



El servicio público  
es de todos

Función  
Pública

# Informe de Auditoría Interna con Enfoque Basado en Riesgos

## Proceso Direccionamiento Estratégico

**Informe Detallado:** Carlos Andrés Guzmán Rodríguez, Jefe Oficina Asesora de Planeación  
Jaime Andrés González Mejía, Secretario General  
Daniel Araujo Campo, Subdirector  
Rosa María Bolaños Tovar, Dirección de Desarrollo Organizacional  
Armando López Cortés, Dirección Jurídica  
Edgar Alexander Prieto Muñoz, Jefe de la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones  
Lina Marcela González González, Asesora Subdirección  
Olga Lucía Arango Barbarán, Coordinadora Grupo Mejoramiento Institucional

**Resumen Ejecutivo:** Nerio José Alvis Barranco, Director General  
Miembros del Comité Directivo

**Emitido por:** Luz Stella Patiño Jurado, Jefe Oficina de Control Interno

**Fecha del informe:** 23/09/2021

# Resumen Ejecutivo

## Auditoría al Proceso de Direccionamiento Estratégico

**Objetivo:** Verificar la efectividad de los controles establecidos para mitigación de los riesgos del proceso de Direccionamiento Estratégico, con el propósito de retroalimentar a Función Pública con oportunidades de mejora que contribuyan al cumplimiento de los objetivos estratégicos definidos por la Entidad.

**Alcance:** La auditoría se llevó a cabo de manera virtual mediante el uso de la herramienta Microsoft TEAMS para las entrevistas; para la revisión documental se consultó el servidor de carpetas compartidas “Yaksa”, el Sistema Integrado de Planeación y Gestión (SIPG), el Sistema de Gestión Institucional (SGI), la página web entre otros sistemas de información y eventualmente, en caso de requerirse, de manera presencial. El periodo de evaluación comprende la vigencia 2020 y del 1° de enero al 31 de mayo de 2021. Las evaluaciones se realizaron, teniendo en cuenta lo establecido en los siguientes documentos:

- Caracterización del Proceso de Direccionamiento Estratégico (Versión 7 de 2019-11-06)
- Políticas de Operación Institucionales Función Pública – 2019 (Versión 4 de 2019-01-30)
- Políticas de Operación Proceso Direccionamiento Estratégico (Versión 4 de noviembre 2020)
- Política de Indicadores Proceso de Direccionamiento Estratégico (Versión 04 de 2019-06-28)
- Política de Operación para la Administración del Riesgo en Función Pública (Versión 14 de octubre 2020)
- Manual Metodología de Riesgos (Versión 5 de marzo 2019)
- Lineamientos Planeación Institucional 2021 (Octubre 2020)
- Mapa de Riesgos Institucional (Versión 1 vigencia 2021) y Detalle Mapa de Riesgos Institucional (Versión 15 de mayo 3 de 2021)
- Procedimiento Formulación de Planes Estratégicos Institucionales
- Procedimiento Planificación Presupuestal
- Procedimiento Administración de la Gestión del Riesgo
- Procedimiento Normograma
- Procedimiento Diseño y Administración Sistema Integrado Planeación y Gestión
- Plan Estratégico Sectorial Función Pública 2019 – 2022
- Plan Estratégico Institucional y Plan de Acción Anual 2021
- Normativa aplicable al proceso
- Riesgos e Indicadores
- Acuerdo Nivel de Servicio (Ficha técnica de identificación y control del producto)

**Metodología:** Cada etapa de la auditoría interna con enfoque basado en riesgos (entendimiento del procedimiento, evaluación del riesgo, pruebas de recorrido y de validación de controles), se desarrolló, así:

- Lectura y revisión de la documentación vigente
- Entrevistas virtuales con los funcionarios que intervienen en la gestión del proceso de Direccionamiento Estratégico
- Análisis de la información requerida para el desarrollo de la auditoría

- Inspección de documentos relacionados con la ejecución de la auditoría
- Pruebas de recorrido y de efectividad de controles virtuales y/o físicas

**Carta de Representación:** El 22 de julio de 2021 se remitió por correo electrónico al Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, el documento “Carta de Representación” diligenciado, solicitándole su firma, como responsable de que toda la información requerida para la realización de la auditoría es verídica, cumple con los criterios de calidad y se entrega oportunamente a la Oficina de Control Interno, en cumplimiento del Artículo 16 del Decreto 648 de 2017, mediante el cual se adicionó al Capítulo 4 del Título 21, Parte 2, Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, el Artículo 2.2.21.4.8., literal “b).

También se mencionó la importancia de que, de los reportes y evidencias suministradas por el área en las entrevistas e información registrada en los diferentes sistemas de información institucional, dependen los resultados y las conclusiones que la Oficina de Control Interno describe en el informe.

**Limitaciones de la Auditoría:** Teniendo en cuenta las instrucciones impartidas por el Gobierno Nacional, a raíz de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, no fue factible realizar las pruebas de recorrido en campo, razón por la cual las entrevistas se efectuaron de forma virtual y se hizo la revisión documental directamente sobre el servidor de carpetas compartidas “Yaksa”, a través de VPN, el Sistema Integrado de Planeación y Gestión (SIPG) y, el Sistema de Gestión Institucional (SGI).

**Interpretación de los resultados de la auditoría:** Los aspectos evaluados en el proceso de auditoría interna tienen la siguiente interpretación según sus resultados, indicando el grado de cumplimiento de los controles establecidos en los riesgos evaluados o el impacto que supone la carencia, debilidad o recurrencia de éstos.



Se aplica adecuadamente la normatividad vigente y los controles establecidos. No existen hallazgos sobre los asuntos evaluados.



La situación observada denota una debilidad que expone de manera indirecta o directamente a la entidad a un impacto negativo a nivel operativo, o un riesgo que se pueda materializar y requiere de una acción correctiva.

(R)







Hallazgo Recurrente. Observado en seguimientos y auditorías anteriores internas y/o externas, el cual se presentará al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para el establecimiento de lineamientos para las acciones de mejora a implementar.

#### **Norma 2410 Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna - MIPPAI (versión. 2016):**




**Numeral 7.** “Las observaciones y recomendaciones surgen de un proceso de comparación entre el Criterio (el estado correcto) y la Condición (el estado actual). Si el auditor interno encuentra diferencias entre ambos, esta será la base para elaborar el informe. Cuando la condición cumple con el criterio establecido, puede ser conveniente comunicar ese desempeño satisfactorio. Las observaciones y recomendaciones se basan en los siguientes atributos:

- Criterio: Los estándares, medidas, o supuestos utilizados al hacer una evaluación y verificación (el estado correcto)
- Condición: La evidencia, los hechos que el auditor interno encuentra durante la realización de su trabajo (el estado actual)
- Causa: La razón de la diferencia entre las situaciones esperadas y las reales
- Efecto: El riesgo o exposición en que se encuentra la organización u otros terceros, debido a que la condición no coincide con el criterio (el impacto de la diferencia). Para determinar el grado de riesgo o exposición, el auditor interno tiene en cuenta el efecto que las observaciones y recomendaciones puedan tener sobre las operaciones y los estados financieros de la organización.”

## Resultados del Trabajo Riesgos y Aspectos Evaluados

Riesgos Identificados en el proceso de auditoría	Calificación de riesgo inherente según matriz de riesgos del proceso	Cubierto en el alcance de la auditoría	Detalle de las validaciones realizadas	Resultado	No. Hallazgo (Ver Informe Detallado)
1.1 Pérdida de Confidencialidad	Alto	SI	Adecuados controles para el cumplimiento a los lineamientos de la OTIC en su Política de Operación, relacionados con la confidencialidad para acceder a los recursos de infraestructura de TI por parte del usuario y sobre las acciones para construir contraseñas seguras.		H 1.1.1
			Debilidades en la presentación de la información registrada en la sábana de riesgos del proceso y en registro oportuno del plan de mejoramiento ante la materialización del riesgo "Pérdida de Confidencialidad", el cual aparece en este estado en los meses de enero a mayo 2021.		H 1.1.2
2.1 Pérdida de Disponibilidad	Extremo	SI	Debilidades en el reporte de incidentes por pérdida de disponibilidad o integridad de la información a través de la Mesa de Ayuda – Proactivanet.		H 2.1.1
			Debilidades en la ejecución de los controles establecidos, para el cumplimiento del procedimiento "Normograma".		H 2.1.2
			Aplicación adecuada de las actividades y los puntos de control establecidos para el cumplimiento del procedimiento "Administración de la Gestión del Riesgo", durante la vigencia 2020.		H 2.1.3
			Aplicación adecuada del control establecido en el procedimiento "Diseño y Administración Sistema integrado Planeación y Gestión", de evaluar la pertinencia de requerimientos mediante el formato de control de cambios, cada vez que se recibe una solicitud de actualización, modificación o eliminación de documentos.		H 2.1.4

Riesgos Identificados en el proceso de auditoría	Calificación de riesgo inherente según matriz de riesgos del proceso	Cubierto en el alcance de la auditoría	Detalle de las validaciones realizadas	Resultado	No. Hallazgo (Ver Informe Detallado)
3.1 Pérdida de Integridad	Extremo	SI	Inadecuado manejo del versionamiento de documentos, en los diferentes sistemas de información de consulta de Función Pública o en el servidor de carpetas compartidas Yaksa.		H 3.1.1
4.1 Direccionamiento indebido del nivel decisorio, en la vinculación de personal, celebración de convenios o toma de decisiones en beneficio propio o de un tercero.	Extremo	SI	Si bien se evidenció cumplimiento en los mecanismos para el manejo de conflictos de interés, se recomienda incorporar la articulación de la gestión de conflicto de interés como un elemento del Proceso de Talento Humano, estructurando el mecanismo de "Canal de consulta y orientación para el manejo de conflictos de interés" y el "Formato Declaración de Conflictos de Interés" adoptado al interior de la entidad, con el fin de evidenciar las acciones de gestión preventiva llevadas a cabo.		H 4.1.1
5.1 Incumplimiento de los objetivos institucionales, sectoriales y metas de gobierno.	Extremo	SI	Cumplimiento en general de las actividades y controles establecidos para el procedimiento de Planificación Presupuestal.		H 5.1.1
			Adecuada documentación de los recursos financieros, humanos, físicos y tecnológicos para establecer la planeación de cada vigencia y su articulación con el presupuesto de inversión, mediante la implementación de un esquema en SGI.		H 5.1.2
			Adecuada validación de los procedimientos para hacer modificaciones al Plan Estratégico Institucional, Sectorial y Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC) a través del SGI.		H 5.1.3
			Oportunidad de implementar en Función Pública, la adopción de una "Mejor Práctica" para la gestión de proyectos, mediante la estructuración de una PMO (Oficina de Gestión de Proyectos) que defina, apoye y supervise la metodología de proyectos a través de un manual y/o guía internos.		H 5.1.4
6.1 Inadecuada gestión de procesos y generación de productos.	Alto	SI	Cuatro (4) de los cinco (5) controles del procedimiento "Administración de la Gestión del Riesgo", no se encuentran asociados directamente al Mapa de Riesgos		H 6.1.1

