



GOBIERNO REGIONAL
METROPOLITANO DE
SANTIAGO

COMITÉ DE RIESGOS

Noviembre 2017

Tabla

- Contexto Proceso de Gestión de Riesgos
- Monitoreo Plan de Tratamiento
- Auditoría al Proceso de Gestión de Riesgos
- Avances Compromisos de Auditoría PGR
- Hitos Gestión de Riesgos Estratégicos 2017

Contexto Proceso de Gestión de Riesgos (PGR)

El proceso de gestión de riesgos (PGR) tiene por objetivo identificar, evaluar, medir y reportar oportunidades y/o amenazas que impacten el logro de los objetivos estratégicos del Servicio.

El PGR es coordinado por la Secretaría Ejecutiva del Comité de Riesgos, ejercida por la Jefatura del Departamento de Gestión Institucional y velado por la Jefatura DAF como Encargada de Riesgos del Servicio.

Su monitoreo es mensual, bimestral y trimestral, y su reportabilidad es cada 3 meses.

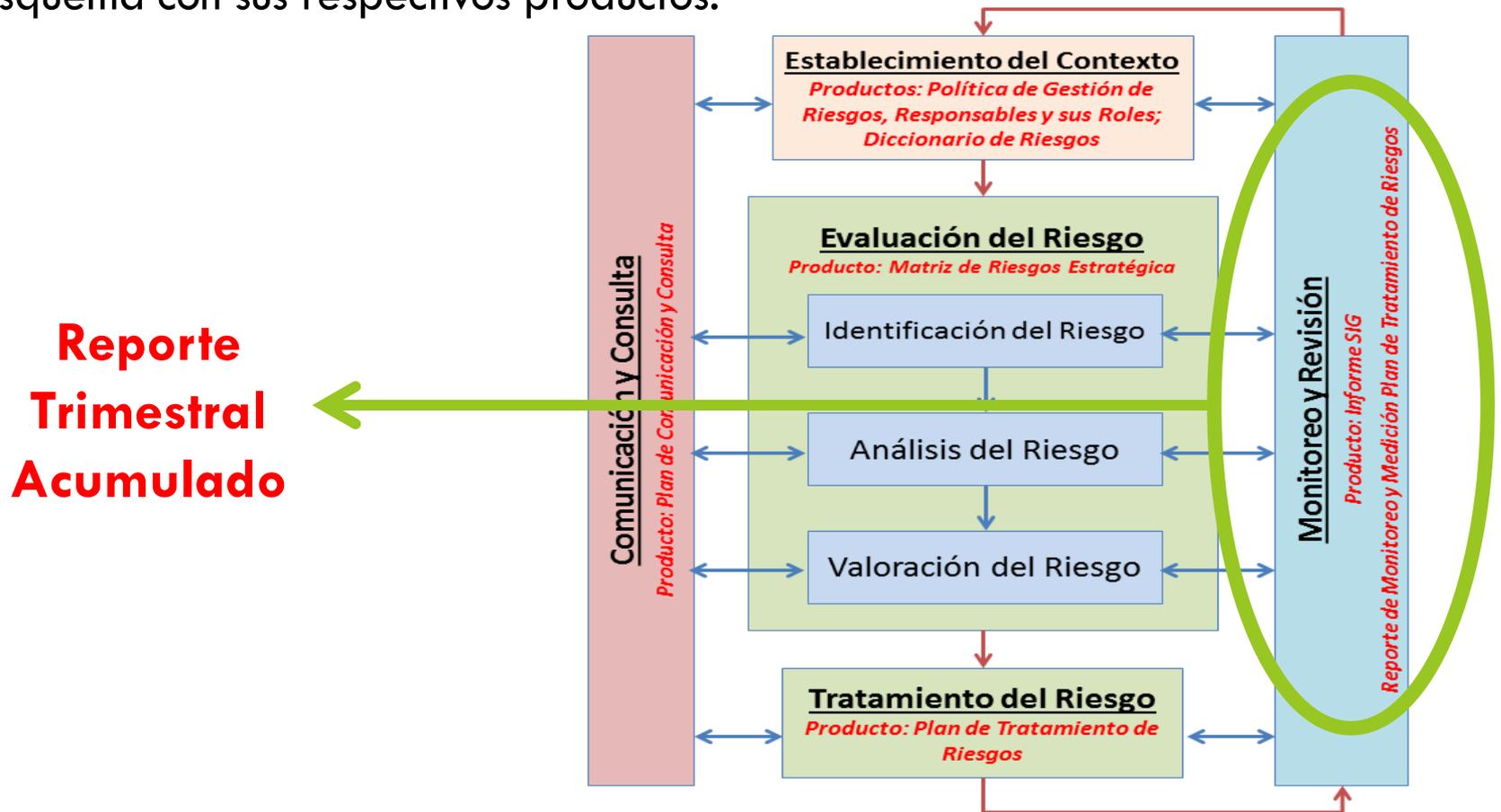
Contexto Proceso de Gestión de Riesgos (PGR)

