

OCI - 194

SNR2023IE007318

Bogotá, 31 de mayo de 2023

Doctor

**ROOSVELT RODRÍGUEZ RENGIFO**

Superintendente de Notariado y Registro

La Ciudad

*Asunto: Informe interno de Seguimiento Riesgos de Corrupción I cuatrimestre, Vigencia 2023*

Respetado Doctor, reciba un cordial saludo.

Conforme al Plan Anual de Auditorias para la vigencia 2023, en ejercicio de las funciones que le asisten a la Oficina de Control Interno, de conformidad con el artículo 12 de la Ley 87 de 1993 y demás normas reglamentarias, la Oficina de Control Interno de Gestión remite el informe de la referencia, correspondiente al I cuatrimestre de 2023.

En el desarrollo de este informe; se pudo establecer la recurrencia de No Conformidades identificadas desde la vigencia 2019; igualmente, algunas relacionadas con un mismo asunto, identificadas con distintos códigos en el Plan de Mejoramiento Institucional y en otros casos; sin codificar, por cuanto no se han suscrito los planes de mejoramiento con ocasión a los informes correspondientes al III cuatrimestre de la vigencia 2022; razón por la cual, se recomienda su agrupación según el tema que dio origen a los mismos, realizando el ejercicio de análisis causa raíz, a través de la metodología adoptada por la Entidad, en virtud de formular acciones efectivas y garantizar su cierre. (Ver tabla No.9 del Informe).

En cumplimiento al Procedimiento Formulación y Seguimiento a Planes de Mejoramiento y su Política de Operación, los líderes de los procesos, deben elaborar un Plan de Mejoramiento dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de recibo, con respecto a las Cuatro (4) No Conformidades Reales y Recurrentes consignadas en la matriz de resultados - tabla No 9 del numeral 4 del presente informe; de igual manera, se requiere reformular y reprogramar las acciones de mejora en aquellas No Conformidades con pronunciamiento de ineffectividad relacionadas en la tabla No. 8 del numeral 3 de este mismo Informe; y realizar la agrupación de las No Conformidades que versen sobre un mismo asunto, de conformidad con lo recomendado anteriormente.

Copia de éste, será remitido para su conocimiento y fines pertinentes, a la Oficina Asesora de Planeación, en su rol como segunda línea de defensa, y demás líderes de procesos involucrados, por la responsabilidad que les asiste conforme al Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG.

Agradecemos su atención y reiteramos nuestra disposición para brindar asesoría y acompañamiento en el momento que sea requerido.

Cordialmente



**RITA CECILIA COTES COTES**

Jefe Oficina de Control Interno de Gestión

*Anexos: 1 Informe de Seguimiento Riesgo de Corrupción*

Proyectó: Juliana Torres Zambrano – Marcela del Pilar García - Profesionales Contratistas

Con copia correo electrónico: Líderes de Macro procesos

**Superintendencia de Notariado y Registro**

Calle 26 No. 13 - 49 Int. 201

57 + (1) 3282121

Bogotá D.C., - Colombia

<http://www.supernotariado.gov.co>

Código:

GDE – GD – FR – 08 V.03

28-01-2019

## INFORME DE SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN DE LA SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO PRIMER CUATRIMESTRE 2023

### INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno de la Superintendencia de Notariado y Registro – SNR, en cumplimiento de los roles “*Enfoque hacia la Prevención*” y “*Evaluación de la Gestión del Riesgo*” otorgados a las Oficinas de Control Interno mediante el Decreto 648 de 2017, y conforme a la Política General para la Administración de Riesgos de la Superintendencia de Notariado y Registro, la cual determina las responsabilidades de la Tercera Línea de Defensa (Esquema de Línea de Defensas) frente a la Administración de riesgos; esta Oficina realiza el presente seguimiento a la administración de los riesgos de corrupción y el diseño de los controles implementados por la Primera Línea de Defensa.

### OBJETIVOS

- Verificar el cumplimiento de los lineamientos emitidos en la Política General para la Administración del Riesgo.
- Revisar la efectividad del diseño de los controles implementados para la gestión de los Riesgos de Corrupción de la Entidad.
- Verificar la adecuada implementación de los lineamientos contemplados en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles para Entidades Públicas versión 6.

### ALCANCE DEL SEGUIMIENTO

Comprende el seguimiento y evaluación de la gestión a los riesgos de corrupción de la Superintendencia de Notariado y Registro – SNR, correspondiente al Primer Cuatrimestre 2023 (1 de enero de 2023 al 30 de abril de 2023), según los lineamientos establecidos en la Política General para la Administración de Riesgos y lo relacionado en el Mapa de Riesgos de Corrupción de la Entidad.

### MARCO NORMATIVO

- Ley 1712 de 2014, “*Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones*”, Artículo 9. *Información Mínima Obligatoria Respecto a la Infraestructura del Sujeto.*
- Ley 1474 de 2011, “*Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública*”, Artículo 73. “*Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal, cualquiera que sea su régimen de contratación, deberá implementar Programas de Transparencia y Ética Pública con el fin de promover la cultura de la legalidad e identificar, medir, controlar y monitorear constantemente el riesgo de corrupción en el desarrollo de su misionalidad*” (...).

- Decreto 1081 de 2015, “Por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República”, Artículo 2.1.4.2. Mapa de Riesgos de Corrupción y Artículo 2.1.4.5. Verificación del cumplimiento.
- Decreto 1499 de 2017, “Por medio del cual se modifica el Decreto número 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015”, Artículo 2.2.22.2.1 Políticas de Gestión y Desempeño Institucional, numeral 5. Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción.
- Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Versión 4 y 6 del Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción 2015, Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Política General para la Administración de Riesgos -Código: MP-CNGI-PO-03-PL-01, Versión: 01, de Fecha: 17 – 03 – 2022.
- Guía para el diligenciamiento de matriz de riesgos, Superintendencia de Notariado y Registro, versión 2 (fecha: 18-11-2022).
- Procedimiento denominado “Formulación de Riesgos y/o Oportunidades” versión 1 del 2021.

## METODOLOGÍA

La Oficina de Control Interno de Gestión de la Superintendencia de Notariado y Registro – SNR, en cumplimiento de las funciones y roles otorgados por la normativa vigente, realiza el presente seguimiento a los Riesgos de Corrupción de la Entidad teniendo en cuenta todo el marco normativo que rige el diseño, monitoreo y seguimiento a los Riesgos de Corrupción.

En el desarrollo del presente informe, se realizó seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción de la Entidad, las evidencias aportadas por la Oficina Asesora de Planeación (OAP) verificando el cumplimiento conforme lo determina el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, por lo cual la Oficina de Control Interno de Gestión solicitó la siguiente información mediante Oficio N° SNR2023IE005801 del 03 de mayo de 2023:

- Matriz consolidada que incluya todos los riesgos de corrupción de la Entidad correspondiente al Primer Cuatrimestre vigencia 2023, el cual debe incluir los riesgos de corrupción identificados por la GRIP y/o Direcciones regionales. (Identificado por cada macroproceso y proceso).
- 2. Evidencias, informes y demás documentación que demuestre el seguimiento y monitoreo realizado por la Segunda Línea de Defensa dirigida a Primera Línea de Defensa., en la cuales se evidencie la evaluación permanente a la gestión del riesgo.
- 3. Enlace de la página Web donde se encuentren publicados los mapas de riesgos de corrupción de la Entidad, correspondiente al Primer Cuatrimestre 2023.
- 4. Evidencia de las asesorías y acompañamientos realizados por la Segunda Línea de Defensa, durante el Primer Cuatrimestre 2023, dirigidas a la Primera Línea de Defensa sobre la gestión de riesgo.

La Oficina Asesora de Planeación mediante Oficio N° SNR2023IE005998 del 08 de mayo de 2023, remitió una carpeta comprimida denominada “Evidencias”, la cual incluía 14 archivos. Una vez verificada la información, la Oficina de Control Interno de Gestión identificó la necesidad de realizar un alcance a la solicitud de información previamente realizada a lo cual la OAP allego mediante el Oficio N° SNR2023IE006405 el Informe del Primer Cuatrimestre 2023 realizado por la Oficina en mención y una carpeta comprimida denominada “Soportes” la cual incluía cuatro (4) archivos.

Asimismo, la Oficina de Control Interno, realizó la revisión a los (22) riesgos de corrupción relacionados en la Matriz de Mapas de Riesgos de Corrupción allegados por la OAP, teniendo en cuenta los lineamientos internos de la SNR establecidos mediante la Política General para la Administración de Riesgos versión 1, el Mapa de Riesgos de Corrupción de la SNR versión 1 del 2023, la Guía para el Diligenciamiento de Matriz de Riesgos y el Procedimiento de Seguimiento y Monitoreo de Riesgos. Igualmente, se tuvo en cuenta los criterios externos

establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, con la finalidad de verificar el cumplimiento de la metodología para el diseño, monitoreo y seguimiento de los Riesgos de Corrupción y de sus controles.

Para realizar el seguimiento a la gestión de los Riesgos de Corrupción durante el Primer Cuatrimestre 2023, la Oficina de Control Interno de Gestión verifico los siguientes soportes, ejecutando las actividades relacionadas:

- Se verificó el Mapa de Riesgos, versión 1 del 2023, archivo Excel, mediante el cual se identificó 22 riesgos a cargo de 18 procesos, donde se encuentra la valoración cuatrimestral de riesgos de Corrupción, matriz que fue recibida por la Oficina Asesora de Planeación mediante Oficio N° SNR2023IE005998.
- Se efectuó la revisión de los informes de monitoreo de riesgos realizados por las Primeras Líneas de Defensa, asimismo, el Informe Monitoreo Riesgos I Cuatrimestre 2023 efectuado por la Segunda Línea de Defensa de la SNR, de conformidad con lo registrado en la OneDrive.
- Se realizó la verificación a la publicación del “*Mapa de Corrupción 2023*” a través de la página Web de la SNR.
- Se verificaron los soportes existentes en las carpetas OneDrive, aportadas evidencias de la ejecución de controles por parte de cada proceso.

