

Memorando N°

FECHA: 30 de septiembre de 2026

PARA: **Proceso y/o Dependencia**
Comité Institucional De Coordinación De Control Interno.

Superintendente De Vigilancia Y Seguridad Privada

Secretaria General SVSP
Superintendente Delegado Para El Control SVSP
Superintendente Delegada Para La Operación SVSP
Jefe Oficina Asesora Jurídica SVSP
Jefe Oficina Asesora De Planeación SVSP
Jefe Oficina Asesora De Sistemas SVSP
Jefe de Comunicaciones
Líderes De Procesos Y Dependencias

DE: **Dra. CAROLINA LÓPEZ GALLEGO**
Jefe Oficina de Control Interno SVSP (E)

ASUNTO: Informe De Evaluación Y Seguimiento Al Mapa De Riesgos Y Controles Institucionales De La Superintendencia De Vigilancia Y Seguridad Privada Segundo (II) Cuatrimestre Vigencia 2026.

Respetados(as) Doctores(as):

De conformidad con las facultades legales establecidas en el artículo 12 de la Ley 87 de 1993, el artículo 17 del Decreto 648 de 2017, en lo relacionado con el rol de seguimiento, y lo dispuesto en el artículo 1, parágrafo 1° del Decreto 338 de 2019 sobre el Sistema de Control Interno: "Los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones tendrán como destinatario principal el representante legal de la entidad y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y/o Comité de Auditoría y/o Junta Directiva, y deberán ser remitidos al nominador cuando este lo requiera,"

La Oficina de Control Interno se permite remitir el **Informe De Evaluación Y Seguimiento Al Mapa De Riesgos Y Controles Institucionales De La Superintendencia De Vigilancia Y Seguridad Privada Segundo (II) Cuatrimestre Vigencia 2026**, para su conocimiento y fines pertinentes, agradeciendo su socialización con los respectivos equipos de trabajo, con el propósito de adelantar las acciones de mejora que correspondan.

Cordialmente,



Carolina López Gallego
Jefe Oficina de Control Interno SVSP (E)

	NOMBRE Y CARGO	PROCESO
Elaboró	Leo Miara Sierra Rodriguez – Profesional de Defensa Oficina de Control Interno	GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
Revisó y Aprobó	Carolina López Gallego – Jefe Oficina de Control Interno	GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

30 de Septiembre de 2026

PROCESO Y/O DEPENDENCIA

COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO.

- **SUPERINTENDENTE DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA**
- **SECRETARIA GENERAL SUPERINTENDENCIA DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA.**
- **SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA EL CONTROL SVSP.**
- **SUPERINTENDENTE DELEGADO PARA LA OPERACIÓN SVSP.**
- **JEFE OFICINA ASESORA JURÍDICA SVSP.**
- **JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN SVSP.**
- **JEFE OFICINA ASESORA DE SISTEMAS SVSP.**
- **LÍDERES DE PROCESOS Y DEPENDENCIAS**

TEMA DE SEGUIMIENTO/INFORME

INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS Y CONTROLES INSTITUCIONALES DE LA SUPERINTENDENCIA DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA SEGUNDO (II) CUATRIMESTRE VIGENCIA 2026.

MARCO NORMATIVO

- **Constitución Política de Colombia de 1991**, artículos 209 y 269.
- **Ley 87 de 1993**, por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno.
- **Ley 1474 de 2011**, Estatuto Anticorrupción.
- **Ley 1712 de 2014**, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- **Ley 2195 de 2022**, por medio de la cual se adoptan medidas de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción.
- **Decreto 1083 de 2015**, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública.
- **Decreto 648 de 2017**, por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015 en materia de gestión y control interno.
- **Decreto 1499 de 2017**, actualización del MIPG y articulación con el Sistema de Control Interno.
- **Decreto 1122 de 2024**, Programa de Transparencia y Ética Pública – PTEP.
- **Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – Versión 7, 2025**, del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP (riesgos generales de gestión, fiscales, de seguridad de la información y los asociados a la integridad pública mediante el SIGRIP.)
- **Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG**, en su versión vigente, seguimiento y evaluación del MIPG.
- **Política Institucional para la Gestión Integral de Riesgos de la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada**, vigente para la entidad.
- **POL-1300-SIPG-01, Política para la Gestión Integral de Riesgos, versión 4.**
- **G1300-SIPG-04, Guía para la Formulación de Riesgos y Oportunidades Institucionales**, versión vigente.
- **Circular Externa No. 100-006 de 2019 (DAFP): Roles y responsabilidades en el marco de las Líneas de Defensa del Modelo Estándar de Control Interno**

- (MECI) / MIPG.
- **Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013:** Marco legal sobre Protección de Datos Personales y Seguridad de la Información.
 - **Ley 594 de 2000 y Acuerdo AGN 002 de 2014:** Custodia, conservación y trazabilidad de expedientes y soportes documentales.
 - **Circular CIR26-00000049 de 2026 (Presidencia de la República - Secretaría de Transparencia):** Directrices imperativas para la convergencia obligatoria del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) y el Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública (SIGRIP).

OBJETIVO

Realizar un seguimiento integral al Mapa de Riesgos y Oportunidades de la Entidad del II Cuatrimestre del 2026, verificando la adecuada gestión de los riesgos y oportunidades, el cumplimiento del rol de la Oficina de Control Interno, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) - 7ª Dimensión de Control Interno, las directrices de la Función Pública y los mandatos del Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública (SIGRIP), y las políticas de administración de riesgos establecidas, así como evaluando la efectividad de los controles implementados, con el propósito de identificar brechas, generar oportunidades de mejora y proporcionar información que contribuya a la toma de decisiones y al cumplimiento de los objetivos institucionales y la sostenibilidad de la Entidad.

ALCANCE

El presente informe de evaluación y seguimiento al Mapa de Riesgos y Controles Institucionales de la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada, correspondiente al segundo (II) cuatrimestre de la vigencia 2026, el alcance comprende la verificación de la efectividad de los controles implementados, la identificación de desviaciones y la revisión de la materialización de riesgos en los procesos misionales, estratégicos y de apoyo, garantizando la trazabilidad y consistencia de la información institucional.