Para llevar a cabo el proceso de gestión de riesgos, es fundamental el apoyo y compromiso de todos los integrantes del Comité de Riesgos:

- Intendente
- Administrador Regional
- **Jefatura DAF (Encargada de Riesgos)**
- Jefatura DIVAC
- Jefatura DIPLADE
- Jefatura Depto. Jurídico
- Jefatura U. Auditoría Interna
- **Jefatura Dpto. Gestión Institucional (Secretaría Ejecutiva)**
- Jefatura Dpto. Finanzas
- Jefatura Dpto. Actividades de Cultura, Deporte y Seguridad Ciudadana
- Jefatura Dpto. Gestión de Iniciativas de Inversión y Activos no Financieros
- Jefatura Dpto. Transferencias de Capital
- Jefatura Dpto. Gestión de Abastecimiento
- Jefatura Dpto. Planificación Regional
- Jefatura Dpto. Preinversión y Proyectos
- **Jefatura Dpto. Informática (Encargado Seguridad de la Información SSI)**

Contexto Proceso de Gestión de Riesgos (PGR)

El PGR consta de 4 fases, las cuales se detallan a continuación en el siguiente esquema con sus respectivos productos:



Monitoreo Plan de Tratamiento

Nº	Riesgo Especifico	Descripción de la estrategia a aplicar	Responsable de la estrategia	Período Medición del Indicador	Meta	Al 31 de Octubre	Observaciones
1	No identificar la procedencia de abonos realizados a las cuentas corrientes del Servicio	Identificar la procedencia de a lo menos el 90% de los depósitos no identificados de carácter público, a nivel de proyecto, realizados al cierre de cada mes	Jefatura Departamento de Finanzas Daniela Varela	Mensual	90%	22%	<p>Respecto de los depósitos no identificados de carácter público, por concepto de abonos en las cuentas del Servicio, se reportan en el periodo enero - octubre, un total de 91 depósitos no identificados, de los cuales han sido identificados sólo 20, alcanzando una meta de cumplimiento del 22%.</p> <p>Precisar que al tratarse de un indicador móvil se deben generar las acciones correspondientes para aumentar su nivel de cumplimiento, ya que es muy bajo para el periodo.</p>
2	Mantener cuentas con saldos pendientes y que prescriban los derechos de cobro	Informar el desempeño y resultado de la gestión de la rebaja de saldos contables pendientes de las cuentas de los subtítulo 24 y 33 por año	Jefatura Departamento de Finanzas Daniela Varela	Mensual	100%	90%	<p>Durante el mes de octubre del presente, respecto de los movimientos contables del Programa 02 de Inversión Regional, subtítulo 33 Transferencias de Capital, ítems 01.25 (municipalidades/proyecto FRIL), 01.50 (municipalidades/varios) y 03 (otras entidades públicas), los saldos pendientes por rendir en comparación al mes anterior disminuyeron de \$10.244.388.861.- a la suma de \$8.563.074.813.- y del subtítulo 24 Transferencias Corrientes, los saldos pendientes en comparación al mes anterior, disminuyeron de \$2.061.338.795.- a la suma de \$1.437.252.175.-</p>

Monitoreo Plan de Tratamiento

Nº	Riesgo Especifico	Descripción de la estrategia a aplicar	Responsable de la estrategia	Periodo Medición del Indicador	Meta	Al 31 de Octubre	Observaciones
3	Envío de solicitudes de egresos con documentación incompleta a la DAF	Informar la identificación y sistematización de los antecedentes faltantes de las solicitudes de egreso del Programa 01	Jefatura Departamento de Finanzas Daniela Varela	Mensual	100%	90%	Durante el periodo febrero-octubre ingresaron al Departamento de Finanzas un total de 805 solicitudes de egresos del Programa 01; de éstas, fueron tramitadas originalmente 800 solicitudes con sus antecedentes sustentatorios, de las cuales fueron devueltas y regularizadas 5 solicitudes de egresos que se encontraban incompletas, alcanzando un nivel de cumplimiento del 90%.
4	No devolución y/o pérdida de los estados de pagos por parte de terceros custodiados en el Departamento de Finanzas.	Registro centralizado de préstamos de los comprobantes de ingresos y/o egresos de los Programas 01 y 02	Jefatura Departamento de Finanzas Daniela Varela	Bimestral	100%	81%	Para el cuarto bimestre, el Departamento de Finanzas facilito 217 comprobantes de egresos, de acuerdo al siguiente detalle: 122 egresos del programa 01 y 95 del programa 02. Siendo devueltos 175 comprobantes de egresos, 104 del programa 01 y 71 del programa 02, quedando pendientes por devolver 42 comprobantes de egresos, siendo 18 egresos del programa 01 y 24 egresos del programa 02, alcanzando un nivel de cumplimiento del 81%.

