía	Incumplimiento de Compromisos	en la Planeación Integral de Salud Pública	Cumplimiento	BAJA	Los coordinadores y los facilitadores se reunieron para concretar los riesgos trabajados con asesoría de la Oficina Asesora de Planeación, del cual se evidencia el envío del correo del 29/11/2017. Se recomienda actualizar el riesgo, en tanto que las acciones de contingencia identificadas son realmente controles que se vienen aplicando frente al impacto, y analizar y replantear las acciones de contingencia que se aplican una vez materializado el riesgo.
Planeación, Monitoreo y Evaluación de Resultados en Salud Pública	Director de Epidemiología y Demografía	Incumplimiento de Compromisos	en la respuesta oportuna a requerimientos de información relacionada con la gestión del conocimiento y fuentes de información	Cumplimiento	BAJA	La actualización del riesgo se evidencia con el envío del correo del 29/11/2017. En el control frente al impacto planteado como: "Envío de información describiendo los factores de la no oportunidad", se observó que no se encuentra la descripción y sitio de documentación, por lo que se sugiere actualizarlo. Durante el seguimiento, se pudo advertir con los facilitadores de la Dirección, que existen más acciones de contingencia, por lo que se recomienda incluir las acciones de contingencia, que se deben seguir en caso de materializarse el riesgo.
Planeación, Monitoreo y Evaluación de Resultados en Salud Pública	Director de Epidemiología y Demografía	Incumplimiento de Compromisos	en la disposición y entrega oportuna de la información relacionada con la vigilancia en salud pública	Cumplimiento	BAJA	La actualización del riesgo se evidencia con el envío del correo del 29/11/2017, con la versión aprobada por la Dirección. Para el control frente a la probabilidad: "Seguimiento a la disposición y entrega oportuna de la información de vigilancia en salud pública", en la explicación y sitio de documentación del control, no se ha incluido que se realizan actas, presentaciones y manuales, los cuales son presentados durante la inducción. Por lo que se sugiere ampliar la explicación y sitio que realmente reflejan la documentación del control. Se evidencia que tanto las acciones del plan de contingencia como los controles frente al impacto son exactamente las mismas, dado que cada una tiene un enfoque diferente frente a la materialización del riesgo, se sugiere analizar los casos y la aplicabilidad y replantear las acciones o controles necesarios.
ADMINISTRACIÓN DE BIENES E INSUMOS	Subdirectora de Gestión de Operaciones	INCUMPLIMIENTO DE COMPROMISOS	PARA el suministro oportuno de insumos de oficina	OPERATIVO	BAJA	Los controles han sido efectivos. El sistema ofrece mecanismos de seguimiento y control.
ADMINISTRACIÓN DE BIENES E INSUMOS	Coordinador del Grupo de Administración de Apoyo Logístico	INCUMPLIMIENTO DE COMPROMISOS	para el pago al prestador de servicio tercerizado	OPERATIVO	BAJA	Se recomienda mejorar los análisis de causas. Adicional es importante que se analice la pertinencia de incluir no solo un posible incumplimiento en el pago al prestador de servicio tercerizado, sino la calidad y oportunidad en los servicios contratados.
ADMINISTRACIÓN DE BIENES E INSUMOS	Subdirector de Gestión de Operaciones	INEXACTITUD DE	la información reportada en el sistema de inventarios de bienes en servicio	OPERATIVO	MODERADA	El riesgo fue actualizado y la definición de los controles mejoró. No obstante es importante mejorar la explicación del control, solo se menciona dónde está descrito el control, pero no cómo opera.
ADMINISTRACIÓN DE BIENES E INSUMOS	Subdirector de Gestión de Operaciones	INEXACTITUD DE	las cantidades físicas en bodega contra el sistema de inventarios	OPERATIVO	BAJA	El riesgo fue actualizado y la definición de los controles mejoró. No obstante es importante mejorar la explicación de los controles, porque solo se menciona dónde está descrito el control, pero no cómo opera. Igualmente frente al control Bienes en bodega identificados mediante tarjetas kardex y registros de sus ingresos y salidas se sugiere tener en cuenta los Informes realizados por la Oficina de Control Interno a dichos inventarios, en el sentido que se han detectado debilidades frente al diligenciamiento integral y oportuno de los kardex.
Administración de Sistemas de Información	Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación-TIC	Incumplimiento de compromisos	Incumplimiento de compromisos el ingreso de un sistema de información misional al Centro de Datos Externo	OPERATIVO	BAJA	Los controles son efectivos, están documentados y se evidencia su aplicación. Se sugiere, complementar la explicación de controles denominados: Validaciones y pruebas de aceptación del sistema operativo y motor de base de datos que será ingresado al Centro de Datos Externo y Procedimiento SIMPOI Ingreso de Aplicaciones Misionales al Centro de Datos Externo, y sus políticas de operación.
Administración de Sistemas de Información	Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación-TIC	Incumplimiento de Compromisos	no disponer de los sistemas de información misionales	Tecnología	BAJA	Los controles son efectivos, están documentados y se evidencia su aplicación. Es importante complementar la explicación de algunos de los controles.
Administración de Entidades Liquidadas	Coordinador Grupo Administración de Entidades Liquidadas	INCUMPLIMIENTO DE COMPROMISOS	durante la ejecución de los procesos liquidatorios	CUMPLIMIENTO	BAJA	El Mapa de riesgos no se ha publicado en el SIGI, no obstante que la solicitud se efectuó desde el mes de noviembre, fecha en la cual se redefinieron los riesgos teniendo en cuenta que mediante la Resolución 2888 de agosto de 2017, que suprime el Grupo de Entidades Liquidadas y crea, organiza y conforma dos Grupos Internos de Trabajo en la Dirección Jurídica (Grupo Seguimiento Patrimonios Autónomos y Grupo de Entidades Liquidadas) y la Resolución 4922 que crea un tercer grupo de Cobro Coactivo. Esta situación no permitió hacerla respectiva evaluación.
Gestión de Contratación	Coordinador Grupo Ejecución y Liquidación Contractual	Incumplimiento de Compromisos	para la presentación de la solicitud de modificaciones contractuales ante el Comité Asesor de Contratación (de conformidad con la resolución 2120 del 30 de Mayo de 2014)	Cumplimiento	BAJA	Los facilitadores pertenecientes al Grupo de Ejecución y Liquidación Contractual, conocen la guía de administración del riesgo y los procedimientos y dentro del grupo han hecho uso de los lineamientos para la construcción y la actualización de los riesgos asociados al proceso de contratación. El 01/11/2016 se realizó una reunión de revisión de riesgos para ser actualizados, se evidencia citaciones de las reuniones realizadas, junto con correos electrónicos que dan cuenta del intercambio de revisiones finales entre la dependencia y la Oficina Asesora de Planeación. La causa interna identificada como: "Deficiencias en el entrenamiento y/o capacitación del personal", no posee un control específico que se encuentre alineado para atacar dicha causa, sin embargo se encuentra como una acción del plan de Contingencia. La explicación del control frente a la probabilidad "Documentación relacionada con el Proceso GCOC01 Gestión de Contratación", aun no incluye la resolución la cual describe el paso a paso de la presentación ante el Comité Asesor de Contratación, aspectos que reflejan la aplicación y efectividad del control. El control frente al impacto "Proceso GCOC01 Gestión de Contratación", una vez revisadas las actividades del proceso, no se nombra el Comité Asesor de Contratación. Por lo que se sugiere replantear el control frente al impacto, pues es el Manual el que contiene el flujograma de los pasos a seguir como control correctivo.
Gestión de Contratación	Coordinador Grupo Gestión Contractual	Inexactitud	en la planeación de la necesidad y preparación de los documentos previos para la adquisición oportuna de bienes y servicios por parte del Ministerio	Cumplimiento	BAJA	Una vez analizado el riesgo identificado con los miembros del grupo, se pudo evidenciar que efectivamente apunta al objetivo del proceso, pues se refiere al desarrollo de la etapa precontractual, la cual plasma el éxito del proceso de la concreción de las necesidades a contratar. Dado que a través del seguimiento al riesgo, se pudo identificar que actualmente se aplican constantes capacitaciones tanto al interior del grupo como para las demás dependencias, en temas que influyen directamente en el riesgo identificado, se recomienda analizar la documentación de este control, con el objetivo de incluirlo frente al impacto, fijando una periodicidad y estableciendo un sitio de documentación de ese control. Esto ayudaría a aumentar los controles establecidos y mantener el nivel de riesgo. Se sugiere que para los controles frente al impacto se incluya en el sitio de documentación del control la explicación respecto a la ubicación en el Manual de Contratación, señalando las disposiciones en las que se encuentra documentado cada uno de los controles.
Gestión de Contratación	Coordinador Grupo Gestión Contractual	Uso Indevido de Información Privilegiada	durante la etapa de planeación, selección, verificación y suscripción del contrato, convenio o negocio de naturaleza jurídica contractual	Cumplimiento	BAJA	En el Acta de Subcomité Integrado de Gestión No. 14 de 2017, se evidencia la metodología de lluvia de ideas para la construcción de los riesgos de corrupción del proceso. El acta en expediente físico, no se encuentra firmada por el coordinador del Grupo; por lo que se recomienda una vez finalizada la realización de las actas, se proceda a recoger las firmas, previo a proceder al archivo documental físico. Respecto al control frente a la probabilidad, identificado como: "Comité asesor de contratación para revisar aspectos del proceso de selección", la explicación y sitio de documentación del control, se nombra la normativa aplicable, sin embargo se recomienda actualizar, en tanto que la resolución nombrada no es la vigente.

