

 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	1 de 48

Fecha emisión del informe	día	04	mes	02	año	2022
---------------------------	-----	----	-----	----	-----	------

Proceso:	Administración del sistema integrado de gestión
Procedimiento/operaciones.	Mapa de riesgos institucional
Líder de Proceso: jefe(s) Dependencia(s):	Todos los líderes de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo del CNMH
Nombre del seguimiento:	Seguimiento al mapa de riesgos institucional del CNMH vigencia 2021.
Objetivo:	Realizar seguimiento y evaluación a los controles y acciones formuladas, para mitigar las causas de los riesgos de los procesos del Centro Nacional de Memoria Histórica CNMH, acorde con la metodología establecida en la Función Pública (DAFP) en la Guía para la Administración de los Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y el Diseño de Controles en Entidades Públicas. Versión 5 de 2020.
Metodología	<p>Para realizar el presente informe, la metodología adoptada consistió en realizar seguimiento al mapa de riesgos de procesos, con el fin de evaluar el cumplimiento de las acciones de control propuestas; así como el diseño conceptual en la formulación de los controles, para este efecto se trabajó sobre la información que fue recopilada por el área de planeación para la vigencia 2021, la cual consta de los mapas de riesgos y las evidencias de las acciones adelantadas en cada uno de los controles.</p> <p>Para el informe se consultó también el reporte realizado por el área de planeación con corte al 30 de agosto de 2021.</p> <p>Hace parte de este informe archivo denominado: "Evaluación del Mapa de riesgos - Vigencia 2021", el cual contiene la matriz Excel donde se dejaron registradas las observaciones para cada uno de los 54 controles correspondientes a los 32 riesgos institucionales de los diferentes procesos del CNMH.</p> <p>En la etapa de entrega del Informe Preliminar se presentaron observaciones por parte de la Dirección Administrativa y Financiera. Control Interno dio respuesta a estas observaciones y producto de estas se incorporaron algunos ajustes. Tanto las observaciones como las respuestas se dejaron como ANEXO al presente informe.</p>
Limitaciones o riesgos del proceso de seguimiento	Algunas áreas no aportaron los soportes de cumplimiento de las acciones de control, en estos casos no se corroboró la realización de las mismas. Para efectos del proceso auditor estas acciones se registraron en la sección de Recomendaciones Generales Frente a la Gestión del Riesgo, capítulo 6 del informe.

 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	2 de 48

Asesor de Control Interno	Equipo Evaluador de control interno
Doris Yolanda Ramos	Astrid Marcela Méndez Chaparro Olga Lucía Espitia Peña Luis Francisco Hurtado Salamanca

DESARROLLO DEL SEGUIMIENTO

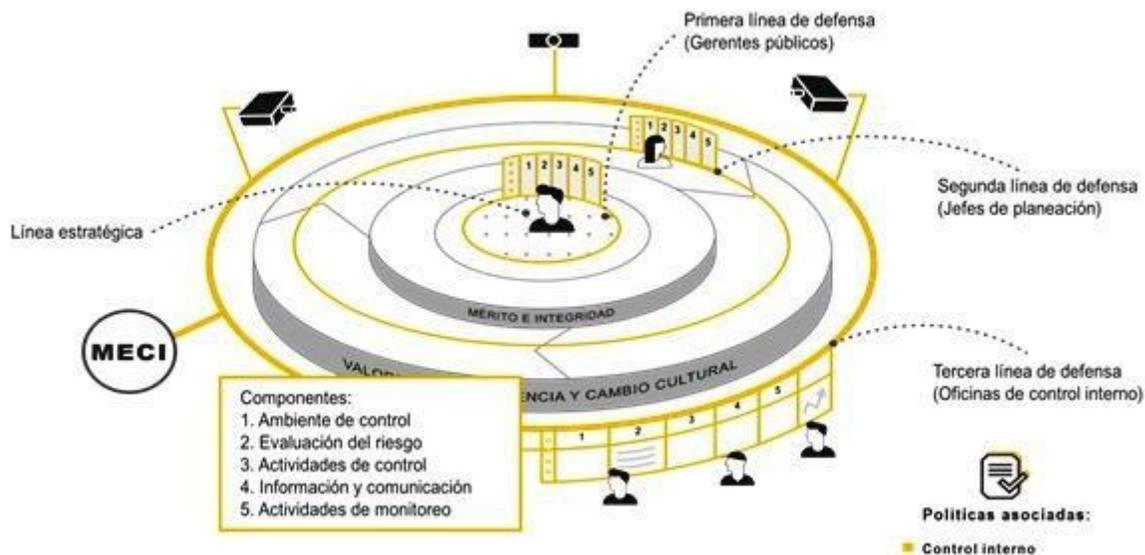
METODOLOGÍA PARA EL DISEÑO DEL MAPA DE RIESGOS 2021

El área de planeación con el acompañamiento de control interno diseñó un taller virtual para el diseño del mapa de riesgos, en este taller realizado en el mes de abril de 2021, se expusieron las generalidades del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Se resaltan los siguientes aspectos:

a) **Las tres Líneas de defensa.**

Concebidas como herramientas para la gestión del riesgo y el control. La primera línea a cargo de los gerentes públicos y líderes de procesos, la segunda línea a cargo de servidores públicos a cargo de monitoreo y por último la tercera línea de defensa que corresponde a las oficinas de control interno como “control de controles”.

Esta propuesta del MIPG, actualiza la forma de comprender la gestión pública otorgando diferentes niveles de responsabilidad. Todo parte de los líderes de procesos junto con los gerentes públicos (PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA), quienes tienen a cargo la gestión operacional del día a día. Como complemento de este nivel, siempre existen monitoreo y seguimientos que están a cargo de los jefes de planeación, interventores de contratos, etc. (SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA) y asegura, poder hacer correctivos en tiempo real. Por último, se encuentran las evaluaciones independientes adelantadas por las oficinas de control interno o quien hace sus veces (TERCERA LÍNEA DE DEFENSA) quienes se pronuncian sobre la efectividad del sistema de control interno respecto de la primera y la segunda línea de defensa. Se muestra a continuación el esquema de la GUIA del MIPG que se encuentra publicado en la página web del DAFP.



b) Levantamiento del mapa de aseguramiento 2021 del CNMH.

Durante el mes de junio de 2021, se comenzó a realizar el mapa de aseguramiento del CNMH, fundamentado en el desarrollo de las responsabilidades de la segunda línea de defensa. Con la asesoría directa del DAFP, se hicieron varias jornadas de trabajo durante los meses de junio, julio y agosto. Como producto final se consolidó la “matriz de aseguramiento” del CNMH que es de la siguiente manera:

		Anterior					MAPA DE ASEGURAMIENTO	
							CNMH	
SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA								
No.	ASPECTO CLAVE DE ÉXITO (Programa, Proyecto, Proceso, Sistema, entre otros)	Riesgo asociado al aspecto clave de éxito	Responsable	Area Funcional	TERCERA LÍNEA DE DEFENSA (Oficina de Control Interno o quien haga sus veces)		Rol de la Tercera Línea de Defensa	

Posteriormente a las definiciones correspondientes de aspectos clave de éxito, o procesos sobre los cuales se construye el mapa, se diligenció la función de aseguramiento con sus atributos relacionados con definición del objetivo, el responsable, la metodología y la comunicación de resultados

SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA										
No.	ASPECTO CLAVE DE ÉXITO (Programa, Proyecto, Proceso, Sistema, entre otros)	Riesgo asociado al aspecto clave de éxito	Responsable	Area Funcional	Criterios para la identificación de la segunda línea de defensa			Clasificación	FUNCIONES DE ASEGURAMIENTO	Atributos Función de Aseguramiento o Actividad de Control para la evaluación de confianza
					¿Pertenece a la Media o Alta Gerencia?	¿Responde ante la Alta Dirección?	¿Realiza actividades de seguimiento?			



Producto del ejercicio realizado, se obtuvo una matriz de riesgo de los procesos del CNMH basados en parámetros establecidos por el DAFP para este ejercicio los cuales fueron los siguientes:

1. Si en la sumatoria de los riesgos los Extremos representan mas o igual al 20% de los Riesgos, la calificación del Proceso será EXTREMO.
2. Si en la sumatoria de los riesgos Extermos y altos representan mas o igual al 30% de los Riesgos Calificados, y menos del 20% de los Riesgos Extremos la calificación del Proceso será ALTO.
3. Si en la sumatoria de los riesgos Extremos, altos y moderados representan mas o igual al 40% de los Riesgos Calificados, y menos del 30% de los Riesgos Extremos y Altos, y Menos del 20% de los Riesgos Extremos, la calificación del Proceso será MODERADO.
4. Si en la sumatoria de los riesgos Extremos, altos, moderados y bajos representan mas o igual al 50% de los Riesgos Calificados, y menos del 40% de los riesgos Extremos, altos y moderados, y menos del 30% de los riesgos calificados en Extremos y Altos, y menos del 20% de los riesgos Extremos, la calificación del proceso sera BAJO.

Del resultado de la aplicación de estos parámetros se obtuvo la siguiente matriz de riesgos:

PROCESOS TRANSVERSALES	GESTIÓN		CORRUPCIÓN		SEGURIDAD DIGITAL		TOTAL	MODERADO	ALTO	EXTREMO	RIESGO DEL PROCESO
Adquisición de bienes y servicios	1	MODERADO	1	EXTREMO			2	50%		50%	EXTREMO
Gestión Talento Humano	1	MODERADO	1	ALTO			2	50%	50%		ALTO
Gestión Documental	1	EXTREMO	1	EXTREMO			2			100%	EXTREMO
Servicio al ciudadano	1	EXTREMO	0				1			100%	EXTREMO
Gestión de tecnología de la información y las comunicaciones.	1	EXTREMO			2	ALTOS	3		67%	33%	EXTREMO
Gestión de Recursos Físicos	1	MODERADO	2	ALTOS			3	33%	67%	33%	ALTO
Operador Logístico	1	ALTO	1	EXTREMO			2		50%	50%	EXTREMO
Gestión Financiera	0		1	EXTREMO			1			100%	EXTREMO

Con base en las acciones que quedaron descritas en el mapa de aseguramiento, se realizará un seguimiento de cierre del segundo semestre de 2021 el cual contendrá los siguientes campos:

EVALUACION SEMESTRAL										
COMUNICACIÓN DE RESULTADOS SEMESTRE ___ A ___			EVALUACION DE CONTROL INTERNO							
PERIODO										
Avance acciones adelantadas. (Descripción de actividades)	Relación de situaciones reiterativas o alertas especiales generadas durante el semestre	Descripción de soportes incorporaron en la carpeta	Objetivo y Alcance de la función de aseguramiento (20%)	Metodología (30%)	Responsable (30%)	Comunicación de resultados (20%)	Total	NIVEL DE CONFIANZA	OBSERVACIONES	

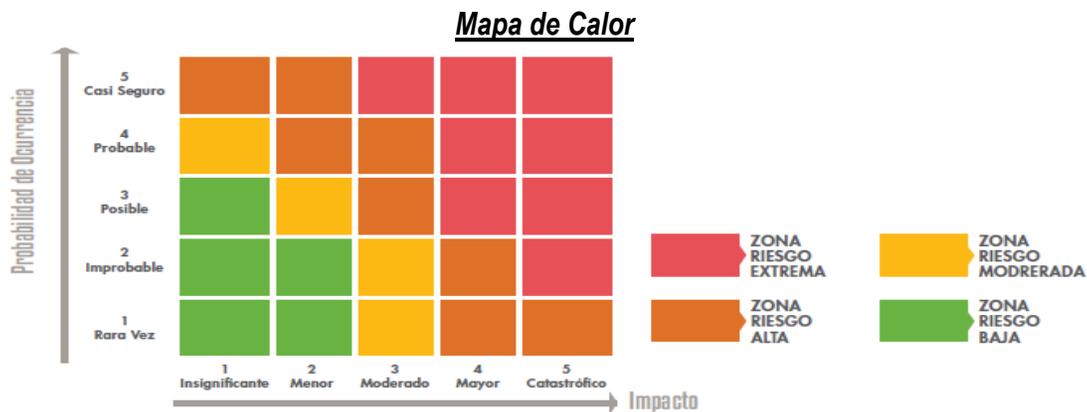




A partir de la presente vigencia se comenzará a realizar este ejercicio de evaluación de manera semestral, el cual será complementario al presente seguimiento, ya que implica solamente procesos transversales los cuales son quince (15) en total. Es probable que el algún caso se trate del mismo riesgo identificado en el mapa de riesgos, pero también puede darse el caso de riesgos completamente diferentes ya que fueron producto de un análisis desde la perspectiva de las líneas de defensa y los riesgos del proceso.

b) **La metodología para la identificación de los riesgos.**

Consiste en la aplicación del mapa de calor para el tratamiento de los riesgos según queden clasificados en zona de riesgo extrema, alta, moderada y baja según la decisión de los gerentes públicos de acuerdo con el impacto y la probabilidad definidos. Este mapa resulta importante para visualizar los riesgos que más deberían generar atención y aquellos que se encuentran medianamente controlados.



Es de resaltar que esta metodología modificó la manera como se evalúa el impacto y la probabilidad en los riesgos identificados los cuales son:



Tabla 4 Criterios para definir el nivel de probabilidad

	Frecuencia de la Actividad	Probabilidad
Muy Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximos 2 veces por año	20%
Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 3 a 24 veces por año	40%
Media	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año	60%
Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y máximo 5000 veces por año	80%
Muy Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 5000 veces por año	100%

Tabla 5 Criterios para definir el nivel de impacto

	Afectación Económica	Reputacional
Leve 20%	Afectación menor a 10 SMLMV .	El riesgo afecta la imagen de algún área de la organización.
Menor-40%	Entre 10 y 50 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores.
Moderado 60%	Entre 50 y 100 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos.
Mayor 80%	Entre 100 y 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal.
Catastrófico 100%	Mayor a 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenido a nivel país

El Mapa de Riesgos, consolida a nivel de proceso los mayores riesgos a los cuales está expuesto el CNMH, y que pueden afectar el cumplimiento de la misión institucional y los objetivos de la entidad, estos riesgos fueron identificados y valorados por los responsables de cada proceso, con base en factores internos y externos que inciden en el desarrollo de la gestión institucional; para la vigencia 2021 se cuenta con un total de 32 riesgos identificados por proceso y 54 controles en total.

C. Los criterios para establecer los controles.

Este fue un componente clave en el taller que se adelantó tanto con las áreas misionales como con las áreas de apoyo. Se muestran a continuación los criterios que deben contener los controles, y que los responsables de procesos deciden implementar para realizar el control de los riesgos, conforme a la matriz de calor que refleje los más críticos para el proceso.

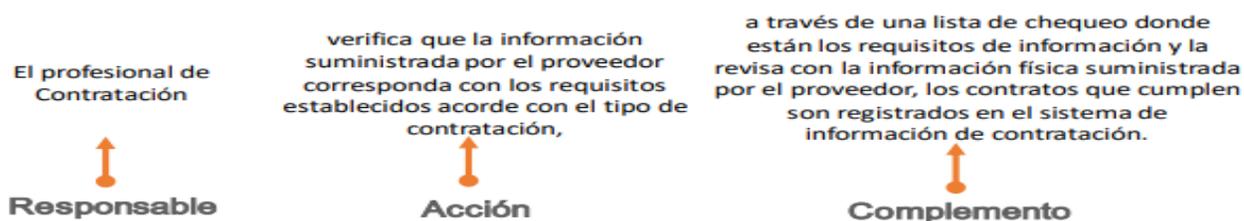


 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	7 de 48

- **Responsable de ejecutar el control:** identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad.
- **Acción:** se determina mediante verbos que indican la acción que deben realizar como parte del control.
- **Complemento:** corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control.

En aplicación de esta metodología se plasmó en el taller uno de los ejemplos diseñado por el DAFP, en el que se visualiza la aplicación práctica de los criterios en el diseño conceptual del control. Esta es la forma en cómo deberían redactarse los controles, adaptados a las características propias de cada proceso. Se muestra a continuación el ejemplo:

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



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

2) PROCESOS QUE FUERON MATERIA DE SEGUIMIENTO.

Se muestran a continuación los procesos evaluados, los cuales fueron organizados de la misma forma en que se encuentran en el Sistema Integrado de Gestión del CNMH según el Mapa de procesos, es decir comenzando por los tres (3) procesos de Direccionamiento Estratégico, seguidamente los procesos misionales (procesos del 4 al 11), los procesos de apoyo (procesos del 12 al 20), finalizando con el proceso de evaluación (Proceso Número 21). Frente a cada proceso se consignaron los riesgos identificados por cada uno de ellos, estos suman en total treinta y dos (32) riesgos. La totalidad de controles elaborados por los líderes de proceso fueron cincuenta y cuatro (54) en toda la entidad.

PROCESOS MATERIA DE SEGUIMIENTO EN MATERIA DE RIESGOS Y CONTROLES VIGENCIA 2019

TIPO	PROCESO	RIESGOS	CONTROLES
PROCESOS ESTRATÉGICOS	1. Direccionamiento y gestión estratégica	1	2
	2. Administración del sistema Integrado de gestión	1	2
	3. Cooperación Internacional y Alianzas	2	3
	4. Protección, conformación, acceso y uso social de Archivos de los Derechos Humanos, Memoria Histórica y conflicto armado y colecciones de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario.	3	5
	5. Gestión y desarrollo de investigaciones para el esclarecimiento histórico y la reconstrucción de la memoria.	1	2
	6. Recolección, clasificación, sistematización y análisis de la información de acuerdos de contribución a la verdad histórica y la reparación.	2	3
	7. Gestión del Museo de Memoria Histórica de Colombia	3	3
	8. Gestión de respuesta a requerimientos judiciales y administrativos orientados a la reparación integral.	2	3
	9. Apoyo a iniciativas de memoria histórica y autoridades territoriales	2	3
	10. Pedagogía en Memoria Histórica.	2	3
	11. Difusión de la Memoria Histórica.	2	2
PROCESOS DE APOYO	12. Gestión Jurídica	1	3
	13. Adquisición de bienes y servicios	1	1
	14. Gestión de Talento Humano	1	1
	15. Servicio al ciudadano	1	4
	16. Recursos Físicos	2	3
	17. Gestión Documental	1	3
	18. Comunicación Interna	1	1
	19. Gestión Tics	1	4
	20. Control Disciplinario	1	1
PROCESO DE EVALUACIÓN	21. Control Interno	1	2
TOTAL		32	54

3) METODOLOGÍA APLICADA PARA LA EVALUACIÓN DEL MAPA DE RIESGOS Y CONTROLES 2021



De acuerdo con lo anterior, para la evaluación del estado de la gestión del riesgo por parte de los responsables de los procesos, durante la vigencia 2021, se utilizó una matriz que se anexa al presente informe, para cada uno de los procesos, en la cual se extractan y analizan los criterios básicos del control que son los siguientes:

CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL CONTROL	
RESPONSABLE Fue realizado por el responsable que se definió	¿Existe un responsable asignado a la ejecución del control? ¿El responsable tiene autoridad -competencia -conocimiento y adecuada segregación de funciones para reducir riesgo y error en la ejecución del control?
PERIODICIDAD Se realizó de acuerdo con la periodicidad definida	¿La oportunidad en que se ejecuta el control ayuda a <u>prevenir</u> la mitigación del riesgo o a <u>detectar</u> la materialización del riesgo de manera oportuna?
PROPÓSITO Se cumplió con el propósito del control.	¿Las actividades que se desarrollan en el control realmente buscan por si sola <u>prevenir</u> o <u>detectar</u> las causas que pueden dar origen al riesgo, ejemplo PREVENIR: Consecutivos, verificaciones, listas de chequeo, Registro controlado, segregación de funciones, custodia apropiada, Procedimientos aplicados, DETECTAR: Conciliaciones, Validar, Cotejar, Comparar, Revisar, ¿etc.?
OBSERVACIONES O DESVIACIONES Acciones previstas en caso de una desviación	¿Las observaciones, desviaciones o diferencias identificadas como resultados de la ejecución del control son investigadas y resueltas de manera oportuna? <u>No está incluida en la actualización de la metodología del riesgo, pero Control interno, recomienda su definición en cada control.</u>
EVIDENCIA DEL CONTROL ¿Se dejó la fuente de información que sirvió de base para su ejecución?	¿Se deja evidencia o rastro de la ejecución del control, que permita a cualquier tercero con la evidencia, llegar a la misma conclusión?