Monitoreo Plan de Tratamiento

Nº	Riesgo Específico	Descripción de la estrategia a aplicar	Responsable de la estrategia	Periodo Medición del Indicador	Meta	Al 31 de Octubre	Observaciones
5	Falta de coordinación de la Unidad de Sumarios con los encargados de realizar investigaciones sumarias y/o sumarios Falta de control de los plazos de las investigaciones sumarias y/o sumarios.	Capacitar durante el año 2017, a los profesionales sobre grado 8 EUS y abogados del Servicio, en relación a los procedimientos administrativos propios de las investigaciones sumarias o sumarios administrativos	Jefatura Departamento de Jurídico Valentina Guerra	Semestral	1	-	De acuerdo a lo informado por el Departamento Jurídico, la actividad de capacitación fue programada para ser realizada el último trimestre del presente año.
6	No realizar el seguimiento mensual, bimestral, trimestral o semestral con la oportunidad correspondiente al centro de responsabilidad respectivo	Porcentaje de compromisos de Auditorías implementados en el año t	Jefatura Unidad de Auditoría Interna Luz Magaly Nuñez	Bimestral	50%	38%	La Unidad de Auditoría Interna informa que de un total de 50 compromisos para el año, a septiembre se han cumplido 19, alcanzando un cumplimiento del 38%.

Monitoreo Plan de Tratamiento

Nº	Riesgo Especifico	Descripción de la estrategia a aplicar	Responsable de la estrategia	Periodo Medición del Indicador	Meta	Al 31 de Octubre	Observaciones
7	Pérdida de información por acontecimientos no esperados (incendio, robos, sismos, etc.)	Realizar en un 100% los respaldos de la documentación de trabajo almacenada en los computadores de los funcionarios del Servicio	Jefatura Departamento de Informática José Ignacio Gutiérrez	Trimestral	100%	100%	El Departamento de Informática informo que durante el segundo trimestre, mantiene una nomina de 157 funcionarios con computadores que llevan a lo menos 10 meses en el Servicio (planta, suplencia, contrata y código del trabajo), efectuando respaldos a 157 funcionarios que llevan a lo menos 10 meses en el Servicio, alcanzando un cumplimiento del 100%.
	Corrupción de información por respaldos no efectuados en periodos regulares o en cintas magnéticas sin una correcta rotulación						
	Perdida de Información por no efectuar respaldos periódicos ni un correcto almacenamiento de las cintas de respaldo						
	No efectuar el respaldo de la información contenida por los usuarios						
8	Demora en el Departamento Jurídico en la elaboración de los convenios de transferencia y las resoluciones	Elaborar un 60% de las Resoluciones y Convenios de Transferencia del proceso del FRIL, en un plazo menor o igual a 10 días hábiles	Jefatura Departamento de Jurídico Valentina Guerra	Trimestral	60%	100%	El Departamento Jurídico informa a la Jefatura de la División de Análisis y Control de Gestión, que para el trimestre agosto - octubre, se recibieron 168 solicitudes de elaboración de resoluciones y convenios de transferencia del proceso FRIL, las cuales fueron elaboradas en su totalidad, en un plazo menor o igual a 10 días hábiles, alcanzando una meta de cumplimiento del 100%.

Monitoreo Plan de Tratamiento

Nº	Riesgo Especifico	Descripción de la estrategia a aplicar	Responsable de la estrategia	Periodo Medición del Indicador	Meta	Al 31 de Octubre	Observaciones
9	Registro incorrecto de los datos en los sistemas	Elaborar informes del módulo DIVAC Subtítulo 33, de desempeño y de resultados a nivel de proyectos, del uso de la plataforma Sistema Administración de la Gestión de la Inversión Regional, SAGIR	Jefatura Departamento de Transferencias de Capital Alejandro Linay Jefatura Departamento de Informática José Ignacio Gutiérrez	Trimestral	100%	75%	El Departamento de Transferencias de Capital informa a la Jefatura de la División de Análisis y Control de Gestión y Administración Regional, que para el periodo se encuentran inicialmente cargadas 330 iniciativas de inversión en el SAGIR. Para el trimestre hay 175 proyectos nuevos, informándose un total en cartera de 505 iniciativas de inversión, de las cuales se encuentran 104 actualizadas en el SAGIR.
10	Mantener saldos de contratos posterior al envío del acta definitiva de las obras civiles y/o el acta de conformidad del equipamiento y/o equipo	Elaborar informes del módulo DIVAC Subtítulos 29 y 31, de desempeño y de resultados a nivel de proyectos, del uso de la plataforma Sistema Administración de la Gestión de la Inversión Regional, SAGIR	Jefatura Departamento de Gestión de Iniciativas de Inversión y Activos no Financieros Rosa Aranda Jefatura Departamento de Informática José Ignacio Gutiérrez	Trimestral	100%	75%	El Departamento de Gestión de Iniciativas de Inversión y Activos No Financieros informa a la Jefatura de la División de Análisis y Control de Gestión y Administración Regional, que para el periodo se encuentran actualizadas las 284 iniciativas de inversión en el SAGIR, de arrastre del año 2016. Para el trimestre se reportan 68 proyectos nuevos y se actualizan en el Sistema 352.
	Que las modificaciones de contrato no sean registradas en el SAGIR para el cierre de la iniciativa de inversión						
	Falta de gestión por parte del analista del cierre de la iniciativa de inversión						
	No realizar rebajas contables de los bienes Subtitulo 29 oportunamente						
	Registro incorrecto de los datos a los sistemas contables y de gestión asociados con la imputación						