De igual manera, se verificó la pertinencia de las acciones de control y mitigación implementadas por los procesos, con el fin de fortalecer la gestión preventiva y la capacidad de respuesta institucional frente a los riesgos identificados. Los resultados obtenidos constituyen un insumo para la toma de decisiones y el mejoramiento continuo de los procesos de la Entidad.

ANTECEDENTES

La Oficina de Control Interno presentó durante la vigencia 2025 los informes de evaluación y seguimiento a los riesgos y controles institucionales, conforme a la metodología vigente para la época, incluyendo los riesgos asociados a la integridad pública.

Para la vigencia 2026, se realizó el seguimiento correspondiente al primer cuatrimestre sobre los riesgos y controles institucionales registrados en la Entidad, de acuerdo con los lineamientos aplicables durante dicho periodo.

Posteriormente, mediante sesión del 23 de abril de 2026, el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprobó la Política Institucional para la Gestión Integral de Riesgos de la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada, adoptando los lineamientos de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas - Versión 7 (2025), la cual incorpora los componentes de riesgos de gestión, riesgo fiscal,

seguridad de la información y el Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública (SIGRIP).

En concordancia con lo anterior, el seguimiento correspondiente al segundo cuatrimestre de 2026 se desarrolló bajo los lineamientos definidos en la Guía V7 y en la Política Institucional vigente, considerando el esquema de líneas de defensa y los criterios aplicables para la gestión integral del riesgo.

Adicionalmente, mediante la Circular CIR26-00000049 del 24 de junio de 2026, la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República estableció para las entidades del orden nacional el plazo para la implementación de los componentes asociados al Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) y al Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública (SIGRIP).

En consecuencia, el presente informe incorpora la evaluación de los riesgos de gestión, riesgos fiscales y riesgos para la integridad pública, así como el estado de implementación de los lineamientos definidos en la Guía V7 durante el período objeto de seguimiento.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DEL INFORME

En desarrollo del seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional, la Oficina de Control Interno realizó la evaluación del diseño, monitoreo, ejecución y trazabilidad de los controles asociados a los riesgos identificados por los procesos durante el segundo cuatrimestre de 2026, con base en la información y evidencias reportadas por las líneas de defensa.

La evaluación distingue la existencia del riesgo de la evidencia de operación de los controles. En consecuencia, la ausencia o insuficiencia de monitoreo no constituye por sí misma la materialización del riesgo; sin embargo, limita la verificación de la ejecución, periodicidad, operación y efectividad de los controles establecidos para su mitigación.

Para el período comprendido entre mayo y agosto de 2026, el análisis se presenta de acuerdo con la clasificación definida en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas - Versión 7 (2025), agrupando los riesgos en: Riesgos de Gestión, Riesgos Fiscales, Riesgos de Seguridad de la Información y Riesgos para la Integridad Pública (SIGRIP). Esta estructura permite mantener la trazabilidad por proceso y facilitar la evaluación integral de la gestión del riesgo en la Entidad.

La evaluación realizada por la Oficina de Control Interno (OCI) se basa en la dinámica de cada **RIESGO, sus respectivos CONTROLES y la EVALUACION Y SEGUIMIENTO**, al total de **59 riesgos institucionales** formalizados en la entidad.

LA GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS

El artículo 2.2.22.3.2 del Decreto 1083 de 2015, modificado por el Decreto 1499 de 2017, establece el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG como marco para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades públicas; en este contexto, la gestión integral de riesgos constituye un componente transversal del Sistema de Control Interno, orientado a identificar, analizar, valorar, tratar, monitorear y revisar los eventos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales. La Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades

Públicas – Versión 7 (2025) señala que esta gestión debe articularse con el direccionamiento estratégico, los procesos y las responsabilidades de los diferentes niveles de la organización, bajo el esquema de líneas de defensa.

La Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – Versión 7, establece un enfoque integral que comprende los riesgos generales de gestión, riesgos fiscales, riesgos de seguridad de la información y riesgos para la integridad pública, promoviendo una gestión articulada y preventiva; la gestión del riesgo debe trascender el cumplimiento formal y contribuir a la protección de los recursos públicos, la continuidad de la operación, el cumplimiento de los objetivos institucionales y el fortalecimiento de la cultura de riesgo y control.

Para el presente seguimiento, la Oficina de Control Interno considera el diseño, ejecución, periodicidad, monitoreo y evidencia de los controles, de acuerdo con la información disponible para el II cuatrimestre de 2026; de esta manera, la evaluación se orienta a identificar brechas y oportunidades de mejora que contribuyan al fortalecimiento de la gestión integral del riesgo y del Sistema de Control Interno institucional.

GUÍA PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN ENTIDADES PÚBLICAS

El Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP expidió la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – Versión 7 (2025), como referente metodológico para orientar a las entidades en la identificación, valoración, tratamiento, monitoreo y seguimiento de los riesgos institucionales.

La versión actualizada fortalece el enfoque integral de la gestión del riesgo y establece los lineamientos metodológicos para la definición de la Política de Gestión Integral de los Riesgos Institucionales, comprendiendo los Riesgos Generales de la Gestión (Operativos), la Gestión Preventiva de Riesgos Fiscales, los Riesgos de Seguridad de la Información y el Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP, articulados con el MIPG y el Sistema de Control Interno.

Para el presente seguimiento, la Oficina de Control Interno adopta esta Guía como referente para evaluar los riesgos y controles durante el II cuatrimestre de 2026, considerando su diseño, responsable, periodicidad, ejecución, monitoreo y evidencia disponible.

POLÍTICA INSTITUCIONAL PARA LA GESTIÓN INTEGRAL DE RIESGOS DE LA SUPERINTENDENCIA DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA

El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), aprobó el 23 de abril de 2026 la Política Institucional para la Gestión Integral de Riesgos, actualizando el marco institucional para la administración de los riesgos y derogando la política anterior contenida en la Resolución No. 20241200031157CS. Esta política incorpora los lineamientos de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas Versión 7 (2025) y contempla los Riesgos de Gestión, Riesgos Fiscales, Riesgos de Seguridad de la Información y el Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública (SIGRIP).