Riesgos Identificados en el proceso de auditoría	Calificación de riesgo inherente según matriz de riesgos del proceso	Cubierto en el alcance de la auditoría	Detalle de las validaciones realizadas	Resultado	No. Hallazgo (Ver Informe Detallado)
			Institucional - versión 15, e igualmente, se dificulta la identificación de los riesgos que mitigan.		
			Debilidad en el diseño de los controles establecidos para la adecuada mitigación de los riesgos del procedimiento "Administración de la Gestión del Riesgo".		H 6.1.2
			No se observó por parte de la Oficina Asesora de Planeación (OAP), la presentación del "Informe de Seguimiento a la Gestión del Riesgo" y los correspondientes reportes de materializaciones del mismo, en los Comités Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) y de Coordinación de Control Interno (CICCI), durante el periodo enero - mayo 2021; así mismo, no se evidencia de manera periódica el envío de alertas a los líderes y enlaces de procesos, que por alguna razón no efectuaron los reportes de avances en el SGI, acción que debe llevarse a cabo durante los primeros 5 días hábiles de cada mes a través de correo electrónico.		H 6.1.3
			Demoras en la ejecución de los dos (2) controles establecidos en el procedimiento "Diseño y Administración Sistema Integrado Planeación y Gestión", evidenciado en el Alcance de la auditoría (Vigencia 2020 y enero a mayo 2021), asociados a la aprobación y puesta en marcha del Proyecto "Rediseño de Procesos Institucionales".		H 6.1.4

## Conclusiones y Recomendaciones Generales

1. Debido a las medidas de confinamiento decretadas por la emergencia sanitaria, se resalta la disposición y colaboración de todos los funcionarios en la realización de las entrevistas de manera virtual y el aporte de información que permitió verificar los controles establecidos en el proceso de Direccionamiento Estratégico.
2. En la auditoría efectuada al proceso de Direccionamiento Estratégico se definieron (8) hallazgos (50%), en los cuales se pudo evidenciar una aplicación adecuada de la normatividad vigente y de los controles establecidos en el proceso; así mismo, se evidenciaron (8) hallazgos (50%), en los que se observan situaciones que denotan una debilidad que expone de manera indirecta o directamente a la Entidad, a un impacto negativo a nivel operativo o un riesgo que se pueda materializar y requiere de una acción correctiva, y finalmente, no se observó recurrencia en hallazgos respecto a vigencias anteriores (Ver gráfica). Por lo tanto, se hace necesario implementar las acciones de mejora para subsanar los hallazgos de la presente auditoría, mediante el procedimiento establecido a través del Sistema de Gestión Institucional SGI – Módulo Plan de Mejoramiento.



3. El Proyecto “Rediseño de Procesos 2019-2020” liderado por la Oficina Asesora de Planeación (OAP), está asociado al proceso de Direccionamiento Estratégico - Procedimiento “Diseño y Administración Sistema Integrado Planeación y Gestión”, parte de la necesidad de organizar, articular y gestionar la planeación institucional desde la perspectiva de procesos, con el fin de estandarizar flujos de trabajo, optimizar los canales de comunicación interna, potenciar la gestión integral y mejorar los tiempos de entrega de los productos y servicios, donde el sistema integrado de gestión es la herramienta que permite organizar e identificar dichas mejoras.

Durante la vigencia 2020 y lo recorrido en el periodo enero - mayo 2021, se observó un importante avance en el análisis y levantamiento documental de las actividades desarrolladas por las dependencias, la investigación de nuevas tendencias y la identificación de necesidades de fortalecimiento de los procesos (formalización de planta) y de posibles escenarios de negocio y cadena de valor ideal, de tal forma que se ha ido avanzando en cada uno de las etapas contempladas en el plan de trabajo hasta llegar a la de su presentación a la Alta Dirección, en procura de obtener finalmente su aprobación sobre la reorientación institucional así como del nuevo modelo de operación por procesos, como fuente fundamental para el desarrollo de la gestión interna con criterios de calidad, oportunidad, innovación en beneficio de los grupos de valor.

Es así como en la sesión virtual del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), Acta 002 del 30/12/2020, la OAP explicó a los miembros cómo se desarrolla el proyecto, la definición del propósito, la validación y el alcance que se estableció en su metodología, así como la ruta de trabajo definida para el 2020 y los pasos para su realización con éxito, estableciendo a dónde se quiere llegar y la visión del proyecto. Para llevar a cabo lo anteriormente expuesto, se contó con la revisión y sugerencias de todas las áreas y líderes de proceso.

Considerando que el CICCI a la fecha cuenta con miembros recién vinculados a Función Pública, se sugiere a la OAP que los ilustre con la presentación del proyecto, la exposición sobre los ejes de Función Pública, el modelo de negocio y la reestructuración del mapa de operación por procesos y de paso, se subsane las demoras evidenciadas en la presente auditoría para la aprobación y puesta en marcha de este proyecto por parte de la Alta Dirección, informando además, sobre el estado actual de las tareas asignadas en el Comité antes enunciado, en el cual si bien se presentaron los resultados alcanzados en lo corrido del año 2020 del proyecto, en dicha sesión se solicitó a la OAP coordinar unas mesas de trabajo con el Equipo Directivo, por ser el espacio apropiado para revisar y debatir la propuesta de rediseño, de lo cual no se evidenció el cumplimiento del plazo (26 febrero 2021) y tampoco se observó que se cumpliera dentro del plazo el compromiso de que una vez aprobado el cronograma de trabajo presentado por la OAP, la Entidad ya contaría a marzo de 2021, con la Identificación de los riesgos institucionales acorde al nuevo Mapa de Operación por Procesos y la Construcción de Mapa de Riesgos Institucional socializado y publicado, comoquiera que este aspecto tiene relación directa con los entregables del proyecto.

Teniendo en cuenta que el Proceso Direccional Estratégico se encuentra adelantando el Proyecto de “Rediseño de Procesos Institucionales”, que contempla la revisión a la caracterización, procedimientos, guías, políticas y manuales, entre otros, es importante que se tenga en cuenta las recomendaciones que, frente a estos documentos, se hace a lo largo del informe y en especial, la oportuna publicación de estas actualizaciones.

4. Para la presente vigencia, se observaron cuatro (4) proyectos en curso en Función Pública por un valor total \$20.397.418.487, en concordancia con la Resolución 001 de 2021 Desagregación en el Presupuesto de Funcionamiento e Inversión del DAFP. Al respecto, es importante anotar que desde la Oficina Asesora de Planeación se está liderando el proyecto de diseño, adopción y pilotaje de una estructura de apoyo de buenas prácticas para gerenciar los proyectos; se espera poner en producción a partir del 2022, con dos (2) opciones para la estructura de la PMO (Oficina de Gestión de Proyectos), la cual estaría sujeta a la aprobación de la Alta Dirección.

Iniciativa con la cual la Oficina de Control Interno (OCI) coincide, aunque es claro que se requiere de una cifra significativa de recursos económicos para ponerla en marcha, teniendo en cuenta el gráfico de estructura que se tiene programado en la propuesta a presentar a la Alta Dirección. Se sugiere para iniciar el proyecto, evaluar la siguiente estructura:

- 1 Gerente (alta gerencia)
- 1 Coordinador (gerencia media)
- 1 Profesional Estructurador de Proyectos (cargo operativo que puede ocupar un tecnólogo)



Este equipo deberá presentar un plan de trabajo a la OAP para dar línea sobre mejores prácticas, brindar apoyo, asesoría y acompañamiento (seguimiento permanente) a los Gerentes de Proyectos, Sponsor o Directivos y a la Alta Dirección, lo que permitirá unificar la metodología de proyectos que determine la Entidad y asegurar que se aplique en éstos cada una de las etapas y pasos establecidos, desde su inicio, con el Acta de Constitución del Proyecto, hasta el final, con el Cierre del mismo. A título informativo, las metodologías más reconocidas son: MGA -Metodología General Ajustada<sup>1</sup> del DNP y PMBOK Guide (Guía de los Fundamentos de la Dirección de Proyectos) del PMI -Project Management Institute.

---



<sup>1</sup> En el Artículo 49 de la Ley 152 de 1994 se facultó al Departamento Nacional de Planeación para organizar las metodologías, criterios y procedimientos que permitan integrar los sistemas para la planeación y una Red Nacional de Bancos de Programas y Proyectos. Bajo estas disposiciones, la Resolución 1450 de 2013 ha adoptado a la MGA como herramienta metodológica e informática para la presentación de los proyectos de inversión pública.

# Informe Detallado

## Auditoría al Proceso de Direccionamiento Estratégico

### Hallazgos

Teniendo en cuenta que el Proceso de Direccionamiento Estratégico, es de una considerable complejidad, el presente informe se desarrolló a partir de la caracterización del proceso y cada procedimiento descrito en el Sistema Integrado de Planeación y Gestión -SIPG- de Función Pública y de un análisis acucioso de las diferentes Políticas, manuales y lineamientos para la estructuración de la planificación presupuestal, gestión de proyectos, planeación institucional, planes estratégicos sectorial e institucional y plan de acción anual, así como del mapa de riesgos institucional versión 1 vigencia 2021, el detalle del mismo (versión 15 de mayo 3 de 2021 vigente para el Alcance de la auditoría) y el programa de rediseño de procesos, entre otros aspectos.

Es importante anotar, que un hallazgo es el resultado de la comparación que se realiza entre un criterio y la situación actual encontrada durante el examen a una entidad, área o proceso; por lo tanto, a continuación, se describirán los hechos y aspectos positivos, útiles, convenientes o destacables del proceso auditado, bajo el símbolo  y por otra parte, los hechos detectados en el examen de auditoría, referente a deficiencias, desviaciones, irregularidades o debilidades del proceso, se registran con el símbolo  y por último, la recurrencia de hallazgos (R) observados en seguimientos y auditorías anteriores internas y/o externas, se presentarán al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, para el establecimiento de lineamientos para las acciones de mejora a implementar.

***Es importante, se tenga en consideración que el orden de los hallazgos, páginas 4, 5 y 6 “Resultados del Trabajo - Riesgos y Aspectos Evaluados” del Resumen Ejecutivo, se encuentra tal y como están registrados los seis (6) riesgos del Proceso Direccionamiento Estratégico en el Mapa de Riesgos Institucional (versión 15 - Mayo 3 de 2021), por otra parte, la numeración en el “Informe Detallado”, ha sido ordenada acorde con los cinco (5) procedimientos asociados al proceso, con el fin de facilitar la elaboración del Plan de Mejoramiento por parte del responsable del procedimiento, pues se debe tener en cuenta que un mismo riesgo puede impactar a uno o más procedimientos.***

#### 1. PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO

##### Riesgo evaluado asociado al hallazgo:

“Pérdida de Confidencialidad”



**H 1.1.1 Adecuados controles para el cumplimiento a los lineamientos de la OTIC en su Política de Operación, relacionados con la confidencialidad para acceder a los recursos de infraestructura de TI por parte del usuario y sobre las acciones para construir contraseñas seguras.**

Verificando el nivel de cumplimiento a la Política de operación, en lo que respecta a los lineamientos básicos para la administración de contraseñas, su construcción y los niveles de confidencialidad que deben ser tenidos en cuenta, para los tres (3) sistemas operados por la OAP

(SIE – Sistema de Información Estratégica, SIPG – Sistema Integrado de Gestión y SGI – Sistema de Gestión Integral), se evidenciaron debidos controles propios de administración de roles, cuentas de usuario y control de contraseña segura, acorde con los parámetros definidos en el Directorio Activo, sobre el cual se valida actualmente el acceso a los tres (3) sistemas. De otro lado, los usuarios con privilegio actualmente activos en los sistemas operados por el proceso, fueron validados y están acordes con la planta actual autorizada de Función Pública.