Monitoreo Plan de Tratamiento

Nº	Riesgo Especifico	Descripción de la estrategia a aplicar	Responsable de la estrategia	Periodo Medición del Indicador	Meta	Al 31 de Octubre	Observaciones
11	No elaborar la Resolución de Traspaso a las Unidades Técnicas de los bienes adquiridos por el Subtítulo 29	Elaborar en un plazo menor o igual a 15 días hábiles el 50% de las resoluciones de traspaso a las unidades técnicas de los bienes adquiridos Subtítulo 29	Jefatura Departamento de Jurídico Valentina Guerra	Trimestral	50%	62%	El Departamento Jurídico informa que en el periodo comprendido entre enero – septiembre ingresaron 13 solicitudes para la elaboración de la respectiva resolución de traspaso a las Unidades Técnicas de los bienes adquiridos por el subtítulo 29, siendo tramitadas en dicho periodo en un plazo menor o igual a 15 días hábiles, la cantidad de 8 solicitudes, alcanzando un 62%.
12	Demora en la elaboración de los convenios mandatos y resoluciones	Elaborar en un plazo menor o igual a 8 días hábiles las resoluciones y convenios mandato del subtítulo 29	Jefatura Departamento de Jurídico Valentina Guerra	Trimestral	90%	54%	El Departamento Jurídico informa que en el periodo comprendido entre enero - septiembre ingresaron un total de 39 solicitudes de elaboración de resoluciones y convenios mandatos del subtítulo 29, siendo tramitadas en dicho periodo en un plazo menor o igual a 8 días hábiles, la cantidad de 21 solicitudes, alcanzando un 54%.
13	No revisar las rendiciones recepcionadas en los plazos establecidos en el Convenio	Sistematizar las rendiciones recepcionadas y derivadas a Finanzas para devengo contable	Jefatura Departamento de Actividades de Cultura, Deporte y Seguridad Ciudadana Susana Seguel	Trimestral	50%	72%	El centro de responsabilidad ha dado cuenta que durante el primer, segundo y tercer trimestre, se han recepcionado 478 rendiciones, de las cuales fueron derivadas 345 al Departamento de Finanzas con un promedio de 52 días de revisión y 133 rendiciones a las unidades técnicas con un promedio de 57 días de revisión de las mismas.

Monitoreo Plan de Tratamiento

Nº	Riesgo Especifico	Descripción de la estrategia a aplicar	Responsable de la estrategia	Periodo Medición del Indicador	Meta	Al 31 de Octubre	Observaciones
14	Que las solicitudes o requisitos de convenio estén desfasadas de los plazos establecidos, que sean poco claras y no se cumpla con las instrucciones establecidas en convenio.	Reducir los errores administrativos por parte de las unidades técnicas en el proceso del 2% cultura, deporte y seguridad ciudadana	Jefatura Departamento de Actividades de Cultura, Deporte y Seguridad Ciudadana Susana Seguel	Trimestral	100%	100%	Se remitió documento trimestral de la Jefatura del Departamento de Actividades de Cultura, Deporte y Seguridad Ciudadana a la Jefatura de la División de Análisis y Control de Gestión informando que se encuentran aprobadas 795 iniciativas. Haciendo mención que en el mes de agosto se realizaron las capacitaciones a las unidades técnicas en el proceso de rendición de fondos 2% correspondiente a las 6 Provincias, dando por cumplido este indicador en un 100%
15	No poder elaborar informes por falta de antecedentes, de parte de las distintas unidades, departamentos y/o divisiones del Servicio	Elaborar instructivo que indique los antecedentes mínimos para la elaboración de informes jurídicos	Jefatura Departamento de Jurídico Valentina Guerra	Semestral	1	1= Cumple	De acuerdo a lo informado por el centro de responsabilidad, se elaboró un instructivo indicando los antecedentes mínimos y necesarios para la elaboración de informes jurídicos, con lo cual se da por cumplido este indicador.