## LIMITACIONES

Para el presente seguimiento no se presentaron limitaciones.

## DESARROLLO DEL SEGUIMIENTO

De conformidad al Plan Anual de Auditorías aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para la vigencia 2023; en cumplimiento al Procedimiento de Informes de Ley, Seguimiento y/o Evaluación, el equipo auditor llevó a cabo el ejercicio de seguimiento a los Riesgos de Corrupción de conformidad al Rol que le compete a la Tercera Línea de Defensa. Así mismo, se tuvo en cuenta la información suministrada por la Oficina Asesora de Planeación, quien es el responsable de liderar la Política de Administración del Riesgo.

### 1. SEGUIMIENTO A LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RIESGOS SNR

Se realizó el seguimiento al cumplimiento de la Política General para la Administración del Riesgo de la Superintendencia de Notariado y Registro, conforme a las responsabilidades establecidas para cada una de las Líneas de Defensa que contemplan el Esquema de la Línea de Defensa, observando lo siguiente:

**Tabla N° 1.** Seguimiento a la Política Administración del Riesgo, según el Esquema de Líneas de Defensa – Primer Cuatrimestre 2023.

No.	Descripción de la Actividad-Política Riesgos	Verificación OCIG
1	<p><b>8.1 Línea Estratégica:</b>  <b>Responsable:</b> Comité Institucional de Gestión y Desempeño y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.</p> <p><b>Responsabilidades:</b> Define el marco general para la gestión del riesgo y el control y supervisa su cumplimiento.</p>	<p>Conforme a las evidencias aportadas por la Oficina Asesora de Planeación, se evidenció que el día 8 de marzo de 2022, se aprobó la Política General para la Administración del Riesgo de la SNR, por parte de los miembros del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.</p> <p>Se recomienda verificar los resultados obtenidos frente a la implementación y mantenimiento de la Política General para la Administración del Riesgo y supervisar de forma periódica su cumplimiento al interior de la SNR. Lo anterior, teniendo en cuenta el liderazgo que ejerce la Línea Estratégica frente a la Política en mención.</p>

No.	Descripción de la Actividad-Política Riesgos	Verificación OCIG
2	<p><b>8.2 Primera Línea de Defensa:</b>  <b>Responsable:</b> Gerentes Públicos – del Nivel Central y las Direcciones Regionales -, Registradores de Instrumentos Públicos Principales y Seccionales, Gerentes de Proyectos, Coordinadores de Grupo Interno de Trabajo, Líderes de proceso, Supervisores e Interventores de Contratos y/o Proyectos, responsables de los otros subsistemas de gestión la Entidad.  <b>Responsabilidades:</b> Los gerentes públicos y los líderes de proceso deben monitorear y revisar el cumplimiento de los objetivos instituciones y de sus procesos a través de una adecuada gestión de riesgos (...)</p>	<p>Frente a las evidencias aportadas por la Primera Línea de Defensa a la Segunda Línea de Defensa, se observó que se realiza el monitoreo parcial de todos los procesos, debido a que hay procesos sin identificación de riesgos y otros realizan su reporte incompleto. No obstante, no se relacionaron evidencias de la ejecución de controles o parcialmente para los casos especificados en la tabla N° 3.</p>
3	<p><b>8.3 Segunda Línea de Defensa:</b>  <b>Responsable:</b> Está conformada por los responsables de monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo tales como la Oficina Asesora de Planeación para los riesgos de gestión y de corrupción, la Oficina de Tecnologías de la Información para los riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información, la Dirección de Administrativa y Financiera para los riesgos ambientales, la Dirección de Talento Humano para los riesgos de Seguridad y Salud en el Trabajo, la Dirección de Contratos para los riesgos contractuales, los gerentes de proyectos de inversión para los riesgos de proyectos de inversión.  <b>Responsabilidades:</b> Deben monitorear y revisar el cumplimiento de los objetivos instituciones y de sus procesos a través de una adecuada gestión de riesgos</p>	<p>De acuerdo, con las evidencias aportadas por la Oficina Asesora de Planeación, se evidenció que mediante acta del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno fecha 8 de marzo de 2022, presentó la Política de Riesgos.  Por otra parte, se evidenció la consolidación de los riesgos de corrupción, la elaboración del informe de seguimiento a los riesgos de corrupción al Primer Cuatrimestre 2023, sin embargo, no se recibieron soportes mediante los cuales se evidencien el monitoreo cuatrimestral de los riesgos de corrupción.  No se recibieron evidencias de la revisión realizada por las Segundas Líneas de Defensa, en donde se haya verificado el adecuado diseño de controles, la revisión del riesgo inherente y residual, emisión de alertas; así como la realización de recomendaciones para su fortalecimiento y asesorías sobre riesgos de corrupción.</p>
4	<p><b>8.4 Tercera Línea de Defensa:</b>  <b>Responsable:</b> Oficina de Control Interno de Gestión.  <b>Responsabilidades:</b> La Oficina de Control Interno tiene como principal función, verificar de manera independiente a la primera y segunda línea de defensa</p>	<p>La Oficina de Control Interno de Gestión, realiza seguimiento a los riesgos de corrupción de forma cuatrimestral, verificando el rol que cumple la Primera y Segunda Línea de Defensa frente a estos riesgos de la SNR. Asimismo, genera recomendaciones, con la finalidad de mitigar la materialización de estos riesgos.</p>

Fuente: Elaboración propia OCIG.

De la anterior tabla, se evidenció el cumplimiento por parte del Esquema de las Líneas de Defensa frente a los riesgos de corrupción identificados para la SNR, no obstante, es necesario fortalecer el rol de la Línea Estratégica con relación a la definición del marco para la gestión del riesgo y realizar la respectiva revisión. Asimismo, robustecer las actividades a cargo de las Segundas Líneas de Defensa, verificando la aplicación de los últimos lineamientos emitidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública y asesorando a la Primera Línea de Defensa.

## 1.1 SEGUIMIENTO PROCEDIMIENTO “FORMULACIÓN DE RIESGOS Y/O OPORTUNIDADES”

A fin de verificar el cumplimiento de los criterios normativos internos contemplados en el procedimiento interno denominado “Formulación de Riesgos y/o Oportunidades”, identificado con el código MP - CNGI - PO - 03 - PR – 01, la Oficina de Control Interno de Gestión, identificó lo siguiente:

**Tabla N° 2.** Resumen seguimiento al procedimiento *Formulación de Riesgos y/o Oportunidades.*

No. Actividad	Descripción de la actividad	Comentario OCIG
3	<p>Valorar el riesgo / Análisis del Riesgo</p> <p>Valorar el riesgo implica identificar y evaluar los controles preventivos y correctivos que se tienen frente a las causas señaladas para cada riesgo, de esta actividad se obtiene la escala resultante de probabilidad e impacto ubicando el riesgo en la nueva zona de la matriz de calor.}</p> <p>Tenga en cuenta que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toda causa debe tener asociado un control, en caso de que no exista se debe crear un control para dicha causa. Si el control mitiga varias causas se debe repetir el control.</li> <li>• Un control debe tener definido el responsable y periodicidad de aplicación, el propósito, la evidencia de la ejecución del control y acción frente a las desviaciones de la aplicación.</li> <li>• En caso de que la zona de riesgo residual no se desplace, los controles deben ser mejorados o cambiados, pues estos no mitigan las causas generadoras del riesgo.</li> <li>• Ver la "Guía para la identificación de riesgos, oportunidades, evaluación del diseño y efectividad de controles" capítulo 7 "Valoración del Riesgo".</li> <li>• Los controles de los riesgos tipo de las ORIPS deben ser identificados y/o formulados por la Dirección Técnica de Registro en cumplimiento del artículo 20 ítem 15, y las ORIPS en cumplimiento del artículo 22 ítem 11 del Decreto 2723 respectivamente.</li> </ul>	<p>Verificado el análisis del riesgo realizados por los procesos se evidenció:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada causa no cuenta con su respectivo control</li> <li>• En la redacción de los controles, no se relacionan cada uno los elementos que deben incluirse en el control (responsable, periodicidad, propósito, realización de actividad de control, actividades si se desvía el control y la evidencia de la ejecución del control).</li> <li>• Verificadas las zonas de riesgo en el ente residual, se evidenció que solo un riesgo disminuye su zona después de la aplicación de controles.</li> <li>• Se evidenció la realización del informe de seguimiento a los riesgos de las ORIP entregado por la Dirección Técnica de Registro.</li> </ul> <p>Expuesto lo anterior, el cumplimiento es parcial.</p>
7-10	<p>Revisar matriz de riesgos que cumpla con lo establecido en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas.</p>	<p>Verificadas las matrices del Mapa de Riesgos aportado por cada proceso, se evidenció su cumplimiento parcial, toda vez que el diseño de los controles no cuenta con seis (6) criterios en su redacción (responsable, periodicidad, propósito, realización de actividad de control, actividades si se desvía el control y la evidencia de la ejecución del control). Actualmente, la redacción del control y su seguimiento, lo realizan de forma separada y no conforme a lo indicado por la Guía emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.</p>
9	<p>Remitir matriz de riesgos a la OAP (Remitir la matriz de riesgos de proceso una vez diligenciada, al correo electrónico del jefe de la Oficina Asesora de Planeación, con copia al Coordinador del Grupo de Inteligencia de Negocios y Estadísticas Institucionales, anexando los siguientes documentos para su verificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Matriz de riesgos</li> <li>-Formato de solicitud para creación, modificación o eliminación de documentos del SIG. (Según el caso).</li> <li>-Acta de reunión</li> <li>-En el caso de las ORIPS solo se aceptarán las matrices que remita la Dirección Técnica de Registro.</li> </ul>	<p>Verificadas las matrices enviadas a la OAP, aportada por cada proceso, se evidenció que se cumple parcialmente, debido que no se adjuntaron las actas de reuniones, formatos de solicitud creación o modificación o eliminación de documentos del SISG.</p>
14	<p>Cargar matrices aprobadas a OneDrive.</p>	<p>El resultado de la verificación, es un cumplimiento parcial, debido a que la Oficina Asesora de Planeación indico que 14 procesos no han reportado matrices de riesgos, por ende no reposan en la carpeta OneDrive.</p>
15	<p>Construir Mapa de Riesgos Institucional y de Corrupción.</p>	<p>Verificada las matrices de mapa de riesgos, se evidenció el cumplimiento de la construcción de la matriz para el seguimiento a los Riesgos de</p>

No. Actividad	Descripción de la actividad	Comentario OCIG
		Corrupción, no obstante, se evidenció la necesidad de fortalecer su estructura en cuanto a la redacción y seguimiento de los controles, asimismo, al monitoreo realizado por la Segunda Línea de Defensa y el seguimiento efectuado por la Tercera Línea de Defensa.