A la matriz Excel se agregaron dos columnas con la siguiente información:

-Observaciones: En este aparte se registraron las conclusiones del análisis metodológico del diseño del control, se realizan comentarios acerca de la materialización u ocurrencia del riesgo y se realizan recomendaciones con el fin de mejorar el proceso de administración del riesgo y la aplicación de la metodología dispuesta por el DAFP.



 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	10 de 48

- **Cumplimiento de las acciones:** Esta verificación se realizó con base en las evidencias que los responsables de los procesos entregaron al área de planeación. En algunas ocasiones fueron tomadas otras evidencias que se encuentran publicadas en la página web del CNMH y en las evaluaciones o Auditorías realizadas por control interno

4. SITUACIONES GENERALES ENCONTRADAS EN LOS MAPAS DE RIESGOS EVALUADOS

En el seguimiento se encontraron algunas situaciones comunes que se relacionan a continuación para que sean tenidas en cuenta al momento de levantar el nuevo mapa de riesgos para la vigencia 2022.

4.1 Falta de entrega de evidencias de ejecución de las acciones: La base para el seguimiento a la gestión del riesgo, es el reporte de las evidencias por parte de las áreas, sino hay reporte de evidencias resulta imposible realizar un balance de la gestión del riesgo en el CNMH. Las fechas dispuestas para estos reportes las entrega Planeación y son ellos los que compilan toda la información de la entidad, cuando el mapa de riesgos queda listo para comenzar a ejecutarse durante la vigencia. A partir de este momento los responsables de los procesos quedan con la responsabilidad de subir los soportes de los controles a la carpeta compartida, de acuerdo con las periodicidades que se hayan fijado en cada uno de los riesgos y hasta terminar la vigencia, es decir hasta el 31 de diciembre. Esta directriz fue explicada en el taller de elaboración del mapa de riesgos, realizado en el mes de abril de 2022. Para el presente informe, en la mayoría de los casos, se encontró que las áreas solo subieron los soportes hasta el mes de julio o agosto, cuando planeación solicitó la información para hacer un seguimiento, pero no se encontraron soportes de los meses de septiembre, octubre o noviembre de 2021, como correspondía según lo indicado en la capacitación realizada para todos.

4.2 Establecimiento de varios controles frente a una situación común a todos ellos. Sí existen diversos eventos de riesgo en un proceso, pero que con un (1) solo control puede ser reducidos o eliminados, es una situación que puede ser evaluada por el dueño del proceso; la idea es simplificar el proceso y poder tener focalizadas las acciones y controles estrictamente necesarios. Se recomienda en consecuencia evaluar estas situaciones y tomar las mejores decisiones que correspondan con las necesidades del proceso.

4.3 Depuración de controles. Si de la experiencia que se tuvo en el 2021, se concluye que los controles fueron eficaces, se recomienda continuar aplicándolos salvo que se quieran hacer mejoras en el mismo según los cambios institucionales para la vigencia 2022. En el evento en que hayan ocurrido las circunstancias previstas en los riesgos (Como por ejemplo la situación del trabajo remoto), resulta muy importante replantear los controles que se aplicaron y diseñar controles más efectivos.)

4.4 Evidencias de la aplicación de los controles. Con respecto a los soportes de las acciones de control, resulta importante establecer las evidencias que se van a dejar como soporte, de tal forma que sean idóneas, expeditas y que se puedan obtener. No es aconsejable registrar al momento en que se diseña el control, evidencias que van a ser de muy difícil acopio por parte de los responsables de los procesos, ya que la consecuencia es que al final del periodo cuando deban entregarse, se incurrirá en un incumplimiento por la imposibilidad o dificultad de aportarlas.

5. SITUACIONES ESPECÍFICAS ENCONTRADAS EN LOS MAPAS DE RIESGOS EVALUADOS

 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	11 de 48

Se citan a continuación algunas situaciones especiales que se encontraron, relacionadas con controles a los riesgos con el fin de que sean consideradas, porque podrían impactar los resultados esperados en los procesos.

5.1 PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO Y GESTIÓN ESTRATÉGICA.

En relación con el control No 2, En los soportes entregados, se puede evidenciar que el correspondiente a Ficha Seguimiento-al-Plan-de-Acción, no cuenta con registro para el segundo y tercer trimestre, por lo cual el reporte es parcial. Así mismo las actas de los comités de gestión y desempeño no se encuentran en versión final y está pendiente cargar la correspondiente a socialización del tercer trimestre de 2021.

Se recomienda al proceso mejorar la oportunidad de socialización del incumplimiento de las metas programadas, al Comité institucional de gestión y desempeño, lo anterior dado que el cierre del primer trimestre (31 marzo) se realizó el 24 de mayo y el segundo trimestre (30 junio), en acta a fecha 04 de agosto de 2021, no se encontró en carpeta soportes de la correspondiente al Tercer trimestre.

5.2 PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

En relación con el control No 1, En los soportes entregados, no se puede evidenciar que se haya cumplido con la periodicidad mensual del control ya que solo se adjuntó evidencia de reporte por parte del proceso, la cual está actualizada solo hasta el 18 de agosto del 2021, se recomienda al proceso realizar su actualización mensualmente, tal y como quedó registrado en el respectivo control.

5.3 PROCESO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL Y ALIANZAS.

En el proceso de Cooperación Internacional y Alianzas se evidencio que las actas de Comité de Gestión Interna - ECIA y difusión del video "al día con la memoria", se realizan como parte de seguimiento y la ejecución del control.

Así mismo se han realizado los seguimientos al cumplimiento de los compromisos pactados, sin embargo, se evidencia retraso en la información ya que la última acta del ECIA, que se realizan mensualmente es del 21 de junio de 2021.

5.4 PROCESO PROTECCIÓN, CONFORMACIÓN, ACCESO Y USO SOCIAL DE ARCHIVOS DE LOS DERECHOS HUMANOS, MEMORIA HISTÓRICA Y CONFLICTO ARMADO Y COLECCIONES DE DERECHOS HUMANOS Y DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO.

Para mantener el contacto de las entidades, asociaciones, organizaciones de víctimas y sociedad civil, se envían correos de socialización y acompañamiento a las entidades. Estos correos se mantuvieron hasta el mes de junio y desde esa fecha no se evidencia registro si durante los meses siguientes se dio continuidad o si hubo una ejecución de estos de acuerdo con lo planeado.

 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	12 de 48

En relación con el acopio, custodia y procesamiento técnico, se diligencia el formato PCA-FT-015-Hoja de Ruta, procesamiento técnico y preservación a largo plazo diligenciados y firmados al 01 de agosto de 2021. También se tiene actualizado el Registro Especial de Archivo de Derechos Humanos, teniendo en cuenta la política de tratamiento de la información y de datos personales adoptado por el CNMH

Asimismo, se pone a disposición el acompañamiento para el proceso del Registro Especial de Archivo de Derechos Humanos. Sin embargo, la información se encuentra registrada hasta el mes de agosto, lo cual ocasiona que no se pueda verificar el cumplimiento de los controles, durante los meses posteriores.

5.5 PROCESO DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE INVESTIGACIONES PARA EL ESCLARECIMIENTO HISTÓRICO Y LA RECONSTRUCCIÓN DE LA MEMORIA.

En relación con el control No 1, En los soportes entregados, no se puede evidenciar que se haya cumplido con la periodicidad mensual del control, ya que solo se adjuntó una presentación sobre la planeación de acciones, pero ninguna evidencia que permita establecer si hubo cumplimiento en la planeación o se presentó alguna desviación. La observación con respecto a la periodicidad mensual del control No 1 y su no cumplimiento, fue también realizada por el área de planeación en el reporte de monitoreo entregado el 30 de agosto de 2021.

Igual situación ocurrió con el control No 2, ya que, en los soportes entregados, no se puede evidenciar que se haya cumplido con la periodicidad bimestral del control, ya que todas las evidencias son informes de los primeros dos trimestres de 2021. No se encontró ningún informe correspondiente al segundo semestre de 2021. Se adjuntan dos (2) actas de marzo y julio.

Con base en los resultados anteriores se recomienda establecer un plan de acción en el mapa de riesgos 2022 para que dichas situaciones no se vuelvan a presentar. Igualmente, pertinente sería reconsiderar las periodicidades de la aplicación de los controles, con el fin de que las que se registren sean viables y aplicables por el área.

5.6 PROCESO DE RECOLECCIÓN, CLASIFICACIÓN, SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE ACUERDOS DE CONTRIBUCIÓN A LA VERDAD HISTÓRICA Y LA REPARACIÓN.

En el control No 2 del proceso se omitió registrar el propósito de este, este es un aspecto que ayuda a aclarar la justificación de la existencia del control, por lo que se recomienda agregarlo en todos los controles que se planeen para la vigencia 2022. Con respecto al segundo riesgo del proceso relacionado con “Posibilidad de afectación económica y reputacional debido al Incumplimiento en la entrega al comité editorial de los informes analíticos proyectados para la vigencia, debido a retraso en las actividades incluidas en los Planes operativos de informes analíticos sobre el fenómeno paramilitar”, se estableció solamente un control, frente al control registrado, se aportaron evidencias de la aplicación del control quincenalmente para los meses de marzo, abril y mayo, sin embargo en los archivos faltan algunos reportes quincenales de los meses de junio, julio y agosto. No se encontró ningún reporte de los meses de septiembre, octubre ni noviembre. De acuerdo con lo anterior no se pudo establecer

 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	13 de 48

el cumplimiento en la periodicidad del control, por lo que se recomienda establecer un plan de acción dentro del mapa de riesgos 2022 para prevenir esta situación.

5.7 PROCESO GESTIÓN DEL MUSEO DE MEMORIA HISTÓRICA DE COLOMBIA

Los controles establecidos en los tres riesgos identificados en el proceso cuentan con evidencias completas hasta el mes de agosto, mes de reporte solicitado, por la oficina asesora de planeación, lo anterior de acuerdo con verificación realizada, es importante resaltar que es una labor del líder de proceso reportar el monitoreo y efectuar el cargue correspondiente en la carpeta compartida acorde con la periodicidad establecida de ejecución del control, no solamente cuando sea solicitado por las áreas de planeación o control interno, sino durante toda la vigencia lo que significa un registro en tiempo real.

5.8 PROCESO GESTIÓN DE RESPUESTA A REQUERIMIENTOS JUDICIALES Y ADMINISTRATIVOS ORIENTADOS A LA REPARACIÓN INTEGRAL.

En los soportes entregados, no se puede evidenciar que se haya cumplido con la periodicidad mensual del control, ya que todos los informes son semestrales y con corte a junio o julio. Esta observación aplica para los controles 1 y 2 del proceso. Tampoco se evidenció las acciones consignadas en caso de encontrarse alguna desviación, las cuales consistían en correo electrónico alertando sobre eventuales incumplimientos a la Dirección Técnica. Estos incumplimientos fueron evidenciados en la auditoría adelantada al proceso, consistentes en retrasos en el cumplimiento de los cronogramas previstos en los PIRC. Finalmente, en el diseño del control, se omitió registrar el propósito de este, este es un aspecto que ayuda a aclarar la justificación de la existencia del control, por lo que se recomienda agregarlo en todos los controles que se planeen para la vigencia 2022. De acuerdo con lo anterior, se recomienda al área realizar acciones de mejora y un plan de acción, dentro del mapa de riesgos 2022.

5.9 PROCESO APOYO A INICIATIVAS DE MEMORIA HISTÓRICA Y AUTORIDADES TERRITORIALES

Es de advertir que para la vigencia 2020, el riesgo identificado en el proceso se denomina, “Incumplimiento de la meta de apoyo a Iniciativas de Memoria Histórica”, la cual acorde al reporte en 0, en esa vigencia, genera alerta de materialización, a su vez de acuerdo con el reporte del indicador correspondiente para el 2021, y las gestiones reportadas, tampoco se dará cumplimiento a la meta programada del 2021, en atención a que la Dirección, aún a esfuerzos para sacar adelante el rezago de la vigencia 2019 y 2020, que según lo expuesto en el acta No. 37, Sesión No. 4 de 2021- Consejo Directivo CNMH, celebrado el martes 24 de agosto de 2021, resaltó “ En temas de iniciativa de memoria que es la meta rezagada, se viene trabajando, se hizo un cambio en el procedimiento para poder reportarla. Se estaba reportando cuando se hacía el lanzamiento de la iniciativa y como son iniciativas acompañadas, cuando se tienen los productos para su verificación de calidad, allí, ya se va a reportar y por lo tanto se verá que a partir de este segundo semestre va a crecer esta meta; la proyección es llegar entre el 75 y 80% del cumplimiento en este año.”

 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	14 de 48

Así las cosas sería reincidente que para el cierre de la vigencia la meta propuesta no se cumpla, situación por la que se recomienda al proceso IMH, reformular para la vigencia 2022, lo controles generados al riesgo dada su materialización consecutiva en las vigencias 2020 y 2021, adicionalmente se analice la inclusión de un riesgo relacionado con el desistimiento de las iniciativas que adelantan procesos de acompañamientos por el CNMH, dado que para el tiempo de la referencia, han desistido 14 iniciativas, generando reprocesos en recursos y tiempos invertidos en las mismas. Adicionalmente, existe el riesgo que dado el rezago de cumplimiento de estas y los efectos de la pandemia generados en la economía, los costos de un año al otro se vean incrementados y las comunidades o actores sociales, soliciten o condicionen el cumplimiento de las mismas al desarrollo de actividades o productos adicionales a los pactados inicialmente, generando déficit al interior del proceso frente a las recursos asignados, dado que deben financiar con el disponible programado de la vigencia, más actividades y más acciones.

Si bien se cumple por el proceso con la actividad propuesta, y se anexa Carpeta con evidencia de reporte por parte del proceso, la misma tiene fecha de actualización corte agosto del 2021. Respecto del plan de acción, si bien se evidencia cumplimiento por parte del proceso, Control interno, recomienda establecer para la misma, una periodicidad específica, dado que al informar que se realizaron las pertinentes, no permite evaluar si se cumple con la frecuencia determinada, que mejore el proceso y mitigue el riesgo.

Adicionalmente Control Interno evidenció, que los soportes correspondientes van solo hasta agosto, por lo anterior recomienda al proceso efectuar el cargue en la carpeta compartida de los soportes acorde con la periodicidad establecida durante todo el tiempo y hasta terminar la vigencia y no solo ante requerimientos de planeación y control interno a fin de fortalecer la labor de monitoreo.

5.10 PROCESO PEDAGOGÍA EN MEMORIA HISTÓRICA.:

Respecto al riesgo “Posibilidad de pérdida reputacional por la no ejecución de la cátedra transversal en memoria histórica con la Universidad Distrital, debido a la falta de coordinación con las direcciones técnicas del CNMH para el diseño de contenidos de la cátedra y a la falta de compromiso de las redes de bibliotecas”.

Es importante anotar que este Riesgo se materializó, debido a temas administrativos no fue posible suscribir el convenio con la Universidad Distrital Francisco José de Caldas-IPAZUD. No obstante, el proceso inició gestión con la Universidad Pedagógica Nacional-CINNDET para la suscripción del convenio para el diseño de contenidos educativos de la cátedra transversal. Esta situación generó la necesidad de correr el cronograma de trabajo. Sin embargo, se avanzó en el desarrollo de la primera conferencia de ciclo planteado en el cronograma.

Se recomienda al proceso, evaluar la pertinencia de la identificación del riesgo para la actividad de ejecución de la cátedra, o si es mejor incorporar estos puntos de controles operativos a los procedimientos actuales del proceso, con el fin de optimizar su ejecución y hacer la eliminación de este, o dada su importancia y aporte a la labor del

 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	15 de 48

proceso, si se decide dejar para el 2022 este riesgo, se recomienda dejarlo de manera general y no orientado a una institución educativa particular.

Si bien se cumple con las actividades propuestas en los controles, se anexa Carpeta con evidencia parcial de reporte por parte del proceso, en atención al diligenciamiento de Matriz de seguimiento Cátedra transversal, Matriz de seguimiento Red de Bibliotecas, las cuales son la evidencia del control y presentan registro hasta el mes de agosto de 2021, y esta actividad es de monitoreo mensual y por lo tanto debe reflejarse en la carpeta compartida establecida por planeación para estos fines en cualquier tiempo acorde con la periodicidad establecida y en todo caso hasta terminar la vigencia.

5.11 PROCESO DE DIFUSIÓN DE LA MEMORIA HISTÓRICA.

Como evidencia de la evidencia de ejecución de control el proceso de difusión de la memoria histórica cuenta con la matriz de control de contenidos, actualizada, lo mismo que la Base de datos de medios de comunicación para el año 2021.

Se recalca la importancia de mantener permanente revisión a la actualización de la base de datos de medios de comunicación a fin de controlar el envío de la información y lograr una adecuada difusión de la memoria histórica en cumplimiento de los objetivos propuestos

5.12 GESTIÓN JURÍDICA

Respecto de los controles 1 y 2 del proceso, no se encontró en las evidencias el "tablero de control", insumo básico para verificar el cumplimiento de las actividades de control establecidas para ambos. Esta es una observación que también había realizado planeación, en su informe de retroalimentación con corte a agosto 30 de 2021. En contestación al informe preliminar entregado por la DAYF a control interno, se argumentó que este tablero de control poseía reserva legal y por lo tanto no se podía adjuntar. De acuerdo con lo anterior, se recomienda elegir soportes que no tengan este tipo de limitaciones sino documentos que puedan ser consultados sin ninguna dificultad o limitación en la reserva legal que se lleva en los procesos disciplinarios., con el fin de que los mismos puedan ser verificados ya sea por planeación, control interno o cualquier ente de control externo sin que exista riesgo en la información. En relación con el control No 3 del proceso, se recomienda unificar este control con el control anterior o control No 2, ya que la aplicación es la misma. El presente control está asociado al anterior ya que las evidencias pertenecen a una segunda etapa de la ejecución del anterior control. Se recomienda eliminarlo y dejar solamente el control anterior o control No 2.

Con respecto a los tres (3) controles del proceso de Gestión Jurídica; en todos se omitió registrar el propósito del control, este es un aspecto que ayuda a aclarar la justificación de la existencia del control y que hace parte de la metodología señalada por el DAFP, por lo que se recomienda agregarlo en todos los controles que se planeen para la vigencia 2022. De acuerdo con lo anterior, se recomienda al área realizar acciones de mejora y un plan de acción relacionado con las situaciones mencionadas dentro del mapa de riesgos 2022.

 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	16 de 48

5.13 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

En el control que se estableció en el proceso, solo se adjuntan actas de los meses de junio, julio y agosto, por lo cual no se pudo verificar el cumplimiento del control para los meses restantes de la vigencia. Se recomienda incorporar un plan de acción para prevenir que se repita esta situación en el mapa de riesgos de 2022.