El parámetro de cambio periódico de contraseña en el Directorio Activo, debido a las medidas de confinamiento implementadas por el Gobierno Nacional con ocasión del COVID 19, se dejó inhabilitado, hasta tanto los servidores trabajen de manera presencial y se conecten directamente a la red en las instalaciones del Departamento.

Respecto al modelo de comunicación interna de las Políticas de seguridad relacionadas con el manejo de contraseña segura, se evidenció un adecuado esquema de socialización para la vigencia 2020, a través de las labores ejecutadas en materia de sensibilización de seguridad de la información. Se observaron específicamente piezas de sensibilización para el cuarto trimestre de 2020, entre las que se resaltan las orientadas a la maratón de cambio de contraseñas. Adicionalmente, en algunas reuniones de rediseño y actualización de la caracterización de procesos se dan socializaciones sobre lineamientos de seguridad de la información, con el apoyo del responsable de la seguridad de la información por parte de la Oficina Asesora de Planeación (OAP). (Registros de reunión consignados en la Ruta: \\yaksa\10021GMI\2021\TRD\PLANES\RIESGOS).

Por último, verificando el cumplimiento a la acción de contingencia ante posible materialización del riesgo de pérdida de confidencialidad, que se encuentra registrada en el mapa de riesgos para el proceso de Direccionamiento Estratégico, pudimos evidenciar que aparte de la acción registrada en la cual se debe “Solicitar el cambio inmediato de la contraseña o en caso extremo la inhabilitación de la contraseña”, los responsables ejecutan acciones adicionales de contingencia aplicando el procedimiento de manejo de incidencias con la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (OTIC) y con el responsable de la seguridad de la información.

### **Recomendaciones:**

Una vez se reestablezca el retorno progresivo a la presencialidad, es importante asegurar en coordinación con la OTIC la habilitación del parámetro de cambio periódico de contraseña en el Directorio Activo.

Actualizar en el mapa de riesgos del proceso de Direccionamiento Estratégico, las acciones de contingencia ante posible materialización del riesgo de pérdida de confidencialidad, incluyendo las acciones que actualmente son de conocimiento por parte de todos los responsables de la OAP.

Finalmente, teniendo como base la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas v5, a continuación, se propone la siguiente redacción del riesgo “Pérdida de confidencialidad”: *“Posibilidad de pérdida reputacional por acceso no autorizado a la información confidencial del proceso, debido al desconocimiento de buenas prácticas de seguridad, divulgación de información no autorizada o uso de claves genéricas”*.

### **Riesgo evaluado asociado al hallazgo:**

“Pérdida de Confidencialidad”



**H 1.1.2 Debilidades en la presentación de la información registrada en la sábana de riesgos del proceso y en registro oportuno del plan de mejoramiento ante la materialización del riesgo “Pérdida de Confidencialidad”, el cual aparece en este estado en los meses de enero a mayo 2021.**

En la sábana de riesgos del proceso de Direccionamiento Estratégico generada a través del SGI el 11 de junio de 2021, se evidenció el registro de la materialización del riesgo mencionado, el cual aparece como “materializado” en todos los meses de lo corrido de esta vigencia. Verificando dicho registro con el responsable del proceso, se pudo concluir que realmente el riesgo se materializó en el mes de mayo y que la vista que genera el reporte tiene un error de presentación. Esta inconsistencia ya fue registrada por la OAP en la mesa de ayuda para su gestión y solución por parte de la OTIC.

De otro lado, el riesgo se materializó debido al ingreso no autorizado de una exfuncionaria de la OAP al servidor de carpetas compartidas Yaksa, para lo cual el proceso adelantó el análisis y generación del plan de mejoramiento en el mes de junio 2021. No obstante, este plan a fecha 17 de agosto no había sido aún registrado en el SGI. Ruta evidencia:

\\yaksa\10021GMI\2021\TRD\PLANES\ MEJORAMIENTO\

Nombre archivo: 2021-06-24\_Plan\_mejoramiento\_materializacion\_riesgo\_oap.

### **Recomendaciones:**

Dar continuidad al seguimiento para la implementación del ajuste al reporte de la sábana de riesgos, con el fin de contar con la información clara y concisa que permita una acertada toma de decisiones en caso de materializarse un riesgo.

Dar continuidad al seguimiento para la implementación del ajuste al reporte de la sábana de riesgos, con el fin de contar con la información clara y concisa que permita una acertada toma de decisiones en caso de materializarse un riesgo.

Es importante registrar oportunamente en el Plan de Mejoramiento Institucional, las actividades a desarrollar resultado del análisis de causas de la materialización del riesgo mencionado, así como las fechas de compromiso, responsables y el avance de la gestión, entre otros, con el fin de mantener la trazabilidad y seguimiento de la gestión efectuada para evitar de nuevo su ocurrencia.

### **Riesgo evaluado asociado al hallazgo:**

“Pérdida de Disponibilidad”



**H 2.1.1 Debilidades en el reporte de incidentes por pérdida de disponibilidad o integridad de la información a través de la Mesa de Ayuda – Proactivanet.**

Observando el procedimiento de registro de inconsistencias a través de la Mesa de Ayuda (Proactivanet) aplicado por el proceso, cuando se han presentado eventos que causan la indisponibilidad de los sistemas (SIPG, SIE y SGI) o la pérdida de integridad de la información propia del proceso, se obtuvo como resultado lo siguiente:

**Sistema Integrado de Planeación y Gestión - SIPG:** Para el tema de indisponibilidad, en el catálogo de servicios de la mesa de ayuda está la opción de “Sistemas de información internos” y entre ellos la opción “Intranet”, donde se despliega entre otras una plantilla denominada “Indisponibilidad”, la cual se usa para registrar casos ocasionados por pérdida de disponibilidad

del sistema. Respecto a este tipo de caso, así como para posible pérdida de integridad de la información, el responsable del proceso aduce que no se han presentado casos que reportar a través de la mesa de ayuda.

**Sistema de Información estratégica - SIE:** Por Proactiva en el catálogo de servicios de la mesa de ayuda, está la opción en “Sistemas de información misional” la opción “SIE”, donde se despliegan 4 plantillas (“Datos abiertos”, “Sistema VisualFp”, “Solicitud SIE”, “Visualizaciones”), ninguna de las cuales está orientada a indisponibilidad del sistema o a temas que afecten la seguridad de la información. Se evidenció un caso de una indisponibilidad del sistema en mayo de 2020 (Problemas con el Power BI, por vencimiento de licencias del producto), donde se efectuó el registro de la incidencia por correo interno.

**Sistema de Gestión Institucional - SGI:** Para el tema de indisponibilidad, en el catálogo de servicios de la mesa de ayuda está la opción de “Sistemas de información internos” y entre ellos la opción “SGI”, donde se despliega entre otras una plantilla denominada “Indisponibilidad”, la cual se usa para registrar casos ocasionados por pérdida de disponibilidad del sistema. Para el caso de posible pérdida de integridad de la información no se tiene una plantilla específica. Finalmente, el responsable del procedimiento aduce que no se han presentado casos de pérdida de integridad de la información.

En conclusión, no se evidencia una plantilla general y/o unificada que permita realizar el registro de incidentes, relacionados con posible pérdida de integridad de la información para todos los sistemas o de pérdida de disponibilidad en el sistema SIE.

De otro lado, a nivel general se observaron controles adecuados en la mesa de ayuda para:

- Acceso a la herramienta: cada responsable tiene su respectivo usuario asignado.
- Seguimiento a casos reportados, donde queda la traza y medio de consulta respectivos sobre la gestión de cada caso.
- Acuerdo de Niveles de Servicio implementados.

### **Recomendaciones:**

En aras de mantener un debido control a la trazabilidad y seguimiento de las incidencias relacionadas con indisponibilidad de los sistemas, pérdidas de integridad o confidencialidad de la información que se puedan originar en los sistemas operados por el proceso de Direccionamiento Estratégico (SIE, SIPG y SGI), se recomienda que los líderes funcionales y técnicos de cada sistema en coordinación con la OTIC, analicen la posibilidad de implementar una plantilla unificada o por sistema en la mesa de servicio, que permita registrar dichas incidencias. Teniendo en cuenta para ello los responsables por nivel de soporte (I, II y III) y los ANS respectivos.

Finalmente, teniendo como base la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas v5, a continuación, se propone la siguiente redacción del riesgo “Pérdida de disponibilidad”: *“Posibilidad de pérdida reputacional por indisponibilidad de acceso a los sistemas de información operados por el proceso, debido a fallos tecnológicos en las plataformas de tecnología.”*

### **Riesgo evaluado asociado al hallazgo:**

“Pérdida de Disponibilidad”



### **H 2.1.3 Aplicación adecuada de las actividades y los puntos de control establecidos para el cumplimiento del procedimiento “Administración de la Gestión del Riesgo”, durante la vigencia 2020.**

Al verificar el cumplimiento de los (5) puntos de control y las actividades establecidas en el Sistema Integrado de Planeación y Gestión -SIPG (Flujograma) para el procedimiento “Administración de la Gestión del Riesgo”, se pudo evidenciar su adecuada aplicación en lo que respecta a la vigencia 2020 por parte de la Oficina Asesora de Planeación (OAP) y el Grupo de Mejoramiento Institucional (GMI), teniendo en cuenta las evidencias y la relación de los registros con los respectivos enlaces o rutas de Yaksa suministrados por la OAP y el GMI, que reposan en los papeles de trabajo de la Oficina de Control Interno, destacando por su importancia comoquiera que la responsabilidad de la OAP ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), es presentarles la Política, metodología y avance de los riesgos, para su análisis y retroalimentación a la Dirección, lo que efectivamente se hizo en la sesión del 30 de diciembre de 2020.

Ahora bien, teniendo en cuenta que una parte del alcance de la auditoría es la vigencia 2020 (para la cual se emite la presente conformidad), pero también abarca el periodo enero a mayo de 2021, debemos precisar que, sobre dicho periodo, esta Oficina se pronuncia por separado en el hallazgo H 6.1.3 de este informe, debido a que en el lapso enero a mayo de 2021 se observan incumplimientos o debilidades en la aplicación de los controles.