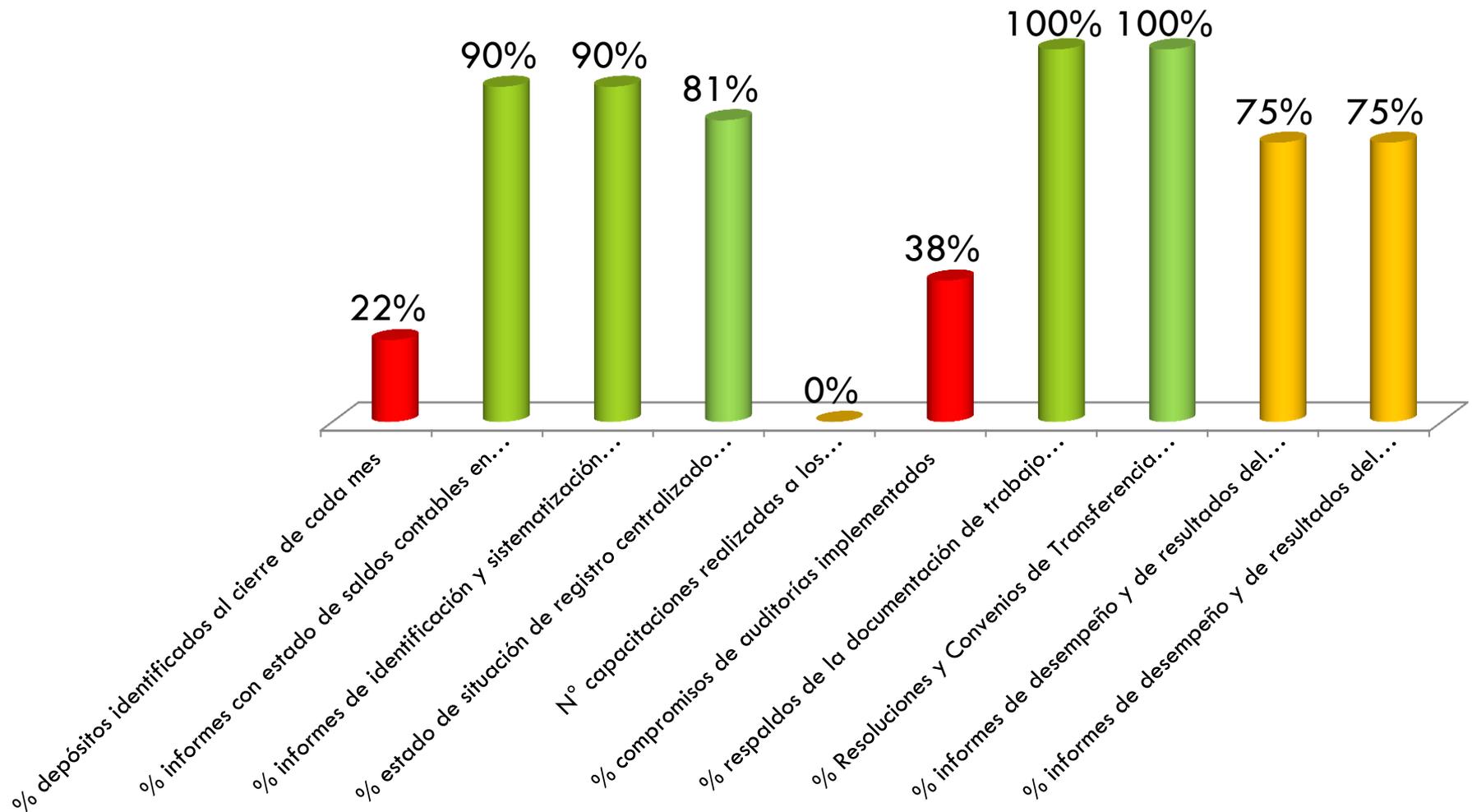
Monitoreo Plan de Tratamiento

N°	Riesgo Específico	Descripción de la estrategia a aplicar	Responsable de la estrategia	Periodo Medición del Indicador	Meta	Al 31 de Octubre	Observaciones
16	Que una vez que se autorice la realización de descuentos en las remuneraciones de los funcionarios que cumplan con la normativa vigente respecto a que éstos no excedan en conjunto el 15% de la remuneración, éstos no se efectúen en los plazos que correspondan	Aceptar y validar mensualmente por parte de los funcionarios la remuneración vía módulo RRHH de la Intranet	<p>Jefatura Departamento de Gestión de Personas</p> <p>María José Fuenzalida</p>	Mensual	60%	73%	<p>Respecto de las aceptaciones y validación de las remuneraciones mensuales realizadas y aprobadas por los funcionarios, se reportan en el mes de octubre, un total de 174 liquidaciones de sueldos, de las cuales se rebajan 9 funcionarios con licencias médicas, 5 con feriado legal y 3 con permisos, aprobándose 115 liquidaciones de sueldos, de un universo total de 157, alcanzando un cumplimiento del 73%</p>
	Pago en forma incorrecta de las remuneraciones No realizar los descuentos en los plazos fijados por los funcionarios						
	Que no se realice el cálculo en la fecha que corresponde						
17	Falta de gestión con las instituciones de salud, para la recuperación del subsidio por incapacidad laboral	Aplicar procedimiento de gestión para la recuperación de subsidio, a través de oficios de cobro a las entidades de salud, en un 100% de las licencias médicas de los años 2014-2015-2016-2017	<p>Jefatura Departamento de Gestión de Personas</p> <p>María José Fuenzalida</p>	Trimestral	100%	100%	<p>Para el periodo enero-septiembre, el Departamento de Gestión de Personas remitió a la Jefatura de la División de Administración y Finanzas nómina de funcionarios con derecho a recuperación de subsidios de licencias médicas, de acuerdo al siguiente detalle: 1 licencia del 2014, 69 del 2015, 133 del 2016 y 232 del 2017 y adjunta planilla Excel con la gestión efectiva del cobro. De un total de 435 licencias médicas emitidas, en un 100% se aplica procedimiento de gestión para la recuperación de subsidio a través de oficios de cobro a entidades de salud.</p> <p>Precisar que al tratarse de un indicador móvil se deben generar las acciones correspondientes para mantener su nivel de cumplimiento.</p>