Fuente: Elaboración propia OCIG.

Del anterior seguimiento realizado al procedimiento “*Formulación De Riesgos y/o Oportunidades*”, se determinó el cumplimiento parcial de las actividades contempladas en dicho procedimiento.

## 2. SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN

Consultada la página Web de la Superintendencia de Notariado y Registro, a través del enlace de Transparencia y Acceso a la Información Pública, numeral 9 - *Obligación de Reporte de Información*, se encontró publicado el Mapa de Riesgos de Corrupción 2023 en su Versión 1, el cual contiene en su estructura, los siguientes componentes: Responsable, Riesgo u Oportunidad, Nombre del Riesgo, Causas, consecuencias y Análisis del Control, Actividades de Control frente al Impacto, Valoración (después de Controles) y Acciones de Tratamiento. Sin embargo, se evidencia que no se incluye el tipo de control y su naturaleza, lo cual es relevante a fin de poder realizar su seguimiento.

### 2.1. CLASIFICACIÓN DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN

Frente al seguimiento a la matriz Mapa de Riesgos de Corrupción; se evidenció la identificación e inclusión de 22 riesgos de corrupción para la Superintendencia de Notariado y Registro, no obstante, la Oficina Asesora de Planeación reportó que actualmente la SNR cuenta con un total de 67 procesos distribuidos en 19 macroprocesos, de los cuales los 14 procesos no han identificado y reportado riesgos:

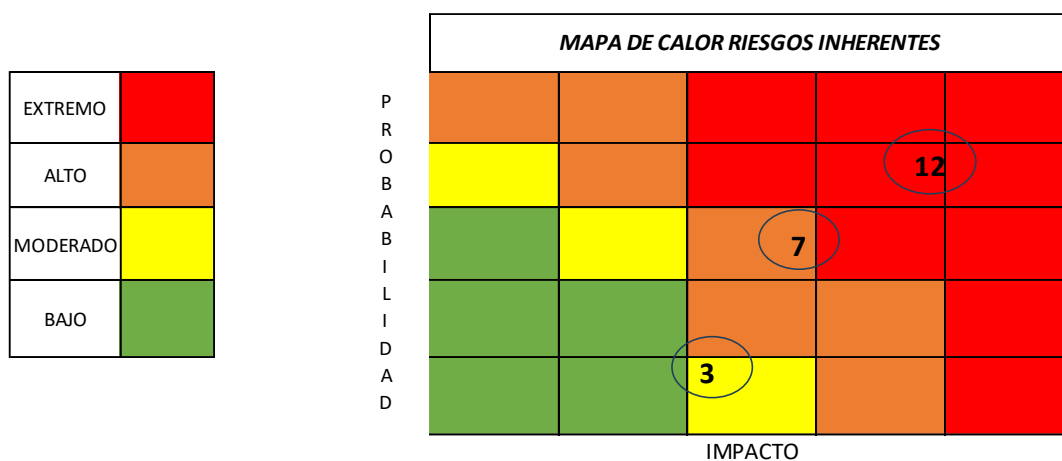
- Programación presupuestal
- Cooperación y Relaciones Nacionales e Internacionales.
- Gestión de la Innovación
- Gestión Investigación Institucional
- Preservación y Conservación Documental
- Planeación Documental y Mejora Continua
- Administración Pensional
- Formulación y Seguimiento a Planes de Mejoramiento.
- Sistema de Gestión Ambiental
- Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.

La anterior información debe ser verificada por la Oficina Asesora de Planeación, debido a que en el Informe de Monitoreo Riesgos I Cuatrimestre 2023 realizado por la dependencia en mención, indica que 14 procesos no han identificado y reportado riesgos, sin embargo, solo se relacionan 11 procesos; lo anterior presenta una diferencia de 3 procesos que no han identificado riesgos.

## 2.2. ZONAS DE RIESGOS

En la verificación realizada por la Oficina de Control Interno de Gestión a los Riesgos de Corrupción del Primer Cuatrimestre 2023, se evidenció que la Superintendencia de Notariado y Registro, obtuvo un resultado del análisis riesgos inherentes conforme a las zonas de riesgo, así; Extrema 12 (55%), Alta 7 (32%) y Moderada 3 (14%).

**Gráfico N° 1.** Mapa de calor riesgos inherentes.

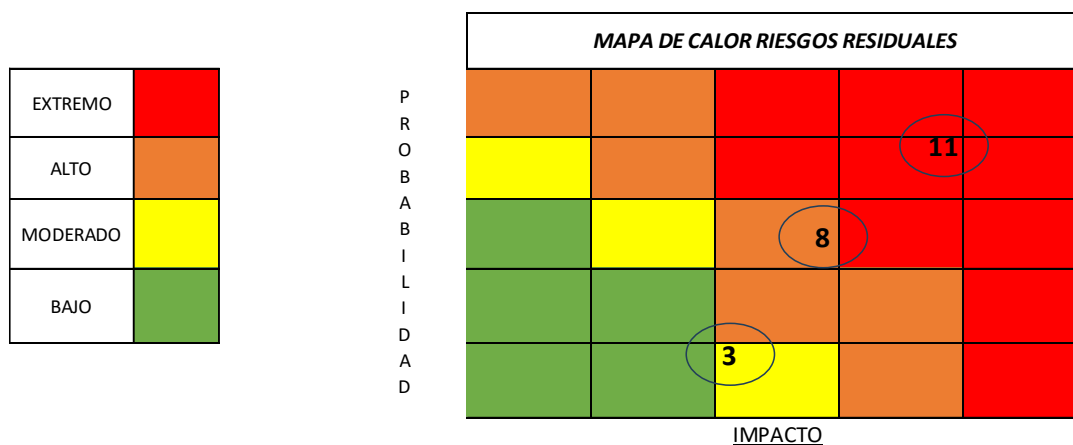


Fuente: Elaboración propia OCIG.

Del anterior Mapa de Calor, se evidenció que el 86% del total de los riesgos inherentes, se encuentran en una zona de riesgo extrema y alta por tratarse de Riesgos de Corrupción, debido al impacto que pueden llegar a tener en la Entidad.

Asimismo, se evidenció que la Entidad en el resultado del análisis riesgo residual calificó los riesgos de corrupción después de efectuar los controles en las siguientes zonas de riesgo, así; Extrema 11 (50%), Alta 8 (36%) y Moderada 3 (14%), como se detalla en el siguiente mapa de calor.

**Gráfico N° 2.** Mapa de calor Riesgos Residuales.



Fuente: Elaboración propia OCIG.



De la gráfica N° 2 se concluye que el 86% de los riesgos residuales se encuentran situados en zona extrema y alta, después de la aplicación de controles. Lo anterior, se debe al impacto negativo que los riesgos de corrupción pueden ocasionar a la Entidad, lo que dificulta disminuir dichas zonas; no obstante, un riesgo disminuyó la zona en la que se encontraba pasando de extremo a alto. Sin embargo, se debe verificar el cumplimiento de los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, con la finalidad de implementar y mantener controles efectivos que permitan disminuir la probabilidad de su materialización y realizar seguimientos oportunos y acciones del Plan de Tratamiento de Riesgos.

Igualmente; verificado el sistema de controles implementados, se identificó que el 95% de estos son manuales y solo el 5% son automáticos, el cual corresponde al proceso Administración Documental. De lo anterior, se concluye que los controles implementados al interior de la SNR pueden aumentar por causa del error humano, por ello se hace necesario aumentar la implementación y mantenimiento de controles automáticos que permitan disminuir dicha probabilidad.

### 2.3. RIESGOS MATERIALIZADOS

De acuerdo con lo indicado en los informes del monitoreo a los riesgos realizados por la Primera y Segunda Línea de Defensa, no se reportó la materialización de riesgos de corrupción.

### 2.4 VERIFICACIÓN DE LA EJECUCIÓN DE LOS CONTROLES, NIVEL CENTRAL

Verificada la ejecución de los controles de los procesos pertenecientes al nivel central, se validó en la OneDrive, los soportes de monitoreo realizado por la Primera Línea de Defensa, los cuales contaban con los riesgos de corrupción, identificando lo siguiente:

**Tabla N° 3.** Verificación ejecución de Controles para el I cuatrimestre de 2023

PROCESO	NOMBRE DEL RIESGO	ANÁLISIS DE LA EJECUCIÓN – OCIG	OBSERVACIÓN OCIG (Ejecución control y efectividad)
NOTIFICACIONES	Posibilidad de tomar decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros para omitir la publicación o envío de información por los canales institucionales.	Verificada la OneDrive, para el Control 1, se evidencia el cuadro de control de publicaciones diarias; sin embargo, de acuerdo con la actividad de control, la evidencia son los correos entre las partes que participan del proceso. Para el control 2- anexan Informe de publicaciones por mes, lo cual difiere del control establecido en el Mapa de Riesgos. Sin embargo, se observa que fue puesta en las evidencias del control, pero no hay soportes que permitan determinar las revisiones previas de las publicaciones y su efectividad al ser ejecutadas; ni los registros de los contrastes de todo documento administrativo sujeto a publicar.	INEFECTIVO
VISITAS A LOS SUJETOS OBJETO DE SUPERVISIÓN	Posibilidad de desviar recursos físicos o económicos por acción u omisión y abuso del poder se generen pérdidas de acta de visita para la desviación de la gestión de lo público y favorecer al notario	Verificado el Mapa de Riesgos del proceso, se identificó que para las causas: #2- <i>“El recurso humano es insuficiente”</i> y #4- <i>“Ofrecimiento de dadas con el fin de recibir un beneficio indebido por acción u omisión”</i> , no tiene un control asociado. Con éste, se incumple con lo señalado en la Guía para el Diligenciamiento de Matriz de Riesgos, v.2, del 13/12/2021, numeral 2.3-Análisis de Controles: <i>“toda causa debe tener asociado un control, ya sea de clase preventivo o detectivo”</i>	INEFECTIVO