#### **Riesgo evaluado asociado al hallazgo:**

“Pérdida de Integridad”



### **H 3.1.1 Inadecuado manejo del versionamiento de documentos en los diferentes sistemas de información de consulta de Función Pública o en el servidor de carpetas compartidas Yaksa.**

Al validar que el versionamiento de los documentos publicados en los diferentes sistemas de información de consulta de Función Pública y/o la documentación que reposa en el servidor de carpetas compartidas Yaksa de la Oficina Asesora de Planeación (OAP) y/o el Grupo de Mejoramiento Institucional (GMI), durante la vigencia 2020 y enero a mayo 2021 (Alcance de la auditoría), para el procedimiento “Administración de la Gestión del Riesgo”, se identificó la desactualización de documentos tanto en el Sistema Integrado de Planeación y Gestión (SIPG) como en el Sistema de Gestión Institucional (SGI) e incluso se observó el cambio del nombre del procedimiento mismo en el Flujograma que reposa en la caracterización del proceso de Direccionamiento Estratégico. A continuación se relaciona la documentación desactualizada en los sistemas de información de Función Pública (SIPG y SGI):

#### **1. Sistema Integrado de Planeación y Gestión (SIPG)**

- a) Política de Administración de Riesgos en Función Pública: Las versiones 15 del 2021-05-31 y 14 del 2021-07-06 se encontraban publicadas en el desarrollo de la auditoría, y la aprobada por la Alta Dirección (Comité Institucional de Coordinación de Control Interno - CICCI, corresponde a la versión 14 del 2020-10-15.

Ruta Evidencia: \\Yaksa\10021gmi\2020\TRD\PLANES\RIESGOS\_INSTITUCIONALES  
“2020-11-06\_politica\_administracion\_riesgos\_version\_final”

- b) Manual Metodología de Riesgos: La versión 6 de julio 2021, se encontró publicada en el desarrollo de la auditoría y al igual que lo indicado en el literal a), la aprobada es la versión 5 de marzo 2019.

- c) Manual del Usuario Módulo de Riesgos SGI: En la ejecución de la auditoría se observó publicada la versión 6 de mayo 2021, al igual que lo indicado en el literal a) la aprobada fue la versión 5 de mayo 2019, la cual se encontraba publicada en el SGI.
- d) Modificación nombre del procedimiento: En la caracterización del proceso Direccionamiento Estratégico (versión 7 del 2019-11-06) aparece el procedimiento 3. como “*Administración de la gestión del riesgo*”, y en el Flujograma (versión 6.0 del 2021-07-06) se registra con el nombre de “*Administración del Riesgo*”.

## 2. Sistema de Gestión Institucional (SGI) - Documentos de consulta del "Módulo de Riesgos"

- a) Política de Operación para la Administración del Riesgo en Función Pública: En el desarrollo de la auditoría se encontraba publicada la versión 12 del 2019-04-29 y la aprobada por la Alta Dirección (CICCI), es la versión 14 del 2020-10-15.  
Ruta Evidencia: \\Yaksa\10021gmi\2020\TRD\PLANES\RIESGOS\_INSTITUCIONALES "2020-11-06\_politica\_administracion\_riesgos\_version\_final"
- b) Manual Metodología de Riesgos: En el desarrollo de la auditoría se encontraba publicada la versión 6 de julio 2021, y al igual que lo indicado en el literal a), la aprobada por la Alta Dirección (CICCI), es la versión 5 de marzo 2019.
- c) Inventario Activos de Información: Se observó durante la prueba de recorrido con la OAP que, cuando se abre el archivo Excel publicado (versión 4 del 2019-09-11), éste se encuentra desconfigurado.
- d) Contexto Estratégico Vigencia 2020: Cuando se abre el archivo publicado se presenta la misma situación del literal c), es decir, también se encuentra desconfigurado.
- e) El archivo Excel “2021-05-03\_Mapa\_riesgos\_institucional\_v\_15” corresponde a la versión aprobada por la Alta Dirección, el cual sirvió de base para la planeación de la presente auditoría iniciada en junio 2021 y cuyo Alcance es la vigencia 2020 y enero a mayo 2021; sin embargo, es de aclarar que una vez iniciadas las pruebas de recorrido y de validación efectiva de controles entre julio y agosto 2021, también se encontró la versión “2021-07-09\_Mapa\_riesgos\_institucional\_v16” Mapa de Riesgos Institucional 2do semestre 2021.  
Ruta Evidencia: \\Yaksa\10021gmi\2021\TRD\PLANES\RIESGOS.

En el Informe de Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno Periodo Enero - Junio 2021, la OCI reportó haber evidenciado la elaboración de una propuesta de actualización de la Política de Operación de Administración del Riesgo, respecto a la versión 14 del 2020-10-15, con ocasión de las diferencias encontradas al momento de implementar la metodología; sin embargo, esta nueva actualización estaba pendiente de presentación para la respectiva aprobación del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (Línea Estratégica), según lo establecido en el procedimiento "Administración del Riesgo versión 6 del 2021-07-06".

Ruta Evidencia: \\Yaksa\10021gmi\2021\TRD\PLANES\RIESGOS Nombre de archivos: 2021-05-19\_Politica\_operacion\_riesgos\_control\_cambios\_ajustes\_gmi\_eva  
2021-05-19\_Registro\_asistencia\_revision\_politica\_administracion\_riesgos.

### **Recomendaciones:**

Considerando que no se debería haber cambiado la versión 14 del 2020-10-15 a la versión 14 del 2021-07-06, y subirla al Sistema Integrado de Planeación y Gestión (SIPG) y/o en el Sistema de Gestión Institucional (SGI), sin haber cumplido previamente con la aprobación del CICCI, según lo establecido en el procedimiento “Administración de la Gestión del Riesgo”, emitido por la Oficina Asesora de Planeación; lo recomendable, es hacer una ejecución secuencial del procedimiento en mención con el fin de asegurar en primer lugar, la actualización y aprobación de la Política y

Metodología de Riesgos por parte del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno; en segundo lugar, actualizar los documentos de consulta del Módulo de Riesgos en el SGI; tercero, Socializar la Política, Metodología y Documentos de Consulta y; por último, hacer la implementación de la Política en todos los procesos de la entidad a través de las reuniones o mesas internas de trabajo.

Teniendo en cuenta que no se han realizado con la periodicidad deseada las sesiones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), debido a los cambios que se han venido presentando a nivel gerencial, se sugiere que cuando la OAP tenga la oportunidad de agendar su participación ante el CICCI, presente para aprobación la Política de Operación de Administración de Riesgos versión 14 del 2021-07-06 con los respectivos anexos que lo requieran, los cuales son parte fundamental de este documento técnico, a saber: Manual Operativo MIPG, Manual Metodología de Riesgos, guía para la Administración del Riesgo de FP, Matriz de Autoridad y Responsabilidad, Manual del Usuario – Módulo de Riesgos SGI, Plan de Continuidad y Procedimiento Administración del Plan de Mejoramiento Institucional.

Una vez aprobada toda la documentación relacionada anteriormente, proceder a su publicación actualizándola en el SIPG y en el SGI en la sección "Documentos de Consulta - Módulo de Riesgos SGI", para el conocimiento e implementación pertinente por parte de todos los Servidores Públicos, Contratistas y Pasantes de la Entidad.

### **Riesgo evaluado asociado al hallazgo:**

“Inadecuada gestión de procesos y generación de productos”



**H 6.1.1 Cuatro (4) de los cinco (5) controles del procedimiento “Administración de la Gestión del Riesgo”, no se encuentran asociados directamente al Mapa de Riesgos Institucional - versión 15, e igualmente, se dificulta la identificación de los riesgos que mitigan.**

El procedimiento “Administración de la Gestión del Riesgo” versión 6.0 del 2021-07-06 establece cinco (5) controles según se evidencia en el Flujograma que se encuentra en el Sistema Integrado de Planeación y Gestión -SIPG-, de los cuales cuatro (4) puntos de control no se encuentran asociados directamente al Mapa de Riesgos Institucional versión 15 de mayo 3 de 2021 publicado en el portal web institucional, evidenciado para el alcance de la auditoría e igualmente, se presentó dificultad para identificar con certeza en el citado mapa, los riesgos que se estaban mitigando; adicionalmente, se encontró en el servidor de carpetas compartidas Yaksa el archivo “2021-07-09\_Mapa\_riesgos\_institucional\_v16” Mapa de Riesgos Institucional 2do semestre 2021, pendiente por publicar en el portal web. Veamos a continuación cada uno de los controles y comentarios emitidos al respecto por el equipo de trabajo de la Oficina Asesora de Planeación (OAP):

**Control 1.** “*El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (Línea de Defensa Estratégica) aprueba la Política y Metodología de Riesgos y remite acta de aprobación a la Oficina Asesora de Planeación; en caso contrario, se deben realizar los ajustes solicitados en comité.*”

OAP: “*No se asocia directamente a los riesgos identificados en el mapa institucional v15. Sin embargo, con los lineamientos de la nueva metodología se realizó un análisis preliminar del riesgo Inadecuada gestión de procesos y generación de productos, en donde se concluye que este control contribuye a mitigar una de las causas generadoras del riesgo.*”

**Control 3.** “*La Oficina Asesora de Planeación (Segunda Línea de Defensa) valida que los controles del Mapa de Riesgos se encuentren documentados en los procesos.*”



OAP: “No se asocia directamente a los riesgos identificados en el mapa institucional v15. Sin embargo, con los lineamientos de la nueva metodología se realizó un análisis preliminar del riesgo Inadecuada gestión de procesos y generación de productos, en donde se concluye que este control contribuye a mitigar una de las causas generadoras del riesgo.”

**Control 4.** “La Oficina Asesora de Planeación (Segunda Línea de Defensa) verifica el reporte de seguimientos de riesgos en el SGI, a través de sabana de reportes que genera el Módulo de Riesgos SGI.”

OAP: “No se asocia directamente a los riesgos identificados en el mapa institucional v15. Sin embargo, con los lineamientos de la nueva metodología se realizó un análisis preliminar del riesgo Inadecuada gestión de procesos y generación de productos, en donde se concluye que este control contribuye a mitigar una de las causas generadoras del riesgo.”

**Control 5.** “La Oficina de Control Interno (Tercera Línea de Defensa) valida el cumplimiento de las acciones para mitigar el riesgo, a través del Módulo Plan de Mejoramiento SGI.”

OAP: “No se asocia directamente a los riesgos identificados en el mapa institucional v15. Sin embargo, se contempló en los lineamientos de la Política de administración de riesgos las responsabilidades por líneas de defensa frente a la materialización de riesgos.”

### **Recomendaciones:**

Como resultado de las pruebas de recorrido y las de validación efectiva de controles, se encontró cumplimiento en lo relativo a la implementación de la Política de Riesgos, pero es muy importante que los dueños del proceso de “Direccionamiento Estratégico” (versión 7 del 2019-11-06), por ser quienes conocen a profundidad los aspectos claves del procedimiento de “Administración de la Gestión del Riesgo”, identifiquen en todos los casos, en particular para los controles 1, 3, 4 y 5 (El Control 2, sí está asociado al riesgo “Inadecuada gestión de procesos y generación de productos”), sobre los cuales nos hemos referido anteriormente, que las actividades críticas siempre estén asociadas a un riesgo y se cuenta con los controles que contrarresten las causas de dicho riesgo.

Adicionalmente, se sugiere respetuosamente que se aplique la anterior recomendación (que las actividades críticas siempre estén asociadas a un riesgo y cuenten con controles que contrarresten las causas de dicho riesgo), mediante la correspondiente verificación en la actualización del Mapa de Riesgos Institucional 2do semestre 2021, previo a su publicación en la página web institucional. Ver archivo “2021-07-09\_Mapas\_riesgos\_institucional\_v16”.