PROCESO	LÍDER DEL PROCESO/RESPONSABLE	CATEGORÍA DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	CLASE	VALORACIÓN DEL RIESGO	OBSERVACIONES DE SEGUIMIENTO
Gestión de Contratación	Coordinador Grupo Ejecución y Liquidación Contractual	Decisiones Ajustadas a Intereses Propios o de Terceros	durante la etapa contractual y poscontractual	Cumplimiento	BAJA	La metodología aplicada para la construcción del riesgo fue la lluvia de ideas con la participación de algunos de los funcionarios de la dependencia durante un subcomité integrado de gestión, del cual se evidencia el acta No. 14 de 2017. En el Control frente a la probabilidad "Muestra aleatoria periódica de las certificaciones expedidas por la Entidad v/s Base de datos contratos", se evidencia la aplicación del control de manera trimestral. Sin embargo no se evidencia la documentación del control, por lo que se sugiere indicar el documento que mencione el control.
Gestión Jurídica	Director Jurídico	Incumplimiento Legal	al dejar vencer términos judiciales sin actuación por parte del ministerio	Imagen	BAJA	La Dirección identificó varios riesgos en el momento que realizó la última actualización, sin embargo decidió que el mayor riesgo y de mayor transversalidad a todos los procedimientos se refería al incumplimiento legal. Se recomienda actualizar la clase de riesgo identificado pues la categoría de imagen según lo evaluado con la dependencia no responde a la categoría y evento planteado. Para el control frente a la probabilidad identificado como: "Revisión periódica de actualizaciones de procesos y conciliaciones extrajudiciales en litigob." se sugiere actualizarlo en tanto que la plataforma de Litigob ya no se encuentra vigente. Se recomienda revisar la redacción del control frente a la probabilidad: "Informes diarios de movimiento de procesos generados por el contratista de vigilancia judicial" pues realmente el control proviene de los juzgados y posteriormente es enviado a los abogados. Para el control frente a la probabilidad: "Aplicativo de defensa legal y conciliaciones extrajudiciales en el cual se registran todas las proceso y conciliaciones en que es parte el ministerio y las actuaciones realizadas." se sugiere actualizar la explicación y sitio de documentación del control.
Gestión Documental	Coord. Grupo de Administración Documental / Coord. Grupo de Archivo	Inexactitud	al enviar comunicaciones externas	Operativo	MODERADA	El riesgo que ha sido identificado por el proceso actualmente posee la aplicación de unos controles y ya se tienen identificadas para el 2018 acciones para el plan de mejoramiento, por lo que se recomienda realizar la actualización del riesgo incluyéndolas. Tanto el control frente a la probabilidad "Envío de correspondencia por correo electrónico certificado" y el control frente al impacto no poseen descripción de la explicación y sitio de documentación del control por lo que la Oficina de Control Interno recomienda realizar una actualización de la ficha del riesgo diligenciando todos los campos dispuestos en el formato. Para el control frente al impacto identificado como: "Devolver el documento a la dependencia productora en físico" se recomienda actualizar la casilla de la pregunta sobre la documentación del control pues efectivamente se encuentra documentado en el procedimiento al igual que la frecuencia efectividad y evidencias de ejecución del control.
Gestión Documental	Coord. Grupo de Administración Documental / Coord. Grupo de Archivo	Incumplimiento legal	al perder documentación desde la radicación hasta la disposición a la dependencia	Cumplimiento	ALTA	El riesgo identificado en el proceso, fue actualizado con aprobación del 31/10/2017. Actualmente se viene aplicando mas controles, los cuales fueron identificados durante el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno. Se sugiere finalizar la acción del plan de mejoramiento planeada sobre la reconstrucción del documento, pues una vez verificado el procedimiento únicamente se encuentra incluida la actividad de recepción de documentos. Con el objetivo de minimizar la ocurrencia del riesgo se recomienda plantear acciones que contribuyan a mantener controlado el nivel del riesgo.
Gestión Documental	Coord. Grupo de Administración Documental / Coord. Grupo de Archivo	Incumplimiento legal	al extraviar documentos que se solicitan en préstamo	Operativo	ALTA	Para el control frente a la probabilidad identificado como: "Reconstrucción de la información en el marco de la norma archivística", se sugiere incluir la explicación y sitio del control. Se recomienda reprogramar la fecha de finalización de la acción, con el objetivo de darle cumplimiento a la acción programada. Se pudo evidenciar que se tienen mas controles implementados, por lo que se sugiere incluirlos dentro de la ficha integral del riesgo.
Gestión del Talento Humano	Subdirectora de Gestión de Talento Humano	1. Incumplimiento de compromisos	Incumplimiento de compromisos Para la realización del proceso de inducción general (módulo virtual) a los nuevos servidores públicos que ingresan al Ministerio	CUMPLIMIENTO	BAJA	El riesgo fue actualizado el 14 de noviembre de 2017 El Módulo virtual con aplicativo de seguimiento por N° de cédula de ciudadanía de los nuevos servidores públicos convocados para que reciban la inducción se evidenció en link: http://intranet.minsalud.gov.co/MinisterioSaludable/Paginas/Induccion.aspx . La ejecución del control se soporta en listados de seguimiento mensual y ha sido efectivo ya que permite identificar los servidores que han ingresado y los que no, para reprogramar nuevas fechas de ingreso. Se observa en el análisis de seguimiento que el riesgo se ha materializado, dado que 6 servidores no entraron al módulo virtual para la inducción convocada. Igualmente se aplicó el control frente al impacto de envío de correos solicitando al servidor tomar la inducción. Se sugiere tomar una acción de contingencia más rigurosa. Se evidencia en la actividad No. 25 del procedimiento GTHP01: Activar usuario, solicitar carnes y Programar inducción cuyo punto de control es Visto bueno del Coordinador o encargado de la actividad y el registro es un correo electrónico. Se sugiere explicar el control y el alcance del mismo.
Gestión del Talento Humano	Subdirectora de Gestión de Talento Humano	2. Incumplimiento de compromisos	Incumplimiento de compromisos durante el desarrollo de las actividades de bienestar e incentivos	CUMPLIMIENTO	MODERADA	El riesgo "Incumplimiento de compromisos durante el desarrollo de las actividades de bienestar e incentivos" fue actualizado el 24 de noviembre de 2011, no se evidencia soporte de la técnica utilizada. Valorado en la zona de alto riesgo. El riesgo se puede materializar por causas internas como por inadecuada coordinación de la actividad y por ausencia del personal responsable de las actividades, frente a una situación inesperada. Sin embargo no se evidencian controles que ataquen esas causas. Los controles apuntan a subsanar las causas externas como el seguimiento a las obligaciones del contrato de prestación de servicios del operador de servicios de bienestar y el informe del supervisor, quedando en zona Moderada. De otra parte, relacionan en la matriz de riesgos que los controles NO han sido efectivos, sin embargo no se evidenció materialización del riesgo. El análisis arroja un plan de mejoramiento (Establecer los lineamientos generales para llevar a cabo la gestión, seguimiento y control de cada una de las actividades de bienestar que se programan en el año) con vencimiento el 27 de abril de 2018. Se sugiere verificar los controles y explicar de manera resumida en que consiste el control.
Gestión Financiera	Subdirector Financiero / Director UAE - Fondo Nacional de Estupefacientes	Incumplimiento legal	Incumplimiento legal AL no presentar los Estados Financieros en las fechas estipuladas o presentarlos de forma extemporánea	FINANCIERO	BAJA	Actualizado el 17 de nov de 2017 por cambio del formato y socializado en subcomités. El control se encuentra documentado en el Procedimiento GFIP07 Presentación y Sustentación de Informes y no se evidencia explicación del mismo. La frecuencia del control es trimestral, ha sido efectivo y no se ha materializado el riesgo. La acción correctiva es informar a asuntos disciplinarios, dado que es de obligatorio cumplimiento. Se sugiere corregir la redacción del control, y dar explicación del mismo en la casilla respectiva.
Gestión Financiera	Subdirector Financiero / Director UAE - Fondo Nacional de Estupefacientes	Incumplimiento de compromisos	Incumplimiento de compromisos Al no pagar oportunamente las obligaciones con recursos de inversión	FINANCIERO	BAJA	El riesgo depende de cumplimientos por parte de las áreas que solicitan los pagos. Los controles no se encuentran explicados en la matriz de riesgos. Se formularon acciones de contingencia frente al riesgo. Se evidencia que el riesgo se materializa de manera mensual de acuerdo con el análisis de los indicadores del proceso financiero, para lo cual se aplica el plan de contingencia. Se sugiere verificar controles.
Gestión Financiera	Subdirector Financiero / Director UAE - Fondo Nacional de Estupefacientes	Incumplimiento de compromisos	Incumplimiento de compromisos Para la identificación de los ingresos consignados en la DTN a favor del Ministerio	FINANCIERO	BAJA	Los controles preventivos se encuentran documentados en el procedimiento GFIP11 Reintegros, ingresos de saldos por imputar, devoluciones, en Circular 3 de 2015 en el manual de contabilidad. Son efectivos para minimizar pero no suficientes dado que el riesgo se ve materializado de manera trimestral por el incumplimiento de las dependencias sobre la obligación oportuna de reporte de información y soporte de los reintegros al Grupo de Tesorería, por lo que se aplica la acción de contingencia que es Conciliar los reintegros e ingresos. Se evidenció soportes de las validaciones los controles y se realizan de manera mensual. Se sugiere completar la explicación a los controles en la casilla de explicación del formato de ficha integral del riesgo ASIF09 y la verificación de controles efectivos.