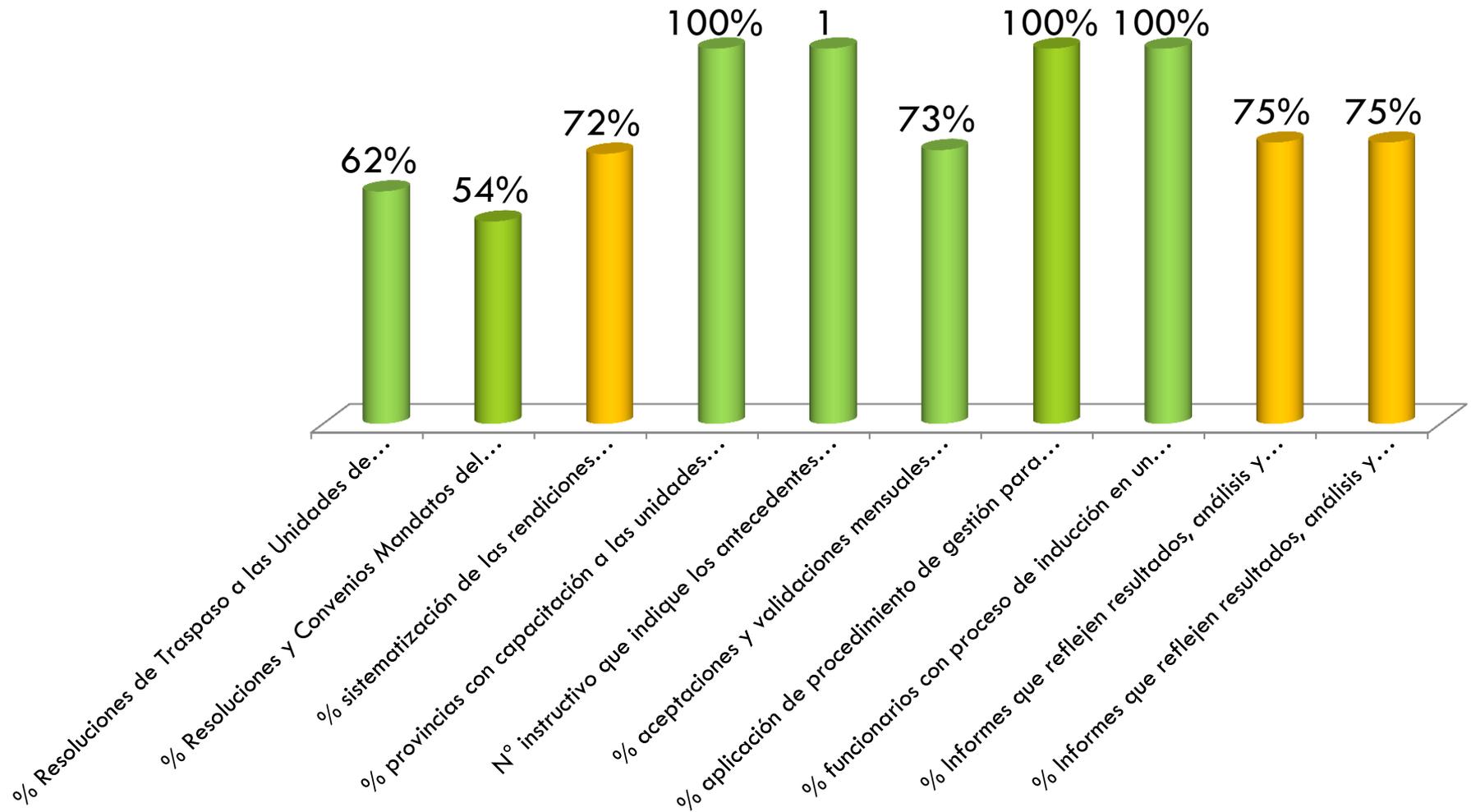
Monitoreo Plan de Tratamiento

Nº	Riesgo Específico	Descripción de la estrategia a aplicar	Responsable de la estrategia	Periodo Medición del Indicador	Meta	Al 31 de Octubre	Observaciones
18	No realizar la inducción a los funcionarios que ingresan al Servicio	Planificar en un plazo menor o igual a 15 días hábiles ingresado el funcionario al Servicio, el proceso de inducción	<p>Jefatura Departamento de Gestión de Personas</p> <p>María José Fuenzalida</p>	Mensual	60%	100%	El Departamento de Gestión de Personas reporta que en el mes de octubre se incorporaron un total de 3 funcionarios con derecho a un proceso de inducción, los cuales la tuvieron el mismo día de ingreso. Asimismo, se suman las inducciones hechas a funcionarios de acuerdo al siguiente detalle: marzo 2, mayo 5, junio 2, julio 1, agosto 1 y septiembre 4, alcanzando una meta de cumplimiento del 100%.
19	Que las medidas de mitigación no aminoren el riesgo detectado	Informe que refleje resultados, análisis y recomendaciones respecto del desarrollo de las medidas de mitigación	<p>Jefatura Departamento Gestión Institucional</p> <p>Carolina Hidalgo</p>	Trimestral	100%	75%	El Departamento de Gestión Institucional procedió a enviar informe con los resultados, análisis y recomendaciones del desarrollo de las medidas de mitigación, correspondientes al tercer trimestre 2017, durante el mes de octubre.
20	Que la poca prolijidad de los medios de verificación afecten el cumplimiento de los indicadores de gestión asociados a incentivos económicos (PMG y CDC)	Informe que refleje resultados, análisis y recomendaciones respecto del desarrollo de los indicadores de gestión	<p>Jefatura Departamento Gestión Institucional</p> <p>Carolina Hidalgo</p>	Trimestral	100%	75%	El Departamento de Gestión Institucional procedió a enviar informe con los resultados, análisis y recomendaciones del desarrollo de los indicadores de gestión, correspondientes al tercer trimestre 2017, durante el mes de octubre.

Monitoreo Plan de Tratamiento



Monitoreo Plan de Tratamiento



Auditoría al Proceso de Gestión de Riesgos (PGR)