Se omitió registrar que acciones se llevarían a cabo en caso de encontrar desviaciones, lo cual es necesario dentro de la estructura del control y según la metodología establecida por el DAFP, pues anticipa las acciones a llevar a cabo en caso de materialización del riesgo. Se recomienda tener en cuenta este componente para el mapa de riesgos 2022.

5.14 GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

Periódicamente el área de Talento Humano realiza capacitaciones a los diferentes colaboradores relacionadas con el cuidado de la salud, así mismo se mantiene actualizado en la normatividad aplicable a los mismos, teniendo en cuenta las directrices dadas por el gobierno nacional sobre la emergencia sanitaria, económica y social originada por el Covid - 19 en cumplimiento de los controles establecidos.

Sin embargo, es importante ampliar riesgos de gestión que se pueden generar en el proceso de Talento Humano en pro del bienestar de los colaboradores de la entidad. Lo anterior, teniendo en cuenta, por ejemplo, las recomendaciones que se consignaron por parte de control interno en el informe de “Seguimiento al proceso de Talento Humano” entregado el 4 de junio de 2021.

5.15 SERVICIO AL CIUDADANO

Respecto del control No 2, se adjuntan los soportes de varias capacitaciones a las áreas, pero la periodicidad trimestral no fue definida en el control de manera escalonada o sucesiva por cada área, sino de manera uniforme para toda la entidad, según puede leerse en la redacción del control, es decir que se entendería que, con la periodicidad trimestral, cada área debería haber tenido por lo menos 2 o 3 capacitaciones durante toda la vigencia. Esta situación hace que, desde el punto de vista de la auditoría, se haya configurado un presunto incumplimiento en la periodicidad a pesar de que para el responsable del proceso se haya interpretado esta periodicidad de manera diferente y en consecuencia que se hayan adjuntado los soportes de las acciones de control para varias áreas del CNMH. Se recomienda replantear esta periodicidad para la vigencia 2022, teniendo en cuenta lo dicho, para que no haya lugar a interpretaciones sino que sea precisa, clara y concreta en su número y en las áreas de la entidad donde va a ser impartida.

Con respecto al control No 4 del proceso, según las evidencias aportadas, se ejecutó el control, pero solo se evidenció la aplicación del mismo hasta el mes de julio de 2021. Esta situación hace que no se pueda determinar si hubo cumplimiento para los siguientes meses de la vigencia 2021. .

 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	17 de 48

Derivado de lo anterior, se recomienda establecer en el mapa de riesgos 2022 un plan de acción con el fin de prevenir que vuelvan a ocurrir estas situaciones.

Con respecto a los controles 1,2 y 4, en todos se omitió registrar qué acciones se llevarían a cabo en caso de encontrar desviaciones, lo cual es necesario dentro de la estructura del control según lo establecido por la metodología establecida por el DAFP, pues anticipa las acciones a llevar a cabo en caso de materialización del riesgo. Se recomienda tener en cuenta este componente para el mapa de riesgos 2022.

5.16 RECURSOS FÍSICOS

En el proceso de Recursos Físicos se mantiene control sobre el diligenciamiento y control de los formatos y procesos establecidos en el SIG de la entidad.

En el procedimiento de caja menor incluido en el proceso de Recursos Físicos la Oficina de Control Interno realiza Arqueos de Caja y como resultado se evidencia un adecuado manejo y control de los recursos asignados a la Caja Menor.

Con respecto al proceso con el Operador Logístico, la DAyF que es la supervisora del contrato, realiza controles de cumplimiento al protocolo establecido, sin embargo las áreas no están entregado la información requerida para el desarrollo de los eventos, dentro de los tiempos establecidos, lo que a juicio de la auditoria, podría generar reprocesos, impactando de manera significativa el cumplimiento de las metas establecidas y sobrecostos en el desarrollo de las mismas.

5.17 GESTIÓN DOCUMENTAL

En relación con el control No 1, se considera que es importante replantear la periodicidad que se consignó para la vigencia 2021, la cual fue trimestral; lo anterior debido a que si bien se encontraron evidencias de la aplicación de todos los controles planeados, no se realizaron con la periodicidad trimestral que se había registrado, quizás no era necesario con dicha periodicidad, por esto la recomendación de revisar la periodicidad en la aplicación de los controles establecidos, ya que debe ser razonable y coherente con la naturaleza del proceso y muchas veces no se requieren periodicidades tan frecuentes.

Con respecto al control No 3, se verificó el cumplimiento del control, pero solamente hasta el mes de julio de 2021. No hubo evidencia de los meses siguientes del año. Por lo anterior se recomienda que en el mapa de riesgos 2022 se realice un plan de acción para subsanar esta falencia.

Por último, existe una observación para los tres controles del proceso, ya que en todos se omitió registrar qué acciones se llevarían a cabo en caso de encontrar desviaciones, lo cual es necesario dentro de la estructura del control según lo establecido por la metodología establecida por el DAFP, pues anticipa las acciones a llevar a cabo en caso de materialización del riesgo. Se recomienda tener en cuenta este componente para el mapa de riesgos 2022.

5.18 COMUNICACIÓN INTERNA

 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	18 de 48

El proceso de Comunicación Interna envía correos electrónicos institucionales solicitando el diligenciamiento de la encuesta de impacto, evaluando de esta manera el cumplimiento de los objetivos pactados de acuerdo con los resultados obtenidos.

En relación con la ejecución del control se observa que el último correo de socialización se envió el 8 de julio, lo cual genera que no se pueda verificar los controles existentes durante los meses posteriores, tal y como se indicó que se debía proceder, según el taller realizado en abril de 2021, es decir que los responsables de los controles deben mantener los soportes actualizados cada vez que se generen en la carpeta compartida hasta el final de la vigencia.

5.19 GESTIÓN TICS

En relación con el control No 1, En los soportes entregados, se evidenció el Informe diagnóstico del estado de la infraestructura tecnología y de software. V1-junio-2021, no obstante, no reposan los soportes correspondientes al plan de acción, dado que es 31 de diciembre la fecha de cierre, se debe hacer seguimiento de su implementación.

Control No. 2 La bitácora evidencia de este control, si bien se encuentra en la carpeta compartida de planeación establecida para el monitoreo de riesgos, al momento de la revisión no está actualizada sino hasta el mes de agosto.

Control interno recomienda al proceso, reformular la evidencia del plan de acción dado que esta actividad es complementaria, y debe ser diferente a la actividad de control del riesgo.

Respecto de los controles 3 y 4, El reporte se realizó por el proceso solo hasta el mes de agosto, lo que no permite evidenciar el monitoreo permanente que se realiza de esta actividad, tal y como se indicó que se debía proceder, según el taller realizado en abril de 2021, es decir que los responsables de los controles deben mantener los soportes actualizados cada vez que se generen en la carpeta compartida hasta el final de la vigencia.

5.20 CONTROL DISCIPLINARIO

En el control que se estableció en el proceso, solo se adjuntan actas de los meses de mayo, junio y julio, lo cual no permitió establecer si se cumplió con la periodicidad para el resto de los meses del 2021. Hubiese sido importante incorporar a las evidencias la matriz de control de procesos, la cual es evidencia de la aplicación del control a través de las actas que se consignaron en el control. Por lo anterior se recomienda que en el mapa de riesgos 2022 se realice un plan de acción para subsanar esta falencia.

Se omitió registrar qué acciones se llevarían a cabo en caso de encontrar desviaciones, lo cual es necesario dentro de la estructura del control según lo establecido por la metodología establecida por el DAFP, pues anticipa las acciones a llevar a cabo en caso de materialización del riesgo. Se recomienda tener en cuenta este componente para el mapa de riesgos 2022.

 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	19 de 48

5.21 GESTIÓN DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES- RIESGOS DE SEGURIDAD DIGITAL *Riesgo identificado: Pérdida de la Integridad, disponibilidad y confidencialidad de la información.*

El CNMH cuenta con Política de Seguridad de la Información, emitida y actualizada en el procedimiento SIP- PC-013 v3 Política de Seguridad y Privacidad de la Información, aprobada el primero de octubre de 2021, que establece:

5. POLITICA DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN

La Política de Seguridad y Privacidad de la Información es la declaración general que representa la posición de la administración del Centro Nacional de Memoria Histórica - CNMH con respecto a la protección de los activos de información (los funcionarios, contratistas, terceros, la información, los procesos, las tecnologías de información incluido el hardware y el software), que soportan los procesos de la Entidad y sobre los cuales se basa la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, por medio de la generación y publicación de sus políticas, procedimientos e instructivos, así como de la asignación de responsabilidades generales y específicas para la gestión de la seguridad de la información.

Y Políticas de seguridad de la Información:



6.	POLITICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	13
6.1.	Política de estructura organizacional de la seguridad de la información	13
6.2.	Política para uso de dispositivos móviles.	13
6.3.	Política de seguridad para los recursos humanos	15
6.4.	Política de gestión de activos de Información	15
6.5.	Política de uso de equipos de cómputo	16
6.6.	Política de uso de Internet	16
6.7.	Política de clasificación de la información	17
6.8.	Política de manejo, disposición de información, medios y equipos	18
6.9.	Política de control de acceso	18
6.10.	Política de establecimiento, uso y protección de claves de acceso	19
6.11.	Política de controles criptográficos	19
6.12.	Política de Gestión de Cambios	22
6.13.	Política de escritorio y pantalla limpia	23
6.14.	Política de copias de respaldo y restauración de información	24
6.15.	Política de para la Transferencia de Información	28
6.16.	Política de uso de correo electrónico	29
6.17.	Política de Revisiones de Seguridad de la Información.	30
6.18.	Política de adquisición, desarrollo y mantenimiento de sistemas de información	30
6.19.	Política de gestión de incidentes	34
6.20.	Política de seguridad del centro de datos y centros de cableado.	35
6.21.	Política de seguridad de proveedores.	35
6.22.	Política de cumplimiento de requisitos legales y contractuales	37
6.23.	Política de tratamiento de datos personales	38

Estas políticas fueron socializadas a los funcionarios de la entidad y para su consulta reposan en la intranet.

De otra parte, se observa el cumplimiento de las actividades relacionadas en las actividades de control, así como en la identificación de los riesgos de seguridad digital, En el centro esta actividad está liderada por TIC, sin embargo, se recomienda a la Oficina Asesora de planeación el realizar el acompañamiento para su incorporación en la carpeta compartida de reporte de Administración del Riesgo, a fin de contar unificadamente con la información soporte generada por el proceso para la mejora y verificación de las acciones realizadas por parte de la primera línea de defensa, que permitirá la identificación y análisis, así como la emisión de alertas.



 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	21 de 48

6. RECOMENDACIONES GENERALES FRENTE A LA GESTIÓN DEL RIESGO

Hace parte del presente informe, archivo Excel en el que se encontrará la evaluación específica para cada uno de los cincuenta y cuatro (54) controles establecidos en el mapa de riesgos institucional. Para mayor facilidad de búsqueda el archivo Excel está organizado numéricamente en cada hoja en orden descendente en la misma disposición que se encuentra en el mapa de procesos del CNMH. En el archivo Excel cada área encontrará las observaciones específicas de forma, de fondo y de orden metodológico según los soportes que fueron examinados en cada caso. Se recomienda tener esta información en cuenta al momento de diseñar el nuevo mapa de riesgos para la vigencia 2022.

6.1 Para los riesgos que no tuvieron observaciones sobre su formulación y cumplimiento de controles, es importante que los procesos mantengan los controles y las acciones preventivas planteadas pues éstas han sido eficaces, evitando su materialización, así mismo, en los diferentes círculos de mejoramiento, los procesos deben estudiar la pertinencia de identificar nuevos riesgos que de acuerdo con la nueva normalidad, a su juicio representen una amenaza para la consecución de los objetivos institucionales e incluirlos en el mapa de riesgo.

6.2 Como primera línea de defensa según nuestro modelo integrado de planeación y gestión en la séptima dimensión de control interno, cada proceso debe hacer la revisión periódica y diligenciamiento del seguimiento a los controles de los riesgos establecidos, igualmente, la segunda línea de defensa en este caso la Oficina Asesora de Planeación, debe realizar el acompañamiento a cada líder de proceso para la identificación y actualización de los riesgos de los procesos, haciendo las observaciones que consideren necesarias para su correcta formulación.

6.3 Ante las circunstancias excepcionales en que se está desarrollando el trabajo en las entidades por motivo del Covid-19, el aseguramiento de los riesgos que se sostienen sobre formatos físicos (aprobaciones formales mediante firma, actas, contratos, revisiones de documentación en papel, etc.) no es posible. Por ello, es importante tener en cuenta una cobertura compleja y digital que garanticen un adecuado diligenciamiento de los mismos.

6.4 En atención a los cambios de directores técnicos de la entidad, que se han presentado en el CNMH en un tiempo no superior a 3 años, Control Interno desde su rol evaluador advierte que está perdida de conocimiento y reproceso ante cada nuevo estilo de dirección, abre la posibilidad de afectación del desempeño de la metas propuestas en cada vigencia, lo anterior teniendo en cuenta lo dispuesto en la Guía para evitar o mitigar la fuga de conocimiento de las entidades públicas Versión 1 de la Función Pública., que dice: “Desde la perspectiva de Massingham (2018), la fuga de conocimiento puede ser ocasionada por: La salida de los servidores ya sea en forma voluntaria o involuntaria. En este caso, el conocimiento perdido no sólo incluye conocimiento técnico, sino también dimensiones cognitivas como la relación emocional de la persona con la organización y sus relaciones de trabajo.

2.5. Consecuencias de la fuga de conocimiento

 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	22 de 48

DeLong (2004) identificó varias formas en las que la fuga de conocimiento puede impactar negativamente a la entidad y aumentar el riesgo en: (1) la capacidad reducida para innovar, (2) la capacidad para lograr crecimiento, (3) mayor vulnerabilidad, incluso aumento en la capacidad para cometer errores.

Por su parte, Massingham (2018) sugiere que la fuga de conocimiento en una entidad puede generar escasez de habilidad, talento, no disponibilidad de la información, pérdida de memoria organizacional, ineficiencia e ineficacia y que, debido a lo anterior, las dependencias no se comunican efectivamente. Por lo tanto, es muy probable que se presenten esfuerzos duplicados, que haya un impacto negativo en los servidores que se quedan en la entidad y esto genere un mal ambiente laboral, desconfianza y se disminuya la productividad.

Si las entidades toman medidas para reconocer qué es la fuga de conocimiento y las diferentes formas en que se puede presentar y comienzan a tomar acciones al respecto, seguramente tendrán mejores resultados en su gestión, en la creación de conocimiento, la innovación y en la cultura organizacional de la entidad. Además, las entidades deben comprender que el asunto de la fuga de conocimiento no sólo es relevante para la gestión del conocimiento y la innovación, sino para todas las áreas de la entidad, incluso, en términos del MIPG se relaciona con todas las dimensiones que lo conforman”¹

Por lo anteriormente expuesto Control Interno, recomienda realizar a nivel institucional y de la Dirección MMC, análisis de la pertinencia de incluir en el mapa de riesgo de la entidad, el denominado: fuga de capital intelectual, al fin de establecer sus controles en pro de mitigar y plantear alternativas para gestionarlos.

6.5. En relación con la ejecución del protocolo GRF-PT-001 v8 del Sistema Integrado de Gestión, establecido para el desarrollo de los servicios de un Operador Logístico, se evidencia que la planeación de los eventos no se hace con la rigurosidad necesaria, frente a plazos, recursos y actividades a desarrollar en territorio y concertación con la comunidad, generando en algunas ocasiones reprocesos e igualmente posibles riesgos de sobrecostos en el desarrollo de los mismos. Los reprocesos y la falta de planeación ocasionan acumulación de la ejecución de los eventos en la Dirección Administrativa y Financiera generando que no se pueda cumplir con los eventos programados en cumplimiento con las metas establecidas por el CNMH. Por lo anterior se recomienda cumplir con el protocolo establecido y así evitar la materialización de riesgos.

6.6 Control interno, evidenció a nivel general, que los soportes de las evidencias correspondientes a los controles establecidos por cada riesgo se encuentran con corte a agosto de 2021, lo anterior de acuerdo con lo solicitado por la oficina Asesora de Planeación: pero la directriz establecida y dada a conocer desde abril de 2021, cuando se realizó el taller para el diseño de los mapas de riesgo, fue que los soportes de los controles debían permanecer actualizados todo el tiempo y hasta terminar la vigencia en la carpeta compartida, según la periodicidad que se hubiere establecido en cada proceso para los respectivos controles. Por lo anterior, se recomienda fortalecer la labor del líder de proceso reportando el monitoreo, acorde con la periodicidad establecida en el control. Igualmente resulta pertinente que tanto Planeación como Control Interno, se aseguren que para el mapa de riesgos 2022, los

¹ Guía para evitar o mitigar la fuga de conocimiento de las entidades públicas Versión 1 de la Función Pública

 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	23 de 48

responsables del proceso tengan claro esta responsabilidad que hace parte del autocontrol y de la ejecución de la función de control interno en la entidad en tiempo real en concordancia con el principio de autogestión.

6.7 Se recomienda realizar continuamente difusión y socialización de los riesgos y controles establecidos en cada riesgo, con el fin que la totalidad de los vinculados al proceso los conozcan y participen de su gestión.

6.8 Se encontraron procesos sin los soportes de las acciones de control para algunos de sus riesgos o los adjuntan de manera parcial o sin la periodicidad establecida en la acción de control, situación que va en contravía del cumplimiento de la Política de Administración del Riesgo del CNMH, establecida en la Resolución No. 079 de 2019. Esta situación lleva a la imposibilidad de poder evaluar adecuadamente la gestión del riesgo en la entidad, con consecuencias negativas por la ausencia de información suficiente para la toma de decisiones institucionales.

Se citan a continuación los procesos con los controles en los cuales se encontró la situación descrita:

- Registro especial de archivos, acopio y procesamiento técnico de archivos y colecciones de derechos humanos, derecho internacional humanitario y memoria histórica. Controles 1, 2 y 3
- Gestión de Respuesta a Requerimientos Judiciales y Administrativos orientados a la reparación integral. Controles 1 y 2.
- Gestión y desarrollo de investigaciones para el esclarecimiento histórico y la reconstrucción de la memoria histórica. Controles 1 y 2.
- Recolección, clasificación, sistematización y análisis de la información de acuerdos de contribución a la verdad histórica y la reparación. El control No 3 se cumplió de manera parcial
- Pedagogía en Memoria Histórica, Controles evidenciados con cargue en la carpeta compartida, hasta agosto 2021.
- Direccionamiento y Gestión Estratégica, Controles evidenciados con cargue en la carpeta compartida, hasta agosto 2021
- Administración del Sistema Integrado de Gestión, Controles evidenciados con cargue en la carpeta compartida, hasta agosto 2021
- Gestión del Museo Nacional de la Memoria. Controles evidenciados con cargue en la carpeta compartida, hasta agosto 2021
- Apoyo a Iniciativas de Memoria Histórica y Autoridades Territoriales, Controles evidenciados hasta agosto de 2021.
- Protección, conformación, acceso y uso social de archivos de los derechos humanos, memoria histórica y conflicto armado y colecciones de derechos humanos y derecho internacional humanitario. Controles evidenciados hasta agosto de 2021
- Cooperación Internacional y alianzas. Controles evidenciados hasta junio de 2021
- Difusión de Memoria Histórica. Controles evidenciados hasta agosto de 2021
- Comunicación Interna. Controles evidenciados hasta agosto de 2021
- Gestión documental. Controles 1,2 y 3
- Proceso de Gestión Jurídica. Controles 1 y 2.