En este contexto, el seguimiento correspondiente al segundo cuatrimestre de 2026 verificó la gestión de los riesgos y controles institucionales, considerando su diseño,

responsables, periodicidad, ejecución, monitoreo y evidencias disponibles, con el fin de identificar fortalezas y oportunidades de mejora en la gestión integral del riesgo. Es importante señalar que la ausencia o insuficiencia de monitoreo y soportes documentales limita la verificación de la operación y efectividad de los controles, sin que ello constituya por sí mismo evidencia de la materialización del riesgo.

MATRIZ (MAPA) DE RIESGOS INSTITUCIONAL SUPERINTENDENCIA DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA VIGENCIA 2026

La Matriz (Mapa) de Riesgos Institucional constituye el instrumento mediante el cual la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada identifica, valora y establece controles para los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos. Para la vigencia 2026, la matriz consolida riesgos de gestión, fiscales y de integridad pública, incorporando las categorías asociadas a corrupción, fraude, LA/FT/FP, soborno y gestión inadecuada de conflictos de interés, de acuerdo con la información registrada en el instrumento institucional.

Para el presente seguimiento, la Oficina de Control Interno evaluó los riesgos y controles registrados en la matriz y su comportamiento durante el II cuatrimestre de 2026, considerando la ejecución reportada por la primera línea de defensa, el monitoreo de segunda línea, la periodicidad definida y los soportes disponibles. En concordancia con el enfoque de la Guía V7 y como referente metodológico, se diferencia entre controles con evidencia suficiente, evidencia parcial, ausencia de evidencia y aquellos cuya ejecución no era exigible durante el periodo, evitando equiparar la falta de soporte con la materialización del riesgo. Este análisis permite identificar las principales brechas de seguimiento, trazabilidad y soporte documental y establecer oportunidades de fortalecimiento para la gestión integral de riesgos.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DE GESTION (II) CUATRIMESTRE VIGENCIA 2026

➤ CONSOLIDADO DE RIESGOS EVALUADOS POR PROCESO

La Oficina de Control Interno, en su rol de tercera línea de defensa, realizó el seguimiento y evaluación de los riesgos registrados en la matriz institucional de riesgos de la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada para el segundo cuatrimestre de la vigencia 2026.

Como resultado del ejercicio de seguimiento, se evaluaron riesgos de las tipologías Gestión, Fiscal e Integridad Pública (SIGRIP), esta última conformada por riesgos de corrupción, fraude, conflicto de intereses, LA/FT/FP y soborno, distribuidos en los diferentes procesos institucionales, así:

No	PROCESO	Fiscales	Gestión	SIGRIP					Total general
				Corrupción	Fraude	conflicto de intereses	LA/FT/FP	Soborno	
1	ALIANZA INTERINSTITUCIONAL		1	1					2
2	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	1	4						5
3	GESTION ADMINISTRATIVA		2	1					3
4	GESTIÓN CONTRACTUAL		3				1	1	5
5	GESTIÓN DE COMUNICACIONES		1						1
6	GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO		1	1		1			3
7	GESTIÓN DE LA OPERACIÓN		2	1	1		1		5
8	GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL		3			1			4
9	GESTIÓN DE PROCESOS DISCIPLINARIOS	1	1			1			3
10	GESTIÓN DE SISTEMAS E INFORMACION	1	1					1	3
11	GESTIÓN DEL CONTROL, INSPECCIÓN Y VIGILANCIA		2		1				3
12	GESTIÓN DEL SERVICIO	1		2				1	4
13	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	1	2			1	1		5
14	GESTIÓN DOCUMENTAL	1	2						3
15	GESTIÓN FINANCIERA	1	2	1	1				5
16	GESTIÓN JURÍDICA	2	2	1					5
Total general de Riesgos		9	29	8	3	4	3	3	59

Como resultado del seguimiento realizado durante el segundo cuatrimestre de 2026, se evaluaron **59 riesgos** distribuidos en los diferentes procesos de la Entidad, registrados en la matriz institucional y objeto de seguimiento durante el periodo, correspondientes a las categorías de Gestión, Riesgo Fiscal e Integridad Pública (SIGRIP). Los procesos con mayor concentración de riesgos evaluados fueron Gestión Contractual, Gestión Jurídica, Direccionamiento Estratégico y Gestión del Talento Humano, con cinco (5) riesgos cada uno.

Lo anterior evidencia que la gestión del riesgo institucional se encuentra orientada principalmente a la prevención de afectaciones que puedan impactar el cumplimiento de los objetivos institucionales, la integridad pública, la adecuada administración de los recursos y la prestación de los servicios a cargo de la Entidad.

En los capítulos siguientes se presentan en detalle los resultados de la evaluación efectuada por la Oficina de Control Interno, considerando el diseño de los controles, su ejecución, el monitoreo realizado por las líneas de defensa y la evidencia disponible para el período evaluado.

1. ALIANZA INTERINSTITUCIONAL

1.1. RIESGO AIN-R-02: Posibilidad de afectación reputacional por interrupción en la operación de los procesos misionales debido a desconocimiento de los procedimientos e incumplimiento de las cláusulas del convenio vigente.

1.2. CONTROLES

Control 1 (AIN-R-02-C-02): Los policías integrantes del proceso socializan trimestralmente los procedimientos.

Control 2 (AIN-R-02-C-03): El policía asignado al seguimiento del convenio verifica mensualmente que las actividades estén alineadas a las cláusulas establecidas en el convenio.

1.3. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL RIESGO Y SUS CONTROLES (II) CUATRIMESTRE 2026

- **Materialización del Riesgo:** No se evidencia materialización del Riesgo en el Segundo (II) Cuatrimestre.
- **Diseño de los Controles:**

CONTROL	MONITOREO	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
CONTROL 1	Mediante acta No. 002 del 20 de marzo de 2026, el líder del proceso realizó la socialización al personal del grupo GACIN del procedimiento "Análisis del reporte de novedades del servicio de vigilancia y seguridad privada", a fin de minimizar la ocurrencia de errores, en el desarrollo del mismo.	La evidencia aportada corresponde al mismo soporte reportado en el monitoreo anterior; por tanto, no permite validar la ejecución del control durante el segundo cuatrimestre. Se recomienda adjuntar evidencia correspondiente al período evaluado.
CONTROL 2	Mediante comunicados oficiales GS-2026-005968-JESEP, GS-2026-012597-JESEP, GS-2026-017097-JESEP, GS-2026-022407-JESEP, GS-2026-028030-JESEP, GS-2026-032496-JESEP, se realizó seguimiento a las cláusulas del convenio para los meses de enero, febrero, marzo, abril, mayo y junio.	Se determina el diseño adecuado del control y la efectividad de este respecto a la mitigación del riesgo.