PROCESO	LÍDER DEL PROCESO/RESPONSABLE	CATEGORÍA DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	CLASE	VALORACIÓN DEL RIESGO	OBSERVACIONES DE SEGUIMIENTO
Gestión Financiera	Subdirector Financiero / Director UAE - Fondo Nacional de Estupefacientes	Inexactitud	Inexactitud En la imputación presupuestal	FINANCIERO	BAJA	Se evidenció que el riesgo no se ha materializado por la aplicación de los controles que son efectivos, llevan el VoBo del jefe de presupuesto, o se devuelve mediante Oficio a la dependencia para corrección de la solicitud, antes de la expedición del CDP se encuentran documentados en Procedimiento GFI-P03 Expedición de Certificado Disponibilidad Presupuestal.
Gestión de Soporte a las Tecnologías	Coordinador Grupo Soporte Informático	Daño de activos	Daño de activos En el Data Center	Tecnología	BAJA	La definición del riesgo apunta a la seguridad de las tecnologías dejado de lado la definición y manejo de riesgos en aspectos como la Administración y atención oportuna de requerimientos descritos en el objetivo del proceso. Se sugiere complementar la explicación de los controles en la ficha integrat del riesgo ASIF 09
Gestión y Prevención de Asuntos Disciplinarios	Jefe de la Oficina de Control Interno Disciplinario	Incumplimiento legal	de los términos establecidos en el Código Único Disciplinario regulado en la ley 734 de 2002 y demás normas complementarias	Cumplimiento	BAJA	Se evidencia correo electrónico de actualización del riesgo, con fecha de envío al SIGI, del 27/10/2017. El facilitador de la Oficina informa que aquello que se encuentra fuera del riesgo identificado, respecto a la afectación del objetivo del proceso, está cubierto con el riesgo de corrupción. La zona de ubicación del nivel del riesgo, se decidió respecto a la probabilidad de ocurrencia es más baja a pesar que su impacto puede ser bastante alto. Se evidenció la aplicación y documentación de todos los controles que se están aplicando actualmente para mantener el nivel del riesgo identificado.
Gestión y Prevención de Asuntos Disciplinarios	Jefe de la Oficina de Control Interno Disciplinario	Decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros	con el fin de favorecer o perjudicar a funcionarios investigados y/o terceros	Cumplimiento	BAJA	Se evidencia correo electrónico de envío de actualización del riesgo, con fecha de envío al sistema sigi, del 27/10/2017. Durante el seguimiento se pudo observar que se tienen dudas respecto a la definición del riesgo frente a su aplicación manual o automática, por lo que se sugiere realizar un análisis de todos los controles junto con la Oficina Asesora de Planeación.
Control y Evaluación de la Gestión	Jefe Oficina de Control Interno	Inexactitud	Inexactitud En el contenido de los informes a cargo de la Oficina Control Interno	operativo	BAJA	Los riesgos fueron actualizados con fecha 21 de noviembre de 2017 por cambio en la metodología, no se aplicó la metodología de Metalenguaje, se utilizó los 4 por qué de lo cual se tiene evidencia. Se hace seguimiento en los Subcomités lo cual queda registrado en Actas de los mismos. Los controles se encuentran documentados y son aplicados. El control capacitaciones al equipo de la oficina se recomienda fortalecerlo, por cuanto las capacitaciones no son periódicas ni operan para todos los servidores de la Oficina. Se sugiere revisar los controles y corregir la redacción de los mismos.
Control y Evaluación de la Gestión	Jefe Oficina de Control Interno	Incumplimiento legal	Incumplimiento legal al no presentar informes en las fechas establecidas en el marco normativo interno y/o externo	Cumplimiento	BAJA	Este riesgo se encuentra controlado especialmente a través del seguimiento al plan operativo de la oficina. El control ha sido efectivo para evitar la materialización del riesgo. Se sugiere revisar los controles frente al impacto y verificar la pertinencia en cuanto a si son automáticos o manuales.