 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	24 de 48

- Adquisición de bienes y servicios. El control único del proceso.
- Control Disciplinario. El control único del proceso

Frente a los casos citados anteriormente, se recomienda que cada responsable de proceso revise su caso particular, las causas que lo ocasionaron y establezca las acciones para prevenir su ocurrencia, lo cual puede quedar consignado en el plan de acción que haga parte del mapa de riesgos 2022.

MATRIZ PARA PLAN DE MEJORAMIENTO

NO APLICA

OPORTUNIDADES DE MEJORA

Todas las observaciones y recomendaciones plasmadas en el presente informe hacen parte de las oportunidades de mejora, siendo la más importante el diseño del mapa de riesgos del 2022, teniendo en cuenta las situaciones encontradas, para que se realicen los ajustes que se consideren pertinentes para el mejoramiento del proceso de gestión del riesgo.

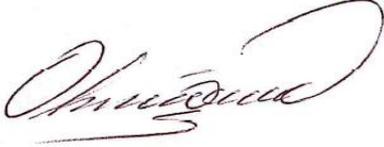
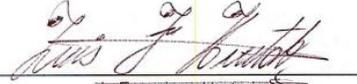
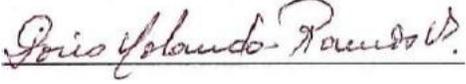
CONCLUSIONES

1. Resulta importante resaltar los avances institucionales que se han tenido en materia de Gestión del Riesgo. La aplicación de la metodología ya forma parte del “saber hacer” de la entidad y es un tema que gradualmente se ha insertado en su dinámica. Los responsables de los procesos valoran este instrumento y han aprendido a tenerlo en cuenta para sus decisiones institucionales, lo cual puede evidenciarse en los informes de gestión, donde el tema de riesgos es mencionado y considerado como un elemento clave para la gestión. Se resalta también el papel que han tenido los profesionales que han tenido responsabilidades frente a la gestión de los controles en los mapas de riesgos, los cuales también se han apropiado la metodología y los diferentes elementos a tener en cuenta para evitar la materialización de riesgos en la entidad.
2. En el capítulo 5 de “*situaciones específicas encontradas en los mapas de riesgos evaluados*” se dejaron registradas recomendaciones varias para el mejoramiento del proceso de gestión del riesgo en varios de sus componentes, resulta muy importante que sean consideradas por los dueños de los procesos para implementar las acciones de mejora que correspondan.
3. Hace parte de este informe la matriz Excel donde se dejaron registradas las observaciones para cada uno de los 32 controles correspondientes a los 54 riesgos institucionales de los diferentes procesos del CNMH. Algunas de las observaciones se encuentran en el presente informe porque se consideraron relevantes, pero la mayoría se deben consultar en la respectiva matriz. Consultar archivo adjunto denominado: “Evaluación del Mapa de riesgos - Vigencia 2021”.
4. Se adjunta como **ANEXO** al presente informe los puntos de vista expuestos por la Dirección Administrativa y Financiera cuando se entregó el informe PRELIMINAR así como las respuestas dadas por Control Interno. Es importante aclarar que algunas observaciones fueron tenidas en cuenta y se hicieron los ajustes respectivos en el

 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	25 de 48

presente informe, algunas no fueron aceptadas. Pero para dar cumplimiento al procedimiento de Auditoria Interna CIT-PR-001 V4 se consignaron todas las observaciones sin omitir ninguna de las realizadas por las dos partes. En el procedimiento de auditoria que rige en CNMH esta directriz quedó establecida de la siguiente manera: **“Es importante que cualquier opinión divergente, relativa a las situaciones encontradas o a las conclusiones y recomendaciones de la auditoria, puedan ser discutidas y en lo posible resueltas. Si no se llegare a un acuerdo se dejarán registradas todas las opiniones frente al tema. Numeral 6.4.9 NTC-ISO 19011.”**

FIRMAS RESPONSABLES

Evaluadores:  Astrid Marcela Méndez Chaparro. Profesional Universitario - Control Interno  Olga Lucia Espitia Peña. Contratista - Control Interno  Luis Francisco Hurtado Salamanca. Profesional Especializado – Control Interno	Vo. Bo.  <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Doris Yolanda Ramos Vega Asesora de Control Interno
--	--

ANEXO

De acuerdo con la situación descrita en el numeral 4 de las conclusiones del presente informe, se adjuntan a continuación las observaciones realizadas al informe PRELIMINAR por parte de la Dirección Administrativa y Financiera. Seguidamente se adjunta la respuesta proporcionada por Control Interno.

Observaciones presentadas por la Dirección Administrativa y Financiera entregadas como anexo mediante comunicación oficial que se adjunta a continuación junto con el anexo respectivo:

 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	26 de 48



MEMORANDO

2021122960011486-3
Bogotá D.C., 29 de diciembre de 2021

PARA: DORIS YOLANDA RAMOS VEGA
Asesora
CONTROL INTERNO

DE: DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

ASUNTO: Observaciones de la DAyF - INFORME DE SEGUIMIENTO A MAPA DE RIESGOS Y
CONTROLES VIG 2021 - recibido mediante correo electrónico el 28 de diciembre de 2021 a las
3:48 p.m.

Doctora Doris reciba un cordial saludo.

De conformidad con el correo recibido ayer martes 28 de diciembre en horas de la tarde, cuyo asunto refiere el Informe de seguimiento a mapa de riesgos y controles vigencia 2021, me permito remitir en archivo adjunto el documento que da cuenta de las observaciones identificadas por la Dirección Administrativa y Financiera luego de efectuada la revisión de dicho informe.

Agradezco se revisen las observaciones y se tenga en cuenta lo planteado por la Dirección, de forma tal que se logre replantear el documento con la actualización correspondiente.

Cordialmente,



FERNANDO RAMIREZ OCHOA
Director
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

Carrera 7 No 27 - 18 PBX 796 5060 | www.centrodememoriahistorica.gov.co | Bogotá, Colombia



GDC-FT-008. Versión: 004

 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	27 de 48



Revisó : ANA VÍCTORIA LUGO GÓMEZ-Contratista

Con copia: Luis Francisco Hurtado Salamanca, Carlos Alberto Hurtado Mosquera, Olga Lucia Espitia Peña, Cindy Katherine Agámez Benitez, Juana Carolina Fuentes Mercado, Sandy Marin Quiñones, Ana Maria Trujillo Coronado, César Augusto Ortiz Barrera, Mónica Nathely Ramírez Sastoque

Anexos Digitales: [29.12.2021 Observaciones Informe Control Interno mapa de riesgos.pdf](#)

Proyectó: María Nathalya Delgado Muñoz

Carrera 7 No 27 - 18 PBX 796 5060 | www.centrodehistoriahistorica.gov.co | Bogotá, Colombia



Carrera 7 # 27-18. PBX 7965060 | www.centrodehistoriahistorica.gov.co | Bogotá, Colombia





OBSERVACIONES DE LA DAYF - INFORME DE SEGUIMIENTO A MAPA DE RIESGOS Y CONTROLES VIG 2021 – CORREO ELECTRÓNICO RECIBIDO EL 28 DE DICIEMBRE DE 2021 A LAS 3:48 P.M.

Una vez realizada la revisión del informe de seguimiento al mapa de riesgos y controles vigencia 2021 por parte de la Dirección Administrativa y Financiera, me permito remitir las siguientes observaciones:

OBSERVACIÓN 1: El informe tiene fecha de emisión del 22 de diciembre; sin embargo, se socializó hasta el 28 de diciembre, quedando menos de 5 días hábiles del año para realizar cualquier observación.

OBSERVACIÓN 2: En la metodología se plantean las siguientes consideraciones: "...para este efecto se trabajó sobre la información que fue recopilada por el área de planeación para la vigencia 2021..." y "...Para el informe se consultó también el reporte realizado por el área de planeación con corte al 30 de agosto de 2021...".

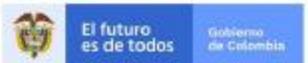
Sin embargo, la información recopilada por la Oficina de Planeación solo se encuentra reportada hasta el 31 de agosto, teniendo en cuenta la siguiente solicitud recibida el día 12 de agosto por correo electrónico:

Solicitud monitoreo al mapa de riesgos de gestión y corrupción 2021

Sistema Integrado de Gestión <sisintegradogestion@cnmh.gov.co> 12 de agosto de 2021, 14:34
Para: Carolina Guenz Obregón <carolina.guenz@cnmh.gov.co>, Germán Alfonso Infante Torres <german.infante@cnmh.gov.co>, DAADH - Marcela Rodríguez <marcela.rodriguez@cnmh.gov.co>, Jenny Juliet Lopez Morales <jenny.lopez@cnmh.gov.co>, Laura María Montoya Velaz <laura.montoya@cnmh.gov.co>, Carolina Restrepo Suarez <carolinarestrepo@cnmh.gov.co>, Edwin Cuervo Vargas <edwin.cuervo@cnmh.gov.co>, Alberto Moreno Pariz <alberto.moreno@cnmh.gov.co>, Sigray Liliana Benitez Armas <sigraybenitez@cnmh.gov.co>, Bibiana Alexandra Rosero Pezaca <bibiana.rosero@cnmh.gov.co>, Karen Natalia Niño Fierro <karen.niño@cnmh.gov.co>, Jose David Pardoano Moreno <jose.pardoano@cnmh.gov.co>, Fernando Ramirez Ochoa <fernando.ramirez@cnmh.gov.co>, Doris Yolanda Ramos Vega <doris.ramos@cnmh.gov.co>
Cc: Ana María Torres Prohálado <anamaria.torres@cnmh.gov.co>, Herman Alonso Romero Salazar <herman.romero@cnmh.gov.co>, Ivan Robinson Gilberles Rodriguez <ivan.gilberles@cnmh.gov.co>, Luz Dayi Patricia Pardo Maites <luz.pardo@cnmh.gov.co>, Andriela del Pilar Buitrago Arenas <andriela.buitrago@cnmh.gov.co>, Ledy Pardo Toro Bautista <ledy.pardo@cnmh.gov.co>, Marcel González Celina <marcel.gonzalez@cnmh.gov.co>, Patricia Yenda Arimandy <patricia.yenda@cnmh.gov.co>, Ledy Catherine Liza Guzmán <ledy.liza@cnmh.gov.co>, Ingrid Adriana Fria Navea <ingrid.fria@cnmh.gov.co>, Sandra Patricia Castañeda Buitos <sandra.castaneda@cnmh.gov.co>, Diana Alexandra Chacon Montaña <diana.chacon@cnmh.gov.co>, Ricardo Córdoba Herrera <ricardo.cordoba@cnmh.gov.co>, Yenni Alejandra Sánchez Celis <yenni.sanchez@cnmh.gov.co>, Diana Marcela Acevedo Gabarzo <diana.acevedo@cnmh.gov.co>, María Nathalya Delgado Muñoz <nathalya.delgado@cnmh.gov.co>, Yaneth Mora Hernández <yaneth.mora@cnmh.gov.co>, Luis Francisco Hurtado Salazar <luis.hurtado@cnmh.gov.co>, Jazid Carolina Méndez Chaparro <jazid.mendez@cnmh.gov.co>, Rodrigo Megallón Caballero <rodrigo.megallon@cnmh.gov.co>

Reciban un cordial saludo.
En el marco de la Política de Administración de Riesgos del CNMH y acorde a los lineamientos y orientaciones dadas por el Grupo de Planeación en la sensibilización realizada el pasado 10 de agosto, nos permitimos solicitar a los líderes de proceso realizar el monitoreo a los controles y acciones establecidas en el mapa de riesgos de gestión y corrupción a su cargo.
Para este fin, el Grupo de Planeación ha dispuesto de una carpeta compartida en la red de la Entidad denominada Administración de Riesgos, en la cual encontramos una subcarpeta con el nombre del proceso a su cargo, con el fin de registrar y reportar el cumplimiento de los controles y planes de tratamiento establecidos en el mapa de riesgos institucional.
La carpeta compartida para el reporte de la información, se encuentra disponible en el equipo de cómputo asignado al líder de proceso y enlaces de planeación o a través del acceso remoto virtual.
Agradecemos registrar la información a más tardar el día 25 de agosto de 2021.
Gracias y cualquier inquietud estaremos atentos.
Cordialmente,

Sistema Integrado de Gestión
Correo: sisintegradogestion@cnmh.gov.co
PBX: 796 0060 extensi6n 108/032
Dirección: Carrera 7 # 27-18 Piso 23 Bogotá D.C.



 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	29 de 48



Por lo anterior, es necesario aclarar que la Dirección Administrativa y Financiera reportó de conformidad con la solicitud, y el día 01 de septiembre se recibió la debida retroalimentación del monitoreo al mapa de riesgos de gestión por parte del Grupo de Planeación (SIG).

Retroalimentación Monitoreo Mapa de Riesgos de Gestión 2021

Sistema Integrado de Gestión - sig@centrodehistoria.gov.co
 1 de septiembre de 2021, 15:53
 Para: Carolina Quintero Obregón <carolina.quintero@centrodehistoria.gov.co>, German Alfonso Infante Tames <german.infante@centrodehistoria.gov.co>, DADRI - Marcela Rodríguez <marcela.rodriguez@centrodehistoria.gov.co>, Jenny Juliá López Morales <jenny.lopez@centrodehistoria.gov.co>, Laura María Montoya Vélez <laura.montoya@centrodehistoria.gov.co>, Carolina Restrepo Saavedra <carolina.restrepo@centrodehistoria.gov.co>, Estelita Cuitiva Vargas <estelita.cuitiva@centrodehistoria.gov.co>, Alberto Hincapié Pineda <alberto.hincapie@centrodehistoria.gov.co>, Dayra Lidiana Benítez Arce <dayra.benitez@centrodehistoria.gov.co>, Débora Alexandra Pizarro Prieto <debora.pizarro@centrodehistoria.gov.co>, Karen Tatiana Vélez Fariña <karen.velaz@centrodehistoria.gov.co>, Jesse David Rodríguez Muñoz <jesse.pardame@centrodehistoria.gov.co>, Fabián de la Cruz <fabian.cruz@centrodehistoria.gov.co>, Dora Patricia Ramos <dora.p.ramos@centrodehistoria.gov.co>, Ana María Tenorio Pradolero <anamaria.tenorio@centrodehistoria.gov.co>, Juan Leonardo Cárdenas Rodríguez <juan.cardenas@centrodehistoria.gov.co>, Luz Dora Patricia Ravelo Salazar <luz.p.ravelo@centrodehistoria.gov.co>, Zuleika del Pilar Subero-Ortega <zuleika.subero@centrodehistoria.gov.co>, Ledy Paola Taya Bustos <ledy.taya@centrodehistoria.gov.co>, Marisol González <marisol.gonzalez@centrodehistoria.gov.co>, Patricia Verónica Arias <patricia.veronica@centrodehistoria.gov.co>, Ledy Catherine Lara Guerrero <ledy.lara@centrodehistoria.gov.co>, Ingrid Adriana Páez Irujo <ingrid.paez@centrodehistoria.gov.co>, Sandra Patricia Castañeda Quintero <sandra.castaneda@centrodehistoria.gov.co>, Diana Alexandra Chacón Martínez <diana.chacon@centrodehistoria.gov.co>, Ricardo Córdoba Herrera <ricardo.cordoba@centrodehistoria.gov.co>, Yarelis Alexandra Sánchez Cedeño <yarelis.sanchez@centrodehistoria.gov.co>, Diana Marisol Noviedo Galindo <diana.noviedo@centrodehistoria.gov.co>, María Karolaya Delgado Muñoz <maria.delgado@centrodehistoria.gov.co>, Yaneth Mora Hernández <yaneth.mora@centrodehistoria.gov.co>, Luis Francisco Hurtado Salazar <luis.hurtado@centrodehistoria.gov.co>, Azucena Marcela Méndez Chaparro <azucena.mendez@centrodehistoria.gov.co>

Recibir en control estado

De acuerdo con el monitoreo realizado por líderes de proceso a los riesgos, controles y planes de acción establecidos en el Mapa de Riesgos de Gestión 2021, y como parte de la verificación que realiza la gerencia de gestión de la Administración de Riesgos del CNMH, se permite remitir la retroalimentación al ejercicio realizado por los líderes de los riesgos de riesgo.

Las observaciones y sugerencias se realizaron con base a la información consignada en la carpeta compartida de Administración de Riesgos de la Entidad.

Ajustamos estado en excel

Cualquier inquietud estamos atentos

Continuamos,

Sistema Integrado de Gestión

Correo: sig@centrodehistoria.gov.co

PBX: 7965060 extensión 10000

Dirección: Carrera 7 # 27-18 Piso 23 Bogotá DC

OBSERVACIÓN 3: Se considera pertinente revisar el numeral 4. **SITUACIONES GENERALES ENCONTRADAS EN LOS MAPAS DE RIESGOS EVALUADOS**, respecto a las siguientes afirmaciones:

4.1 Falta de entrega de evidencias de ejecución de las acciones: La base para el seguimiento a la gestión del riesgo, es el reporte de las evidencias por parte de las áreas, sino hay reporte de evidencias resulta imposible realizar un balance de la gestión del riesgo en el CNMH. Las fechas dispuestas para estos reportes las entrega Planeación y son ellos los que compilan toda la información de la entidad. Para el presente informe, en la mayoría de los casos, se encontró que las áreas solo subieron los soportes hasta el mes de julio o agosto, pero no se encontraron soportes de los meses de septiembre, octubre o noviembre de 2021:

Observación DayF: Es necesario revisar esta afirmación, toda vez que el reporte de las evidencias de la Dirección Administrativa y Financiera corresponden a aquellas entregadas según la solicitud recibida el día 12 de agosto por parte del Sistema Integrado de Gestión y, en el entendido que no se han recibido solicitudes posteriores, no se ha realizado la entrega de las evidencias que corresponden según las acciones establecidas en el mapa de riesgos de gestión para la presente vigencia. Para reforzar la aclaración, a continuación, se remite el numeral 8. Establecido en el Procedimiento SIP-PR-007 vigente en la intranet:

ID	(QUE) ACTIVIDAD	(COMO) DESCRIPCIÓN TAREA(S)	(QUIEN) RESPONSABLE	DOCUMENTOS Y/O REGISTROS
8	Realizar monitoreo al	Revisa y evalúa el mapa de riesgos, verifica el estado y la ejecución de los controles, y realiza monitoreo a	Líder(es) del proceso(s)	Comunicación oficial por correo

Carrera 7 # 27-18. PBX 7965060 | www.centrodehistoria.gov.co | Bogotá, Colombia





mapa de riesgos	las acciones establecidas en los planes de acción (cuando aplique). De igual manera, el grupo de planeación realizará el monitoreo al plan de riesgos, donde se solicitará a los líderes de proceso las evidencias de la implementación de los controles y de los planes de acción formulados. Esta información debe ser remitida al grupo de planeación (SIG) acorde a las fechas de solicitud.	Profesional especializado Grupo de planeación	electrónico solicitando las evidencias de la implementación Monitoreo al mapa de riesgos vigencia
-----------------	---	--	---

De igual forma, es pertinente aclarar que el mapa de riesgos de gestión para el 2021 fue formalizado hasta el día 07 de mayo, por lo tanto, no se cuenta con evidencias previas a dicha fecha. Como soporte a esta afirmación, se remite el pantallazo del correo recibido con la socialización del informe:

----- Forwarded message -----
 De: Sistema Integrado de Gestión <sisint@memoriahistorica.gov.co>
 Date: vie, 7 may 2021 a las 14:15
 Subject: Socialización mapa de riesgos de gestión del CMMH - 2021
 To: Carolina Ospina Obregón <carolina.obregon@cmh.gov.co>; Ana María Torres Perdomo <anamaria.torres@cmh.gov.co>; Lic. Johanna Ramírez Pardo <lic.johana@cmh.gov.co>; Lic. Camargo <lic.camargo@cmh.gov.co>; Ivan Leonardo Cárdenas Rodríguez <ivan.leonardo@cmh.gov.co>; Luc Dary Patiño Pardo Muñoz <luc.dary@cmh.gov.co>; Juan Daniel Salazar Jaramilla <juan.salazar@cmh.gov.co>; Andrea del Pilar Buitrago Arenas <andrea.pilar@cmh.gov.co>; DADH - Marcela Rodríguez <marcela.rodriguez@cmh.gov.co>; Leidy Paola Tiro Bastida <leidy.paola@cmh.gov.co>; Jenny Jellit López Morales <jenny.lopez@cmh.gov.co>; Mariel González Ceballos <mariel.gonzalez@cmh.gov.co>; Leidy María Montoya Nolas <leidy.maría@cmh.gov.co>; Yarel Gláucinda Sánchez Gallo <yarel.glaucinda@cmh.gov.co>; Pablo Enrique Barreda Carragaj <pablo.barreda@cmh.gov.co>; Patricia Varela Armentary <patricia.varela@cmh.gov.co>; Carolina Ramírez Suarez <carolina.ramirez@cmh.gov.co>; Leidy Catherine Lara Osorio <leidy.lara@cmh.gov.co>; Ednaire Calma Vargas <ednaire.calma@cmh.gov.co>; Alberta Mariana Pérez Salas <alberta.mariana@cmh.gov.co>; Saira Liliana Ramírez Jarama <saira.liliana@cmh.gov.co>; Nayeli Mora Hernández <nayeli.mora@cmh.gov.co>; Wiler Andrés Jiménez Correa <wilerandres.jimenez@cmh.gov.co>; Ricardo Córdoba Herrera <ricardo.cordoba@cmh.gov.co>; José David Perdomo Mesaio <josedavid.perdomo@cmh.gov.co>; Diana Mariana Acosta Dubanca <diana.acosta@cmh.gov.co>; Fernanda Ramírez Ochoa <fernanda.ramirez@cmh.gov.co>; Ana María Trujillo <ana.maria@cmh.gov.co>; Daría Yolanda Ramos Noya <daria.yolanda@cmh.gov.co>; Luis Francisco Hurtado Salazar <luisfrancisco.hurtado@cmh.gov.co>; Anielá Marcela Muñoz Chaparrá <anielamarcela.muñoz@cmh.gov.co>; Olga Lucía Espitia Peña <olga.lucia@cmh.gov.co>

Reciban un cordial saludo
 De acuerdo a los talleres y mesas de trabajo realizadas por el Grupo de Planeación con los Líderes de Proceso y su equipo de trabajo para la actualización del mapa de riesgos de gestión, y atendiendo a los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP, nos permitimos socializar el mapa de riesgos de gestión de la vigencia 2021.