2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

2.1. RIESGO (DES-R-01): Posibilidad de afectación reputacional por incumplimiento de las metas institucionales y bajo desempeño en el IDI - FURAG debido a debilidades en el seguimiento a los planes, riesgos e indicadores institucionales.

2.1.1. CONTROLES

Control 1: El profesional o contratista evalúa mensualmente el cumplimiento de las actividades programadas en los diferentes planes y con la información reportada en la herramienta de seguimiento al MIPG.

Control 2: El profesional o contratista consolida semestralmente el informe de gestión con el fin de verificar los avances de cumplimiento de planes, indicadores y riesgos institucionales

Control 3: El profesional asignado o contratista revisa diariamente el reporte de tareas por parte de los procesos con el fin de revisar su cumplimiento y validar su aprobación.

2.2. RIESGO (DES-R-02): Posibilidad de afectación reputacional por incumplimiento de los objetivos estratégicos y la generación de valor público debido a que los instrumentos de planeación institucional (PEI, PAI, presupuesto y proyectos de inversión) se formulan o ejecuten de manera desarticulada.

2.2.1. CONTROLES

Control 1: El profesional asignado o contratista revisa los planes institucionales elaborados por las áreas de manera que den cumplimiento a lo establecido en el Manual de Planes Institucionales.

2.3. RIESGO (DES-R-04): Posibilidad de afectación económica y reputacional por debilidades en la formulación y gestión de proyectos de inversión debido a presentación o ejecución que no cumple con el objetivo del proyecto de inversión o su avance en el horizonte de inversión.

2.3.1. CONTROLES

Control 1: El Jefe de Planeación o quien haga sus veces valida el proyecto de inversión una vez sea validado por el área donde se formuló.

2.4. RIESGO (DES-R-05): Posibilidad de afectación económica y reputacional por debilidades en el monitoreo de segunda línea de defensa sobre los controles institucionales debido a controles ejecutados formalmente sin demostrar su

efectividad para corregir las causas que dieron origen a hallazgos, riesgos o incumplimientos.

2.4.1. CONTROLES

Control 1: El profesional asignado realiza cuatrimestralmente el monitoreo de segunda línea de defensa a los riesgos de todos los procesos y lo registra en la SVE, generando observaciones y recomendaciones.

2.5. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES (II) CUATRIMESTRE 2026

En el seguimiento correspondiente al II cuatrimestre de 2026, no cuentan con monitoreos registrados en la Suite Visión Empresarial. Esta situación limita la verificación por parte de las líneas de defensa de la ejecución, efectividad y capacidad de los controles para prevenir o detectar oportunamente los eventos asociados a los riesgos.

2. GESTIÓN ADMINISTRATIVA

2.1. RIESGO (GAD-R-02): Posibilidad de afectación reputacional por fallas en la operación de los procesos y la prestación del servicio.

2.1.2. CONTROLES

Control 1: El Coordinador del grupo de recursos físicos y adquisiciones o quien haga sus veces revisa y evalúa mensualmente las necesidades de bienes de consumo y reporta al Ordenador del Gasto.

Control 2: El Coordinador del grupo de recursos físicos y adquisiciones o quien haga sus veces realiza mensualmente seguimiento y verificación de la ejecución contractual frente a las necesidades de la entidad.

Control 3: El Coordinador del grupo de recursos físicos y adquisiciones o quien haga sus veces realiza el pago inmediato del servicio público.

2.2. RIESGO (GAD-R-03): Posibilidad de afectación reputacional por incumplimiento de requisitos ambientales aplicables debido a desconocimiento normativo, falta de seguimiento o debilidad en programas ambientales.

2.2.2. CONTROLES

Control 1: El profesional y/o contratista asignado realiza trimestralmente el seguimiento a los programas ambientales del sistema de gestión ambiental.

2.3. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES (II) CUATRIMESTRE 2026

En el seguimiento correspondiente al II cuatrimestre de 2026, no cuentan con monitoreos registrados en la Suite Visión Empresarial. Esta situación limita la verificación por parte de las líneas de defensa de la ejecución, efectividad y capacidad de los controles para prevenir o detectar oportunamente los eventos asociados a los riesgos.

3. GESTIÓN DE CONTROL, INSPECCIÓN Y VIGILANCIA

3.1. RIESGO (GCI-R-02): Posibilidad de afectación reputacional por la operancia del fenómeno de la caducidad en los procesos administrativos sancionatorios y el estudio de fondo de las PQRS (IAP).

3.1.2. CONTROLES

Control 1 (GCI-R-02-C-01): El Coordinador(es) Grupos de Sanciones e IAP o quien haga sus veces y el Superintendente Delegado para el Control realizan la revisión, firma y radicación del acto administrativo proyectado.

Control 2 (GCI-R-02-C-02): El Coordinador(es) Grupos de Sanciones e IAP

o quien haga sus veces y el Superintendente Delegado para el Control verifican y analizan la documentación remitida por el Grupo de Atención al Usuario.

4.1.2 EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES (II) CUATRIMESTRE VIGENCIA 2026

- **Materialización del Riesgo:** Se evidencia monitoreo y ejecución de los controles del Riesgo, no se materializó el riesgo para el (II) cuatrimestre de la vigencia 2026.
- **Diseño de los controles:**

CONTROL	MONITOREO	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
CONTROL 1	Los grupos de IAP y Sanciones, una vez realizado análisis y valoración de pruebas remite para revisión y suscripción los actos administrativos para ser enviados a radicar surtiendo los impulsos procesales de los expedientes a cargo y mitigar caducidad de estos.	La muestra documental aportada evidencia la ejecución del control mediante la revisión y remisión de actos administrativos para radicación. No obstante, la evidencia disponible resulta limitada frente a la frecuencia diaria definida, por lo que no es posible validar integralmente su ejecución durante el período evaluado. En consecuencia, se recomienda fortalecer la trazabilidad documental y el cargue de soportes que permitan acreditar la aplicación continua del control.
CONTROL 2	Se realizó los correspondientes análisis de la información suministrada con el fin de determinar la competencia de los grupos de IAP y Sanciones sobre remitido por el Grupo de Atención al Ciudadano y determinar las devoluciones para su trámite por parte de proceso responsable.	Se evidencian actividades de revisión y devolución de documentación por competencia, permitiendo verificar la aplicación del control. Sin embargo, la evidencia aportada no permite validar integralmente la frecuencia diaria definida, por lo que se recomienda fortalecer la trazabilidad documental de su ejecución.