### **Riesgo evaluado asociado al hallazgo:**

“Inadecuada gestión de procesos y generación de productos”



**H 6.1.2 Debilidad en el diseño de los controles establecidos para la adecuada mitigación de los riesgos del procedimiento “Administración de la Gestión del Riesgo”.**

Se ha identificado en la prueba de recorrido efectuada al procedimiento “Administración de la Gestión del Riesgo” (versión 6.0 del 2021-07-06), que no se precisa cuál es la *Periodicidad* para los siguientes cuatro (4) de los cinco (5) controles establecidos, según el Flujograma publicado en el Sistema Integrado de Planeación y Gestión -SIPG- (El Control 4, sí establece la periodicidad “Trimestralmente”). Veamos el siguiente detalle:

**Control 1.** “El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (Línea de Defensa Estratégica) aprueba la Política y Metodología de Riesgos y remite acta de aprobación a la Oficina Asesora de Planeación; en caso contrario, se deben realizar los ajustes solicitados en comité.”

**Control 2.** “El Líder del Proceso (Primera Línea de Defensa) aprueba el Riesgo en el Módulo de Riesgos SGI y envía al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI) para su aprobación; en caso contrario, se debe ajustar el riesgo en la etapa correspondiente.”

**Control 3.** “La Oficina Asesora de Planeación (Segunda Línea de Defensa) valida que los controles del Mapa de Riesgos se encuentren documentados en los procesos.”

**Control 5.** “La Oficina de Control Interno (Tercera Línea de Defensa) valida el cumplimiento de las acciones para mitigar el riesgo, a través del Módulo Plan de Mejoramiento SGI.”

### **Recomendación:**

Se recomienda tener en cuenta que los controles establecidos, deben contar con las siguientes características: **quién lo hace, periodicidad, qué hace, cómo lo hace, qué pasa cuando hay excepciones y, cuál es la evidencia**, según lo establece la “Guía de Administración de Riesgos” y “Metodología aplicable a la Función Pública”.

### **Riesgo evaluado asociado al hallazgo:**

“Inadecuada gestión de procesos y generación de productos”



**H 6.1.3 No se observó por parte de la Oficina Asesora de Planeación (OAP), la presentación del “Informe de Seguimiento a la Gestión del Riesgo” y los correspondientes reportes de materializaciones del mismo, en los Comités Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) y de Coordinación de Control Interno (CICCI), durante el periodo enero - mayo 2021; así mismo, no se evidencia de manera periódica el envío de alertas a los líderes y enlaces de procesos, que por alguna razón no efectuaron los reportes de avances en el SGI, acción que debe llevarse a cabo durante los primeros 5 días hábiles de cada mes a través de correo electrónico.**

Teniendo en cuenta lo establecido en el procedimiento (Flujograma) “Administración de la Gestión del Riesgo” versión 6.0 del 2021-07-06, al igual que en la “Política de Administración de Riesgos” versiones 14 del 2021-07-06 y 14 de Octubre 2020, en lo que corresponde al periodo enero - mayo 2021, no se observa el cumplimiento de la Oficina Asesora de Planeación en la presentación trimestral del informe de seguimiento a la gestión del riesgo y el reporte de materialización de los mismos, ante los Comités de Gestión y Desempeño Institucional (CGDI) y Coordinación de Control Interno (CICCI) - Línea Estratégica, para su correspondiente revisión y generación de recomendaciones o acciones de mejoramiento.

De igual manera, cuando la OAP hace la validación previa en el SGI y evidencia que hay procesos pendientes por realizar los reportes periódicos del seguimiento a los riesgos y controles, no se evidencia el envío de alertas a aquellos líderes y enlaces que por alguna razón no llevaron a cabo los reportes de avances en el SGI (abril y mayo 2021), acción que debe realizarse los primeros 5 días hábiles de cada mes, a través de correo electrónico.

En lo que respecta a este hallazgo, manifiesta la OAP que, en febrero 2021 no se elaboró el informe por cuanto se estaba en la etapa de planificación para la actualización de los riesgos y, en cuanto

a su presentación ante los Comités descritos, ésta se encontraba sujeta a la convocatoria y celebración de los mismos; no obstante lo anterior, como resultado de las validaciones realizadas por la Oficina de Control Interno (OCI), a través de los soportes suministrados por la OAP, se pudo evidenciar el envío de los correos electrónicos para los cortes de diciembre 2020, enero, febrero y marzo 2021.

### **Recomendación:**

Incluir dentro de la próxima agenda del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, la presentación del Informe de Seguimiento a la Gestión del Riesgo Trimestral, por parte de la Oficina Asesora de Planeación, para el análisis y seguimiento de los riesgos de mayor criticidad frente al logro de los objetivos institucionales, el monitoreo a los riesgos de corrupción, así como también el análisis de los riesgos materializados en la entidad; con el propósito de asegurar que se evalúen las fallas en los controles (relacionadas con el diseño y ejecución) y se tomen las decisiones para su mejoramiento, apoyados en los informes de seguimiento presentados por la Oficina Asesora de Planeación y los informes de auditoría realizados por la Oficina de Control Interno.

A continuación se detalla los dos (2) riesgos materializados a mayo 2021:

1. Materialización del riesgo "Pérdida de Confidencialidad" del proceso de Direccionamiento Estratégico, materializado en el mes de mayo 2021 (Ver detalle en el presente informe H 1.1.2).
2. Materialización del riesgo "Pérdida de disponibilidad de activos" del proceso de Tecnologías de la Información (24-mayo-2021). Se presentó ataque informático a la plataforma de cursos virtuales Eva, Gestor Normativo y Red Social de Servidores Públicos.

Fortalecer la generación de los informes con periodicidad mensual, que dirige el Jefe de la OAP a los líderes de procesos y en especial a aquellos que quedaron pendientes de hacer su reporte periódico en el aplicativo, a pesar de haber recibido la alerta automática que emite el Sistema de Gestión Institucional – SGI. Lo anterior, para dar cumplimiento al Control: "... mediante correo electrónico durante los primeros 5 días hábiles de cada mes a los procesos pendientes de reporte".

Asimismo, por parte de la OAP informar en sesiones del CGDI y CICCI, la reincidencia en los incumplimientos de gestionar los reportes a través del SGI, teniendo en cuenta que en caso de presentarse la materialización de un evento, es importante se formalice el registro en el aplicativo, en aras de evaluar las posibles fallas en los controles y adoptar las decisiones para su mejoramiento.

## **2. PROCEDIMIENTO NORMOGRAMA**

### **Riesgo evaluado asociado al hallazgo:**

"Pérdida de Disponibilidad"



**H 2.1.2 Debilidades en la ejecución de los controles establecidos, para el cumplimiento del procedimiento "Normograma".**

La Oficina de Control Interno con el fin de verificar el cumplimiento del procedimiento descrito en la versión No. 3 de 2019, durante las vigencias 2020 y enero – mayo 2021, procedió a evaluar que las actividades establecidas, se estuvieran cumpliendo de conformidad con lo documentado. Para el efecto se enfocó la revisión del normograma en seis (6) procesos a saber: 1) Direccionamiento Estratégico; 2) Seguimiento y Evaluación a la Gestión; 3) Gestión del Conocimiento; 4) Política en

Función Pública; 5) Gestión Documental y 6) Acción Integral en la Administración Pública Nacional y Territorial.

El jefe de la Oficina Asesora de Planeación es el responsable del procedimiento “Normograma”, sin embargo, para iniciar el mismo, depende de los demás líderes de proceso, quienes son los que deben informar las normas que se expiden de conformidad con la jerarquía normativa (pueden ser internas o externas) e impactan a cada uno de los procesos, durante el seguimiento a la muestra seleccionada para evaluar, se encontró que solo en tres (3) se presentaron solicitudes de actualización del normograma, dos (2) de los cuales son procesos que lidera la Oficina de Planeación (Direccionamiento Estratégico, Seguimiento y Evaluación a la Gestión) y el proceso de Gestión Documental.

El procedimiento menciona la intervención de Defensa Jurídica, que es un grupo perteneciente a la Dirección Jurídica, sin embargo, se encarga de la representación judicial y extrajudicial de la entidad y demás actividades relacionadas con esta gestión, diferente a la revisión de la normatividad aplicable a la entidad, además de éste, existen tres (3) grupos internos de trabajo, como son Asesoría, Conceptos y Relatoría; Estudio y Apoyo a la Formulación de Políticas y; el de Documental de Asuntos Jurídicos. Adicionalmente la Dirección Jurídica cuenta con la administración del Gestor Normativo, por lo que debería revisarse en cuál de estos corresponde aplicar el control, ya que en la prueba de validación efectiva, no se obtuvo evidencia del desarrollo de las actividades asignadas al Grupo de Defensa Jurídica, que comprende la revisión de las normas identificadas y reportadas por los líderes de proceso, y si estas son aplicables al Departamento Administrativo de la Función Pública.

Se evidenció, además, que existe procedimientos que no están documentados, por cuanto es el Grupo de Mejoramiento Institucional quienes, a través, de la actualización de los procesos y procedimientos, en las mesas de trabajo verifican las normas asociadas al proceso o los apartes que apliquen, las cuales también se observan en las políticas de operación y en el formato de procedimientos, información con la cual se alimenta el normograma. Así mismo, este grupo cuando conoce alguna norma mediante diferentes medios (Correos electrónicos, chat, noticias, mesas de trabajo, etc.), procede a verificar que se encuentre en el Gestor Normativo, para asociarla al normograma, en el Sistema Integrado de Planeación y Gestión.

Se evidenció socialización de la actualización normativa, elaborada por la Oficina Asesora de Planeación, a través, de la “ficha informativa” en tres (3) de los seis (6) procesos evaluados.

### **Recomendaciones:**

La Oficina de Control Interno teniendo en cuenta la importancia dentro del Departamento Administrativo de la Función Pública, de la actualización del normograma, como herramienta que permite delimitar las normas que regulan las actuaciones en desarrollo de nuestro objeto misional, sugiere actualizar el procedimiento “Normograma”, por cuanto, no se está ejecutando como se encuentra establecido en su tercera versión del año 2019.

Teniendo en cuenta, que la Dirección Jurídica administra el Gestor Normativo, como herramienta de consulta especializada, se observó que el Grupo de Mejoramiento Institucional es un usuario más de la plataforma, y con esta información abastece el normograma, actividad que únicamente es operativa. Por lo tanto, es necesario definir cuál Grupo Interno de Trabajo de la Dirección Jurídica, tiene la competencia para la revisión y análisis de aplicabilidad de las nuevas normas que atañen la gestión del Departamento, además, se analice efectuar una revisión periódica y con ello garantizar que el “Normograma” del Sistema Integrado de Planeación y Gestión, se encuentre

actualizado de manera oportuna en cada uno de sus procesos. De otra parte, la Oficina Asesora de Planeación, a través, del Grupo de Mejoramiento garantizar la disponibilidad y apropiación de las nuevas normativas.