Se anexa la matriz socializada del mapa de riesgos de gestión del CMMH. De igual manera la matriz podrá ser consultada en la Intranet - Sistema Integrado de Gestión - Proceso Administración del SIG - Mapa de Riesgos a través del siguiente link: <http://intranet.ccmh.gov.co/portal/198/funcion%20de%20memoria%20historica.gov.co/funcion/198/servicio/Documentos5&Funcion=dsfMonuPrinca&id=53>

Cualquier inquietud o sugerencia estamos atentos

Cordialmente,

Sistema Integrado de Gestión
 Correo: sisint@memoriahistorica.gov.co
 PBX: 7965060 extensión 10022
 Dirección: Carrera 7 # 27-18 Pto. 21 Bogotá D.C

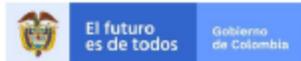
Activar Windows
 Ve a Configuración para activar Windows.

OBSERVACIÓN 4: Respecto al numeral 5. SITUACIONES ESPECÍFICAS ENCONTRADAS EN LOS MAPAS DE RIESGOS EVALUADOS, se solicita revisar las siguientes afirmaciones:

5.13 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS: "En el control que se estableció en el proceso, no se cumplió con la periodicidad de este. Solo se adjuntan actas de los meses de junio, julio y agosto. Se recomienda incorporar un plan de acción para prevenir que se repita esta situación en el mapa de riesgos de 2022".

Observación de la DAYF: No se acepta dicha observación, toda vez que efectivamente se cumplió con la periodicidad del control y cuenta de ello son los soportes que se solicitan en las acciones a adelantar; sin embargo, solo se está revisando la información que se proporcionó según la solicitud del SIG con

Carrera 7 # 27-18. PBX 7965060 | www.centrodehistoriamemoria.gov.co | Bogotá, Colombia





corte al 31 de agosto; por lo que, es diferente advertir que no se solicitaron las evidencias y que no fueron analizadas por Control Interno a afirmar que la líder del proceso no realizó los controles según la periodicidad.

Se omitió registrar que acciones se llevarían a cabo en caso de encontrar desviaciones, lo cual es necesario dentro de la estructura del control, pues anticipa las acciones a llevar a cabo en caso de materialización del riesgo. Se recomienda tener en cuenta este componente para el mapa de riesgos 2022:

Observación de la DAyF: esta observación es referente a la estructura del riesgo, y, aunque efectivamente es el líder del proceso el responsable de determinar los riesgos, según el procedimiento SIP-PR-007 "Administración del riesgo", es el grupo de planeación el responsable de revisar el mapa, por lo que, si hay observaciones se deben hacer llegar en su momento, e incluso, una vez socializado el documento y previo a los ejercicios de monitoreo es posible realizar la observación, de manera que oportunamente se ajuste en caso de requerirse y no al final de la vigencia cuando el margen de acción no permite optimizar la herramienta según la perspectiva de Control Interno.

5.14 GESTIÓN DE TALENTO HUMANO: "...Sin embargo, es importante ampliar riesgos de gestión que se pueden generar en el proceso de Talento Humano en pro del bienestar de los colaboradores de la entidad":

Observación de la DAyF: se solicita aclarar y ser más precisos en la observación de "ampliar" riesgos de gestión, toda vez que los identificados corresponden al análisis de las causas que los han originado y las consecuencias que tienen para la Entidad, estableciendo su probabilidad de ocurrencia y sus consecuencias y sobre estas se fundamentan las acciones a implementar para mitigarlo.

Adicionalmente, se aclara que este mapa de riesgos es producto de diferentes mesas de trabajo realizadas con planeación, control interno, líderes de los procesos y con el director administrativo y financiero (segunda línea de defensa), y el resultado de estas reuniones se materializa en el mapa que fue socializado por planeación en el mes de mayo, del cual no se recibieron observaciones por parte de control interno.

5.15 SERVICIO AL CIUDADANO: "...Respecto del control No 2, se adjuntan los soportes de varias capacitaciones a las áreas, pero la periodicidad trimestral no fue definida en el control de manera escalonada o sucesiva por cada área, sino de manera uniforme para toda la entidad, según puede leerse en la redacción del control, es decir que se entendería que, con la periodicidad trimestral, cada área debería haber tenido por lo menos 2 o 3 capacitaciones durante toda la vigencia. Esta situación hace que se haya configurado un incumplimiento en la periodicidad a pesar de que se hayan adjuntado los soportes de las acciones de control para varias áreas del CNMH. Se recomienda replantear esta periodicidad para la vigencia 2022, teniendo en cuenta lo dicho":

Observación de la DAyF: respecto a esta observación, las capacitaciones se convocaron de manera generalizada para toda la Entidad y asistieron funcionarios y contratistas de las diferentes dependencias según sus necesidades de capacitación, según la periodicidad establecida en el control y la oportunidad que cada colaborador tuvo en su momento para asistir a las sesiones programadas, de manera tal que la herramienta cumplió con su objetivo de difundir al mayor número posible de colaboradores que de



 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	32 de 48



acuerdo con sus obligaciones contractuales o funciones relativas a dar gestión y respuesta a las PQRSD que recibe la entidad.

Adicionalmente, se aclara que este mapa de riesgos es producto de diferentes mesas de trabajo realizadas con planeación, control interno, líderes de los procesos y con el director administrativo y financiero (segunda línea de defensa), y el resultado de estas reuniones se materializa en el mapa que fue socializado por planeación en el mes de mayo, del cual no se recibieron observaciones por parte de control interno frente a la redacción del presente control.

“Con respecto al control No 4 del proceso, según las evidencias aportadas, se ejecutó el control, pero solo se evidencia la aplicación del mismo hasta el mes de julio de 2021. Esta situación hace que se incurra en un incumplimiento en la periodicidad de la aplicación del control”:

Observación de la DAyF: De igual forma que en comentarios anteriores; no se acepta la observación, toda vez que la Dirección Administrativa y Financiera cuenta con la evidencia de la aplicación del control; sin embargo, teniendo en cuenta la solicitud del SIG en agosto, solo se relacionó la información hasta dicho corte. De otro lado, no se evidencia en los procedimientos del grupo de planeación o de la Oficina Asesora de Control Interno que se haya establecido un término o periodicidad para la entrega de los soportes con el propósito de monitorear o evaluar los controles.

Derivado de estos incumplimientos se recomienda establecer en el mapa de riesgos 2022 un plan de acción con el fin de prevenir que vuelvan a ocurrir estas situaciones, en los controles que se diseñen para la vigencia 2022:

Observación de la DAyF: No se acepta la observación, pues al referir un incumplimiento se deja entredicho la labor de la profesional especializada con funciones de servicio al ciudadano y del Director Administrativo y Financiero, afirmación que se puede desvirtuar con la entrega de las evidencias de acuerdo con los términos que deben establecerse para el seguimiento y monitoreo de los riesgos por parte de la Oficina de Control Interno.

“Con respecto a los controles 1, 2 y 4, en todos se omitió registrar qué acciones se llevarían a cabo en caso de encontrar desviaciones, lo cual es necesario dentro de la estructura del control, pues anticipa las acciones a llevar a cabo en caso de materialización del riesgo. Se recomienda tener en cuenta este componente para el mapa de riesgos 2022”:

Observación de la DAyF: Según lo expresado en puntos anteriores; aunque efectivamente es el líder del proceso el responsable de determinar los riesgos, según el procedimiento SIP-PR-007 “Administración del riesgo”, es el grupo de planeación el encargado de revisar el mapa, por lo que si hay observaciones se deben hacer llegar en su momento, e incluso, una vez socializado el documento y previo a los ejercicios de monitoreo es posible realizar la observación, de manera que oportunamente se ajuste el riesgo en caso de requerirse y no al final de la vigencia cuando el margen de acción no permite optimizar la herramienta según la perspectiva de Control Interno.

5.16 RECURSOS FÍSICOS: *“Con respecto al proceso con el Operador Logístico, la DAyF que es la supervisora del contrato, realiza controles de cumplimiento al protocolo establecido, sin embargo, las áreas no están entregando la información requerida para el desarrollo de los eventos, dentro de los tiempos establecidos, lo que genera reprocesos, impactando de manera significativa el cumplimiento de las metas establecidas y sobrecostos en el desarrollo de estas”:*

Carrera 7 # 27-18. PBX 7965060 | www.centrodememoriahistorica.gov.co | Bogotá, Colombia



Carrera 7 # 27-18. PBX 7965060 | www.centrodememoriahistorica.gov.co | Bogotá, Colombia





Observación de la DAYF: No se acepta la observación en su totalidad, teniendo en cuenta que, desde la Dirección Administrativa y Financiera, quien ejerce la supervisión al componente de operación logística no concibe sobrecostos en la ejecución del contrato y siempre se ha velado por dar cumplimiento a la normatividad vigente sobre austeridad del gasto. Se solicita modificar dicha afirmación, toda vez que esto se interpretaría como la materialización del riesgo de gestión y esto no se ha evidenciado en la ejecución del contrato celebrado para la vigencia 2021.

De otro lado, para realizar dicha afirmación se necesita hacer una ponderación o análisis de contraste frente al manejo de dicho proceso en administraciones anteriores a la presente, para tener el criterio de diferenciación a partir del cual se puedan entrar a analizar en detalle los costos ejecutados de la operación logística.

Para finalizar esta observación, es necesario indicar que según la Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces del DAFP "cuando se emita una opinión o conclusión, debe esta ser soportada por información suficiente, confiable, relevante y útil". Por lo anterior, se puede considerar una afirmación sin el debido sustento probatorio aquella que refiere sobrecostos en la ejecución del contrato de operación logística, más aún cuando no se ha formalizado el informe de auditoría de dicho contrato, el mismo fue observado por parte de la supervisión y el contrato no ha finalizado su ejecución y posterior liquidación.

5.17 GESTIÓN DOCUMENTAL: "En relación con el control No 1, se considera que es importante replantear la periodicidad que se consignó para la vigencia 2021, la cual fue trimestral; lo anterior debido a que si bien se encontraron evidencias de la aplicación de todos los controles planeados, no se realizaron con la periodicidad trimestral que se había registrado, quizás no era necesario con dicha periodicidad, por esto la recomendación de revisar la periodicidad en la aplicación de los controles establecidos, ya que debe ser razonable y coherente con la naturaleza del proceso y muchas veces no se requieren periodicidades tan frecuentes".

Observación de la DAYF: Teniendo en cuenta el procedimiento SIP-PR-007, las mesas de trabajo realizadas para la formulación de los riesgos para la vigencia 2021, es necesario indicar que la líder del proceso: identificó los riesgos, realizó el análisis de riesgos inherente, evaluó y valoró los riesgos y construyó en conjunto con la oficina de planeación el plan de acción para el fortalecimiento de los riesgos, y durante este proceso no se recibieron observaciones respecto a la periodicidad del mismo, por lo que, se considera tardía la observación respecto a la modificación.

A su vez, aunque la identificación y definición del riesgo está a cargo del responsable y ejecutor del proceso (primera línea de defensa), la labor de control interno está orientada a asesorar en metodologías, herramientas y técnicas para la identificación, administración y control de los riesgos en articulación con la segunda línea de defensa (grupo de planeación); razón por la cual, esta observación no es oportuna en términos de tiempo.

Adicionalmente, se aclara que el control se realizó de conformidad con la periodicidad establecida; sin embargo, se han remitido los soportes de acuerdo con la solicitud recibida por parte del SIG en el mes de agosto.

"...Con respecto al control No 3, se verificó el cumplimiento del control, pero solamente hasta el mes de julio de 2021. No hubo evidencia de los meses siguientes del año. Por lo anterior se

 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	34 de 48



recomienda que en el mapa de riesgos 2022 se realice un plan de acción para subsanar esta falencia”:

Observación de la DAyF: Tal como se ha señalado en puntos anteriores, no se puede interpretar que no hay evidencias para los meses comprendidos entre agosto y diciembre. Lo que se interpreta, por el contrario, es que la Dirección Administrativa y Financiera reportó las evidencias solicitadas por el SIG en el mes de agosto, con corte al 31 de ese mes; lo cual está lejos de entenderse como el incumplimiento del control.

“Por último, existe una observación para los tres controles del proceso, ya que en todos se omitió registrar qué acciones se llevarían a cabo en caso de encontrar desviaciones, lo cual es necesario dentro de la estructura del control, pues anticipa las acciones a llevar a cabo en caso de materialización del riesgo. Se recomienda tener en cuenta este componente para el mapa de riesgos 2022”:

Observación de la DAyF: En este punto se reitera lo expresado anteriormente: aunque efectivamente es el líder del proceso el responsable de determinar los riesgos, según el procedimiento SIP-PR-007 “Administración del riesgo”, es el grupo de planeación el encargado de revisar el mapa, por lo que si hay observaciones se deben hacer llegar en su momento, e incluso, una vez socializado el documento y previo a los ejercicios de monitoreo es posible realizar la observación, de manera que oportunamente se ajuste el riesgo en caso de requerirse y no al final de la vigencia cuando el margen de acción no permite optimizar la herramienta según la perspectiva de Control Interno.

5.19 GESTIÓN TICS: *“En relación con el control No 1, En los soportes entregados, se evidenció el Informe diagnóstico del estado de la infraestructura tecnología y de software. V1-junio-2021, no obstante, no reposan los soportes correspondientes al plan de acción, dado que es 31 de diciembre la fecha de cierre, se debe hacer seguimiento de su implementación”:*

Observación de la DAyF: En efecto Control Interno no cuenta con los soportes, toda vez que no han sido solicitados según lo indicado en el procedimiento SIP-PR-007 “Administración del riesgo”, lo cual también se señala en la observación realizada por la Oficina de Control Interno. A su vez, es importante resaltar que la entrega de los soportes de este control solo será posible realizarla posterior al cumplimiento de las actividades señaladas en el mapa, en concordancia con lo establecido en los términos de auditoría establecidos en el artículo noveno de la Ley 1474 de 2011.

“Control No. 2 La bitácora evidencia de este control, si bien se encuentra en la carpeta compartida de planeación establecida para el monitoreo de riesgos, al momento de la revisión no está actualizada sino hasta el mes de agosto”:

Observación de la DAyF: En línea con la observación del punto anterior, no se encuentra actualizada en la carpeta compartida de planeación, toda vez que en dicha ruta solo se encuentra la información que se solicitó con corte al 31 de agosto. Vale la pena reiterar lo indicado en el procedimiento SIP-PR.007 “Administración del riesgo” vigente desde el 01 de junio de 2021, específicamente el numeral 8: *“... De igual manera, el grupo de planeación realizará el monitoreo al plan de riesgos, donde se solicitará a los líderes de proceso las evidencias de la implementación de los controles y de los planes de acción formulados. Esta información debe ser remitida al grupo de planeación (SIG) acorde a las fechas de*

Carrera 7 # 27-18. PBX 7965060 | www.centrodememoriahistorica.gov.co | Bogotá, Colombia



Carrera 7 # 27-18. PBX 7965060 | www.centrodememoriahistorica.gov.co | Bogotá, Colombia



 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	35 de 48



solicitud” y el documento y o registro que constata la actividad es *“Comunicación oficial por correo electrónico solicitando las evidencias de la implementación”*.

Por lo anterior, se aclara que el último correo recibido por parte del SIG fue el 12 de agosto, solicitando la información con corte al 31 de agosto, por lo cual, es erróneo manifestar que no se cuenta con la bitácora actualizada. Una vez se realice la solicitud conforme al procedimiento, la información será suministrada para la verificación correspondiente.

“Control interno recomienda al proceso, reformular la evidencia del plan de acción dado que esta actividad es complementaria, y debe ser diferente a la actividad de control del riesgo”:

Observación de la DAYF: se tendrá en cuenta la observación; sin embargo, es preciso informar que, aunque es el líder del proceso el responsable de determinar los riesgos, la proyección de los mismos se hace bajo la rigurosidad técnica que le compete, y en ese sentido se consideraría oportuna una revisión previa a la formalización del mapa por parte del grupo de planeación que contenga este tipo de orientaciones, pues esto permitirá optimizar el uso de la herramienta a nivel institucional.

“Respecto de los controles 3 y 4, El reporte se realizó por el proceso solo hasta el mes de agosto, lo que no permite evidenciar el monitoreo permanente que se realiza de esta actividad”:

Observación de la DAYF: Por favor remitirse a las observaciones anteriores, que indican que efectivamente se entregó la información con corte al 31 de agosto, de conformidad con la solicitud del SIG del 12 de agosto a través de correo electrónico; lo cual no significa que no se realice el monitoreo por parte del líder del proceso según lo indicado en el mapa de riesgos de gestión.