Con fecha 16/06/2017, la Unidad de Auditoría Interna remite al Intendente Informe de Auditoría al Proceso de Gestión de Riesgos. Esta Auditoría se enmarca dentro de lo estipulado en el Documento Técnico N° 71 del Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno (CAIGG), en la etapa de Aseguramiento del Cumplimiento y Adecuación de las Acciones definidas en el Plan de Tratamiento.

En éste se da cuenta de 4 hallazgos, a saber:

- 1) El Comité de Riesgos no ha definido la periodicidad de sus reuniones y no se registran actas u otros documentos que den cuenta del trabajo que realiza el mismo, lo cual ha sido observado en otras ocasiones.
- 2) Comité de Calidad creado en el año 2012 no se encuentra en funcionamiento, aunque la resolución exenta que lo aprueba se mantiene vigente.
- 3) No se han integrado la totalidad de los procesos del GORE RM en la Matriz de Riesgos, faltando por ejemplo: Adquisiciones, Gestión Documental, Mantenimiento de Recursos.
- 4) Riesgos de la Matriz no han sido adecuadamente descritos, debido a que los conceptos utilizados pueden contener distintas interpretaciones o juicios de valor, tales como: “deficiencia”, “poca prolijidad” o “falta de gestión”.

Auditoría al Proceso de Gestión de Riesgos (PGR)

- > En esa misma fecha, el Departamento de Gestión Institucional, quien coordina el PGR, suscribe compromisos para subsanar los hallazgos, los cuales fueron:
 - 1) Se convocaran a lo menos 3 reuniones anuales del Comité de Riesgos.
 - 2) Se dejará sin efecto la Resolución del Comité de Calidad. Además se realizará una propuesta de Política de Calidad para sanción del Comité de Riesgos.
 - 3) En el marco de establecer un sistema preventivo de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y delito funcionarios se deben incorporar medidas de mitigación en los procesos transversales que estén más expuestos a este tipo de riesgos. Se realizará propuesta para evaluación y sanción del Comité de Riesgos.
 - 4) Se presentará ante el Comité de Riesgos propuesta de la Matriz con mayor precisión de los riesgos que se detecten, incorporando mayores detalles y evitando juicios de valor.

Todos estos compromisos tiene como fecha de implementación Diciembre de 2017. Los responsables de dar cumplimiento serán el Comité de Riesgos, la Encargada de Riesgos y la Secretaría Ejecutiva del mismo.