Durante el desarrollo de la auditoría se obtuvo conocimiento que el Grupo de Mejoramiento está presentando una reforma al procedimiento “Normograma”, es importante considerar los resultados que se están presentado en este seguimiento, y analizar con los procesos la manera de interiorizar la importancia de su participación para que este procedimiento sea efectivo, tanto para la identificación de las normas, como para la implementación de las mismas.

### 3. PROCEDIMIENTO DISEÑO Y ADMINISTRACIÓN SISTEMA INTEGRADO PLANEACIÓN Y GESTIÓN

#### Riesgo evaluado asociado al hallazgo:

“Pérdida de Disponibilidad”



**H 2.1.4 Aplicación adecuada del control establecido en el procedimiento “Diseño y Administración Sistema integrado Planeación y Gestión” de evaluar la pertinencia de requerimientos mediante el formato de control de cambios cada vez que se recibe una solicitud de actualización, modificación o eliminación de documentos.**

Se evaluó la adecuada aplicación de los controles, actividades y acciones preventivas establecidas en el procedimiento “Diseño y Administración Sistema integrado Planeación y Gestión”, encontrando en la validación de la evidencia suministrada por el Grupo Mejoramiento Institucional (GMI), que se cumple adecuadamente para la vigencia 2020 y enero - mayo 2021 (Alcance de la auditoría). A continuación se relaciona el detalle de los controles y las acciones preventivas que fueron validadas, con base en la información solicitada:

**Control 1.** *“Validar y aprobar lineamientos y documentación aplicable: El Grupo de Mejoramiento cada vez que se recibe una solicitud de actualización, modificación o eliminación de un documento por parte de los usuarios, evalúa la pertinencia del requerimiento mediante el formato de control de cambios. En caso de que el control de cambios no refleje todas las modificaciones, se solicita complementar la información. Se evidencia su control a través del correo emitido al proceso solicitante.”*

La OCI validó este control y las acciones preventivas, a través del análisis de los documentos suministrados, en los cuales, entre otros se observó que cuando se realiza un ajuste, el GMI guarda la evidencia del control de cambios recibido, el formato final, el correo de solicitud con el control de cambios y el de socialización.

#### **“Acciones Preventivas:**

*- El personal de la Oficina Asesora de Planeación cada vez que se requiera, acompañará la apropiación e interiorización de los cambios, mediante sesiones de trabajo. Cuando se continúa presentando desconocimiento de los lineamientos, se recomendará el uso de herramientas automatizadas. Se evidencia su implementación mediante registros de reunión y recomendaciones documentadas.”*

Durante el periodo evaluado, los cambios no han requerido acompañamiento de la OAP para su apropiación, sin embargo, se validó con la capacitación en la nueva metodología de riesgos 2021, que si bien no fue solicitada por un área específica, ha requerido asesoría a los procesos mediante las mesas de identificación y, el formato de caracterización de procesos diseñado en la vigencia 2020, requirió mesas de trabajo con cada dependencia para su diligenciamiento.

**Control 2.** *“Apropiar y Capacitar a los servidores de toda la Entidad: El Grupo de Mejoramiento permanentemente acompaña a los usuarios y procesos del SIG en las actividades de apropiación y documentación de los lineamientos asociados a cada proceso. En caso de desactualización o no disponibilidad de los documentos, se consulta directamente con el responsable de los mismos. La versión vigente en el SIG y actas de reunión evidencia la ejecución de este control.”*

La actualización de la documentación relacionada a los procesos institucionales, se aloja en la Matriz de Inventario Documental; adicionalmente, el versionamiento final se publica en la Intranet donde se puede consultar el registro de la información.

**“Acciones Preventivas:**

*- El Grupo de Mejoramiento mensualmente y de manera selectiva revisará la actualización de los procesos a cargo, asegurando que se encuentren las versiones vigentes publicadas en la Intranet. Si se encuentra información desactualizada en la Intranet, se ajusta el documento de manera inmediata y se reportará el incumplimiento en la matriz de seguimiento. Se evidencia su implementación a través de las versiones de Intranet y comunicados internos.”*

Se realiza la solicitud a las dependencias, con el fin de que se revise la documentación y se proceda a la actualización correspondiente; posteriormente, se publica el documento actualizado en la Intranet en el SIPG y se envía a los interesados un comunicado de socialización.

**Riesgo evaluado asociado al hallazgo:**

“Inadecuada gestión de procesos y generación de productos”



**H 6.1.4 Demoras en la ejecución de los dos (2) controles establecidos en el procedimiento “Diseño y Administración Sistema Integrado Planeación y Gestión”, evidenciado en el Alcance de la auditoría (Vigencia 2020 y enero a mayo 2021), asociados a la aprobación y puesta en marcha del Proyecto “Rediseño de Procesos Institucionales”.**

El Proyecto “Rediseño de Procesos 2019-2020” liderado por la Oficina Asesora de Planeación (OAP), está asociado al proceso de Direccionamiento Estratégico - Procedimiento “Diseño y Administración Sistema Integrado Planeación y Gestión”, parte de la necesidad de organizar, articular y gestionar la planeación institucional desde la perspectiva de procesos, con el fin de estandarizar flujos de trabajo, optimizar los canales de comunicación interna, potenciar la gestión integral y mejorar los tiempos de entrega de los productos y servicios, donde el sistema integrado de gestión es la herramienta que permite organizar e identificar dichas mejoras.

Durante la vigencia 2020 y lo recorrido en el periodo enero - mayo 2021, se observó un importante avance en el análisis y levantamiento documental de las actividades desarrolladas por las dependencias, la investigación de nuevas tendencias y la identificación de necesidades de fortalecimiento de los procesos (formalización de planta) y de posibles escenarios de negocio y cadena de valor ideal, de tal forma que se ha ido avanzando en cada uno de las etapas contempladas en el plan de trabajo hasta llegar a la de su presentación a la Alta Dirección, en procura de obtener finalmente su aprobación sobre la reorientación institucional así como del nuevo modelo de operación por procesos, como fuente fundamental para el desarrollo de la gestión interna con criterios de calidad, oportunidad, innovación en beneficio de los grupos de valor.

Es así como en la sesión virtual del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), Acta 002 del 30/12/2020, la OAP explicó a los miembros cómo se desarrolla el proyecto, la definición del propósito, la validación y el alcance que se estableció en su metodología, así como

la ruta de trabajo definida para el 2020 y los pasos para su realización con éxito, estableciendo a dónde se quiere llegar y la visión del proyecto. Para llevar a cabo lo anteriormente expuesto, se contó con la revisión y sugerencias de todas las áreas y líderes de proceso.

Considerando que el CICCI a la fecha cuenta con miembros recién vinculados a Función Pública, se sugiere a la OAP que los ilustre con la presentación del proyecto, la exposición sobre los ejes de Función Pública, el modelo de negocio y la reestructuración del mapa de operación por procesos y de paso, se subsane las demoras evidenciadas en la presente auditoría para la aprobación y puesta en marcha de este proyecto por parte de la Alta Dirección, informando además, sobre el estado actual de las tareas asignadas en el Comité antes enunciado, en el cual si bien se presentaron los resultados alcanzados en lo corrido del año 2020 del proyecto, en dicha sesión se solicitó a la OAP coordinar unas mesas de trabajo con el Equipo Directivo, por ser el espacio apropiado para revisar y debatir la propuesta de rediseño, de lo cual no se evidenció el cumplimiento del plazo (26 febrero 2021) y tampoco se observó que se cumpliera dentro del plazo el compromiso de que una vez aprobado el cronograma de trabajo presentado por la OAP, la Entidad ya contaría a marzo de 2021, con la Identificación de los riesgos institucionales acorde al nuevo Mapa de Operación por Procesos y la Construcción de Mapa de Riesgos Institucional socializado y publicado, comoquiera que este aspecto tiene relación directa con los entregables del proyecto.

A continuación, se detallan los dos (2) controles evaluados asociados al procedimiento “Diseño y Administración Sistema Integrado Planeación y Gestión”, que tienen relación con la aprobación y puesta en marcha del proyecto “Rediseño de Procesos Institucionales”:

**Control 1.** *“Definir Riesgos, Indicadores y Políticas de Operación: El personal de la OAP permanentemente acata los lineamientos definidos en los procesos, procedimientos, políticas de operación y matriz de responsabilidad y autoridad. En el caso de no acatar dichos lineamientos, se rectifica la acción específica o el producto no conforme. Este control se evidencia a través de correos, control de cambios y nueva versión del documento.”*

Como dijimos anteriormente, a la fecha de las validaciones realizadas por la OCI, con base en el alcance de la auditoría (Vigencia 2020 y enero – mayo 2021), no se pudieron evidenciar los registros de las mesas de trabajo con el Equipo Directivo, con plazo de cumplimiento el pasado 26 de febrero de 2021. Tampoco se atendió la fecha propuesta por la OAP, de contar a marzo 2021 con la Identificación de los riesgos institucionales, acorde al nuevo Mapa de Operación por Procesos y la Construcción de Mapa de Riesgos Institucional, Socializado y Publicado.

**Control 2.** *“El Equipo de Seguimiento, mediante aplicativo, realiza seguimiento.”*

Aunque el Sistema Integrado de Planeación y Gestión (SIPG), es el mecanismo establecido por la Entidad para evidenciar la implementación y seguimiento a las Políticas de Gestión y Desempeño del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, se considera que se deben fortalecer las acciones para actualizar en forma oportuna los documentos una vez aprobados por la instancia competente, para consulta y conocimiento de todos los Servidores, Contratistas y Pasantes de la entidad. Lo anterior, soportado en el hecho de no encontrar actualizada la siguiente documentación, adicional a la reportada en el Numeral 2. del Hallazgo 3.1.1 del presente informe:

- Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información en su versión 3 de Enero 2021, por cuanto el disponible en el SIPG corresponde a la vigencia 2019.
- Plan de Seguridad de la Información en su versión 3 de Enero 2021, por cuanto el disponible en el SIPG es vigencia 2020.

- Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI) 2019-2022, por cuanto el disponible en SIPG es vigencia 2019.
- Política de Administración de Riesgos en Función Pública versión 14 del 2021-07-06 publicada a la fecha, por cuanto la versión aprobada por la Alta Dirección (CICCI) corresponde a la versión 14 de octubre 2020.

En los papeles de trabajo soporte de la Auditoría, reposan los comentarios, registros, evidencias aportadas por la OAP y el GMI, disponibles con los respectivos enlaces recibidos, respecto a las actividades realizadas para validar el cumplimiento de los dos (2) controles y las actividades relacionadas, con base en lo establecido en el Flujograma publicado en el Sistema Integrado de Planeación y Gestión - SIPG, para la vigencia 2020 y enero - mayo 2021 (Alcance de la auditoría).