5.20 CONTROL DISCIPLINARIO: *“En el control que se estableció en el proceso, no se cumplió con la periodicidad del control. Solo se adjuntan actas de los meses de mayo, junio y julio. Hubiese sido importante incorporar a las evidencias la matriz de control de procesos, la cual es evidencia de la aplicación del control a través de las actas que se consignaron en el control. Por lo anterior se recomienda que en el mapa de riesgos 2022 se realice un plan de acción para subsanar esta falencia”:*

Observación de la DAYF: se reitera la aclaración, se reportó hasta agosto teniendo en cuenta la solicitud del SIG con corte al 31 de dicho mes; lo que no significa que no se haya cumplido con la periodicidad del control, toda vez que se realizaron las reuniones de seguimiento de conformidad con lo establecido en el mapa de riesgos. No se acepta la observación y se solicita se ajuste una vez se requieran los soportes como lo establece el procedimiento SIP-PR.007 “Administración del riesgo”.

Adicionalmente no se acepta la observación referente a la matriz del control de procesos, toda vez que esta también reposa como evidencia según la solicitud realizada por el SIG en el mes de agosto, aún cuando la información que allí reposa puede estar afectada por una reserva legal.

“Se omitió registrar qué acciones se llevarían a cabo en caso de encontrar desviaciones, lo cual es necesario dentro de la estructura del control, pues anticipa las acciones a llevar a cabo en caso de materialización del riesgo. Se recomienda tener en cuenta este componente para el mapa de riesgos 2022”:

Carrera 7 # 27-18. PBX 7965060 | www.centrodehistoria.gov.co | Bogotá, Colombia



Carrera 7 # 27-18. PBX 7965060 | www.centrodehistoria.gov.co | Bogotá, Colombia



 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	36 de 48



Observación de la DAyF: se tendrá en cuenta la observación; sin embargo, es preciso informar que, aunque es el líder del proceso el responsable de determinar los riesgos, se hace la proyección bajo la rigurosidad técnica que le compete y en ese sentido, se consideraría oportuna una revisión previa a la formalización del mapa por parte del grupo de planeación, optimizando el uso de la herramienta a nivel institucional.

OBSERVACIÓN 5: Así las cosas, con las justificaciones anteriormente detalladas, se solicita desde la Dirección Administrativa y Financiera actualizar el reporte de dicho informe, teniendo en cuenta lo establecido en el procedimiento SIP-PR-007 "Administración del riesgo".

OBSERVACIÓN 6: Es necesario que de conformidad con la Resolución No. 149 del 26 de octubre de 2021, se tenga en cuenta lo allí estipulado frente a la periodicidad del monitoreo y al alcance del seguimiento y evaluación del mapa de riesgos:

ARTÍCULO DECIMO PRIMERO: MONITOREO Y REVISIÓN A LA GESTIÓN DE LOS RIESGOS. El monitoreo y revisión al mapa de riesgos institucional, estará a cargo de los gerentes públicos y líderes de los procesos, en conjunto con su equipo de trabajo (primera línea de defensa), su finalidad principal es monitorear permanentemente la gestión del riesgo y la efectividad de los controles, y de esta manera, sugerir los correctivos y ajustes cuando sea necesarios para asegurar un efectivo manejo del riesgo.

El monitoreo al mapa de riesgos y a los controles establecidos, se realizará como mínimo dos (2) vez al año, salvo en los casos que los lineamientos u orientaciones establezcan los respectivos seguimientos. Los ciclos de control establecidos se revisarán y se ajustarán si es necesario, para adaptarlos a los cambios, situaciones o circunstancias por las que pueda atravesar el Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH).

ARTÍCULO DECIMO SEGUNDO: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN INDEPENDIENTE. Control Interno en su rol de Evaluación de la Gestión del Riesgo, realizará seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional, conforme a las disposiciones establecidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP y de la Secretaría de Transparencia, y atendiendo a la normatividad aplicable.

OBSERVACIÓN 7: Eliminar el hallazgo del informe: "Se encontraron procesos sin los soportes de las acciones de control para algunos de sus riesgos o los adjuntan de manera parcial o sin la periodicidad establecida en la acción de control, situación que va en contravía del cumplimiento de la Política de Administración del Riesgo del CNMH, establecida en la Resolución No. 079 de 2019. Esta situación lleva a la imposibilidad de poder evaluar adecuadamente la gestión del riesgo en la entidad, con consecuencias negativas por la ausencia de información suficiente para la toma de decisiones institucionales", específicamente para lo relacionado con los procesos que lleva a cabo la Dirección Administrativa y Financiera:

- Gestión documental. Controles 1,2 y 3
- Adquisición de bienes y servicios. El control único del proceso.
- Control Disciplinario. El control único del proceso

Lo anterior, reiterando que se realizó la entrega de la información con corte al 31 de agosto, atendiendo la solicitud del grupo de planeación (SIG), recibida a través de correo electrónico el 12 de agosto. Sin embargo, en virtud de lo establecido en el procedimiento SIP-PR.007 "Administración del riesgo", al no recibir Comunicación oficial por correo electrónico solicitando las evidencias de la implementación, en este momento dichas evidencias se encuentran en custodia de los líderes de proceso (responsables de la implementación de las acciones) y están disponibles para ser entregadas según la solicitud correspondiente, toda vez que se ha dado estricto cumplimiento a cada uno de los controles establecidos en el mapa de riesgos de gestión, formalizado el día 07 de mayo de los corrientes.

Carrera 7 # 27-18. PBX 7965060 | www.centrodehistoria.gov.co | Bogotá, Colombia





OBSERVACIÓN 8: Es importante que se tenga en cuenta al momento de realizar el informe de seguimiento, lo indicado por la "Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces", de diciembre de 2018, en especial en lo relacionado con las actividades que debe desarrollar la tercera línea de defensa y aquellas que no:

Actividades que debe desarrollar (tercera línea de defensa)	Actividades que no deben desarrollarse
Asesorar a la organización en metodologías, herramientas y técnicas para la identificación y administración de los riesgos y controles en coordinación con la segunda línea de defensa (Oficina de planeación, comités de riesgos).	Brindar asesoría a la primera y segunda línea de defensa, sin que ésta derive en acciones de obligatorio cumplimiento para la administración, es decir, que la administración está en libertad de aplicar o ignorar las recomendaciones conforme a su conocimiento de la entidad.
Identificar y verificar durante las evaluaciones periódicas de riesgos y en el trabajo de auditoría interna, los cambios que podrían tener un impacto significativo en el sistema de control interno.	Definir los niveles de aceptación del riesgo.
Evaluar la efectividad de la Gestión del Riesgo en la Entidad, así como la adecuada aplicación de controles, planes de contingencia y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos clave en la entidad. En ese orden de ideas, la Gestión del Riesgo debe ser una unidad auditable más dentro del universo de auditoría, para que sea evaluado como un todo en la entidad.	Identificar los riesgos de los procesos de la entidad y administrarlos, excepto los propios del desarrollo de sus funciones y roles.

OBSERVACIÓN 9: Igualmente, resulta relevante para este informe lo señalado en la "Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas" - versión 4 dirección de gestión y desempeño institucional - Julio de 2020. DAFP, sobre el informe de Auditoría, que señala textualmente:

"(...)6.4.10 Realización de la reunión de cierre La reunión de cierre debería realizarse para presentar los hallazgos y las conclusiones de la auditoría. La reunión de cierre debería estar presidida por el líder del equipo auditor y los representantes de la dirección del auditado deberían asistir y, cuando sea aplicable, debería incluir: — a los responsables de las funciones o procesos que se han auditado; — al cliente de la auditoría; — a otros miembros del equipo auditor; — a otras partes interesadas pertinentes, según lo determinen el cliente de la auditoría y/o el auditado. Si es aplicable, el líder del equipo auditor debería advertir al auditado de las situaciones encontradas durante la auditoría que pueden disminuir la confianza en las conclusiones de la auditoría. Si está definido en el sistema de gestión o por acuerdo con el cliente de la auditoría, los participantes deberían acordar el periodo de tiempo para un plan de acción que trate los hallazgos de la auditoría. El grado de detalle debería tener en cuenta la eficacia del sistema de gestión para alcanzar los objetivos del auditado, incluyendo consideraciones sobre su contexto y los riesgos y oportunidades. La familiaridad del auditado con el proceso de auditoría también debería tenerse en cuenta durante la reunión de cierre, para asegurarse de que se proporciona el nivel correcto de detalle a los participantes. Para algunas situaciones de auditoría, la reunión puede ser formal y las actas, incluyendo los registros de asistencia, deberían conservarse. En otras situaciones, por ejemplo, en auditorías internas, la reunión de cierre



puede ser menos formal y consistir sólo en comunicar los hallazgos de la auditoría y las conclusiones de la misma.

Cuando sea apropiado, en la reunión de cierre debería explicarse al auditado lo siguiente: a) advertir que la evidencia de la auditoría recopilada se basó en una muestra de la información disponible y no es necesariamente totalmente representativa de la eficacia global de los procesos del auditado; b) el método de presentación de la información; c) la manera en que deberían tratarse los hallazgos de auditoría basándose en el proceso acordado; d) las posibles consecuencias de no tratar adecuadamente los hallazgos de auditoría; e) la presentación de los hallazgos y conclusiones de la auditoría de tal manera que se comprendan y se reconozcan por la dirección del auditado; f) cualquier actividad posterior a la auditoría relacionada (por ejemplo, implementación y revisión de acciones correctivas, tratamiento de quejas de la auditoría, proceso de apelación). Cualquier opinión divergente relativa a los hallazgos de la auditoría o las conclusiones entre el equipo auditor y el auditado debería discutirse y, si es posible, resolverse. Si no se resuelve, deberían registrarse todas las opiniones. Si lo especifican los objetivos de la auditoría, pueden presentarse recomendaciones de oportunidades para la mejora. Se debería enfatizar que las recomendaciones no son obligatorias.

6.7 Realización de las actividades de seguimiento de una auditoría Los resultados de la auditoría pueden, dependiendo de los objetivos de la auditoría, indicar la necesidad de correcciones, o de acciones correctivas, u oportunidades para la mejora. Tales acciones generalmente son decididas y emprendidas por el auditado en un intervalo de tiempo acordado. Cuando sea apropiado, el auditado debería mantener informadas a las personas responsables de la gestión del programa de auditoría y/o al equipo auditor sobre el estado de estas acciones. Debería verificarse si se completaron las acciones y su eficacia. Esta verificación puede ser parte de una auditoría posterior. Debería presentarse un informe con los resultados a la persona responsable de la gestión del programa de auditoría, y al cliente de la auditoría para la revisión por la dirección. (...)*.

Para este caso, no solo resulta importante realizar la mesa de trabajo, sino tener en cuenta que en ningún momento la Oficina de Control Interno requirió a las áreas responsables de los procesos relacionados con el mapa de riesgos de gestión, y por la información registrada en el contenido del informe, se advierte que la Oficina de Control Interno pudo percatarse de la posibilidad de solicitar información respecto de los vacíos por ella evidenciados, toda vez que los soportes reportados para prácticamente todas las áreas (diferentes incluso a la Dirección Administrativa y Financiera), se encontraban a corte del 31 de agosto.

Por lo anterior, resulta ambiguo que la Oficina de Control Interno señale que no se encontraron las evidencias de las actividades para los controles establecidos en el mapa de riesgos de gestión, en tanto que la Oficina de Control Interno manifiesta en la sección de recomendaciones lo siguiente: "6.6. Control interno, evidenció a nivel general, que los soportes de las evidencias correspondientes a los controles establecidos por cada riesgo se encuentran con corte a agosto de 2021, lo anterior de acuerdo con lo solicitado por la oficina Asesora de Planeación...".

Es así como, si hubo alguna falla, esta no es imputable al productor de la información, en este caso los responsables por parte de la Dirección Administrativa y Financiera realizaron los controles y



 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	39 de 48



adelantaron las actividades correspondientes, pero las evidencias no fueron solicitadas sino con corte al 31 de agosto, sin que hubiera acción posterior que generara un nuevo reporte, o algún cronograma oficial para la entrega de estas.

OBSERVACIÓN 10: Finalmente, en el informe presentado no se presentan resultados satisfactorios del trabajo realizado por las áreas (hallazgos positivos).

OBSERVACIÓN 11: En las conclusiones se señala textualmente que: *"2. Hace parte de este informe la matriz Excel donde se dejaron registradas las observaciones para cada uno de los 32 controles correspondientes a los 54 riesgos institucionales de los diferentes procesos del CNMH. Algunas de las observaciones se encuentran en el presente informe porque se consideraron relevantes, pero la mayoría se deben consultar en la respectiva matriz. Consultar archivo adjunto denominado: "Evaluación del Mapa de riesgos - Vigencia 2021"*. Sin embargo, en el correo solo se encuentra un archivo adjunto denominado Seguimiento Mapa riesgos y controles vigencia 2021 - Dic 23 (1) en Word que no corresponde a la matriz señalada.

OBSERVACIÓN 124: El formato CIT-FT-006 en el que se presenta el informe se encuentra desactualizado según el establecido en el Sistema Integrado de Gestión, toda vez que el vigente en intranet relaciona la dirección actual de la Entidad.

De esta forma se concluyen las observaciones que surgieron de la revisión efectuada por la Dirección Administrativa y Financiera, quedando atentos a cualquier aclaración o información que se requiera por la Oficina de Control Interno.

Carrera 7 # 27-18. PBX 7965060 | www.centrodehistoria.gov.co | Bogotá, Colombia



Carrera 7 # 27-18. PBX 7965060 | www.centrodehistoria.gov.co | Bogotá, Colombia



 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	40 de 48

Respuesta a las Observaciones presentadas por la Dirección Administrativa y Financiera entregadas por la Asesora de Control Interno mediante comunicación interna 1076 del 2 de febrero de 2022:



MEMORANDO

202202021076-3

Bogotá D.C., 02 de febrero de 2022

PARA: FERNANDO RAMIREZ OCHOA
Director
DIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

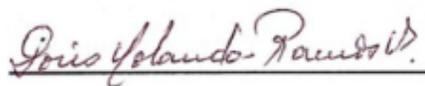
DE: CONTROL INTERNO

ASUNTO: Respuesta a su comunicación oficial 11486 CNMH

Reciban un cordial saludo:

De manera atenta y conforme al presente requerimiento me permito anexar el correo remitido hoy 2 de febrero de 2022, mediante el cual doy respuesta a cada una de las observaciones realizadas por la DAYF al informe preliminar de seguimiento al mapa de riesgos institucional.

Atentamente,



DORIS YOLANDA RAMOS VEGA
Asesora
CONTROL INTERNO

Con copia: Luis Francisco Hurtado Salamanca, Carlos Alberto Hurtado Mosquera, Cindy Katherine Agámez Benitez, Ana Maria Trujillo Coronado, César Augusto Ortiz Barrera, Carolina Queruz Obregón, María Nathalya Delgado Muñoz, Ana Victoria Lugo Gómez, Edith Yaneth Pirazan Soto, Ivan Leonardo Cifuentes Rodriguez, Lady Liliana Fernández Torres

Carrera 7 No 27 - 18 PBX 796 5060 | www.centrodememoriahistorica.gov.co | Bogotá, Colombia



GDC-FT-008. Versión: 004

Carrera 7 # 27-18. PBX 7965060 | www.centrodememoriahistorica.gov.co | Bogotá, Colombia



 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	41 de 48



Anexos Digitales: [Correo de Centro de Memoria Histórica - Respuestas ante Observaciones de DAYF - Informe de Seguimiento a Mapa de Riesgos.pdf](#)

Proyección: Doris Yolanda Ramos Vega

Carrera 7 No 27 - 18 PBX 796 5060 | www.centrodememoriahistorica.gov.co | Bogotá, Colombia



GDC-FT-008. Versión: 004

Carrera 7 # 27-18. PBX 7965060 | www.centrodememoriahistorica.gov.co | Bogotá, Colombia



 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	42 de 48

Respuestas ante Observaciones de DAYF - Informe de Seguimiento a Mapa de Riesgos

1 mensaje

Doris Yolanda Ramos Vega <doris.ramos@cnmh.gov.co>

2 de febrero de 2022, 21:09

Para: Fernando Ramirez Ochoa <fernando.ramirez@cnmh.gov.co>, Carlos Alberto Hurtado Mosquera <carlos.hurtado@cnmh.gov.co>, Cindy Katherine Agámez Benítez <katherine.agamez@cnmh.gov.co>, Ana María Trujillo <ana.trujillo@cnmh.gov.co>, Cesar Augusto Ortiz Barrera <cesar.ortiz@cnmh.gov.co>, María Nathaly Delgado Muñoz <nathaly.delgado@cnmh.gov.co>, Edith Yaneth Pirazan Soto <edith.pirazan@cnmh.gov.co>
Cc: Ana Victoria Lugo Gómez <ana.lugo@cnmh.gov.co>, Carolina Querez Obregón <carolina.querez@cnmh.gov.co>, Ivan Leonardo Cifuentes Rodríguez <ivan.cifuentes@cnmh.gov.co>, Paula Andrea Giraldo Restrepo <paula.giraldo@cnmh.gov.co>, Luis Francisco Hurtado Salamanca <luisfrancisco.hurtado@cnmh.gov.co>

OBSERVACIÓN DE LA DAYF

OBSERVACIÓN 1: El informe tiene fecha de emisión del 22 de diciembre, sin embargo, se socializó hasta el 28 de diciembre, quedando menos de 5 días hábiles del año para realizar cualquier observación.

No se acepta esta observación, toda vez que, en el correo electrónico del 28 de diciembre, la Asesora de Control Interno, en ningún momento dijo que el plazo para contestar era hasta el 31 de diciembre de 2021, sino que al contrario que el plan de mejoramiento resultante podía elaborarse en el 2022. Control Interno siempre respeta los términos de los cinco (5) días hábiles para responder, término que se extendió hasta el mes enero de 2022. Incluso en otras oportunidades la DAYF ha pedido extensión del plazo para responder y el plazo siempre se ha concedido.

OBSERVACIÓN DE LA DAYF

OBSERVACIÓN 2: En la metodología se plantean las siguientes consideraciones: "... para este efecto se trabajó sobre la información que fue recopilada por el área de planeación para la vigencia 2021..." y "...Para el informe se consultó también el reporte realizado por el área de planeación con corte al 30 de agosto de 2021...".

Control Interno hace un seguimiento posterior y selectivo, y teniendo en cuenta que Planeación había realizado un examen sobre la aplicación de las acciones de control de todas las áreas, no se podía ignorar este importante trabajo y el mismo fue un insumo para el informe. Por esta razón no se acepta la observación realizada. Control Interno es independiente y autónomo en los soportes que analiza durante el ejercicio de auditoría.

Sin embargo, se retirará del informe el hallazgo y el correspondiente plan de mejoramiento que estaba registrado para todas las áreas en las que se encontró la situación de informes no subidos a la carpeta compartida. No obstante, la situación, se dejará como recomendación para 2022 y desde control interno se asegurará que las áreas tengan esta información y se fortalezca el principio del autocontrol de tal forma que se suban los soportes a la carpeta compartida en tiempo real y durante toda la vigencia, según las periodicidades de los controles establecidas por cada responsable de proceso.