PROCESO	NOMBRE DEL RIESGO	ANÁLISIS DE LA EJECUCIÓN – OCIG	OBSERVACIÓN OCIG (Ejecución control y efectividad)
VISITAS A LOS SUJETOS OBJETO DE SUPERVISIÓN	Posibilidad de tomar decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros durante la ejecución de las visitas por acción u omisión y/o beneficio privado	Verificado el Mapa de Riesgos del proceso, se identificó que para la causa #2 “Desplazamiento masivos, migraciones, orden público, pandemias, huelgas, paros, factores ambientales” no se identifica control asociado. Razón por la cual, se estaría incumpliendo con lo señalado en la Guía para el Diligenciamiento de Matriz de Riesgos, v.2, del 13/12/2021, numeral 2.3-Análisis de Controles: “ <i>toda causa debe tener asociado un control, ya sea de clase preventivo o detectivo</i> ”. Así mismo, se observó que fue establecido un control de tipo correctivo; sin embargo, frente a este aspecto, la Guía para el Diligenciamiento de Matriz de Riesgos, v.1, del 13/12/2021, señala en el numeral 2.3-Análisis de Controles: “ <i>Si su riesgo es de corrupción, tenga en cuenta que ningún control de clase correctivo le va a servir, en este caso deberá realizar un plan de acción o un protocolo de contingencia</i> ” y no se evidenciaron en la OneDrive los soportes de ejecución del plan de acción.	INEFECTIVO
INTERVENCIÓN A SUJETOS OBJETO DE SUPERVISIÓN	Posibilidad de tomar decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros durante la ejecución de las Intervenciones a las ORIP	1. Presentó informe de monitoreo a riesgos para el primer cuatrimestre de 2023, sin embargo, el informe está en un formato desactualizado, ya que se observa el Código: MP - CNGI - PO - 03 - PR - 02 - FR - 02. Versión: 01, Fecha: 12/02/2021. 2. Presentó solicitud para creación, modificación, fusión o eliminación de documentos de fecha 25-04-2022, y aprobado el 29-04-2022; no obstante, el formato utilizado corresponde a la versión 4, de 23-06-20 el cual se encuentra desactualizado frente a la versión 1 de 31-01-2022. 2. Conforme se analizó el riesgo en el informe presentado por el líder del proceso, este riesgo no se materializó.	INEFECTIVO
PROCESOS DISCIPLINARIOS A SUJETOS OBJETO DE SUPERVISIÓN	Posibilidad de desviar recursos físicos o económicos para favorecer un interés privado a través de la pérdida de expediente.	1. Presentó informe de monitoreo a riesgos para el primer cuatrimestre de 2023, sin embargo, el informe está en un formato desactualizado, ya que se observa el Código: MP - CNGI - PO - 03 - PR - 02 - FR - 02. Versión: 01, Fecha: 12/02/2021. 2. Presentó solicitud para creación, modificación, fusión o eliminación de documentos de fecha 25-04-2022, y aprobado el 29-04-2022; no obstante, el formato utilizado corresponde a la versión 4, de 23-06-20 el cual se encuentra desactualizado frente a la versión 1 de 31-01-2022. 2. Conforme se analizó el riesgo en el informe presentado por el líder del proceso, este riesgo no se materializó.	INEFECTIVO
INTEROPERABILIDAD REGISTRO – CATASTRO MULTIPROPÓSITO	Posibilidad de tomar decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros durante la apertura del folio de matrícula inmobiliaria	Se evidenció la migración del riesgo al formato MP – CNGI – PO – 03 –PR – 01 – FR – 01. Versión 2; señala que la fecha de aprobación del mapa de riesgos fue: al 20 de diciembre de 2021, sin embargo, no cuenta con el formato diligenciado de “ <i>Solicitud Para Creación, Modificación, Fusión O Eliminación De Documentos Del SIG De Calidad</i> ”, teniendo en cuenta que es un nuevo proceso, con dos riesgos de corrupción. Por lo anterior, no se realiza la evaluación de este riesgo, dado que aún no	INEFECTIVO

PROCESO	NOMBRE DEL RIESGO	ANÁLISIS DE LA EJECUCIÓN – OCIG	OBSERVACIÓN OCIG (Ejecución control y efectividad)
		está debidamente aprobado por la Oficina Asesora de Planeación."	
INTEROPERABILIDAD REGISTRO - CATASTRO MULTIPROPÓSITO	Posibilidad de tomar decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros durante la elaboración de las verificaciones técnicas que no se ajusten a los procedimientos dispuestos en la normatividad vigente.	Se evidenció la migración del riesgo al formato MP – CNGI – PO – 03 –PR – 01 – FR – 01. Versión 2; señala que la fecha de aprobación del mapa de riesgos fue: al 20 de diciembre de 2021, sin embargo, no cuenta con el formato diligenciado de "Solicitud Para Creación, Modificación, Fusión O Eliminación De Documentos Del SIG De Calidad", teniendo en cuenta que es un nuevo proceso, con dos riesgos de corrupción. Por lo anterior, no se realiza la evaluación de este riesgo, dado que aún no está debidamente aprobado por la Oficina Asesora de Planeación."	INEFECTIVO
GESTIÓN DE INCORPORACIÓN DE TECNOLOGÍA	Posibilidad de tomar decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros para que por acción u omisión, uso de poder, se adquiriera hardware y software para favorecerlos, buscando la desviación de lo público.	Verificado el Riesgo y el control, se evidencia que el control presenta debilidades en su diseño, seguimiento y monitoreo. Asimismo, no se allegó evidencias que soportes la ejecución del control. Se recomienda verificar el diseño del control establecido y acoger la metodología dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Verificada la carpeta de evidencia, no se adjuntaron soportes para el riesgos 4.	INEFECTIVO
NÓMINA	Posibilidad de tomar decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros al liquidar inadecuadamente el pago de las Cesantías en el mes 13, generando doble valor pagado, para desviar la gestión de lo público.	Verificado el Riesgo y el control, se evidencia que el control presenta debilidades en su diseño, seguimiento y monitoreo. Asimismo, no se allegó evidencias que soportes la ejecución del control. Se recomienda verificar el diseño del control establecido y acoger la metodología dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Verificada la carpeta de evidencias, se observa la relación de soportes como informes sobre el trámite de pago de cesantías.	INEFECTIVO
ADMINISTRACIÓN DOCUMENTAL	Posibilidad de uso indebido de información privilegiada en el acervo documental en beneficio de intereses propios o de terceros	Verificado el Riesgo y el control, se evidencia que el control presenta debilidades en su diseño, seguimiento y monitoreo. Asimismo, no se allegó evidencias que soportes la ejecución del control. Se recomienda verificar el diseño del control establecido y acoger la metodología dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública. En la carpeta de evidencia, se observó la relación de soportes como actas de visitas técnicas de reconocimiento, certificados de permanencia para legalización de comisión de servicios, entre otros.	INEFECTIVO
RECAUDOS	Posibilidad de realizar cobros indebidos para Generar pagos de subsidios a notarios que no cumplen los requisitos para este derecho	Verificado el Riesgo y el control, se evidencia que el control presenta debilidades en su diseño, seguimiento y monitoreo. Se recomienda verificar el diseño del control establecido y acoger la metodología dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Se relacionan evidencias sobre pagos de subsidios, revisión de informes y conciliación bancaria.	INEFECTIVO

PROCESO	NOMBRE DEL RIESGO	ANÁLISIS DE LA EJECUCIÓN – OCIG	OBSERVACIÓN OCIG (Ejecución control y efectividad)
PAGOS INSTITUCIONALES	Posibilidad de tomar decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros por acción u omisión se duplican los pagos, desviando la gestión de lo público para el beneficio de un particular	Verificado el Riesgo y el control, se evidencia que el control presenta debilidades en su diseño, seguimiento y monitoreo. Se recomienda verificar el diseño del control establecido y acoger la metodología dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Verificada la carpeta de evidencias, se encuentran ocho (8) archivos que corresponden a correos enviados con el pantallazo del SISG haciendo referencia a que no se cuenta con cuentas de cobro para pagar.	INEFECTIVO
COMISIONES VIÁTICOS	Posibilidad de desviar recursos físicos o económicos en favor de un tercero, asignados al rubro de viáticos por acción y omisión	Verificado el Riesgo y el control, se evidencia que el control presenta debilidades en su diseño, seguimiento y monitoreo. Se recomienda verificar el diseño del control establecido y acoger la metodología dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública. En la carpeta de evidencias, se anexan soportes de los correos enviados con la relación de las comisiones pendientes de legalizar para los meses de enero, febrero, marzo y abril.	INEFECTIVO
GESTIÓN PRECONTRACTUAL, CONTRACTUAL, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DE PROCESOS CONTRACTUALES	Posibilidad de tomar decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros durante la etapa precontractual, contractual y postcontractual	Verificado el Riesgo y el control, se evidencia que el control presenta debilidades en su diseño, seguimiento y monitoreo. Se recomienda verificar el diseño del control establecido y acoger la metodología dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Verificada la carpeta de evidencias, se adjuntaron los siguientes soportes: estructura acto administrativo para designar supervisor, procesos de mínima cuantía y pantallazo de SECOP con información de contratos.	INEFECTIVO
JURISDICCIÓN COACTIVA	Posibilidad de uso indebido de información privilegiada en la ejecución del procedimiento de cobro coactivo	Verificado el Riesgo y el control, se evidencia que el control presenta debilidades en su diseño, seguimiento y monitoreo. Se recomienda verificar el diseño del control establecido y acoger la metodología dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública. En la carpeta de evidencias, se adjuntó el soporte de declaración de no conflictos de intereses.	INEFECTIVO
ADMINISTRACIÓN JUDICIAL	Posibilidad de tomar decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros en la contestación de las demandas.	Verificado el Riesgo y el control, se evidencia que el control presenta debilidades en su diseño, seguimiento y monitoreo. Se recomienda verificar el diseño del control establecido y acoger la metodología dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública. En la carpeta de evidencias se adjuntó acta del comité de conciliación y defensa judicial y una tabla con la relación de nueve (9) acciones judiciales.	INEFECTIVO
GESTIÓN DISCIPLINARIA INTERNA	Posibilidad de tomar decisiones ajustadas a intereses propios o de terceros en los tiempos para adelantar los procesos disciplinarios que conlleven a prescripción o caducidad	Verificado el Riesgo y el control, se evidencia que el control presenta debilidades en su diseño, seguimiento y monitoreo. Se recomienda verificar el diseño del control establecido y acoger la metodología dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública.	INEFECTIVO