La Oficina de Control Interno en los siguientes Informes de Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno, Periodos Julio - Diciembre 2020 y Enero - Junio 2021, había realizado el siguiente pronunciamiento al respecto:

1. *"Informe Evaluación Independiente Estado del SCI – Periodo Enero a Junio 2021:"*

1.1 *Actividades de Control:*

- ✓ *Se evidenció el avance del trabajo liderado por la Oficina Asesora de Planeación en el proyecto "Rediseño de Procesos Institucionales – 2020", que incluyó, entre otros, la revisión de la plataforma estratégica, modelo de operación por procesos y actualización de los procesos institucionales; sin embargo, se requiere la presentación para aprobación por parte de la Alta Dirección de la entidad.*
- ✓ *Se recomienda mayor control frente a la actualización de la documentación vigente, establecida en el Sistema Integrado de Planeación y Gestión (SIPG), dado que a la fecha del presente informe no han sido actualizados los siguientes documentos, los cuales fueron relacionados en el anterior informe de evaluación corte a Junio 2020:*
  - *Actualización Documento PETI 2020-2022 vigente asociado al Proceso de Tecnologías de la Información.*
  - *Corrección del Manual Sistema Integrado de Planeación y Gestión - Julio 2020 vigente a la fecha, las descripciones de:*
    - 5. *Dimensión Información y Comunicación: El alcance descrito corresponde a la Dimensión de Control Interno.*
    - 6. *Dimensión Gestión del Conocimiento y la Información: El alcance descrito corresponde a la Dimensión de Información y Comunicaciones.*
    - 7. *Dimensión de Control Interno: El alcance descrito corresponde a la Dimensión de Gestión del Conocimiento.*
- ✓ *Igualmente, se recomienda actualizar en el SIPG, Proceso de Direccionamiento Estratégico, la Política y Metodología de Riesgos en Función Pública, que corresponde a la última versión aprobada por la Alta Dirección en octubre de 2020 (Acta No. 004 de Octubre 15 de 2020).*
- ✓ *Finalmente, corregir la publicación en el Proceso de Direccionamiento Estratégico de un documento denominado: "Borrador documento técnico plan de continuidad" y publicar la versión aprobada.*



### 1.2 Evaluación de Riesgos:

- ✓ Se recomienda a la Oficina Asesora de Planeación dar prioridad en la agenda del próximo Comité Institucional de Gestión y Desempeño Institucional, la revisión y aprobación de la propuesta de Rediseño Institucional que se viene adelantando desde la vigencia 2020.
- ✓ Continuar con la validación de la propuesta "Rediseño de Procesos Institucionales" en el Comité Directivo de la Entidad.

## 2. Informe Evaluación Independiente Estado del SCI – Periodo Julio a diciembre 2020:

Se adelantó propuesta de "Rediseño Procesos Institucionales" con la participación de los Delegados de los 15 procesos, en los cuales se ha revisado y redefinido el Modelo de Operación por Procesos de la Entidad, y se planteó el siguiente propósito: "Estandarizar flujos de trabajo, optimizar los canales de comunicación interna, potenciar la gestión integral y mejorar los tiempos de entrega de los productos y servicios".

### 2.1 Actividades de Control:

- ✓ Monitoreo a los riesgos por parte de la Oficina Asesora de Planeación, acorde con la Política de Administración del Riesgo.
- ✓ Continuar con la validación de la propuesta "Rediseño de Procesos Institucionales" en el Comité Directivo de la Entidad.
- ✓ Fortalecer las acciones de control frente a la actualización de la documentación vigente, establecida en el Sistema Integrado de Planeación y Gestión".

## **Recomendaciones:**

Informar sobre el estado actual de las tareas asignadas en el Comité enunciado (CICCI), en el cual se solicitó a la OAP coordinar unas mesas de trabajo con el Equipo Directivo y, el avance en la identificación de los riesgos institucionales acorde al nuevo mapa de operación por procesos, así como la construcción del mapa de riesgos Institucional, para su aprobación, socialización y publicación de la versión 16 del 1 de junio 2021, la cual incluye cinco (5) riesgos de corrupción, según lo establece el Procedimiento "Administración de la Gestión del Riesgo". Así mismo, realizar prontamente el trámite de actualización de los documentos mencionados en el presente hallazgo.

## **4. PROCEDIMIENTOS DE PLANIFICACIÓN PRESUPUESTAL**

### **Riesgo evaluado asociado al hallazgo:**

"Incumplimiento de los objetivos institucionales, sectoriales y metas de gobierno."



### **H 5.1.1 Cumplimiento en general de las actividades y controles establecidos para el procedimiento de Planificación Presupuestal.**

En la validación de las diferentes actividades y puntos de control señalados en el procedimiento de "Planificación Presupuestal", durante la vigencia 2020 y enero - mayo 2021 (Alcance de la auditoría), observamos en general un adecuado cumplimiento, de tal forma que se emite la conformidad en relación con el cumplimiento de las actividades y controles contemplados en el procedimiento de "Planificación Presupuestal".

En el proceso auditor, la Oficina de Control Interno verificó las evidencias a través del análisis de los registros, con los respectivos enlaces de Yaksa y comentarios suministradas por la OAP y

demás dependencias que intervienen en las etapas del procedimiento de “Planificación Presupuestal”, las cuales reposan en los papeles de trabajo, para cada uno de los controles que fueron validados, los cuales se relacionan a continuación:

**Control 1:** “El jefe de la OAP anualmente documenta los recursos, financieros, humanos, físicos y tecnológicos para establecer la planeación de cada vigencia. Si el análisis de los recursos disponibles indica que son insuficientes, se deberá ajustar la planeación. Se evidencia a través del documento y análisis generado.”

**Control 2:** “El jefe de OAP mensualmente informa el estado de cumplimiento de los compromisos a través del seguimiento de la planeación institucional y presupuestal. Se documenta cualquier desviación mediante el tablero de control y módulo de planeación del SGI.”

Es importante anotar que, al hacerse la evaluación del control establecido en el Mapa de Riesgos Institucional del proceso de Direccionamiento Estratégico, el cual reza “El jefe de OAP mensualmente informa el estado de cumplimiento de los compromisos a través del seguimiento de la planeación institucional y presupuestal...” (negrilla fuera de texto), se sugiere a la OAP verificar y ajustar la redacción del mencionado control, para no llevar a confusión a los auditores, en lo pertinente a especificar la instancia a la que se reportará el resultado del seguimiento presupuestal establecido en el mismo, por cuanto se observa que allí no se especifica a qué instancia se debe entregar el resultado de dicho seguimiento presupuestal.

## 5. PROCEDIMIENTO FORMULACIÓN DE PLANES ESTRATÉGICOS E INSTITUCIONALES

### Riesgo evaluado asociado al hallazgo:

“Incumplimiento de los objetivos institucionales, sectoriales y metas de gobierno.”



**H 5.1.2 Adecuada documentación de los recursos, financieros, humanos, físicos y tecnológicos para establecer la planeación de cada vigencia y su articulación con el presupuesto de inversión, mediante la implementación de un esquema en SGI.**

La entidad cuenta con mecanismos para integrar los Planes Estratégicos e Institucionales a cuatro (4) años, en concordancia con los objetivos institucionales, las metas estratégicas, los compromisos del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2019-2022 y las obligaciones de los diferentes planes recogidos en el Decreto 612 de 2018, articulando la gestión institucional; adicionalmente, se realiza una evaluación de la planeación estratégica institucional y sectorial, considerando alertas frente a posibles incumplimientos y necesidades de recursos y; la definición de un "Esquema de Seguimiento para las Iniciativas de Función Pública en el Plan Estratégico Sectorial".

### Recomendación:

Fortalecer la 2da Línea de Defensa, mediante la estructuración e inclusión de indicadores que permitan efectuar seguimiento a las metas establecidas, frente a los resultados obtenidos en cada uno de los componentes que conforman el "Plan Estratégico de Talento Humano - Vigencia 2021" (Provisión de Empleos; Bienestar Social e Incentivos; Seguridad y Salud en el Trabajo; Capacitación); recomendación presentada en el Informe de Auditoría Interna con enfoque basado en riesgos al proceso Gestión del Talento Humano del 17 de junio 2021. Si bien solo se hace referencia al proceso de Talento Humano, por haber sido auditado recientemente, se hace extensiva la recomendación a los demás procesos de Función Pública, teniendo en cuenta que actualmente se surten actividades en tal sentido dentro del Proyecto de Rediseño Institucional, y

es una excelente oportunidad para revisar la estructuración de los actuales indicadores o de incluir nuevos, si es necesario. Lo anterior, permitirá efectuar una mayor cobertura en el seguimiento a las metas establecidas, para medir los resultados en cada uno de los componentes que conforman la Planeación Estratégica.

**Riesgo evaluado asociado al hallazgo:**

“Incumplimiento de los objetivos institucionales, sectoriales y metas de gobierno.”



**H 5.1.3 Adecuada validación de los procedimientos establecidos para modificaciones al Plan Estratégico Institucional, Sectorial y Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC) a través del SGI.**

En la validación de la adecuada aplicación de las actividades y controles establecidos para el Procedimiento “Formulación de Planes Estratégicos e Institucionales”, tanto para la estructuración como para las modificaciones a los Planes Estratégico, Sectorial y Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC), en términos generales se encuentra Conforme este procedimiento.

Teniendo en cuenta que para el periodo del Alcance de la auditoría (Vigencia 2020 y enero – mayo 2021), se observó que se habían realizado varias modificaciones al PAAC, la Oficina de Control Interno seleccionó para su validación en desarrollo de la auditoría, aquellas realizadas en la vigencia 2020, también con resultado satisfactorio, según el siguiente detalle:

1. Resumen Actividades y Controles para Validar en las Modificaciones al PAAC

1.1 Las modificaciones asociadas con el PAAC son aprobadas en Comité de Gestión y Desempeño, a excepción de los cambios de fechas y modificaciones que no afecten a la planeación institucional, los cuales son aprobados por la Oficina Asesora de Planeación y socializados a dicho comité. Cuando se realizan ajustes a las actividades propias del PAAC, se actualiza la publicación con su nuevo versionamiento en el portal web. Así mismo, dichas modificaciones al estar alineadas con la planeación institucional se realizan a través de la herramienta SGI - Módulo de Plan Anticorrupción.

2. Resultados del Seguimiento a las Modificaciones al PAAC seleccionadas por parte de la OCI:

2.1 Modificaciones establecidas en la sesión extraordinaria virtual del Comité Institucional de Gestión y Desempeño efectuada el día el 30/04/2020, mediante el acta “2020-04-30\_Acta\_sesion\_002\_comite\_institucional”, donde se presenta a consideración del comité los ajustes a las acciones inmersas en el componente No. 2 “Racionalización de trámites” y, de acuerdo al compromiso, se efectúan los ajustes. Es de anotar, que las acciones establecen la ruta de trabajo de las actividades a desarrollar en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, por lo cual los ajustes no se realizaron a las actividades.

2.2 Modificaciones establecidas en la sesión del Comité Institucional de Gestión y Desempeño efectuada el 15/10/2020, mediante acta “2020-10-15\_Acta\_sesion\_004\_comite\_institucional\_vd”, donde se presenta a consideración del comité los ajustes a las actividades contempladas en cada uno de los componentes del PAAC, de acuerdo con la presentación proyectada.

**Riesgo evaluado asociado al hallazgo:**

“Incumplimiento de los objetivos institucionales, sectoriales y metas de gobierno.”