OBSERVACIÓN DE LA DAYF

OBSERVACIÓN 3: Se considera pertinente revisar el numeral 4. SITUACIONES GENERALES ENCONTRADAS EN LOS MAPAS DE RIESGOS EVALUADOS, respecto a las siguientes afirmaciones:

4.1 Falta de entrega de evidencias de ejecución de las acciones: La base para el seguimiento a la gestión del riesgo, es el reporte de las evidencias por parte de las áreas, sino hay reporte de evidencias resulta imposible realizar un balance de la gestión del riesgo en el CNMH. Las fechas dispuestas para estos reportes son entrega Planeación y son ellos los que compilan toda la información de la entidad. Para el presente informe, en la mayoría de los casos, se encontró que las áreas solo subieron los soportes hasta el mes de julio o agosto, pero no se encontraron soportes de los meses de septiembre, octubre o noviembre de 2021:

Control interno se reafirma en la conclusión referida, sobre el entendido que el autocontrol no puede operar según solicitud externa o solamente para ciertas fechas, o a petición de control interno; sino que se trata de un ejercicio permanente bajo la responsabilidad del dueño del proceso y en este sentido fue dispuesta la carpeta compartida la cual permite un control en tiempo real sobre el cumplimiento y aplicación de los controles. El procedimiento SIP-PR-007 no pertenece a los procedimientos de control interno, por eso no aplica para este caso. En años anteriores se solicitaba la información y también había muchas falencias, porque las áreas no entregaban la información completa, por esta razón se decidió trabajar con las carpetas compartidas, las cuales permiten que los responsables cuelguen la información allí a medida que va transcurriendo el año y también permiten un monitoreo en cualquier momento por parte de control interno. Esto fue explicado suficientemente en las sesiones de socialización del mapa de riesgos realizadas en abril de 2021 en las cuales participó control interno. Por todo lo anterior, no se acepta la observación realizada.

Sin embargo, se retirará del informe el hallazgo y el correspondiente plan de mejoramiento que estaba registrado para todas las áreas en las que se encontró la situación de informes no subidos a la carpeta compartida. No obstante, la situación, se dejará como recomendación para 2022 y desde control interno se asegurará que las áreas tengan esta información y se fortalezca el principio del autocontrol, de tal forma que se suban los soportes a la carpeta compartida en tiempo real y durante toda la vigencia, según las periodicidades de los controles establecidas por cada responsable de proceso.

OBSERVACIÓN DE LA DAYF

OBSERVACIÓN 4: Respecto al numeral 5. SITUACIONES ESPECÍFICAS ENCONTRADAS EN LOS MAPAS DE RIESGOS EVALUADOS, se solicita revisar las siguientes afirmaciones:

5.13 ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS: "En el control que se estableció en el proceso, no se cumplió con la periodicidad de este. Solo se adjuntan actas de los meses de junio, julio y agosto. Se recomienda incorporar un plan de acción para prevenir que se repita esta situación en el mapa de riesgos de 2022".

Observación de la DAYF: No se acepta dicha observación, toda vez que efectivamente se cumplió con la periodicidad del control y cuenta de ello son los soportes que se solicitan en las acciones a adelantar;

No se acepta la observación, toda vez que control interno no puede hacer afirmaciones sin evidencias que las sustenten y también según lo dicho frente a la observación No 3. Adicionalmente, y solamente por confirmar lo dicho, el día de hoy 2 de febrero de 2022 se hizo verificación de este proceso en la carpeta compartida y aún no se evidencian las actas mencionadas en el informe de septiembre, octubre y noviembre.

Para tener en cuenta la observación general, se modificará en el informe el carácter de hallazgo de esta situación y se dejará como recomendación.

 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	43 de 48

OBSERVACIÓN DE LA DAYF

Se omitió registrar que acciones se llevarían a cabo en caso de encontrar desviaciones, lo cual es necesario dentro de la estructura del control, pues anticipa las acciones a llevar a cabo en caso de materialización del riesgo. Se recomienda tener en cuenta este componente para el mapa de riesgos 2022.

Control interno se reafirma en esta observación ya que la metodología del DAFP así lo establece. De igual forma esto se explicó ampliamente en la capacitación realizada en abril de 2021 tanto por planeación como por control interno. Para la vigencia 2021, Control interno estableció en el Plan Anual de Auditoría aprobado en el mes de marzo de 2021, realizar una (1) vez al año la verificación de los controles consignados en los mapas de riesgos y por esta razón la situación que fue detectada, se recomienda corregirla para la vigencia 2022. Control interno es autónomo en fijar las fechas de sus seguimientos todo lo cual es consignado en el Plan Anual de Auditoría que es expuesto, discutido y aprobado por el Comité de Coordinación de Control Interno que preside el Director General.

OBSERVACIÓN DE LA DAYF

5.14 GESTIÓN DE TALENTO HUMANO: "...Sin embargo, es importante ampliar riesgos de gestión que se pueden generar en el proceso de Talento Humano en pro del bienestar de los colaboradores de la entidad".

Observación de la DAYF: se solicita aclarar y ser más precisos en la observación de "ampliar" riesgos de gestión, toda vez que los identificados corresponden al análisis de las causas que los han originado y las consecuencias que tienen para la Entidad, estableciendo su probabilidad de ocurrencia y sus consecuencias y sobre estas se fundamentan las acciones a implementar para mitigarlo.

Control interno no puede direccionar los riesgos de las áreas, ya que no se puede convertir en juez y parte de la gestión institucional, por esta razón este tipo de recomendaciones son de tipo general y corresponde a cada dueño de proceso generar sus propios análisis. No obstante lo anterior, el área de talento humano sí cuenta con elementos suficientes para sus análisis internos, para el caso control interno generó el 4 de junio de 2021 un informe en el que se incluyeron los temas de plan estratégico de talento humano, Gestión de personal y conflictos de interés. En dicho informe se realizaron para cada tema recomendaciones precisas según las situaciones encontradas. Al final del informe en la página 30 del mismo se dejó registrada la siguiente recomendación que aplica para este caso:

Se recomienda al proceso tener en cuenta todas las recomendaciones registradas en el informe de seguimiento por cada estrategia, lo anterior teniendo en cuenta las situaciones evidenciadas, a fin de realizar por cada una los ajustes que se consideren pertinentes para su mejoramiento.

De manera complementaria a lo anterior, en el mismo informe de seguimiento a la gestión del riesgo, en la sección de recomendaciones, se dejó en el numeral 6.6 una nota específica sobre la situación de cambio de directivos y su relación con el riesgo de pérdida del conocimiento en las entidades públicas, riesgo que bien podría considerarse dentro del proceso de Gestión del Talento Humano de la entidad.

6.4 En atención a los cambios de directores técnicos de la entidad, que se han presentado en el CNMH en un tiempo no superior a 3 años, Control Interno desde su rol evaluador advierte que está pérdida de conocimiento y reproceso ante cada nuevo estilo de dirección, abre la posibilidad de afectación del

	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CODIGO:	CIT-FI-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	20 de 23

desempeño de las metas propuestas en cada vigencia, lo anterior teniendo en cuenta lo dispuesto en la Guía para evitar o mitigar la fuga de conocimiento de las entidades públicas. Versión 1 de la Función Pública, que dice: "Desde la perspectiva de Maslingham (2016), la fuga de conocimiento puede ser ocasionada por: La salida de los servidores ya sea en forma voluntaria o involuntaria. En este caso, el conocimiento perdido no sólo incluye conocimiento técnico, sino también dimensiones cognitivas como la relación emocional de la persona con la organización y sus relaciones de trabajo."

OBSERVACIÓN DE LA DAYF

5.15 SERVICIO AL CIUDADANO: "...Respecto del control No 2, se adjuntan los soportes de varias capacitaciones a las áreas, pero la periodicidad trimestral no fue definida en el control de manera escalonada o sucesiva por cada área, sino de manera uniforme para toda la entidad, según puede leerse en la redacción del control, es decir que se entendería que, con la periodicidad trimestral, cada área debería haber tenido por lo menos 2 o 3 capacitaciones durante toda la vigencia. Esta situación hace que se haya configurado un incumplimiento en la periodicidad a pesar de que se hayan adjuntado los soportes de las acciones de control para varias áreas del CNMH. Se recomienda replantear esta periodicidad para la vigencia 2022, teniendo en cuenta lo dicho".

Control interno se reafirma en esta observación, sobre el entendido que los controles deben ser precisos, concretos, medibles y verificables por cualquier instancia y en cualquier tiempo, de tal forma que independientemente del ente externo que los revise, según los soportes aportados por el área y que corresponden a un registro oficial de un control, se pueda llegar a las mismas conclusiones. Esto es lo que permite la objetividad en las evaluaciones. Si se registraron 3 controles, se verifican 3 controles y esto es garantía de la precisión y del cumplimiento de los compromisos por parte de los responsables y es lo que se evalúa desde control interno siempre con base en las evidencias.

OBSERVACIÓN DE LA DAYF

"Con respecto al control No 4 del proceso, según las evidencias aportadas, se ejecutó el control, pero solo se evidenció la aplicación del mismo hasta el mes de julio de 2021. Esta situación hace que se incurra en un incumplimiento en la periodicidad de la aplicación del control".

No se aceptan los comentarios realizados por la DAYF según lo dicho ya anteriormente frente a la observación No 3. Para la vigencia 2021, Control interno estableció en el Plan Anual de Auditoría aprobado en el mes de marzo de 2021, realizar una (1) vez al año la verificación de los controles consignados en los mapas de riesgos y esta información es de carácter público para todos los funcionarios del CNMH.

OBSERVACIÓN DE LA DAYF

"Con respecto a los controles 1.2 y 4, en todos se omitió registrar que acciones se llevarían a cabo en caso de encontrar desviaciones, lo cual es necesario dentro de la estructura del control, pues anticipa las acciones a llevar a cabo en caso de materialización del riesgo. Se recomienda tener en cuenta este componente para el mapa de riesgos 2022".

Sobre este tema Control interno se reafirma en lo dicho según lo que se comentó frente a la observación No 3. No obstante, teniendo en cuenta la observación que es reiterativa sobre esta situación de ausencia de soportes en la carpeta compartida, se retirará del informe el hallazgo y el correspondiente plan de mejoramiento que estaba registrado para todas las áreas en las que se encontró la situación de informes no subidos a la carpeta compartida. Por lo tanto se dejará como recomendación para 2022 y desde control interno se asegurará que las áreas tengan esta información y se fortalezca el principio del autocontrol de tal forma que se suban los soportes a la carpeta compartida en tiempo real y durante toda la vigencia, según las periodicidades de los controles establecidas por cada responsable de proceso.

OBSERVACIÓN DE LA DAYF

5.16 RECURSOS FÍSICOS: "Con respecto al proceso con el Operador Logístico, la DAYF que es la supervisora del contrato, realiza controles de cumplimiento al protocolo establecido, sin embargo, las áreas no están entregando la información requerida para el desarrollo de los eventos, dentro de los tiempos establecidos, lo que genera reprocesos, impactando de manera significativa el cumplimiento de las metas establecidas y sobrecostos en el desarrollo de estas".

Control interno se reafirma sobre la situación encontrada la cual fue evidenciada según los soportes analizados. En relación con las consecuencias que esta situación puede tener, control interno se reafirma en su planteamiento y en su análisis de posibles riesgos y a juicio del auditor es mejor que la entidad pueda tomar las acciones preventivas para mitigarlo. La DAYF puede no compartir el punto de vista del auditor, pero el comentario no será retirado del informe, porque no se trata de un hallazgo o situación encontrada que tenga repercusiones en una plan de mejoramiento u otro tipo de acción administrativa, precisamente es todo lo contrario, se trata de un punto de vista sobre posibles riesgos que tienen la probabilidad de presentarse y estas son opiniones de auditoría para el mejoramiento del proceso y las mismas pueden perfectamente no ser aceptadas por el auditado sin que esto tenga mayores consecuencias desde el punto de vista de la auditoría como tal. Adicionalmente este tema de la no entrega oportuna de informes, ha sido expuesto en varias oportunidades en los Comités de Gestión y desempeño por parte del Director Administrativo y Financiero, solicitando a cada líder de proceso y a cada Director Técnico, cumplir con la entrega oportuna y planeada de la información para el desarrollo de los eventos.

 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	44 de 48

OBSERVACIÓN DE LA DAYF

5.17 GESTIÓN DOCUMENTAL: "En relación con el control No 1, se considera que es importante replantear la periodicidad que se consignó para la vigencia 2021, la cual fue trimestral; lo anterior debido a que si bien se encontraron evidencias de la aplicación de todos los controles planeados, no se realizaron con la periodicidad trimestral que se había registrado, quizás no era necesario con dicha periodicidad, por esto la recomendación de revisar la periodicidad en la aplicación de los controles establecidos, ya que debe ser razonable y coherente con la naturaleza del proceso y muchas veces no se requieren periodicidades tan frecuentes".

Control Interno se reafirma en la observación realizada, porque la misma se fundamenta en las evidencias encontradas y la recomendación pretende aportar para el mejoramiento en la redacción de los controles y el establecimiento de las periodicidades de los mismos en el 2022, para que los responsables de los procesos no se comprometan con fechas que en realidad y según la dinámica institucional, van a ser difíciles o casi imposibles de cumplir. Esta orientación, igualmente se expuso por parte de control interno en la jornada de capacitación, cuando los líderes estaban diseñando el mapa de riesgos de 2021. Igualmente aplica para este caso la observación realizada por control interno frente al numeral 5.15 de servicio al ciudadano.

OBSERVACIÓN DE LA DAYF

"... Con respecto al control No 3, se verificó el cumplimiento del control, pero solamente hasta el mes de julio de 2021. No hubo evidencia de los meses siguientes del año. Por lo anterior se

recomienda que en el mapa de riesgos 2022 se realice un plan de acción para subsanar esta falencia":

Observación de la DayF: Tal como se ha señalado en puntos anteriores, no se puede interpretar que no hay evidencias para los meses comprendidos entre agosto y diciembre. Lo que se interpreta, por el contrario, es que la Dirección Administrativa y Financiera reportó las evidencias solicitadas por el SIG en el mes de agosto, con corte al 31 de ese mes, lo cual está lejos de entenderse como el incumplimiento del control.

"Por último, existe una observación para los tres controles del proceso, ya que en todos se omitió registrar que acciones se llevarían a cabo en caso de encontrar desviaciones, lo cual es necesario dentro de la estructura del control, pues anticipa las acciones a llevar a cabo en caso de materialización del riesgo. Se recomienda tener en cuenta este componente para el mapa de riesgos 2022":

Observación de la DayF: En este punto se reitera lo expresado anteriormente: aunque efectivamente es el líder del proceso el responsable de determinar los riesgos, según el procedimiento SIP-PR-007

Control interno se reafirma en las observaciones realizadas, según lo que ya se comentó como respuesta a la observación No 4. Adicionalmente vale la pena precisar que para todos los casos en que no se encontraron evidencias se puede inferir que el control probablemente no fue aplicado, por lo que se reitera nuevamente la importancia de mantener actualizada la carpeta compartida, para el caso por lo menos hasta el mes de noviembre de 2020.

Sin embargo, control interno retirará del informe el hallazgo y el correspondiente plan de mejoramiento que estaba registrado para todas las áreas en las que se encontró la situación de informes no subidos a la carpeta compartida. Por lo tanto se dejará como recomendación para 2022 y desde control interno se asegurará que las áreas tengan esta información y se fortalezca el principio del autocontrol de tal forma que se suban los soportes a la carpeta compartida en tiempo real y durante toda la vigencia, según las periodicidades de los controles establecidas por cada responsable de proceso.

OBSERVACIÓN DE LA DAYF

5.19 GESTIÓN TICS: "En relación con el control No 1, En los soportes entregados, se evidenció el informe diagnóstico del estado de la infraestructura tecnología y de software. V1-Junio-2021, no obstante, no reposan los soportes correspondientes al plan de acción, dado que es 31 de diciembre la fecha de cierre, se debe hacer seguimiento de su implementación":

Observación de la DayF: En efecto Control Interno no cuenta con los soportes, toda vez que no han sido solicitados según lo indicado en el procedimiento SIP-PR-007 "Administración del riesgo", lo cual también se señala en la observación realizada por la Oficina de Control Interno. A su vez, es importante resaltar que la entrega de los soportes de este control solo será posible realizarla posterior al cumplimiento de las actividades señaladas en el mapa, en concordancia con lo establecido en los términos de auditoría establecidos en el artículo noveno de la Ley 1474 de 2011.

"Control No. 2 La bitácora evidencia de este control, si bien se encuentra en la carpeta compartida de planeación establecida para el monitoreo de riesgos, al momento de la revisión no está actualizada sino hasta el mes de agosto":

Control interno se reafirma en la conclusión referida, sobre el entendido que el autocontrol no puede operar según solicitud externa o solamente para ciertas fechas, o a petición de control interno; sino que se trata de un ejercicio constante bajo la responsabilidad del dueño del proceso y en este sentido fue dispuesta la carpeta compartida la cual permite un control en tiempo real sobre el cumplimiento y aplicación de los controles. El procedimiento SIP-PR-007 no pertenece a los procedimientos de control interno, por eso no aplica para este caso.

Control Interno se reafirma en la observación realizada según lo dicho frente a la observación No 4

OBSERVACIÓN DE LA DAYF

5.20 CONTROL DISCIPLINARIO: "En el control que se estableció en el proceso, no se cumplió con la periodicidad del control. Solo se adjuntan actas de los meses de mayo, junio y julio. Hubiese sido importante incorporar a las evidencias la matriz de control de procesos, la cual es evidencia de la aplicación del control a través de las actas que se consignaron en el control. Por lo anterior se recomienda que en el mapa de riesgos 2022 se realice un plan de acción para subsanar esta falencia":

Observación de la DayF: se reitera la aclaración, se reportó hasta agosto teniendo en cuenta la solicitud del SIG con corte al 31 de dicho mes, lo que no significa que no se haya cumplido con la periodicidad del control, toda vez que se realizaron las reuniones de seguimiento de conformidad con lo establecido en el mapa de riesgos. No se acepta la observación y se solicita se ajuste una vez se requieran los soportes como lo establece el procedimiento SIP-PR-007 "Administración del riesgo".

Adicionalmente no se acepta la observación referente a la matriz del control de procesos, toda vez que esta también reposa como evidencia según la solicitud realizada por el SIG en el mes de agosto, aun cuando la información que allí reposa puede estar afectada por una reserva legal.

Control Interno se reafirma en la observación realizada según las evidencias encontradas y lo dicho frente a la observación No 3. De manera adicional es importante aclarar que si bien es cierto existe reserva legal para la información de control disciplinario, esta no es oponible a control interno, quien por norma de auditoría está obligado a guardar también dicha reserva legal. Algunas veces los textos en carpetas compartidas están dotados de claves para su consulta, lo cual es una opción viable en este tipo de casos. La clave se proporciona solamente al auditor en el momento de la consulta o al Asesor de Control Interno y así se pueden manejar estas situaciones. Por lo anterior la justificación de la reserva de la información no se acepta.

OBSERVACIÓN DE LA DAYF

OBSERVACIÓN 5: Así las cosas, con las justificaciones anteriormente detalladas, se solicita desde la Dirección Administrativa y Financiera actualizar el reporte de dicho informe, teniendo en cuenta lo establecido en el procedimiento SIP-PR-007 "Administración del riesgo".

Control interno no tiene ningún comentario frente a esta observación, toda vez que la DAYF es autónoma en las decisiones de solicitar a quien corresponda la actualización de los procedimientos que considere según la dinámica institucional.

OBSERVACIÓN DE LA DAYF

OBSERVACIÓN 5: Así las cosas, con las justificaciones anteriormente detalladas, se solicita desde la Dirección Administrativa y Financiera actualizar el reporte de dicho informe, teniendo en cuenta lo establecido en el procedimiento SIP-PR-007 "Administración del riesgo".

Control interno no tiene ningún comentario frente a esta observación, toda vez que la DAYF es autónoma en las decisiones de solicitar a quien corresponda la actualización de los procedimientos que considere según la dinámica institucional.