Avances Compromisos de Auditoría PGR

Hallazgo	Compromiso	Responsables	Avance	Plazo
<p>El Comité de Riesgos no ha definido la periodicidad de sus reuniones de trabajo, de acuerdo a lo indicado en la Política y Filosofía de la Gestión de Riesgos del GOREM, aprobada mediante Resolución Exenta N°1459 del 28/06/2016. Así mismo, no se registran actas de las reuniones u otros documentos que den cuenta del trabajo que realiza el mismo, con excepción de una reunión en el mes de abril. Dicha situación ha sido observada en otras ocasiones por esta Unidad de Auditoría Interna. Lo anterior, vulnera lo establecido en los Documentos Técnicos N°70 y N°71 del CAIGG sobre el Proceso de Gestión de Riesgos y las Normas de Control Interno establecidas por la CGR en la Resolución Exenta N°1485 del 02/09/1996, tales como la Documentación y la Vigilancia de los Controles.</p>	<p>Se convocarán a lo menos 3 reuniones anuales del Comité de Riesgos</p>	<p>Secretaría Ejecutiva Comité de Riesgos</p>	<p>33% (1/3) Efectuada en el mes de abril</p>	<p>14/12/2017</p>
<p>El Documento Técnico N°70 del CAIGG indica que: “La Dirección debe asegurar que la política de riesgos se incluya y sea coherente con la de Calidad de la organización gubernamental”. Actualmente el GOREM no cuenta con una política de calidad, sin embargo, por medio de la Resolución Exenta N°990 del 06/06/2012 se crea un Comité de Calidad con el objetivo de instalar un enfoque de excelencia y cultura de mejoramiento continuo en la institución. Es dicho Comité quien debiese encargarse de la elaboración de la política de calidad del GOREM, sin embargo, actualmente no se encuentra en funcionamiento.</p>	<p>Se dejará sin efecto la Resolución del Comité de Calidad. Se realizará una propuesta de política de calidad para sanción del Comité de Riesgos.</p>	<p>Secretaría Ejecutiva Comité de Riesgos Comité de Riesgos</p>	<p>Cumplido</p>	<p>12/12/2017</p>

Avances Compromisos de Auditoría PGR

Hallazgo	Compromiso	Responsables	Avance	Plazo
<p>La Gestión de Riesgos es una parte integral de todos los procesos de la organización, por lo que estos deben ser identificados en la Matriz de Riesgos según los objetivos de cada organización y de acuerdo a la metodología planteada en el Documento Técnico N°70 del CAIGG. En cuanto a los llamados procesos de soporte, se encuentra que no se han incorporado en la Matriz de Riesgos los siguientes procesos transversales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adquisiciones y Abastecimiento: Incluye la programación de compra, licitación, compra, recepción y distribución de los bienes y servicios adquiridos. • Administración/Mantenimiento de Recursos: Procesos de gestión de los recursos materiales de la organización gubernamental, inventario, baja y traslado. • Gestión Documental: Procesos de administración, manejo, registro, archivo y almacenamiento de documentación de la organización. 	<p>En el marco de establecer un sistema preventivo de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y delito funcionarios se deben incorporar medidas de mitigación en los procesos transversales que estén más expuestos a este tipo de riesgos. Se realizará propuesta para evaluación y sanción del Comité de Riesgos.</p>	<p>Secretaría Ejecutiva Comité de Riesgos</p> <p>Comité de Riesgos</p>	<p>0%</p>	<p>29/12/2017</p>
<p>Riesgos de la Matriz no han sido adecuadamente descritos, debido a que los conceptos utilizados pueden contener distintas interpretaciones o juicios de valor, tales como: "Deficiencia", "Poca prolijidad", "Falta de gestión", "Demora", entre otros. Lo anterior, se presenta, por ejemplo, en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deficiencias en la documentación recibida para proceder con los pagos correspondientes. • Que la poca prolijidad de los medios de verificación afecten el cumplimiento de los indicadores de gestión asociados a incentivos económicos (PMG y CDC). • Falta de gestión por parte del analista del cierre de la iniciativa de inversión. • Demora en las visaciones de las Resoluciones y/o de firma por parte del Jefe/a de Servicio. 	<p>Se presentará ante el Comité de Riesgos propuesta de la Matriz con mayor precisión de los riesgos que se detecten incorporando mayores detalles y evitando juicios de valor.</p>	<p>Secretaría Ejecutiva Comité de Riesgos</p> <p>Comité de Riesgos</p>	<p>0%</p>	<p>29/12/2017</p>

Hitos Gestión de Riesgos Estratégicos 2017

- > Reporte de Monitoreo y revisión del Plan de Tratamiento 2016
- > Oficio con Política de Gestión de Riesgos 2016, responsables y roles
- > Plan de Comunicación y Consulta, incluyendo definición de indicadores del PGR 2017

Plazo: 28.04.2017



- > Matriz de Riesgos Estratégica 2017, Plan de Tratamientos 2017 y Ranking de Riesgos 2017
- > Anexo 14 sobre “Señales de alerta de delitos LA/FT/DF no asociadas con los riesgos incluidos en la Matriz de Riesgos Estratégica
- > Informe del resultado de aplicación del Plan de Comunicación y Consulta 2017

Plazo: 29.12.2017

- > Informe de Monitoreo Plan de Tratamiento 2017

Plazo: 30.04.2018



GOBIERNO REGIONAL
METROPOLITANO DE
SANTIAGO

COMITÉ DE RIESGOS

Noviembre 2017