3.2. RIESGO (GCI-R-03): Posibilidad de afectación reputacional por el incumplimiento del plan de visitas a causa de la insuficiencia de recursos para atender a cabalidad las actividades relacionadas con el control, inspección y vigilancia.

3.2.2. CONTROLES

Control 1 (GCI-R-03-C-01): El Coordinador Grupo de Inspección o quien haga sus veces gestiona el plan anual de visitas según lo contemplando, priorizando por sectores para aprovechar los recursos y posteriormente una vez ejecutadas las visitas da visto bueno al informe ejecutivo.

Control 2 (GCI-R-03-C-02): El Coordinador Grupo de Inspección o quien haga sus veces da visto bueno o revisión positiva y remite el auto de archivo proyectado al Delegado (a) para el Control (Actividad 26, 31 y 32 PRO-GCI-220-002).

Control 3 (GCI-R-03-C-03): El Coordinador Grupo de Inspecciones o quien haga sus veces verifica y analiza la documentación remitida por el Grupo IAP. Si considera que es competencia del grupo se acepta y se ingresa a la base de datos del grupo.

3.2.3. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES (II) CUATRIMESTRE VIGENCIA 2026

- **Materialización del Riesgo:** Se evidencia monitoreo y ejecución de los controles del Riesgo, no se materializó el riesgo para el (II) cuatrimestre de la vigencia 2026.
- **Diseño de los controles:**

Control	MONITOREO	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
CONTROL 1	La Delegatura para el control por medio del coordinador del Grupo de Inspección realizó el	Se evidencian actividades de seguimiento a los informes ejecutivos mediante correos de

	correspondiente seguimiento a la ejecución del plan anual de visitas, remitiendo de manera periódica correos al personal con el fin de garantizar la entrega de los expedientes y los informes de las visitas a cargo en cumplimiento del Plan Anual de Visitas	control y requerimiento de información, lo que permite validar la ejecución del control. Sin embargo, la evidencia aportada no refleja de manera completa la periodicidad mensual establecida, por lo que se recomienda fortalecer el cargue de soportes de cada mes evaluado.
CONTROL 2	La Delegatura para el control por medio del coordinador del Grupo de Inspección, realizó la revisión los autos de archivo y envió para suscripción por parte de la Delegada para el Control así mismo se llevó a cabo el envío como de expedientes de las visitas a los cuales se les encontró evidencia para adelantar proceso sancionatorio.	La muestra documental aportada permite evidenciar la ejecución de actividades asociadas al control; sin embargo, los archivos consolidados presentados no contienen información suficiente para verificar de manera integral la trazabilidad de seguimiento y oportunidad de las revisiones efectuadas. Se recomienda fortalecer la documentación de los soportes para facilitar su seguimiento y validación.
CONTROL 3	El Coordinador Grupo de Inspecciones o quien haga sus veces verifica y analiza la documentación remitida por el Grupo IAP. Si considera que es competencia del grupo se acepta y se ingresa a la base de datos del grupo.	La evidencia aportada demuestra la ejecución del control para un caso específico de devolución por competencia; sin embargo, no permite verificar de manera integral su aplicación con la periodicidad mensual establecida. Se recomienda fortalecer el registro de evidencias del período evaluado.

4. GESTIÓN DE COMUNICACIONES

4.1. RIESGO (GCM-R01): Posibilidad de afectación reputacional por bajo índice de la calificación en el ITA de la PGN y otros entes de control debido a desconocimiento de las obligaciones de las áreas respecto de la Ley de transparencia y la Ley de Participación Ciudadana.

4.1.2. CONTROLES

Control 1: El profesional o contratista asignado atiende constantemente las solicitudes de publicación en página web recibidas de las áreas y realiza trimestralmente el envío de correo con responsabilidades.

Control 2: El profesional o contratista asignado realiza de manera mensual el seguimiento al cumplimiento de las actividades programadas en el Plan de Participación Ciudadana.

4.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES (II) CUATRIMESTRE 2026

En el seguimiento correspondiente al II cuatrimestre de 2026, no cuentan con monitoreos registrados en la Suite Visión Empresarial. Esta situación limita la verificación por parte de las líneas de defensa de la ejecución, efectividad y capacidad de los controles para prevenir o detectar oportunamente los eventos asociados a los riesgos.

5. GESTIÓN CONTRACTUAL

5.1. RIESGO (GCO-R-02): Posibilidad de afectación reputacional por hallazgos y sanciones de los organismos de control debido a inconsistencias en la base de datos de contratos, respecto a los registros en SECOP y los reportes SIRECI e incumplimientos normativos.

5.1.2. CONTROLES

Control 1: El profesional asignado a cada proceso contractual realiza en

conjunto con otros profesionales (de otras áreas a quienes corresponda las necesidades del servicio y financiera cuando aplique), la evaluación técnica, económica y jurídica de los oferentes.

Control 2: Los profesionales asignados a cada proceso de contratación analizan el EP remitidos por las áreas de acuerdo a la necesidad, verificando que este cumpla con la normatividad vigente de acuerdo a la modalidad de selección.

5.2. RIESGO (GCO-R-03): Posibilidad de afectación reputacional por investigaciones y sanciones de los organismos de control derivadas del incumplimiento contractual debido a la inadecuada e inoportuna supervisión de las obligaciones suscritas en los contratos celebrados.

5.2.2. CONTROLES

Control 1: El Profesional asignado, verifica cuando termine la ejecución del contrato, la entrega de la evaluación de desempeño por parte del supervisor del mismo, con el fin de verificar su cumplimiento en cuanto a la calidad del servicio.