OBSERVACIÓN DE LA DAYF

OBSERVACIÓN 6: Es necesario que de conformidad con la Resolución No. 149 del 26 de octubre de 2021, se tenga en cuenta lo allí estipulado frente a la periodicidad del monitoreo y al alcance del seguimiento y evaluación del mapa de riesgos:

ARTÍCULO DECIMO PRIMERO. MONITOREO Y REVISIÓN A LA GESTIÓN DE LOS RIESGOS. El monitoreo y revisión al mapa de riesgos institucional, recae a cargo de los gerentes públicos y líderes de los procesos, en conjunto con su equipo de trabajo (primera línea de defensa), su finalidad principal es monitorear, controlar y gestionar la gestión del riesgo y la efectividad de los controles, y de esta manera, sugerir las correctivas y ajustes cuando sea necesarios para asegurar un efectivo manejo del riesgo.

El monitoreo al mapa de riesgos y a los controles establecidos, se realizará [según el mapa de riesgos al año](#), salvo en los casos que los lineamientos u observaciones evidencien los riesgos no seguimiento. Los ciclos de control establecidos se evaluarán y se ajustarán si es necesario, para adaptarlos a los cambios, situaciones o circunstancias por las que pueda alterarse el Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH).

ARTÍCULO DECIMO SEGUNDO. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN INDEPENDIENTE. Control interno en su rol de Evaluación de la Gestión del Riesgo, realizará [seguimiento al Mapa de Riesgos](#) institucional, conforme a las disposiciones establecidas por el [Decreto Presidencial de la Función Pública - DAFP](#) y de la Secretaría de Transparencia, y atendiendo a la normatividad aplicable.

Control interno ha tenido en cuenta lo establecido en la normatividad interna y no la ha desconocido en ningún momento. En el taller para el diseño del mapa de riesgos en abril de 2021 se explicó de manera amplia y detallada la obligación de mantener actualizado el reporte de los controles en la carpeta compartida de manera permanente y atendiendo lo que señalaba la Resolución 079 de 2019 que se encontraba vigente en ese momento. Se explicó que desde 2020 se optó por la metodología de las carpetas compartidas, para evitar reprocesos y facilitar a los responsables de la gestión del riesgo, el registro de las acciones de control y se aclaró que esta información podría ser verificada en cualquier momento por control interno, por lo tanto dichas carpetas debían permanecer siempre actualizadas. Se adjunta captura de pantalla de la obligación respectiva en la Resolución 079 de 2019 que estaba vigente cuando se realizó el taller de mapa de riesgos.

LÍNEA DE DEFENSA	RESPONSABLE	RESPONSABILIDAD FRENTE A LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.
Primera Línea de Defensa	Gerentes Públicos y Líderes de proceso	<ul style="list-style-type: none"> Identificar y valorar los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales¹. Definen y diseñan los controles a los riesgos de los procesos a su cargo y actualizarlo cuando se requiera. Realizar monitoreo a las actividades de control y acciones establecidas al mapa de riesgos de su proceso Velar por el mejoramiento y sostenibilidad del mapa de riesgos de su proceso a través de las acciones de mejora. Implementar las metodologías y lineamientos para la administración de riesgos establecidos en el CNMH Informar al Grupo de planeación (segunda línea de defensa) sobre los riesgos materializados en los procesos a su cargo, incluyendo los riesgos de corrupción. Reportar a la tercera línea de defensa, la información solicitada para el seguimiento al mapa de riesgos a su cargo.

Efectivamente como lo señala la DAYF el 26 de octubre de 2021 fue actualizada la norma interna y comenzó a regir la Resolución 149 de 2021. pero según se ha resaltado en color rojo, los parámetros continúan siendo los mismos, el carácter PERMANENTE del monitoreo a la gestión del riesgo, la periodicidad, que en adelante será de dos (2) veces al año y el rol de control interno en el seguimiento al mapa de riesgos.

Adicionalmente vale la pena resaltar que el Plan Anual de auditoría es de conocimiento de toda la entidad y se encuentra publicado permanentemente en la Intranet del CNMH: <http://intranet.centrodehistoria.gov.co/loader.php?IServicio=Documentos&Funcion=dspMenuPrincipal&id=15>



Documentos Corporativos

Inicio | Documentos Corporativos | Control Interno | Informes

Informes

Informes de seguimiento y control del CNMH

Mostrar 10 registros

Filtro: Búsqueda

Nº	Archivo	Tamaño	Fecha	Opciones
1	Plan Anual de Auditoría 2021	405,4 KB	18/04/2021	Descargar este archivo
2	Plan operativo anual 2018	505,9 KB	11/05/2018	Descargar este archivo
3	Programa operativo anual 2019	507,5 KB	18/05/2019	Descargar este archivo
4	Plan anual de auditoría 2020	204 KB	05/04/2020	Descargar este archivo
5	Plan Operativo Anual 2017	99 KB	05/07/2017	Descargar este archivo
6	Plan Operativo Anual 2016	61,5 KB	18/07/2016	Descargar este archivo

Mostrando 1 a 6 de 6 registros

Anterior 1 Siguiente

En el mismo está señalada la fecha del seguimiento al mapa de riesgos, de tal forma que tal y como lo dice el adagio "el desconocimiento de la norma no exime para su cumplimiento", y sobre estos parámetros se adelantó este seguimiento tal y como se hizo también para el seguimiento al mapa de riesgos de la vigencia 2020.

OBSERVACIÓN DE LA DAYF

OBSERVACIÓN 7: Eliminar el hallazgo del informe: "Se encontraron procesos sin los soportes de las acciones de control para algunos de sus riesgos o los adjuntan de manera parcial o sin la periodicidad establecida en la acción de control, situación que va en contra del cumplimiento de la Política de Administración del Riesgo del CNMH, establecida en la Resolución No. 079 de 2019. Esta situación lleva a la imposibilidad de poder evaluar adecuadamente la gestión del riesgo en la entidad, con consecuencias negativas por la ausencia de información suficiente para la toma de decisiones institucionales", específicamente para lo relacionado con los procesos que lleva a cabo la Dirección Administrativa y Financiera:

- Gestión documental. Controles 1.2 y 3
- Adquisición de bienes y servicios. El control único del proceso.
- Control Disciplinario. El control único del proceso

Lo anterior, reiterando que se realizó la entrega de la información con corte al 31 de agosto, atendiendo la solicitud del grupo de planeación (SIG), recibida a través de correo electrónico el 12 de agosto. Sin embargo, en virtud de lo establecido en el procedimiento SIP-PR-007 "Administración del riesgo", al no recibir Comunicación oficial por correo electrónico solicitando las evidencias de la implementación, en este momento dichas evidencias se encuentran en custodia de los líderes de proceso (responsables de la implementación de las acciones) y están disponibles para ser entregadas según la solicitud correspondiente, toda vez que se ha dado estricto cumplimiento a cada uno de los controles establecidos en el mapa de riesgos de gestión, formalizado el día 07 de mayo de los corrientes.

Teniendo en cuenta el marco expuesto en toda la respuesta dada a la DAYF se retirará del informe el hallazgo y el correspondiente plan de mejoramiento que estaba registrado para todas las áreas en las que se encontró la situación de informes no subidos a la carpeta compartida. No obstante, la situación, se dejará como recomendación para 2022 y desde control interno se asegurará que las áreas tengan esta información y se fortalezca el principio del autocontrol de tal forma que se suban los soportes a la carpeta compartida en tiempo real y durante toda la vigencia, según las periodicidades de los controles establecidas por cada responsable de proceso.

OBSERVACIÓN DE LA DAYF

OBSERVACIÓN 8: Es importante que se tenga en cuenta al momento de realizar el informe de seguimiento, lo indicado por la "Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces", de diciembre de 2018, en especial en lo relacionado con las actividades que debe desarrollar la tercera línea de defensa y aquellas que no:

Actividades que debe desarrollar (tercera línea de defensa)	Actividades que no deben desarrollarse
Asesorar a la organización en metodologías, herramientas y otros temas en acciones de administración de los riesgos y controles en coordinación con la segunda línea de defensa (Oficina de planeación, comités de riesgos).	Brindar asesoría a la primera y segunda línea de defensa, sin que esta derive en acciones de obligatorio cumplimiento para la administración, es decir que la administración está en libertad de aplicar o ignorar las recomendaciones conforme a su reconocimiento por la entidad.
Identificar y verificar durante las evaluaciones periódicas de riesgos y en el trabajo de auditoría interna, los cambios que podrían tener un impacto significativo en el sistema de control interno.	Evaluar la efectividad de la Gestión del Riesgo en la Entidad, así como la adecuada aplicación de controles, planes de contingencia y actividades de monitoreo vinculados a riesgos clave en la entidad. En ese orden de ideas, la Gestión del Riesgo debe ser una unidad auditable más dentro del universo de auditoría para que sea evaluada como un todo en la entidad.
	Definir los niveles de aceptación del riesgo. Identificar los riesgos de los procesos de la entidad y administrativos, excepto los propios del desarrollo de sus funciones y roles.

Control Interno acata las disposiciones contenidas en toda la normatividad vigente y la señalada en este caso por la DAYF. Control Interno Asesoró a la entidad participando en el taller realizado en abril de 2021 para el diseño del mapa de riesgos y controles vigencia 2021 según la metodología del DAFP. Igualmente asesoró a todos los responsables que solicitaron apoyo en la metodología para el diseño de los controles. Por otra parte se aclara que control interno no interviene en la definición de los niveles de aceptación del riesgo, ya que esta es una labor que realizan los responsables de la gestión del riesgo con sus equipos de trabajo en el momento en que se diseña el mapa de riesgos y se establecen los niveles de riesgo, la cual es completamente autónoma y sin ninguna injerencia de Control Interno. Se reitera igualmente lo dicho frente a la observación realizada en el numeral 5.14 referente al proceso de talento humano. Ustedes en la misma guía expuesta no lo están confirmando!

OBSERVACIÓN DE LA DAYF

OBSERVACIÓN 9: Igualmente, resulta relevante para este informe lo señalado en la "Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas" - versión 4 dirección de gestión y desempeño institucional - Julio de 2020. DAFP, sobre el informe de Auditoría, que señala textualmente:

Control Interno es conocedor de la metodología referida. Los procedimientos que se encuentran vigentes en el Sistema Integrado de Gestión CIT-PR-001 Auditoría interna V4 y CIT-PR-004 Evaluaciones y Seguimientos V2, fueron diseñados teniendo en consideración no sólo los parámetros establecidos por el DAFP, algunos de los cuales son citados en este aparte por la DAFP, sino también todos aquellos que son aplicables en las entidades públicas referentes a las Normas Internacionales para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna; también se incluyeron, lineamientos de la Norma técnica Colombiana NTC-ISO-19011 que trata sobre el ejercicio de la auditoría interna, teniendo en cuenta también su aplicabilidad en el sector público.

Para el caso concreto de la reunión de cierre que ha sido citado por la DAYF según la Guía metodológica del DAFP, en el procedimiento interno aplicable para este tipo de seguimientos (CIT-PR-004 Evaluaciones y Seguimientos V2) está contemplada la misma, pero también está determinada la prerrogativa para la Asesora de Control Interno de hacer entrega del informe preliminar de seguimiento.

PROCEDIMIENTO	EVALUACIONES Y SEGUIMIENTOS	CÓDIGO	CIT-PR-004	VERSIÓN	002
		PÁGINA	10 de 14		

7. DESCRIPCIÓN				
ID	(QUE) ACTIVIDAD	(COMO) DESCRIPCIÓN TAREAS (S)	(QUIEN) RESPONSABLE	DOCUMENTOS Y/O REGISTROS
		<p>encuentren soportadas por información suficiente, fiable, relevante y útil. En caso de requerir ajustes, informa al responsable del seguimiento de los mismos ya sea en reunión de trabajo o mediante correo electrónico. Los ajustes deberán ser realizados y entregados al Asesor de Control Interno para su Visto bueno.</p> <p>Una vez elaborado el informe preliminar, el asesor de control interno, podrá programar una mesa de trabajo para tratar los resultados del informe preliminar con los auditados o podrá disponer de su envío al auditado. Si se adelanta mesa de trabajo, en la misma se expondrán las conclusiones generales, los hallazgos encontrados y las evidencias que dan cuenta de los mismos, esto con el fin de que se validen los aspectos importantes del informe, se realicen ajustes, si hubiere acuerdo sobre los mismos y se puedan discutir las diferentes soluciones que posteriormente serán llevadas a un plan de mejoramiento.</p>		

 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	47 de 48

Para el caso que nos ocupa, la Asesora de Control Interno hizo uso de esa prerrogativa en cumplimiento del procedimiento interno establecido, por lo cual no se incurrió en ningún tipo de irregularidad ni tampoco en contravención de los parámetros citados por la DAyF y los existentes en la Normas Internacionales de Auditoría.

Incluso el procedimiento interno, también incluye la presente situación, donde el auditado manifiesta por escrito, dentro del término de los cinco días hábiles, su inconformidad con el informe entregado, para lo cual el Asesor de control interno podrá citar una reunión para discutir en mesa de trabajo las inconformidades. En la reunión se realizarán las aclaraciones que correspondan para que en lo posible sean resueltas. Solamente en el evento en que hubiere algún punto de vista que definitivamente sea irreconciliable, se dejará constancia en el informe.

8	Revisar Informe por parte del responsable del proceso evaluado.	El responsable del proceso evaluado y revisa el Informe para analizar los resultados del mismo. ¿El responsable del proceso evaluado tiene observaciones o comentarios al Informe?	Auditados	CIT-FT-006 Informe de seguimiento
---	---	--	-----------	-----------------------------------

Carrera 7 # 27-18. PBX 7965060 | www.centrodehistoriahistorica.gov.co | Bogotá, Colombia



PROCEDIMIENTO	EVALUACIONES Y SEGUIMIENTOS	CÓDIGO	CIT-PR-004	VERSIÓN	002
		PÁGINA	11 de 14		

7. DESCRIPCIÓN				
ID	(QUE) ACTIVIDAD	(COMO) DESCRIPCIÓN TAREAS (S)	(QUIEN) RESPONSABLE	DOCUMENTOS Y/O REGISTROS
		SI: Continuar con la Actividad N° 9 NO: Continuar con la Actividad N° 10		
9	Realizar los ajustes al informe.	Si existen observaciones al informe allegadas a control interno dentro del término de los cinco (5) días, se procederá a su análisis e inclusión en el informe según sea procedente. Si lo considera pertinente el asesor de control interno de manera optativa citar a reunión para discutir las observaciones. Es importante que cualquier opinión divergente, relativa a las situaciones encontradas o a las conclusiones y recomendaciones plasmadas en el informe, puedan ser aclaradas suficientemente y en lo posible resueltas. Si no se llegara a un acuerdo se dejarán registradas todas las opiniones frente al tema. Numeral 0.4.9 NTC-ISO 19011) Ajustado el informe será entregado al Asesor de Control Interno, para su firma y aprobación.	Asesor de Control Interno Profesionales en Control Interno Lider del Proceso auditado	SIP-FT-002 Lista de asistencia (opcional) SIP-FT-001 Acta GDC-FT-008 Comunicación interna

De esta manera, resulta claro, que se está dando aplicación al procedimiento interno. Se agradecen los aportes de la DAyF y el trabajo juicioso de citarlos en la Guía de Auditoría de la DAFP, pero todos estos parámetros ya existen en los procedimientos internos que están publicados en el SIG.

OBSERVACIÓN DE LA DAyF

Por lo anterior, resulta ambiguo que la Oficina de Control Interno señale que no se encontraron las evidencias de las actividades para los controles establecidos en el mapa de riesgos de gestión, en tanto que la Oficina de Control Interno manifiesta en la sección de recomendaciones lo siguiente: "6.6 Control interno, evidencia a nivel general, que los soportes de las evidencias correspondientes a los controles establecidos por cada riesgo se encuentran con corte a agosto de 2021, lo anterior de acuerdo con lo solicitado por la oficina Asesora de Planeación...".

El texto citado por la DAyF está cortado, es decir la captura de pantalla no incluyó las últimas dos líneas de la frase dejando, de manera intencional, en puntos suspensivos lo que la complementa y en estas condiciones la afirmación de control interno es mostrada como ambigua. No se comparte este tipo de práctica al hacer una observación, ya que conduce a malos entendidos y para cualquier lector desprevenido, puede llevar a mostrar un error en donde efectivamente no lo hay. Se agradece que se tenga más cuidado al hacer este tipo de afirmaciones, fundamentadas en la manipulación de los textos para deducir una determinada conclusión, ya que este tipo de prácticas no corresponden con el nivel profesional, el respeto y la ética que siempre se ha mantenido en las comunicaciones escritas en el CNMH.

Por todo lo anterior, no se comparte esta afirmación, ya que no existe ninguna ambigüedad en la misma. La conclusión registrada por control interno está sustentada y articulada con la lógica que le corresponde en el texto completo que se muestra a continuación.

 Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
	VERSIÓN:	002
	PÁGINA:	21 de 23

establecido y así evitar la materialización de riesgos.

6.6 Control interno, evidencia a nivel general, que los soportes de las evidencias correspondientes a los controles establecidos por cada riesgo se encuentran con corte a agosto de 2021, lo anterior de acuerdo con lo solicitado por la oficina Asesora de Planeación, razón por la cual se recomienda fortalecer la labor del líder de proceso reportando el monitoreo, acorde con la periodicidad establecida en el control.

Precisamente el hecho de que solamente la información se hubiese encontrado hasta el mes de agosto cuando Planeación hizo la solicitud, es el hecho que se resalta, que se recomienda y que se dejó como una observación para el mejoramiento. Ese es el sentido completo que posee la recomendación de Control Interno y el mismo guarda concordancia con todo lo dicho en el cuerpo del informe.

 Centro Nacional de Memoria Histórica	Informe de Seguimiento y/o evaluación	CÓDIGO:	CIT-FT-006
		VERSIÓN:	002
		PÁGINA:	48 de 48

OBSERVACIÓN DE LA DAYF

OBSERVACIÓN 10: Finalmente, en el informe presentado no se presentan resultados satisfactorios del trabajo realizado por las áreas (hallazgos positivos).

OBSERVACIÓN 11: En las conclusiones se señala textualmente que: "2. Hace parte de este informe la matriz Excel donde se dejaron registradas las observaciones para cada uno de los 32 controles correspondientes a los 54 riesgos institucionales de los diferentes procesos del CNMH. Algunas de las observaciones se encuentran en el presente informe porque se consideraron relevantes, pero la mayoría se deben consultar en la respectiva matriz. Consultar archivo adjunto denominado: "Evaluación del Mapa de riesgos - Vigencia 2021"". Sin embargo, en el correo solo se encuentra un archivo adjunto denominado Seguimiento Mapa riesgos y controles vigencia 2021 - Dic 23 (1) en Word que no corresponde a la matriz señalada.

OBSERVACIÓN 124: El formato CIT-FT-006 en el que se presenta el informe se encuentra desactualizado según el establecido en el Sistema Integrado de Gestión, toda vez que el vigente en intranet relaciona la dirección actual de la Entidad.

Con respecto a estas observaciones, se aceptan sin ningún comentario. Los aspectos positivos serán incluidos en el informe de seguimiento. La omisión en la entrega del archivo excel que hace parte del informe fue accidental. Igualmente se realizará el ajuste al formato referido.

El presente correo se realiza con el fin de dar respuesta al SAIA emitido por la Dirección Administrativa y Financiera el 29 de diciembre del 2021.

Es preciso anotar que las observaciones realizadas por la DAYF y las respuestas por parte de control interno quedarán como anexo al informe de seguimiento al mapa de riesgos.

--

Doris Yolanda Ramos Vega

Cargo: Asesora de Control Interno

Correo: doris.ramos@cnmh.gov.co

PBX: 7965060 Ext. 136

Dirección: Carrera 7 # 27-18 piso 20