PROCESO	NOMBRE DEL RIESGO	ANÁLISIS DE LA EJECUCIÓN – OCIG	OBSERVACIÓN OCIG (Ejecución control y efectividad)
	de la acción o sanción disciplinaria por bajo impulso procesal.	En la carpeta de evidencias adjuntaron certificados de expedientes de digitalización, actas de reasignación y acta de devolución de expedientes	
AUDITORIAS DE GESTIÓN	Posibilidad de uso indebido de información privilegiada en la elaboración de los diferentes informes	Verificado el riesgo y el control, se evidencia que el control presenta debilidades en su diseño, seguimiento y monitoreo. Se recomienda verificar el diseño del control establecido y acoger la metodología dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública. En la carpeta de evidencias, se adjuntaron soportes de aceptación de plan anual de auditorías por parte de funcionarios, contratistas, los formatos de compromiso, carta de compromiso y carta de representación.	INEFECTIVO

Fuente: Información reportada OAP – Elaboración propia OCIG.

Al revisar la tabla N° 3, se observó que la ejecución de los controles, se encontraron diferentes situaciones presentadas por las cuales se determinó su ineffectividad, como son: algunos procesos no suministran la información que permita evidenciar la ejecución de controles y la efectividad, se suministra las evidencias de manera parcial, suministran evidencias que no corresponden al control definido en la matriz de riesgos, en la redacción de los controles, no aplican la metodología dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Expuesto lo anterior, en la información que contiene la matriz de riesgos de corrupción de la SNR que reposa en la pág. Web, no es posible identificar el cumplimiento de los controles toda vez que la redacción de estos no incluyen los elementos a verificar, por lo cual se requiere verificar los lineamientos del DAFP e implementar controles que prevengan las causas generadoras de los riesgos.

Cabe señalar, que la responsabilidad en la evaluación de esta ejecución de controles corresponde inicialmente a las Primeras Líneas De Defensa, como autocontrol que debe realizar cada proceso. Asimismo, dada la falta de evidencias aportadas por la Oficina Asesora de Planeación frente a la asesoría realizada a cada uno de los procesos; cabe resaltar, que las responsabilidades que les asisten como Segundas Líneas De Defensa, conforme a lo señalado en el numeral 8.3 *responsabilidades* de la Política de Administración de Riesgos, debe: “Orientar a las instancias de dirección en el marco más adecuado para la gestión de riesgos”, “formular la metodología a ser empleadas por la primera línea de defensa para gestionar adecuadamente los riesgos a los que se ven expuestos” y “Acompañar a la primera línea de defensa en el diseño de controles para la gestión de riesgos y problemas, aportando su visión independiente”, entre otros.

## 2.5 VERIFICACIÓN AL MONITOREO Y GESTIÓN REALIZADO POR LAS ORIP

Se verificaron en la OneDrive, los soportes correspondientes al monitoreo realizado por las Direcciones Regionales, para las Oficinas de Registro de Instrumentos Públicos - ORIP de su jurisdicción, quienes han reportado la siguiente información, respecto a la gestión de riesgos realizada por las Oficinas de Registro, y como Primera Línea de Defensa:

**Tabla N° 4.** Relación de ORIPs que no gestionaron los Riesgos de Corrupción.

ORIPS QUE NO GESTIONARON LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN					
Cerete	Andes	Armero-Guayabal	El Cocuy	La Mesa	San Martín

ORIPS QUE NO GESTIONARON LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN					
Ciénega	Fredonia	Bogotá Zona Norte	Facatativá	Melgar	Puerto Asís
Lorica	Ituango	Bucaramanga	Gacheta	Miraflores	Yopal
Riohacha	Jericó	Cáqueza	Guamo	Moniquirá	Florencia
Sabanalarga	Manzanares	Chaparral	Guateque	Ocaña	Leticia
Sitio nuevo	Puerto Berrio	Charalá	Honda	Pacho	Segovia
Santa Rosa De Cabal	Soata	Chiquinquirá	Zipaquirá	Puerto Boyacá	Ubaté
Santa Rosa De Osos	Socha	Chocontá	Purificación	Tumaco	Convención
Soacha	La Unión	-	-	-	-

Fuente: Información reportada por la OAP – Elaboración propia OCIG.

**Tabla N° 5.** Relación ORIPs que gestionaron parcialmente los riesgos de corrupción.

ORIPS QUE GESTIONARON PARCIALMENTE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN		
Bogotá Zona Sur	Palmira	Pitalito
Cajamarca	Puerto Tejada	San Andrés
Concepción	Ipiales	Sogamoso
Contratación	Guapi	Guaduas
Duitama	Bolívar	Málaga
Espinal	Santander de Quilichao	Istmina

Fuente: Información reportada por la OAP – Elaboración propia OCIG.

Conforme a lo evidenciado en la Tabla N° 4 y N° 5, se presenta incumplimiento a lo señalado en la Política General para la Administración de Riesgos, numeral 8.2 *Primera Línea de Defensa*; la cual determina sus responsabilidades, que indica en el numeral 2. “Revisar el adecuado diseño y ejecución de los controles establecidos para la mitigación de los riesgos, en el marco de sus procedimientos de supervisión” y numeral 8. “El monitoreo y revisión periódica de la gestión de riesgos por parte de la primera línea de defensa se hará en las siguientes fechas (...)”

Igualmente, de forma general se encontraron las siguientes situaciones recurrentes:

- Desactualización de la matriz de los riesgos; algunos no están vigentes o se encuentran sin culminar su construcción.
- Desactualización de los formatos tanto de matriz de riesgos como de informe del monitoreo
- En la portada de los informes, no se registra el nombre de la ORIP y la periodicidad a la que pertenece.
- En algunas ORIP, la redacción de los riesgos y el orden de éstos no es el mismo en la matriz y en el informe, por lo que se recomienda guardar el mismo orden con el fin de no generar confusión al momento de realizar el respectivo monitoreo y seguimiento.

**Tabla N°6.** Relación ORIPs que gestionaron los riesgos de corrupción.

ORIPs QUE GESTIONARON LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN			
Aguachica	Abejorral	Agua de Dios	Támesis
Barranquilla	Aguadas	Ambalema	Titiribí
El Carmen de Bolívar	Amalfi	Barichara	Turbo
Cartagena	Anserma	Barranbermeja	Urrao
Chimichanga	Apartado	Bogotá Zona Centro	Yarumal
Chinú	Apia	Cachira	Tuquerres
Corozal	Armenia	Chinacota	Samaniego
El Banco	Belen De Umbria	Cúcuta	Quibdo
Fundacion	Bolivar Antioquia	Fresno	Mitu
Magangue	Calarca	Fusagasuga	Mocoa
Maicao	Caucasia	Garagoa	Pasto
Mompos	Dabeiba	Garzón	Barbacoas
Montelibano	Dosquebradas	Girardot	Silvia
Monteria	Filandia	Ibagué	Caloto
Plato	Frontino	La Palma	Patia
Sahagún	Girardota	La Plata	Santo Domingo
San Andrés Islas	La Ceja	Líbano	Santuario
San Juan del Cesar	La Dorada	Neiva	Sonson
San Marcos	Manizales	Pamplona	Sopetran
Santa Marta	Marinilla	Piedecuesta	Villavicencio
Simití	Medellín Zona Norte	Puente Nacional	Acacisa
Since	Medellín Zona Sur	Ramiriqui	Arauca
Sincelejo	Neira	Salazar de las Palmas	Puerto Inirida
Sitionuevo	Pacora	San Gil	Puerto Carreño
Soledad	Pensilvania	San Vicente de Chucuri	Cartago
Valledupar	Pereira	Santa Rosa de Viterbo	Roldanillo
Rionegro	Yolombo	Socorro	Buenaventura
Rio sucio	Tunja	Cali	Popayán
Salamina	Vélez	Buga	Sevilla
Santa Bárbara	Zapatoca	Tuluá	Santa Fe De Antioquia
San José del Guaviare	-	-	-

**Fuente:** Información reportada por la OAP – Elaboración propia OCIG.

Las Direcciones Regionales, como Primera Línea de Defensa o Coordinador de la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, han reportado que de manera general para las 195 ORIP, no obstante, se evidenció el siguiente cumplimiento; el 62% de éstas, dieron cumplimiento a la gestión del riesgo de corrupción; el 26% no dio cumplimiento a la gestión y el 10% dio un cumplimiento parcial a la gestión del riesgo; lo anterior, dado que algunos casos no realizaron el informe de monitoreo y en otros casos, no aportaron evidencias de la ejecución de los controles.

Tabla N° 7. Revisión Monitoreo de Riesgos – ORIPs.