#### **H 5.1.4 Oportunidad de implementar en Función Pública, la adopción de una “Mejor Práctica” para la gestión de proyectos, mediante la estructuración de una PMO (Oficina de Gestión de Proyectos) que defina, apoye y supervise la metodología de proyectos a través de un manual y/o guía internos.**

Para la presente vigencia, se observaron cuatro (4) proyectos en curso en Función Pública por un valor total \$20.397.418.487, en concordancia con la Resolución 001 de 2021 Desagregación en el Presupuesto de Funcionamiento e Inversión del DAFP. Al respecto, es importante anotar que desde la Oficina Asesora de Planeación se está liderando el proyecto de diseño, adopción y pilotaje de una estructura de apoyo de buenas prácticas para gerenciar los proyectos; se espera poner en producción a partir del 2022, con dos (2) opciones para la estructura de la PMO (Oficina de Gestión de Proyectos), la cual estaría sujeta a la aprobación de la Alta Dirección. Iniciativa con la cual la Oficina de Control Interno (OCI) coincide, aunque es claro que se requiere de una cifra significativa de recursos económicos para ponerla en marcha, teniendo en cuenta el gráfico de estructura que se tiene programado en la propuesta a presentar a la Alta Dirección. Se sugiere para iniciar el proyecto, evaluar la siguiente estructura:

- 1 Gerente (alta gerencia)
- 1 Coordinador (gerencia media)
- 1 Profesional Estructurador de Proyectos (cargo operativo que puede ocupar un tecnólogo)

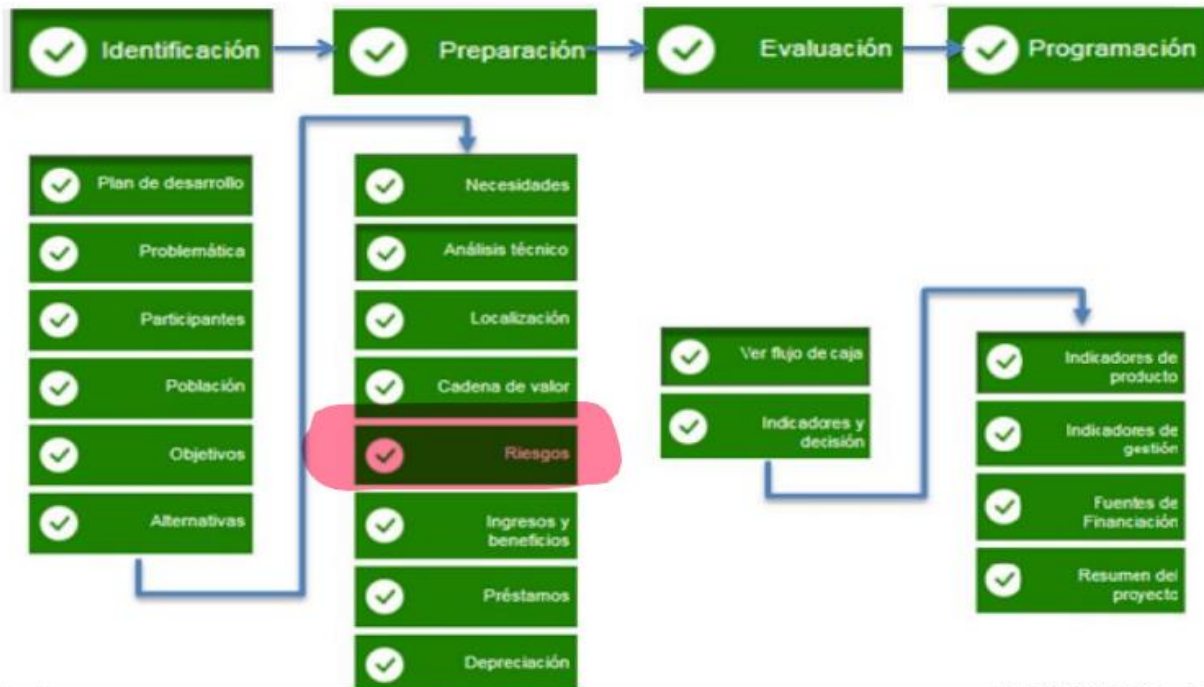
Este equipo deberá presentar un plan de trabajo a la OAP para dar línea sobre mejores prácticas, brindar apoyo, asesoría y acompañamiento (seguimiento permanente) a los Gerentes de Proyectos, Sponsor o Directivos y a la Alta Dirección, lo que permitirá unificar la metodología de proyectos que determine la Entidad y asegurar que se aplique en éstos cada una de las etapas y pasos establecidos, desde su inicio, con el Acta de Constitución del Proyecto, hasta el final, con el Cierre del mismo. A título informativo, las metodologías más reconocidas son: MGA -Metodología General Ajustada del DNP y PMBOK Guide (Guía de los Fundamentos de la Dirección de Proyectos) del PMI -Project Management Institute.

Los resultados de las validaciones realizadas a través de la prueba de recorrido con la Oficina Asesora de Planeación y del cuestionario efectuado sobre la gestión de proyectos en Función Pública, dejan entrever la posibilidad de que sea necesaria la unificación de algunos criterios a través de la implementación de un Manual de Procedimientos, que permita unificar la metodología de proyectos que determine la Entidad, pero también, para la gestión de riesgos de todos los Proyectos, pues en general, actualmente están siendo asociados a los Riesgos del Proceso de “Direccionamiento Estratégico” de la Entidad, cuando a diferencia de éstos, los de cada proyecto, tienen como objeto identificar y analizar los riesgos que pueden afectar el diseño y el desarrollo de un proyecto de inversión y/o los riesgos que éste puede generar en su entorno, como base para formular las medidas de prevención y mitigación conducentes a reducir la vulnerabilidad del proyecto y/o las consecuencias de los riesgos que éste pueda generar desde el punto de vista ambiental, económico, social y cultural. De esta manera, el análisis de riesgos es una herramienta útil para la toma de decisiones y un insumo importante en la etapa de preinversión y planeación de los proyectos.

Ahora bien, es importante que si se alinean todos los proyectos de Función Pública con la adopción de la Metodología General Ajustada (MGA), emitida por la Dirección de Inversiones y Finanzas Públicas (DIFP) de la Subdirección de Proyectos e Información para la Inversión Pública del Departamento Nacional de Planeación (DNP), se adopte en su totalidad, esto es, siguiendo cada uno de los pasos o etapas contempladas en los documentos del DNP “Manual de Soporte Conceptual Metodología General para la Formulación y Evaluación de Proyectos” y el “Documento Guía del módulo de capacitación virtual en Teoría de Proyectos”. Ver la siguiente Ilustración:

## Documento guía del módulo de capacitación en teoría de proyectos

Ilustración No 1. Flujo del registro de información en la MGA



Fuente: Departamento Nacional de Planeación (DNP)

### Riesgo evaluado asociado al hallazgo:

“Direccionamiento indebido del nivel decisorio, en la vinculación de personal, celebración de convenios o toma de decisiones en beneficio propio o de un tercero.”



**H 4.1.1 Si bien se evidenció cumplimiento en los mecanismos para el manejo de conflictos de interés, se recomienda incorporar la articulación de la gestión de conflicto de interés como un elemento del Proceso de Talento Humano, estructurando el mecanismo de “Canal de consulta y orientación para el manejo de conflictos de interés” y el “Formato Declaración de Conflictos de Interés” adoptado al interior de la entidad, con el fin de evidenciar las acciones de gestión preventiva llevadas a cabo.**

La entidad como Líder de la Política desarrolló y publicó la "Guía para la identificación y declaración del conflicto de intereses en el sector público colombiano" Versión 2. Julio 2019, asociada en el Sistema Integrado de Planeación y Gestión al Proceso Misional Generación de Productos y Servicios para la Gestión Pública. Al respecto, se evidenció a través del Manual del SIPG, el establecimiento de la "Política frente a los grupos de interés" (numeral 5.2.4), relacionado con el manejo de conflictos de interés: "Los Directores, Contratistas y demás servidores públicos de Función Pública, deberán declararse impedidos en un asunto cuando tengan interés particular y directo en su regulación, control o decisión o lo tuviese su cónyuge o alguno de sus parientes en el grado de consanguinidad definido por la ley".

Adicionalmente, para promover una cultura de integridad en los servidores públicos, implementó el micrositio:

<https://www.funcionpublica.gov.co/web/identificacion-eclaracion-conflicto-intereses/inicio>

Igualmente, expidió el "Instructivo para la publicación y divulgación proactiva de la Declaración de Bienes y Rentas, Registro de Conflicto de Interés y Declaración del Impuesto sobre la Renta y Complementarios – Ley 2013 de 30-dic-2019", versión 5 de 2-abril-2019.

Por su parte, el Director de Función Pública a través del portal web institucional, mediante comunicado del 14 de enero 2021, recordó quiénes son los sujetos obligados para cumplir la Declaración de Bienes, Renta y Conflictos de Interés, que establece la Ley 2013 de 2019, los cuales deben presentarse a través del aplicativo dispuesto en el Sistema de Información y Gestión de Empleo Público (SIGEP).

Es de anotar, que la Oficina Asesora de Planeación ya tiene previsto el tema del "Plan Implementación Conflicto de Interés", dentro de los puntos a tratar en el próximo Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

### **Recomendación:**

Teniendo en cuenta que a la fecha el Grupo de Gestión Humana está actualizando el Proceso de Gestión del Talento Humano, con la asesoría y acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación, reiteramos la recomendación presentada por la Oficina de Control Interno, en los últimos Informes de Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno, periodos Julio a Diciembre 2020 y Enero a Junio 2021, en el sentido de *"incorporar la articulación de la gestión de conflicto de interés como elemento dentro del Proceso de Talento Humano, incorporando el mecanismo (Canal de consulta y orientación para el manejo de conflictos de interés) y formatos adoptados al interior de la entidad (Formato Declaración de Conflictos de Interés), para evidenciar las acciones de gestión preventiva de conflictos de interés implementados; así como evidenciar la responsabilidad de esta área para coordinar y ejecutar las acciones institucionales de prevención de conflictos de interés. Igualmente, se recomienda establecer procedimiento interno para el manejo y declaración conflicto de intereses (impedimentos y recusaciones)"*.

## Planes de Mejoramiento

**Plan de acción definido por el responsable / Responsable / Fecha de cumplimiento:** El Plan de Mejoramiento es la herramienta que permite consolidar y evidenciar los diferentes hallazgos, las oportunidades de mejora, el seguimiento a las desviaciones de la gestión y las acciones de mejoramiento continuo emprendidas en la Entidad, a través del Sistema de Gestión Institucional (SGI). Con el fin de incluir las acciones para subsanar los hallazgos de la presente auditoría, se llevará a cabo el procedimiento establecido en el “Manual del Usuario SGI - Módulo Plan de Mejoramiento”.

**Luz Stella Patiño jurado**  
Jefe Oficina de Control Interno

*Elaboró: Oswaldo Cruz García, Contratista OCI (Líder Auditoría).  
Sandra Milena Ramírez Osorio, Profesional Universitario OCI.  
Juan Mauricio Cornejo Rodríguez, Contratista OCI.*

*Revisó y Aprobó: Luz Stella Patiño Jurado – Jefe Oficina de Control Interno.*