Control 2: El Coordinador del grupo o quien haga sus veces capacita semestralmente a los supervisores con el propósito de desarrollar la función de supervisión acorde con la normatividad vigente.

5.3. RIESGO (GCO-R-04): Posibilidad de afectación reputacional por incumplimiento del plan anual de adquisiciones y/o de los objetivos institucionales debido a retrasos en las etapas -precontractual y contractual.

5.3.2. CONTROLES

Control 1: El Coordinador del grupo o quien haga sus veces convoca cada vez que se requiera al Comité de Compras y Adquisiciones para realizar seguimiento al avance de los procesos contractuales programados en el PAA.

Control 2: Los profesionales asignados a cada proceso de contratación analizan los documentos del proceso remitidos por las áreas de manera oportuna, cada vez que se reciban los documentos del proceso.

5.4. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES (II) CUATRIMESTRE 2026

En el seguimiento correspondiente al II cuatrimestre de 2026, no cuentan con monitoreos registrados en la Suite Visión Empresarial. Esta situación limita la verificación por parte de las líneas de defensa de la ejecución, efectividad y capacidad de los controles para prevenir o detectar oportunamente los eventos asociados a los riesgos; así como la verificación del cumplimiento de las periodicidades establecidas para algunos controles.

7. GESTIÓN DOCUMENTAL

7.1. RIESGO (GDO-R-01): Posibilidad de afectación reputacional por hallazgos de entes de control y de auditoria debido a incumplimiento de los procedimientos internos y normatividad vigente relacionados con la radicación y distribución de los documentos.

7.1.1. CONTROLES

Control 1(GDO-R-01-C-02): El Coordinador de grupo o quien haga sus veces revisa y aprueba la devolución de radicados. En caso de ser aprobada, se autorizará la reasignación del radicado a la dependencia competente.

Control 2(GDO-R-01-C-03): El personal asignado a la ventanilla única de correspondencia asigna número de radicado generando sticker y direcciona

a la dependencia correspondiente y hace entrega de documento en físico, mediante planilla Distribución Radicados.

Control 3(GDO-R-01-C-04): El personal asignado a la ventanilla única de correspondencia carga y valida la documentación recibida según el canal de ingreso (Actividad 4 del PRO-GDO-330-013).

7.1.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES (II) CUATRIMESTRE 2026

- **Materialización del Riesgo:** El riesgo no se materializó para la presente evaluación, sin embargo, se recomienda el rediseño de las evidencias controles
- **Diseño del Control:**

CONTROL	MONITOREO	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
CONTROL 1	Durante el segundo cuatrimestre de la vigencia 2026, el Grupo de Gestión Documental, Archivo y Correspondencia realizó ciento treinta y ocho (138) devoluciones, las cuales se efectuaron dentro de los términos establecidos. Como soporte de la gestión realizada, se adjunta archivo en formato Excel que contiene el registro de las devoluciones, teniendo en cuenta que, debido al volumen de estas, no se anexan los correos electrónicos correspondientes.	Se evidencia registro consolidado en las evidencias aportadas, permitiendo verificar la aplicación del control y el cumplimiento de los términos establecidos. No obstante, se recomienda fortalecer la trazabilidad documental mediante la inclusión de soportes complementarios que permitan validar la totalidad de las devoluciones registradas.
CONTROL 2	Durante el segundo cuatrimestre de la vigencia 2026, el Grupo de Gestión Documental, Archivo y Correspondencia recibió un total de seis mil ochocientos tres (6.803) radicados de entrada, los cuales fueron asignados a las respectivas dependencias de la entidad para su trámite correspondiente.	Se evidencian planillas de distribución de radicados correspondientes a las diferentes dependencias de la entidad, permitiendo verificar la asignación, direccionamiento y entrega de la documentación recibida. La evidencia aportada permite validar la ejecución del control durante el período evaluado y su cumplimiento conforme a la periodicidad definida.
CONTROL 3	Durante el segundo cuatrimestre de la vigencia 2026, el Grupo de Gestión Documental, Archivo y Correspondencia ingresó a los respectivos SharePoint de las oficinas los radicados correspondientes, para un total de seis mil trescientos noventa y nueve (6.399) registros. Adicionalmente, durante el mes de agosto se recibieron cuatrocientos cuatro (404) radicados, los cuales se encuentran registrados en el aplicativo DOCUMENTE.	La evidencia aportada permite verificar la ejecución del control y el cumplimiento del procedimiento definido para la gestión documental. Sin embargo, se recomienda fortalecer los soportes mediante reportes, historiales o pantallazos de SharePoint y DOCUMENTE que permitan validar los registros reportados y fortalecer la trazabilidad del control para futuras verificaciones.

7.2. RIESGO (GDO-R-03): Posibilidad de afectación reputacional por insatisfacción de los grupos internos y externos de valor debido a demoras en la asignación de trámites y PQRSO a las áreas, lo que puede afectar los tiempos de respuesta y la prestación del servicio.

7.2.1. CONTROLES

Control 1(GDO-R-03-C-01): Los profesionales de Gestión Documental y del servicio postal contratado entregan los radicados de entrada a las dependencias correspondientes según el canal.

Control 2(GDO-R-03-C-02): El profesional asignado a radicación en gestión documental remite al área competente, de acuerdo con el contenido de la misma, para su gestión y respuesta.