PROCESO	NOMBRE DEL RIESGO	ANÁLISIS DE LA EJECUCIÓN – OCIG	OBSERVACIÓN OCIG (Ejecución control y efectividad)
GESTIÓN JURÍDICA REGISTRAL	Desvío de recursos físicos o económicos durante el desarrollo del procedimiento expedición de certificados de tradición y exentos.	De forma general, se ha identificado el aporte de las evidencias, sin embargo, en algunas ORIP, para las solicitudes de certificado exento, no se identifica el documento contra el cual se valida y soporta su expedición, tampoco es claro el nombre de quien firma y autoriza.  Respecto a los certificados reimpresos, no se está registrando en el formato el nombre completo de quienes realizan el trámite y su respectiva aprobación, por lo que se recomienda que el control se ejecute conforme se establece. Las evidencias, en la carpeta OneDrive, no se encuentran discriminadas por riesgo y controles, por lo que se dificulta realizar la evaluación correspondiente.  Verificada la carpeta OneDrive, se observan evidencias de la ejecución del control, sin embargo, no es posible corroborar dentro del periodo evaluado, las fechas en que se cumplió con los términos establecidos para la calificación de los documentos. Esta situación, no permite evidenciar la efectividad en la ejecución del control.	INEFECTIVO
GESTIÓN JURÍDICA REGISTRAL	Desvío de recursos físicos o económicos en la agilización de trámites de registro en las ORIP	Verificada la carpeta OneDrive, se observan evidencias de la ejecución del control, sin embargo, no es posible corroborar dentro del periodo evaluado, las fechas en que se cumplió con los términos establecidos para la calificación de los documentos. Esta situación, no permite evidenciar la efectividad en la ejecución del control.	INEFECTIVO
GESTIÓN TECNOLÓGICO Y ADMINISTRATIVA	Desvío de recursos físicos o económicos durante la conciliación de los ingresos y anticipados diarios en la ORIP	Se reportaron evidencias de la ejecución del control, es importante que éstas ofrezcan mayor claridad; en la descripción de la actividad de control, se especifique cual es la evidencia que se reportará de forma concreta y se disponga de forma organizada a fin de facilitar su seguimiento y evaluación.	INEFECTIVO

Fuente: Información reportada por la OAP – Elaboración propia.

## 2.6 VERIFICACIÓN AL MONITOREO REALIZADO POR LAS SEGUNDAS LÍNEAS DE DEFENSA

De conformidad con la cultura del autocontrol al interior de la Entidad, y teniendo en cuenta lo señalado en la Política General para la Administración de Riesgos de la SNR, frente a las responsabilidades asignadas a las Segundas Líneas de Defensa, no se reportaron soportes que evidencien el monitoreo realizado a los Mapas de Riesgos, asimismo, en cada uno de los Mapas de Riesgos por Proceso, no se observa la inclusión de comentarios realizados al monitoreo, lo cual dificulta el seguimiento de la Tercera Línea de Defensa.

En cuanto a la realización del monitoreo y revisión de los riesgos materializados; se evidenció su inclusión en el informe realizado por la Oficina Asesora de Planeación, indicando que frente a su monitoreo, no se evidenció la materialización de algún riesgo de corrupción.



Al respecto, se recomienda realizar el monitoreo conforme a la periodicidad establecida e incluirla en el Mapa de Riesgos de Corrupción que reposa en la página Web de la Entidad, o en el Mapa de Riesgos consolidado, toda vez que la Oficina de Control Interno de Gestión, dentro de sus funciones verifica el monitoreo y cumplimiento de las Primeras y Segundas Líneas de Defensa.

### 3. EVALUACIÓN EFECTIVIDAD DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTOS

#### 3.1 PLAN DE MEJORAMIENTO SUSCRITO CON LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA.

Verificado el Plan de Mejoramiento producto de las auditorías realizadas por el Ente Externo de Control, la Oficina de Control Interno de Gestión identifico que no se cuenta con Hallazgos relacionados con Riesgos de Corrupción o Mapa de Riesgos.

#### 3.2 PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

La Oficina de Control Interno de Gestión; con la finalidad de evaluar la efectividad de los Planes de Mejoramiento, realizó la revisión de las acciones implementadas para subsanar las No Conformidades identificadas en los procesos de Auditorías Internas de Gestión o Seguimiento de Ley.

**Tabla N° 8.** Verificación Plan de Mejoramiento Institucional.

Código del Hallazgo	Tipo de No Conformidad	Descripción del Hallazgo	Actividades	Comentario y Recomendaciones OCIG	Estado
2019273	NCR- Recurrente	Conforme a la muestra seleccionada; se pudo observar, que el 61% de las Oficinas de Registro de la Superintendencia de Notariado y Registro, cargaron parcialmente los documentos que soportan la ejecución de los controles y el 9% no la subieron; esta situación se presenta por el desconocimiento y falta de aplicación de la metodología para la administración del riesgo. Esta no conformidad es recurrente, incumpliendo lo establecido en la Política General para la Administración de Riesgos definida por la Entidad.	Publicar y divulgar por medio de correo electrónico la infografía del ciclo de riesgos para dar a conocer las obligaciones en materia de riesgos de las ORIP.	Verificadas las evidencias aportadas por la Primera Línea de Defensa (ORIPs), se evidenció que la situación descrita en la No Conformidad continua presentándose, toda vez que el 26% no realizaron el cargue de información correspondiente a los riesgos de corrupción y el 10% realizó el cargue parcial de los documentos que soportan la ejecución de los controles. Expuesto lo anterior, no se recomienda el cierre de la No Conformidad.  Se requiere incluir acciones preventivas y/o correctivas que permitan subsanar la causa raíz de la situación presentada.	Inefectivo

2020102 R	NCR- Recurrente	<p>A partir de los mapas de riesgo de corrupción verificados a los procesos, se observó en la Tabla No.4; que no se cuenta con el establecimiento de actividades de control para las 28 causas identificadas en esta Tabla. Como se puede observar, existen causas no controladas, por lo tanto se considera que los controles existentes y propuestos en los mapas de riesgos y de corrupción presentan debilidades en su diseño, toda vez que no cumplen los criterios establecidos por el DAFP en la "Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas"- versión 4, en la cual se determinan aspectos prioritarios que deben contener dichos controles para su definición como son: Responsable, Periodicidad, Propósito, Actividad a realizar, Manejo de observaciones y/o desviaciones, Evidencias de ejecución. Estas debilidades presentadas, pueden llegar a generar que se materialicen los riesgos, conllevando a incumplimiento en los objetivos estratégicos de la Entidad, así como posibles observaciones por parte de los órganos de control.</p>	<p>Realizar mesas de trabajo con los procesos identificados que tienen causas sin control, para brindarles asesoría en el levantamiento de los mismos.</p>	<p>Verificados el Mapa de Riesgo de Corrupción consolidado por la Oficina Asesora de Planeación se identificó que los controles no se encuentran redactados conforme los lineamientos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, lo anterior, podría llegar a generar la materialización de estos. Expuesto lo anterior, no se recomienda el cierre de la No Conformidad.</p> <p>Se requiere incluir acciones preventivas y/o correctivas que permitan subsanar la causa raíz de la situación presentada. Asimismo, se recomienda que las Segundas Líneas de Defensa realicen asesoría y acompañamiento para el cumplimiento de dichos lineamientos.</p>	Inefectivo
2020103 R	NCR	<p>De los 24 procesos con riesgos de corrupción identificados, el 21% (5 procesos) de éstos, aún están en formatos de la versión 1 - vigencia 2019. Así mismo, con respecto al formato actualizado en febrero de 2020, se encontró que en el 100% (24 procesos) se encuentran desactualizados con respecto a la versión 3. Ver Tabla No.2. Incumpliendo los formatos establecidos por Direccionamiento Estratégico.</p>	<p>Realizar mesas de trabajo con los procesos de la Entidad, para apoyarlos en la migración de sus riesgos a la versión final de la matriz de riesgos.</p>	<p>Para el presente seguimiento no fue posible verificar todos los Mapas de Riesgos de Corrupción, debido a que 14 procesos no lo han elaborado, conforme a lo reportado por la Oficina Asesora de Planeación. Asimismo, en la carpeta OneDrive donde reposa las evidencias de la ejecución de las acciones de Mejora, no se evidenció el cargue de soportes como actas de reuniones, grabaciones o listados de asistencias, que den cuenta a la realización de las mesas de trabajo. Expuesto lo anterior, no se recomienda el cierre de la No Conformidad.</p>	Inefectivo

				Se sugiere suscribir acciones preventivas y/o correctivas que subsane la causa que dio origen a la No Conformidad.	
2020105	NCR	<p>Con base en la ubicación de los riesgos dentro de la zona de riesgo inherente y residual de la matriz de valoración, se encuentra desactualización de la escala de criticidad, teniendo en cuenta la probabilidad e impacto determinado, versus la calificación dada en la zona de riesgo tanto inherente como residual. Por lo anterior, se encuentra que ésta no ha sido actualizada. Al respecto la Oficina Asesora de Planeación manifiesta que este resultado es debido a la actualización que vienen realizando los diferentes procesos de la entidad, en cuanto a temas relacionados con el objetivo del proceso, los controles identificados, la actualización de procedimientos e indicadores, en desarrollo de la reingeniería que se adelanta al interior de la Superintendencia. Lo anterior en el entendido que todo riesgo de corrupción requiere de establecer controles o acciones inmediatas para generar una variación significativa en el número de riesgos en zona de riesgo extrema, de conformidad con la Guía para la administración del riesgo y el Diseño de Controles en Entidad Pública V.4.</p>	Realizar mesas de trabajo con los procesos de la SNR que tienen identificados riesgos de corrupción.	<p>Teniendo en cuenta lo indicado por la Oficina Asesora de Planeación la cual señala que los procesos que no han identificado riesgos, se encuentran en proceso de su elaboración. Asimismo, debido a que la Política General para la Administración del Riesgo se encuentra en proceso de actualización la presente No Conformidad requiere mantenerse en periodo de madurez, hasta poder determinar si las acciones implementadas por la Segunda Línea de Defensa son subsanan lo identificado, con relación a las zonas de riesgos en las que se encuentran los riesgos de corrupción. Asimismo, en la carpeta OneDrive donde reposa las evidencias de la ejecución de las acciones de Mejora, no se evidenció el cargue de soportes como actas de reuniones, grabaciones o listados de asistencias, que den cuenta a la realización de las mesas de trabajo.</p> <p>Se recomienda a la OAP realizar la agrupación de No Conformidades que versen sobre el mismo asunto como lo son: 20211031, 2020105 y 2020103.</p>	En periodo de madurez