A continuación, se presentan conclusiones generales:

- A la fecha de cierre del presente informe, la actualización de los riesgos presentaba la siguiente situación:
 - 16 mapas de riesgos actualizados y publicados en el SIGI.
 - 4 mapas de riesgos actualizados pero no publicados en el SIGI
 - 7 mapas de riesgos en proceso de actualización
- A 22 de diciembre de 2017, se habían identificado 59 riesgos, agrupados por clase así:



- Se observa que el análisis de los riesgos inherentes ubica al 59% de ellos en zona de riesgo extrema (35) en tanto que el 41% se registra en zona alta (24).

4. El comparativo entre el análisis de riesgos antes y después de controles se presenta así:

NIVEL	ANÁLISIS (Antes de controles)	VALORACIÓN (después de controles)
EXTREMA	35	
BAJA		28
ALTA		2
MODERADA		5

NIVEL	ANÁLISIS (Antes de controles)	VALORACIÓN (después de controles)
ALTA	24	
BAJA		21
MODERADA		3

Es decir, la aplicación de controles a los 35 riesgos calificados en zona extrema, permitió que 28 se ubicaran con valoración baja, dos más en alta y cinco en moderada. En tanto que los analizados antes de controles con calificación alta (24), fueron valorados después de controles en nivel bajo (21) y solo tres en zona moderada.