7.2.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES SEGUNDO (II) CUATRIMESTRE 2026

- **Materialización del Riesgo:** No se evidencia materialización del riesgo para el periodo evaluado.
- **Diseño de los controles:**

CONTROL	MONITOREO	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
CONTROL 1	Durante el segundo cuatrimestre de la vigencia 2026, el Grupo de Gestión Documental, Archivo y Correspondencia realizó ciento treinta y ocho (138) devoluciones, las cuales se efectuaron dentro de los términos establecidos. Como soporte de la gestión realizada, se adjunta archivo en formato Excel que contiene el registro de las devoluciones, teniendo en cuenta que, debido al volumen de estas, no se anexan los correos electrónicos correspondientes.	Se evidencian los radicados de entrada correspondientes al periodo evaluado, lo que permite validar parcialmente la ejecución del control; sin embargo, los soportes aportados no permiten verificar de manera integral la periodicidad diaria ni la trazabilidad de la entrega de los radicados a las dependencias correspondientes. Se recomienda fortalecer el cargue de los soportes que permitan evidenciar la oportunidad de la entrega y/o remisión de los radicados.
CONTROL 2	Durante el segundo cuatrimestre de la vigencia 2026, el Grupo de Gestión Documental, Archivo y Correspondencia asignó un total de mil ochocientos cincuenta (1.850) solicitudes tipificadas como PQRSD, las cuales fueron direccionadas y distribuidas a las dependencias correspondientes para su respectivo trámite.	Control parcial, Se evidencia la base de datos de los radicados de entrada correspondientes al periodo evaluado, sin embargo, los soportes aportados no contienen información suficiente para verificar de manera integral la trazabilidad y oportunidad de la remisión de las solicitudes al área competente. Se recomienda fortalecer el cargue de los soportes.

8. GESTIÓN FINANCIERA

8.1. RIESGO (GFI-R-02): Posibilidad de afectación reputacional por la presentación de estados financieros que no reflejen la realidad económica y financiera de la entidad, debido a la entrega inoportuna, no entrega de la información financiera por parte de las diferentes áreas o falta de conciliación de la información reportada.

8.1.1. CONTROLES

Control 1 (GFI-R-02-C-01): El contador de la entidad o quien haga sus veces, cuando reciben información de las áreas correspondiente al mes, con el fin de tener información confiable y veraz, revisa la información suministrada por las áreas.

Control 2 (GFI-R-02-C-02): El contador de la entidad o quien haga sus veces, verifica mensualmente los registros contables versus los soportes suministrados por los profesionales asignados a la contabilidad.

Control 3 (GFI-R-02-C-03): El contador de la entidad o quien haga sus veces, en el mes siguiente valida la información del mes anterior y en caso de encontrar diferencias, elabora el registro correspondiente con el fin de corregir la novedad.

8.1.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES SEGUNDO (II) CUATRIMESTRE VIGENCIA 2026

- **Materialización del Riesgo:** En la Auditoría Financiera de la CGR 2025 y en la Auditoría Interna al Grupo de Gestión Financiera 2025 se identificaron inconsistencias relacionadas con la presentación de los estados financieros. Para el II cuatrimestre de 2026, no se aportaron evidencias en la Suite Visión correspondientes a los tres controles establecidos para mitigar el riesgo, por lo que no fue posible verificar su ejecución y trazabilidad durante el periodo evaluado.

- **Diseño de los controles:**

CONTROL	MONITOREO	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
CONTROL 1	Se evidencia la realización de la revisión de la información suministrada por las áreas. Como oportunidad de mejora, se recomienda dejar evidencia de las validaciones efectuadas y de las acciones implementadas frente a las	No se aportaron evidencias para realizar su revisión y conciliación de la información suministrada por las áreas. Se recomienda fortalecer el cargue de los soportes de conciliación de saldos que permitan evidenciar la ejecución y trazabilidad del control.

	inconsistencias identificadas, fortaleciendo la trazabilidad y efectividad del control.	
CONTROL 2	Se evidencia que el control se realiza mensualmente mediante la verificación de los registros contables frente a los soportes suministrados por los profesionales asignados al proceso contable. Como oportunidad de mejora, se recomienda fortalecer la evidencia de las verificaciones realizadas, dejando constancia de las diferencias o inconsistencias identificadas y de las acciones adelantadas para su corrección, con el fin de garantizar la trazabilidad y confiabilidad de la información contable.	No se aportaron evidencias para la revisión de los registros contables frente a los soportes suministrados por los profesionales de contabilidad en el periodo evaluado. Se recomienda cargar los soportes de las verificaciones realizadas y de las diferencias identificadas, cuando corresponda.
CONTROL 3	En los casos en que se presentan inconsistencias, se efectúan los registros contables necesarios para su corrección. Como oportunidad de mejora, se recomienda fortalecer la evidencia de la revisión realizada, dejando constancia de las diferencias identificadas, los ajustes efectuados y su respectivo soporte, con el fin de garantizar la trazabilidad y confiabilidad de la información contable.	No se aportaron evidencias para realizar la validación de la información del periodo evaluado y las acciones realizadas frente a posibles diferencias. Se recomienda cargar los soportes correspondientes que permitan evidenciar la ejecución y trazabilidad del control.

8.2. RIESGO (GFI-R-05): Posibilidad de afectación económica por penalidades al presupuesto de la entidad para la siguiente vigencia debido a la baja ejecución del presupuesto de la vigencia por la entrega extemporánea de cuentas de cobro y/o facturas por parte de supervisores de contrato.

8.2.1. CONTROLES

Control 1 (GFI-R-05-C-01): Los profesionales asignados a cuentas por pagar, contrasta mensualmente con los profesionales de contabilidad la obligación de las cuentas y con tesorería el pago efectivo de las cuentas presentadas en el periodo, con el fin de monitorear las cuentas con ejecución presupuestal.

8.2.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES SEGUNDO (II) CUATRIMESTRE VIGENCIA 2026

- **Materialización del Riesgo:** No se evidencia materialización del riesgo para el periodo evaluado.
- **Diseño de los controles:**

CONTROL	MONITOREO	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
CONTROL 1	Mensualmente se realiza seguimiento a la ejecución presupuestal, verificando que los prestadores de servicios cumplan oportunamente con la presentación de las cuentas correspondientes, con el fin de garantizar el reconocimiento y trámite oportuno de las obligaciones contractuales.	Se evidencia seguimiento correspondiente al periodo evaluado; sin embargo, el soporte aportado no permite verificar de manera integral la ejecución mensual del control ni el contraste con Contabilidad y Tesorería. Se recomienda fortalecer la evidencia que permita acreditar dichas verificaciones y su trazabilidad.

9. GESTIÓN JURÍDICA

9.1. RIESGO (GJU-R-03): Posibilidad de afectación económica por multas de entidades de regulación, control o autoridades judiciales o administrativas, a causa de la inobservancia de los términos procesales en trámites y tutelas o debido a pagos por sentencias judiciales a favor del demandante.