20211029	NCR- Recurrente	<p>En la revisión efectuada a la efectividad obtenida en la ejecución de los controles establecidos para el cuatrimestre Mayo-Agosto de 2021, se observó que existen evidencias de ejecución del primer control (mandamientos de pago); sin embargo, para el segundo control, no se subieron evidencias que permitan determinar su ejecución.</p> <p>Según el análisis realizado al diseño de los dos controles, éstos se encuentran con un puntaje promedio de 50 puntos, por lo cual el rango del control actual, en su diseño se ubica en "Débil"; y el Resultado de la solidez del conjunto de controles (es decir del conjunto entre el diseño y la ejecución), presenta un puntaje inferior a 50 puntos, encontrándose en el rango "Débil"; motivo por el cual se recomienda implementar acciones de mejora, para fortalecer la solidez del conjunto de controles establecidos.</p>	<p>1) Realizar mesas de trabajo interna para la validación de causas y controles en la matriz de riesgos del proceso de jurisdicción coactiva.</p> <p>2) Realizar mesa de trabajo con la Oficina Asesora de Planeación para revisar las causas detectadas y redactar los controles para las mismas.</p>	<p>En la verificación realizada, se observó el cargue de evidencias como informe ejecutivo, correos del envío de la matriz de riesgos, no obstante no se allegaron actas o listado de asistencia que den cuenta de la ejecución de las dos acciones propuestas en el Plan de Mejoramiento, asimismo, se continua evidenciando debilidades en el diseño de los controles, lo cual no da cumplimiento a lo establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Expuesto lo anterior, no se recomienda el cierre de la presente No Conformidad. Se recomienda implementar controles preventivos y/o correctivos que subsanen lo evidenciado por el auditor.</p>	Inefectivo
20211031	NCR	<p>Al realizar la verificación a la información reportada en el consolidado v.3, versus la información contenida en la OneDrive, correspondiente a procesos con riesgo de corrupción, se identificaron las siguientes situaciones: Se observó que en la OneDrive hay dos matrices de riesgos, una desactualizada en su formato (v.1) y la otra en la versión actual (v.3); sin embargo, en la versión actual de la matriz de riesgos subida a la OneDrive, no se identifica el riesgo de corrupción y el nombre del riesgo que allí se registra, difiere del reportado en el consolidado OAP y subido a la página Web. No hay informe de monitoreo a riesgos para el segundo cuatrimestre/21, situación que no permiten identificar el enfoque del riesgo y dentro del reporte de actualizaciones para el segundo cuatrimestre/21, presentado por Planeación, No se reportó como un proceso que haya realizado ajustes, modificaciones o cambios en la Matriz de Riesgos (no hay soportes de ajustes realizados a los riesgos identificados). Por las situaciones mencionadas anteriormente</p>	<p>1) Revisión de la matriz de riesgos VUR.</p> <p>2) Actualización de los riesgos en el formato vigente.</p> <p>3) Seguimiento en la realización de las acciones formuladas para mitigar el riesgo de corrupción.</p>	<p>Verificada la carpeta OneDrive de los Planes de Mejoramiento Institucional, se evidencia que la Dirección Técnica Registral no realizó el cargue de las evidencias que soporten la ejecución de las tres (3) acciones de mejora formuladas por la dependencia. Asimismo, en la revisión realizada a los mapas de Riesgos de la ORIPs se evidenció que las evidencias de la ejecución de los controles fueron reportados parcialmente y el diseño de controles no dan cumplimiento a lo establecido por el DAFP.</p>	Inefectivo

		y teniendo en cuenta que existe incertidumbre respecto a si existe o no, riesgos de corrupción para el proceso, de acuerdo con la información subida para el presente cuatrimestre y cotejada por esta Oficina, no es posible realizar la evaluación al riesgo de corrupción reportado por la OAP para este proceso, hasta tanto sean subsanadas las observaciones. Esta situación de incertidumbre en la información reportada a través de la OneDrive, podría conllevar a una No Conformidad Real, por el riesgo de no dar cumplimiento a lo señalado en la Política de Riesgos.		Expuesto lo anterior, no se recomienda el cierre de la No Conformidad.  Se recomienda, utilizar documentos actualizados y aportar las evidencias de la ejecución del Plan de Mejoramiento.	
20211032	NCR- Recurrente	Se evidencian debilidades en el análisis, diseño y ejecución de los controles, dado que se observó que para algunos riesgos: 1- No fueron cubiertas la totalidad de las causas identificadas; así mismo, 2- En el diseño de controles para los procesos que presentaron una calificación entre Débil y Moderado generada por la no aplicación de las 6 variables para su identificación; 3- Similar situación de falencias se encontraron en la ejecución de los controles, para los procesos que obtuvieron una calificación de la solidez del conjunto de controles en Débil o Moderado. 4- Oficinas de Registro y Direcciones Regionales que no realizan la ejecución del control y/o no realizan el monitoreo a los riesgos identificados. Estas situaciones generan inobservancia a lo establecido en la Guía para la identificación de riesgos, oportunidades, evaluación del diseño y efectividad de controles, capítulo 5 "Pasos para identificar el riesgo", así como lo señalado en la Política de Riesgos.	1. Modificar la matriz de riesgos asociada al proceso de Nómina en relación con los riesgos de corrupción, mejorando el diseño y ejecución de los controles.  2. Modificar la matriz de riesgos asociada al proceso de Nómina en relación con los riesgos de corrupción, mejorando el diseño y ejecución de los controles.  3. Modificar la matriz de riesgos asociada al proceso de Nómina en relación con los riesgos de corrupción, mejorando el diseño y ejecución de los controles. Modificar la matriz de riesgos asociada al proceso de Nómina en relación con los riesgos de corrupción, mejorando el diseño y ejecución de los controles.	Verificada la carpeta OneDrive donde reposan las evidencias de la ejecución de las acciones propuestas en el Plan de Mejoramiento, no se evidenció la carpeta correspondiente a la No Conformidad N° 20211032.  Dado lo anterior, no es posible verificar el cumplimiento del Plan de Mejoramiento, por lo cual no se recomienda el cierre de la presente No Conformidad  Se recomienda formular acciones de carácter preventivas y/o correctivas, así como el cargue de evidencias y soportes dirigido a la Oficina Asesora de Planeación.  Por otra parte, se sugiere actualizar y socializar las matrices de riesgos.	Inefectivo
Sin Codificar (No Conformidad Informe Interno Seg. Riesgos Corrupción III	NCR	1. Realizado el seguimiento al cumplimiento dado a los lineamientos establecidos en la Política General para la Administración de Riesgos, y según la verificación realizada Tabla #1, se determinó que existen debilidades frente al cumplimiento de la Política de Administración de Riesgos vigente: Numeral 8.1 actividad 6;	No se han suscrito Acciones de Mejora.	Verificado el último reporte de Planes de Mejoramiento se evidenció que a la fecha el proceso responsable no ha suscrito acciones de mejora. Expuesto lo anterior, la No Conformidad se identifica como inefectiva.	Inefectivo

cuatrimestre 2022)		numeral 8.2 actividades 1, 2 y 8; numeral 8.3 actividades 1, 7, 13; numeral 9.2.1 actividad 3 y numeral 11.		Se recomienda suscribir acciones preventivas y/o correctivas que permitan subsanar lo evidenciado por el auditor, dando cumplimiento a las políticas de Planes de Mejoramiento en cuanto a la periodicidad establecida. Se recomienda a la OAP reportar los casos que no han suscrito el Plan de Mejoramiento de conformidad con el procedimiento.	
Sin Codificar (No Conformidad Informe Interno Seg. Riesgos Corrupción III cuatrimestre 2022)	NCR	2. De acuerdo al seguimiento realizado al procedimiento "Formulación de Riesgos" se determina inefectividad conforme a lo señalado en las observaciones de la tabla #2 y luego de hacer la evaluación general.	No se han suscrito Acciones de Mejora.	Verificado el último reporte de Planes de Mejoramiento se evidenció que a la fecha el proceso responsable no ha suscrito acciones de mejora. Expuesto lo anterior, la No Conformidad se identifica como inefectiva. Se recomienda suscribir acciones preventivas y/o correctivas que permitan subsanar lo evidenciado por el auditor, dando cumplimiento a las políticas de Planes de Mejoramiento en cuanto a la periodicidad establecida. Plan de Mejoramiento de conformidad con el procedimiento.	Inefectivo

Sin Codificar (No Conformidad Informe Interno Seg. Riesgos Corrupción III cuatrimestre 2022)	NCR- Recurrente	3. Verificada la adecuada determinación de las causas, asociadas con la identificación de los controles por proceso se evidenció que 14 procesos (Tabla # Tabla 6: Revisión Causas Vs. Controles), presentan inobservancia a lo señalado en la Guía para el diligenciamiento de matriz de riesgos, v.1, del 13/12/2021, numeral 2.3-Análisis de Controles: "toda causa debe tener asociado un control, ya sea de clase preventivo o detectivo". Ver tabla	No se han suscrito Acciones de Mejora.	Verificado el último reporte de Planes de Mejoramiento se evidenció que a la fecha el proceso responsable no ha suscrito acciones de mejora. Expuesto lo anterior, la No Conformidad se identifica como inefectiva. Se recomienda suscribir acciones preventivas y/o correctivas que permitan subsanar lo evidenciado por el auditor, dando cumplimiento a las políticas de Planes de Mejoramiento en cuanto a la periodicidad establecida. Plan de Mejoramiento de conformidad con el procedimiento.	Inefectivo
Sin Codificar (No Conformidad Informe Interno Seg. Riesgos Corrupción III cuatrimestre 2022)	NCR	4. Realizada la verificación a la ejecución de los controles, se encontraron diversas circunstancias, como son: algunos procesos no suministran la información que permita evidenciar la ejecución de controles y la efectividad de los mismos, la suministran de manera parcial, suministran evidencias que no corresponden al control definido en la matriz de riesgos; y dado que estas situaciones no permite evaluar si el control se está ejecutando, y si estos ayudan a prevenir las causas que generan los riesgos, éstos fueron clasificados como No Efectivos, conforme al numeral 3.2.2 Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital. Ver Tabla #8 -Verificación ejecución de Controles para el II cuatrimestre de 2022.	No se han suscrito Acciones de Mejora.	Verificado el último reporte de Planes de Mejoramiento se evidenció que a la fecha el proceso responsable no ha suscrito acciones de mejora. Expuesto lo anterior, la No Conformidad se identifica como inefectiva. Se recomienda suscribir acciones preventivas y/o correctivas que permitan subsanar lo evidenciado por el auditor, dando cumplimiento a las políticas de Planes de Mejoramiento en cuanto a la periodicidad establecida. Plan de Mejoramiento de conformidad con el procedimiento.	Inefectivo