El tratamiento de los riesgos permitió a los procesos valorar el 83% de los riesgos en zona baja, el 14% en zona moderada y solo el 3% en zona alta. Lo que indica que tras la actualización de los riesgos, los procesos en el Ministerio tienen como opción de tratamiento la aceptación de la pérdida residual (asumir el riesgo), formulando acciones de contingencia. En tanto que los 10 riesgos valorados en zonas alta y moderada deben formular acciones para crear o mejorar los controles existentes, como efectivamente se observó.

El proceso que exige mayor fortalecimiento en sus controles es el de Gestión Documental, que registra dos riesgos en zona alta y uno en moderada; no obstante, las acciones de mejora frente a los mismos no se habían terminado. Evidenciándose adicionalmente, que el proceso en la práctica aplica otros controles que no están definidos dentro del mapa de riesgos, lo que permitiría obtener una mejor valoración.

CATEGORÍA DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	ANÁLISIS DEL RIESGO/ZONA DE UBICACIÓN	VALORACIÓN DEL RIESGO	ACCIONES	RESPONSABLE	PRODUCTO	INICIO	TERMINA	OBSERVACIONES DE SEGUIMIENTO
Inexactitud	al enviar comunicaciones externas	ALTA	MODERADA	Envío de correspondencia por correo electrónico certificado.	Coordinadora Administración Documental	Grupo Procedimiento actualizado	1/11/2017	30/12/2017	El riesgo que ha sido identificado por el proceso actualmente posee la aplicación de unos controles y ya se tienen identificadas para el 2018 acciones para el plan de mejoramiento, por lo que se recomienda realizar la actualización del riesgo incluyéndolas.
Incumplimiento legal	al perder documentación desde la radicación hasta la disposición a la dependencia	EXTREMA	ALTA	Actualizar el procedimiento GDOPO2 Administración de Correspondencia, incluyendo los controles de probabilidad e impacto no documentados. - Actividad de recepción de documentos en el Sistema de Gestión Documental SGD. - Reconstrucción del documento.	Coordinadora Administración Documental	Grupo Procedimiento actualizado	1/11/2017	30/12/2017	Actualmente se viene aplicando más controles, los cuales fueron identificados durante el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno. Se sugiere finalizar la acción del plan de mejoramiento planteada sobre la reconstrucción del documento, pues una vez verificado el procedimiento únicamente se encuentra incluida la actividad de recepción de documentos. Con el objetivo de minimizar la ocurrencia del riesgo se recomienda plantear acciones que contribuyan a mantener controlado el nivel del riesgo.
Incumplimiento legal	al extravíar documentos que se solicitan en préstamo	EXTREMA	ALTA	Actualizar el procedimiento incluyendo el control de reconstrucción de la información en el marco de la norma archivística.	Coordinadora de Archivo	Inventario documental actualizado	01/11/2017	30/12/2017	Se pudo evidenciar que se tienen más controles implementados, por lo que se sugiere incluirlos dentro de la ficha integral del riesgo.

5. Frente a las acciones de mejora formuladas por otros procesos, el comportamiento es el siguiente: De las 27 acciones propuestas por 12 procesos, 18 fueron cumplidas, nueve deben ser reprogramadas o reformuladas de acuerdo con los análisis:



PROCESO

CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN

Código

CEVF01

Formato

Seguimiento y control

Versión

02

PROCESO	CATEGORÍA DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	VALORACIÓN DEL RIESGO	ACCIONES	RESPONSABLE	PRODUCTO	INICIO	TERMINA	CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
GCMF01 Gestión de las Comunicaciones Públicas y Estratégicas	Inexistencia	RIESGO 1. Inexistencia al divulgar información oportuna, oportuna o inoportunamente a través de los medios de comunicación oficiales de la entidad.	Moderada	Actualizar la Política Institucional de Comunicaciones teniendo en cuenta el manejo de crisis, la nueva imagen institucional y la comunicación virtual a través de los nuevos canales.	Coordinador del Grupo de Comunicaciones	Acto administrativo que adopta la Política Institucional de Comunicaciones actualizada.	11/10/2016	22/12/2017	Acción cumplida.
				Divulgar la Política Institucional de Comunicaciones actualizada a los voceros autorizados en el Ministerio y el Grupo de Comunicaciones presencialmente, y demás servidores públicos del Ministerio -medios internos disponibles-		Divulgaciones realizadas presencialmente, y artículos a través de intranet, fondos de pantalla de los computadores y carteleras digitales.	22/02/2018	22/02/2018	Acción no cumplida.
				Realizar congresos de redacción para definir y analizar los temas y estructura técnica del contenido a divulgar en el informativo Semana Minsalud.		Consejos de redacción Semana Minsalud, realizados.	1/11/2017	30/11/2017	Acción cumplida.
				Actualizar el procedimiento GCMF02 Gestión de la Comunicación Interna, incluyendo la realización de consejos de redacción para el informativo Semana Minsalud.		Procedimiento GCMF02 Gestión de la Comunicación Interna, actualizado.	2/11/2017	30/11/2017	Acción no cumplida.
GCUC01 Gestión de Servicios al Ciudadano	Incumplimiento legal	RIESGO 1. Incumplimiento legal al tramitar fuera del término una petición del ciudadano.	Moderada	Remite informe semestral de PQRS no contestadas a tiempo a la Oficina de Control Interno Disciplinario.	Coordinador Grupo de Atención al Ciudadano	Memorando remisorio del informe semestral de PQRS no contestadas a tiempo.	25/11/2016	28/02/2017	Acción cumplida.
GVTDD1 Gestión para la Innovación y Adopción de Mejores Prácticas de TIC	Decisiones Erróneas	RIESGO 1. Decisiones erróneas en la selección e implementación de las mejores prácticas de TIC a adaptar o de las estrategias para su implementación.	Moderada	Actualizar y socializar los Lineamientos de Operación de la Oficina TIC GVTDD1, definiendo: a) Recopilación de información relacionada con nuevas tecnologías de información que puedan ser incorporadas en el Ministerio. b) Realización de congresos de intercambio de información que den apoyo a las estrategias de implementación de mejores prácticas de TIC. c) Verificación de las necesidades de recursos para las TIC aprobadas, y consignarlas en el anteproyecto respectivo. d) Incluir orientaciones relacionadas con la Bodega de Datos de SUSPRO.	Jefe de la Oficina de TIC	Lineamientos de Operación de la Oficina TIC GVTDD1, actualizados y socializados.	15/11/2016	28/02/2017	Acción cumplida.
DES01 Decremento de Estrategia	Decisiones Erróneas	RIESGO 1. Decisiones erróneas durante el diseño y aplicación de la metodología para cada una de las investigaciones.	Moderada	Conformar el Comité de Estudios y Evaluaciones	Jefe Oficina de Planeación y Estudios Sectoriales Coordinador Grupo de Estudios Sectoriales y Evaluación de Política Pública	Resolución que adopta el Comité	1/02/2017	31/05/2017	Acción no cumplida.
				Diseñar e implementar la evaluación de percepción de tomador de decisiones en la apropiación de resultados de los estudios.	Coordinador Grupo de Estudios Sectoriales y Evaluación de Política Pública	Documento con la metodología de evaluación. Informe de resultados de la evaluación.	1/02/2017	31/05/2017	Acción no cumplida.
				Actualizar el Procedimiento DES04 Elaboración de Estudios e Investigaciones Institucionales o Sectoriales y DES01 Manual del Sistema de Estudios Sectoriales y Evaluación de Políticas Públicas en Salud, vinculando la participación del Comité de Estudios y Evaluaciones y la aplicación de evaluaciones de percepción del tomador de decisiones en la apropiación de resultados.	Coordinador Grupo de Estudios Sectoriales y Evaluación de Política Pública	Propuesta de procedimiento y manual	31/05/2017	30/06/2017	Acción no cumplida.
				Capacitar al personal de la Dirección respecto a las nuevas normas relacionadas con el saneamiento del sector.	Coordinador Grupo de Análisis y Seguimiento de Recursos del SGSSS	Capacitación realizada (estado de asistentes)	28/11/2016	30/06/2017	Acción cumplida.
AFPC01 Análisis de Recursos del SGSS y Planeación Financiera Territorial	Inexistencia	RIESGO 1. Inexistencia en la información de los resultados en aplicación de las medidas de planeación y saneamiento de los recursos del sector.	Moderada	Validar la estructura en los diferentes aplicativos, de acuerdo con la norma para la cual fue creado cada uno, verificando el cumplimiento de las especificaciones técnicas, y actualizando los manuales de usuario. Efectuar validación y cruce de la información reportada por los actores del SGSSS, con el fin de verificar la consistencia en la información, de acuerdo con el objetivo de cada norma.	Coordinador Grupo de Análisis y Seguimiento de Recursos del SGSSS	Especificaciones técnicas de los aplicativos, así como los manuales de usuario de los aplicativos validados. Documento	28/11/2016	30/06/2017	Acción cumplida. Acción cumplida.
CVS01 Ciclo de vida y mantenimiento de sistemas de información	Incumplimiento de Compromisos	RIESGO 2. Incumplimiento de compromisos para la entrega del software.	Moderada	Actualizar los Lineamientos de Operación de la Oficina TIC GVTDD1, definiendo: a) Criterios para priorizar el desarrollo del software de los sistemas de información misionales. b) Reprogramación de la entrega de un software por cambio de prioridades, informando al usuario funcional.	Jefe de la Oficina de TIC	Lineamientos de Operación de la Oficina de TIC GVTDD1, actualizados.	15/10/2015	20/12/2016	Acción cumplida.
PSM01 Gestión de la Prestación de Servicios de Salud	Uso Inadecuado de Información Privilegiada	RIESGO 1. Uso Inadecuado de Información Privilegiada durante el desarrollo de las actividades de salud, recepción, consolidación y análisis de información para la ejecución de los recursos asignados de inversión y funcionamiento a la Oficina de Gestión Territorial de Emergencias y Desastres.	Moderada	Socializar al interior de la Oficina de Gestión territorial Emergencias y Desastres el anteproyecto de inversión y funcionamiento.	Jefe Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres	Socialización realizada durante el Subcomité de Gestión de la Oficina (Estado de asistencia y Acta).	1/01/2017	15/04/2017	Acción cumplida.
				Socializar al interior de la Oficina de Gestión territorial Emergencias y Desastres el plan de acción 2017 elaborado y sus respectivos seguimientos.		Socializaciones realizadas durante los Subcomités de Gestión de la Oficina (Estado de asistencia y Acta).	1/02/2017	31/12/2017	Acción cumplida.
				Socializar al interior de la Oficina de Gestión territorial Emergencias y Desastres los seguimientos y evaluaciones realizados a la ejecución de los recursos.		Socializaciones realizadas durante los Subcomités de Gestión de la Oficina (Estado de asistencia y Acta).	1/02/2017	31/12/2017	Acción cumplida.
GSN01 Gestión de la Protección Social en Salud	Inexistencia	RIESGO 1. Inexistencia durante la recepción y validación de la información pertinente para el cálculo de costos y tarifas.	Moderada	Implementar un sistema de integración de datos y análisis de información que permita reducir los tiempos y manipuleos indebidos en el proceso de recolección, validación y análisis de la información enviada por los actores del SGSSS en el marco de la definición del valor de la prima de aseguramiento.	Director de la Dirección de regulación de beneficios, costos y tarifas del aseguramiento en salud	Sistema de integración de datos y análisis de información dispuesto para la recolección, validación y análisis de la información enviada por los actores del SGSSS en el marco de la definición del valor de la prima de aseguramiento.	1/02/2017	31/08/2017	Acción cumplida.
ABIC01 Administración de Bienes e Insumos	Inexistencia	RIESGO 2. Inexistencia de la información reportada en el sistema de inventarios de bienes en servicio.	Moderada	Diseñar y ejecutar una campaña de autogestión de los inventarios asignados a cada funcionario.	Coordinador de Grupo de Recursos Físicos	Plan de campaña y publicaciones implementada.	01/02/2017	28/04/2017	Acción cumplida.
				Realizar verificación personalizada y apistar con el sistema de inventarios de activos y bodega (Act&bo) de acuerdo al levantamiento de las pruebas selectivas realizadas con inconsistencias.		Reporte del aplicativo Act&bo sin inconsistencias.	01/02/2017	28/04/2017	Acción cumplida.
				Verificar que la totalidad de bienes en servicios tengan el número de placa asignada por el sistema de inventarios.		Total de bienes paqueteados en el Ministerio.	01/02/2017	28/04/2017	Acción cumplida.
				Verificar que la totalidad de formatos de traslado de bienes coincida con lo reportado en el Sistema de Act&bo.		Sistema de Act&bo actualizado contra los formatos de traslado.	01/02/2017	28/04/2017	Acción cumplida.
SIM01 Administración de Sistemas de Información	Incumplimiento de Compromisos	RIESGO 1. Incumplimiento de compromisos en el ingreso de un sistema de información misional al centro de datos externo.	Moderada	Actualizar los Lineamientos de Operación de la Oficina TIC GVTDD1 y el Procedimiento SIMP01 Ingreso de Aplicaciones Misionales al Centro de Datos Externo, indicando la reprogramación de ingreso del sistema de información al centro de cómputo, en caso de incumplimiento.	Jefe de la Oficina de TIC	Lineamientos de Operación de la Oficina TIC GVTDD1 y Procedimiento SIMP01 Ingreso de Aplicaciones Misionales al Centro de Datos Externo, actualizados.	15/10/2015	16/12/2016	Acción cumplida.
				Divulgar al personal de la Temática de Bodega de Datos los Lineamientos de Operación de la Oficina TIC GVTDD1 y el Procedimiento SIMP01 Ingreso de Aplicaciones Misionales al Centro de Datos Externo, actualizados.		Socialización realizada al personal de la Temática de Desarrollo y de Bodega de Datos, en lo relacionado con el Procedimiento CVS02 Realización de Cruces y Extracción de Datos, actualizado.	01/12/2015	20/12/2016	Acción cumplida.

PROCESO	CATEGORÍA DEL RIESGO	NOMBRE DEL RIESGO	VALORACIÓN DEL RIESGO	ACCIONES	RESPONSABLE	PRODUCTO	INICIO	TERMINA	CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN
GTHCO1 Gestión del Talento Humano	Incumplimiento de compromisos	RIESGO 2. Incumplimiento de compromisos durante el desarrollo de las actividades de bienestar e incentivos	Moderada	Establecer los lineamientos generales para llevar a cabo la gestión, seguimiento y control de cada una de las actividades de bienestar que se programan en el año.	Equipo de trabajo de la Estrategia de Bienestar e Incentivos	Lista para la gestión de las actividades de bienestar	15/12/2017	27/04/2018	Acción cumplida
GD0CO1 Gestión Documental	Inexactitud	RIESGO 1. Inexactitud al enviar comunicaciones externas.	Moderada	Actualizar el procedimiento GDOPO2 Administración de Correspondencia, incluyendo los controles de probabilidad e impacto no documentados. Envío de correspondencia por correo electrónico verificado. Devolver el documento a la dependencia productora en físico.	Coordinadora Grupo Administración Documental	Procedimiento actualizado	1/11/2017	30/12/2017	Acción cumplida
GD0CO1 Gestión Documental	Incumplimiento legal	RIESGO 2. Incumplimiento legal al perder documentación desde la radicación hasta la disposición a la dependencia.	Alta	Actualizar el procedimiento GDOPO2 Administración de Correspondencia, incluyendo los controles de probabilidad e impacto no documentados. Actividad de recepción de documentos en el Sistema de Gestión Documental SIGD. Reconstrucción del documento.	Coordinadora Grupo Administración Documental	Procedimiento actualizado	1/11/2017	30/12/2017	Acción cumplida
GD0CO1 Gestión Documental	Incumplimiento legal	RIESGO 3. Incumplimiento legal al extravíar documentos que se solicitan en préstamo	Alta	Actualizar el procedimiento incluyendo el control de reconstrucción de la información en el marco de la norma archivística	Coordinadora de Archivo	Inventario documental actualizado	1/11/2017	30/12/2017	Acción cumplida

- Es necesario que una vez se cumpla con las acciones propuestas se valoren los riesgos con los controles y se establezca el grado de mitigación de los riesgos, este ejercicio no se evidencia. La tendencia es cumplir con lo propuesto, pero no se impacta la gestión de los procesos.
- Se evidenció que los riesgos fueron identificados por procedimientos y no por procesos. Los equipos que atendieron las visitas de evaluación de la Oficina de Control Interno manifestaron que para su actualización se hicieron mesas de trabajo con el acompañamiento del asesor del Grupo de Desarrollo Organizacional y la respectiva dependencia líder de un procedimiento, pero que no se llevaron mesas de trabajo conjunta con los líderes del proceso en sí ni con los facilitadores representantes de las áreas que conforman un mismo proceso.

Así, por ejemplo, se observó que los riesgos propuestos para el Proceso de Direccionamiento Estratégico, cuyo objetivo es *Establecer políticas, planes, programas y proyectos y estudios sectoriales e institucionales y convenios nacionales e internacionales a través de los lineamientos metodológicos del Ministerio de Salud y Protección Social y las instancias competentes a nivel nacional, con el propósito de dar cumplimiento a la misión de la entidad*. No guardan relación conceptual ni descriptiva con la generalidad del objetivo, sino que corresponden a algunos de los procedimientos del mismo: *“Elaboración de Estudios e Investigaciones Institucionales o Sectoriales”* y *“cooperación y relaciones internacionales”*. No están atados para este caso, al proceso de Direccionamiento Estratégico y, particularmente, pero además al proceso de planeación estratégica Entendido como el conjunto de instrucciones, pautas o criterios establecidos por la Alta dirección para el logro de los objetivos y metas de la entidad.