Fuente: Elaboración propia OCIG

**No Conformidad Real (NCR):** Situación identificada que dio lugar al incumplimiento de un criterio establecido.

**No Conformidad Real Recurrente (NCR Recurrente):** Situación identificada, que dio lugar al incumplimiento de una norma o a la materialización de un riesgo la cual ha sido evidenciada en repetidas ocasiones.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 RESUMEN NO CONFORMIDADES

Es de señalar que los hallazgos revisados a través del Plan de Mejoramiento, en el numeral 4 del presente informe, sean revisados a fin de establecer las acciones correspondientes, por parte de los líderes de Procesos, como Primera Línea de Defensa, y como responsables de establecer controles adecuados que permitan no solo garantizar el cumplimiento de las acciones de mejoramiento, sino también, su efectividad. Se recomienda también, a los líderes de procesos, realizar revisiones periódicas del cumplimiento de las actividades propuestas en sus planes de mejoramiento, a fin de no generar incumplimientos de los mismos.

En el desarrollo de este informe; se pudo establecer la recurrencia de hallazgos identificados desde la vigencia 2019, se evidenció igualmente, hallazgos relacionados con un mismo asunto, identificados algunos con distintos códigos en el Plan de Mejoramiento Institucional y en otros casos, sin codificar, por cuanto no se han suscrito los planes de mejoramiento con ocasión a los informes correspondientes al III cuatrimestre de la vigencia 2022; razón por la cual, se recomienda su agrupación según el tema que dio origen a los mismos, realizando el ejercicio de análisis causa raíz, a través de la metodología adoptada por la Entidad, en virtud de formular acciones efectivas y garantizar su cierre. Es conveniente y prioritario revisar cada una de las recomendaciones registradas en la siguiente matriz, con respecto a cada uno de los hallazgos relacionados en ésta, clasificados como hallazgos recurrentes.

**Tabla N° 9.** Resumen resultados proceso de Seguimiento.

Título	Tipo de No Conformidad	Descripción	Responsables
Cargue de evidencia de la ejecución de controles	NCR-Recurrente	<p>Conforme a la muestra seleccionada; se pudo observar, que el 10% de las Oficinas de Registro de la Superintendencia de Notariado y Registro, cargaron parcialmente los documentos que soportan la ejecución de los controles y el 26% no la subieron; esta situación se presenta por el desconocimiento y falta de aplicación de la metodología para la administración del riesgo. Esta no conformidad es recurrente, incumpliendo lo establecido en la Política General para la Administración de Riesgos definida por la Entidad.</p> <p>No Conformidad identificada con el N° 2019273.</p> <p>Se recomienda agrupar las No Conformidades que versen sobre el mismo asunto; N° 2019273 y 20211029.</p>	Dirección Técnica de Registro
Debilidades en el diseño de controles	NCR-Recurrente	A partir de los mapas de riesgo de corrupción verificados a los procesos, se observó en la Tabla No.4; que no se cuenta con el establecimiento de actividades de control para las 28 causas identificadas en esta Tabla. Como se puede observar, existen causas no controladas, por lo tanto se considera que los controles existentes y propuestos en los mapas de riesgos y de corrupción presentan debilidades en su	Oficina Asesora de Planeación.



		<p>diseño, toda vez que no cumplen los criterios establecidos por el DAFP en la “Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas”- versión 4, en la cual se determinan aspectos prioritarios que deben contener dichos controles para su definición como son: Responsable, Periodicidad, Propósito, Actividad a realizar, Manejo de observaciones y/o desviaciones, Evidencias de ejecución. Estas debilidades presentadas, pueden llegar a generar que se materialicen los riesgos, conllevando a incumplimiento en los objetivos estratégicos de la Entidad, así como posibles observaciones por parte de los órganos de control.</p> <p>No Conformidad identificada con el N° 2020102 R.</p>	
Fortalecimiento de la solidez de los controles	NCR-Recurrente	<p>En la revisión efectuada a la efectividad obtenida en la ejecución de los controles establecidos para el cuatrimestre Mayo-Agosto de 2021, se observó que existen evidencias de ejecución del primer control (mandamientos de pago); sin embargo, para el segundo control, no se subieron evidencias que permitan determinar su ejecución.</p> <p>Según el análisis realizado al diseño de los dos controles, éstos se encuentran con un puntaje promedio de 50 puntos, por lo cual el rango del control actual, en su diseño se ubica en “Débil”; y el Resultado de la solidez del conjunto de controles (es decir del conjunto entre el diseño y la ejecución), presenta un puntaje inferior a 50 puntos, encontrándose en el rango “Débil”; motivo por el cual se recomienda implementar acciones de mejora, para fortalecer la solidez del conjunto de controles establecidos.</p> <p>No Conformidad identificada con el N° 20211029.</p>	Oficina Asesora de Planeación – Oficina Asesora Jurídica.
Identificación de riesgos, oportunidades, evaluación del diseño.	NCR-Recurrente	<p>Se evidencian debilidades en el análisis, diseño y ejecución de los controles, dado que se observó que para algunos riesgos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- No fueron cubiertas la totalidad de las causas identificadas; así mismo,</li> <li>2- En el diseño de controles para los procesos que presentaron una calificación entre Débil y Moderado generada por la no aplicación de las 6 variables para su identificación;</li> <li>3- Similar situación de falencias se encontraron en la ejecución de los controles, para los procesos que obtuvieron una calificación de la solidez del conjunto de controles en Débil o Moderado.</li> <li>4- Oficinas de Registro y Direcciones Regionales que no realizan la ejecución del control y/o no realizan el monitoreo a los riesgos identificados.</li> </ol> <p>Estas situaciones generan inobservancia a lo establecido en la Guía para la identificación de riesgos, oportunidades, evaluación del diseño y efectividad de controles, capítulo 5 “Pasos para identificar el riesgo”, así como lo señalado en la Política de Riesgos.</p>	Dirección de Talento Humano - Grupo de Nómina

		No Conformidad identificada con el N°. 20211032  Igualmente, se recomienda agrupar las No Conformidades que versen sobre el mismo asunto como lo es el N° 20211032 y las No Conformidades señaladas en la tabla N° 8 con los numerales 2 y 3 correspondientes al Informe Interno Seg. Riesgos Corrupción III cuatrimestre 2022	
Identificación de controles.	NCR-Recurrente	Verificada la adecuada determinación de las causas, asociadas con la identificación de los controles por proceso se evidenció que 14 procesos (Tabla # Tabla 6: Revisión Causas Vs. Controles), presentan inobservancia a lo señalado en la Guía para el diligenciamiento de matriz de riesgos, v.1, del 13/12/2021, numeral 2.3-Análisis de Controles: "toda causa debe tener asociado un control, ya sea de clase preventivo o detectivo".  No Conformidad identificada en el informe denominado "Informe Interno III cuatrimestre 2022"	Oficina Asesora de Planeación y procesos que apliquen.

Fuente: Elaboración propia OCIG.

En cumplimiento al Procedimiento Formulación y Seguimiento a Planes de Mejoramiento y su Política de Operación, los líderes de los procesos, deben elaborar un Plan de Mejoramiento dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de recibo, con respecto a las Cuatro (4) No Conformidades Reales y Recurrentes consignadas en la matriz de resultados contenidas en la tabla No 9 del numeral 4 del presente informe; de igual manera, se requiere reformular y reprogramar las acciones de mejora en aquellas No Conformidades con Pronunciamiento de Inefectividad relacionadas en la tabla No. 8 del numeral 3 de este mismo Informe.

Copia de éste, será remitido para su conocimiento y fines pertinentes, a la Oficina Asesora de Planeación, en su rol como segunda línea de defensa, y demás líderes de procesos involucrados, por la responsabilidad que les asiste según la responsabilidad que les asiste conforme al Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG.

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la Primera y Segunda Línea de Defensa verificar el reporte de materialización de riesgos, asimismo, revisar los informes emitidos por la CGR y la OCIG de la SNR, en donde se alerta y se recomienda el seguimiento a la materialización de riesgos corrupción.
- Se recomienda a la Oficina Asesora de Planeación, verificar y acoger los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública y de la Política General para la Administración del Riesgo de la SNR, con relación al diseño de controles con la finalidad de disminuir la probabilidad de que se materialice el riesgo y la relación causa control, toda vez que cada causa identificada debe implementarse un control.
- Se recomienda a la Primera y segunda Línea de Defensa dar cumplimiento a las responsabilidades asignadas en la Política General de la Administración de Riesgo.
- Incluir en el formato consolidado del Mapa de Riesgos de Corrupción la naturaleza de los controles (preventivo, detectivo y correctivo), el monitoreo y revisión de la Segunda y Tercera Línea de Defensa, con la finalidad de facilitar el seguimiento a estos.
- Se recomienda verificar la posibilidad de implementar controles automáticos, por tratarse de riesgos de corrupción, para disminuir la probabilidad de errores humanos en la ejecución de los controles y sus actividades.

- Se recomienda incluir acciones preventivas y/o correctivas que permitan subsanar la causa raíz de la situación presentada.

Cordialmente,



**RITA CECILIA COTES COTES**  
Jefe Oficina Control Interno de Gestión

Proyectado por: *Juliana Torres Zambrano-Marcela del Pilar García – Contratistas OCIG*  
Revisó y Aprobó: Jefe OCIG