La clasificación de los mismos, su desglose y descripción pueden estar asociados a distintos factores técnicos y humanos en materias como, por ejemplo, i) los riesgos de planificación (desconocimiento de metodologías para identificar la problemática, estructurar un cronograma, concebir los planes y proyectos o para crear una matriz de comunicaciones, de interesados o de resultados y hasta una deficiente definición de los objetivos. Etc.), ii) los riesgos de organización (deficiente coordinación, armonización y articulación, precaria definición de tiempos, fallas en el montaje de comisiones o equipos de trabajo. Etc), iii) los riesgos en la implementación (elevado tecnicismo, escasa participación, poco compromiso de la alta dirección, resistencia al cambio.) y iv) los riesgos en seguimiento, monitoreo y evaluación (desinterés en la necesidad de evaluar los avances, escaso conocimiento de las metodologías para evaluar los resultados.) ello para citar una sugerencia de una posible taxonomía.

La recomendación en relación con este aspecto consiste en identificar los riesgos y estructurar la matriz de los riesgos, como una de las metodologías que permite capturar la información asociada a los mismos, la probabilidad de su ocurrencia y su nivel de impacto, pero esta vez formulados desde la concepción de proceso. El Ministerio ha realizado importantes esfuerzos para darle a la organización un enfoque sistémico a través de la reingeniería que se le dio al SIGI a partir de 2015, que efectivamente permitió subsanar las debilidades que se habían

identificado como resultado de la forma en que se abordó la documentación del sistema, al hacerla por dependencias y no por procesos, trayendo como consecuencia un mayor número de procesos de los que realmente necesitaba el Ministerio y una fragmentación de los mismos, al no haberse tenido en cuenta la trazabilidad de éstos sino únicamente a nivel de áreas.

8. La mayoría de los procesos, definen como controles frente a la probabilidad y al impacto los Subcomités Integrados de Gestión, como el espacio a través del cual hacen seguimiento a los riesgos identificados. Al consultar las actas que se allegan a la Oficina de Control Interno, se evidenció que ciertamente el tema figura dentro de las agendas de los mismos, no obstante, para todos los casos no se observa profundidad en los análisis ni la toma de decisiones que permita una mejor gestión de los mismos. Por lo que se sugiere que el seguimiento por parte de los líderes de proceso no solo se realice en el momento en que la Oficina de Control Interno solicita las evidencias para la evaluación, sino que sea un ejercicio real de autocontrol que debe adelantarse de manera permanente.
9. Se pudo percibir, que la Administración de Riesgos, continúa siendo un tema aislado y no apropiado por los líderes de proceso como oportunidad de mejora y fortalecimiento para el cumplimiento de sus objetivos. Las visitas de evaluación programadas por la Oficina de Control Interno fueron atendidas por los facilitadores o por otros funcionarios responsables de un procedimiento.
10. En algunos procesos el tema está delegado en funcionarios que no aún no han apropiado el conocimiento del tema ni el manejo de las metodologías existentes al interior del Ministerio.
11. El contexto estratégico, publicado data de 2014, sin que se evidencie su actualización. De acuerdo con la Guía para la Administración Integral de Riesgos en los Procesos, *el Contexto Estratégico se debe revisar por lo menos una vez al año, con el propósito de identificar posibles factores que permitan conocer la exposición a nuevos riesgos.*
12. Se recomienda fortalecer la identificación del riesgo, aplicando efectivamente metodologías que permitan un mayor análisis de las causas que los originan y sus consecuencias. Esto facilitará a su vez, una mejor definición de los controles y sus correspondientes descripciones. Es importante precisar aquellas causas que no cuentan con un control para realizar un plan de tratamiento con acciones efectivas que permitan la reducción de la valoración del riesgo.
13. Se observaron casos en los que las acciones de contingencia son los mismos controles identificados frente al impacto dado que cada una tiene un enfoque diferente frente a la materialización del riesgo, se sugiere analizar los casos y la aplicabilidad y replantear las acciones o controles necesarios.
14. Los procesos no documentan o conservan soportes que demuestren la trazabilidad de las actualizaciones de los riesgos, su retiro o permanencia o ajustes y expliquen las razones de dichas actuaciones. Se recomienda que estos cambios se documenten a través de las actas de los Subcomités Integrados de Gestión.
15. Uno de los controles frente a la probabilidad el riesgo del proceso Administración del Sistema Integrado de Gestión Institucional, es *Equipo de Facilitadores del Ministerio capacitado o sensibilizado para apoyar la realización de las actividades del cronograma en cada una de sus dependencias.* Se sugiere que se fortalezca dicho control y que los facilitadores sean vinculados en mayor grado al tema, para que estos a su vez repliquen en sus áreas, para que haya una mejor apropiación del conocimiento y su aplicación.
16. Se recomienda profundizar en la socialización e interiorización de la Política y las metodologías de riesgos. Se propone impulsar un proceso robusto para socializar y hacer acompañamiento técnico, que asegure la apropiación

 	PROCESO	CONTROL Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN	Código	CEVF01
	Formato	Seguimiento y control	Versión	02

y aplicación de este tipo de herramientas en forma correcta por parte de los funcionarios de la organización, pues se evidenció disparidad en el conocimiento sobre estas materias y, muy particularmente, el desconocimiento por parte de algunos funcionarios, de las guías que formalmente fungen actualmente como directrices para el diseño de las políticas públicas.

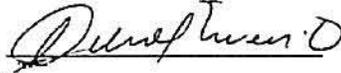
17. Finalmente, se solicita a la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, un trabajo conjunto, concertado, participativo y asertivo con la Oficina de Control Interno, en atención al rol que esta instancia desempeña frente a la Administración del Riesgo. Así como la contribución en el perfeccionamiento del cronograma o plan que esa Oficina formula para la implementación y mantenimiento del SIGI, más aún ante las nuevas exigencias normativas, contenidas especialmente en los Decreto 648 y 1499 de 2017 y los cambios de la ISO 2015.

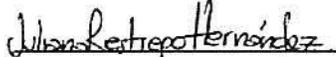
SOPORTES DE LA REVISIÓN:

Documentación de los procesos publicada en el sitio del SIGI en la intranet institucional:
 Mapa de Riesgos
 Caracterización de procesos
 Decretos 4107 de 2011 y 2562 de 2012
 Indicadores de gestión.
 Entrevistas con líderes de procesos o representantes de los mismos

Elaboró:


 RUBY ROCIO CASTRO CONTRERAS


 DILSA RIVEROS D


 JULIANA RESTREPO HERNÁNDEZ

Revisó: Ssilva 