9.1.1. CONTROLES

Control 1 (GJU-R-03-C-01): El jefe de la Oficina Asesora Jurídica asigna diariamente mediante correo electrónico al abogado sustanciador las acciones constitucionales a resolver y realiza seguimiento a su cumplimiento.

Control 2 (GJU-R-03-C-02): El Profesional asignado realiza seguimiento

mensual a la base de datos de Defensa Judicial, con el objetivo de verificar la oportunidad en las actuaciones administrativas.

Control 3 (GJU-R-03-C-03): El jefe jurídico (secretario(a) técnico(a) asignado(a) convoca al comité de conciliación cada vez que se requiera, con el fin de realizar un análisis de los procesos relacionados y emitir acciones para cada caso en relación con el cumplimiento de las órdenes judiciales.

9.1.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESOS Y DE SUS CONTROLES SEGUNDO (II) CUATRIMESTRE VIGENCIA 2026

- **Materialización del Riesgo:** No se evidenció materialización del riesgo durante el periodo evaluado. No obstante, la ausencia de información del monitoreo por parte de la primera línea limita la verificación oportuna del comportamiento del riesgo y de la efectividad de sus controles.
- **Diseño de los Controles:**

CONTROL	MONITOREO	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
CONTROL 1	Se adjuntan los soportes correspondientes	No se aportó el informe trimestral establecido como evidencia, por lo que no es posible verificar integralmente el seguimiento efectuado a las acciones constitucionales y demás procesos. Se recomienda fortalecer el soporte del control conforme al entregable definido.
CONTROL 2	Se adjuntan los soportes correspondientes	Se evidencian las bases de datos para el control; sin embargo, el soporte no permite verificar de manera suficiente la oportunidad de las actuaciones, aspecto que hace parte del objetivo del control. Se recomienda fortalecer la evidencia incorporando elementos que permitan identificar y verificar oportunamente las actuaciones realizadas.
CONTROL 3	Se adjuntan los soportes correspondientes	No se requirió para el periodo evaluado segundo cuatrimestre 2026.

9.2. RIESGO (GJU-R-05): Posibilidad de afectación económica y reputacional por multa y sanción del ente regulador, debido a pagos por sentencias judiciales a favor del demandante o se genere responsabilidad fiscal en contra del servidor público.

9.2.1. CONTROLES

Control 1(GJU-R-05-C-01): La persona designada por el jefe de la Oficina Asesora Jurídica, realiza seguimiento mensual a la base de datos de Defensa Judicial, con el objetivo de verificar la oportunidad en las actuaciones administrativas.

Control 2(GJU-R-05-C-01): El jefe de la Oficina Asesora Jurídica, designa el personal idóneo y señala la división de acciones dentro de la gestión de la representación Judicial, incluyendo cargas administrativas o asistenciales.

Control 3(GJU-R-05-C-01): El jefe jurídico (secretario(a) técnico(a) asignado(a)) convoca al comité de conciliación cada vez que se requiera, con el fin de que los invitados especiales den a conocer los procesos relacionados.

9.2.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES SEGUNDO (II) CUATRIMESTRE VIGENCIA 2026

- **Materialización del Riesgo:** No se evidenció materialización del riesgo durante el periodo evaluado. No obstante, la ausencia de información del monitoreo por parte de la primera línea limita la verificación oportuna del comportamiento del riesgo y de la efectividad de sus controles.
- **Diseño de los Controles:**

CONTROL	MONITOREO	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
---------	-----------	--------------------------

CONTROL 1	Se anexan las evidencias correspondientes.	Cumple con el seguimiento a los procesos judiciales. Sin embargo, la evidencia aportada corresponde a un informe consolidado semestral y no mensual, por lo que se recomienda fortalecer la trazabilidad documental de su ejecución con la periodicidad conforme a la periodicidad definida en el control.
CONTROL 2	Se anexan las evidencias correspondientes.	Cumple con la ejecución del control, evidenciándose seguimiento a los procesos judiciales mediante las bases de datos aportadas. No obstante, se identifican posibles alertas asociadas a procesos pendientes de cumplimiento, por lo que se recomienda fortalecer su monitoreo para prevenir la materialización del riesgo.
CONTROL 3	Se anexan las evidencias correspondientes.	No se requirió para el periodo evaluado segundo cuatrimestre 2026.

10. GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL

10.1. RIESGO (GMI-R-01): Posibilidad de afectación reputacional por la suspensión o pérdida de la certificación del Sistema de Gestión de Calidad debido a incumplimiento de los requisitos normativos o a la interrupción del ciclo de auditoría por no contratación oportuna del ente certificador.

10.1.1. CONTROLES

Control 1 (GMI-R-01-C-01): El profesional y/o contratista asignado, realiza cuatrimestralmente el seguimiento a los planes de mejoramiento de las auditorías de calidad.

Control 2 (GMI-R-01-C-03): El Líder de Auditoría programa y ejecuta anualmente la auditoría interna al Sistema de Gestión de Calidad de acuerdo al procedimiento de Auditorías de Calidad.

Control 3 (GMI-R-01-C-05): El Jefe de la Oficina Asesora de Planeación o el Coordinador de Mejoramiento Institucional solicita anualmente dentro de las necesidades de contratación la auditoría externa de calidad de la siguiente vigencia.

Control 4 (GMI-R-01-C-06): Los profesionales de la Oficina revisan y validan semanalmente los documentos del SGC, su cascada documental, versionamiento y cumplimiento de lineamientos del sistema.

10.1.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES SEGUNDO (II) CUATRIMESTRE VIGENCIA 2026

- **Materialización del Riesgo:** No se evidencia materialización del riesgo para el periodo evaluado, identificándose oportunidades de mejora en la ejecución de la auditoría interna de calidad y en la contratación de la auditoría externa.
- **Diseño de los controles:**

CONTROL	MONITOREO	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
CONTROL 1	Con corte al I cuatrimestre se realizó seguimiento a los planes de mejoramiento y se socializaron los resultados. Para el II cuatrimestre el seguimiento se encuentra en revisión del Jefe de planeación.	Se evidencia ejecución del control conforme a lo establecido, mediante el seguimiento cuatrimestral a los planes de mejoramiento de las auditorías de calidad.
CONTROL 2	No se ha asignado líder de auditoría responsable de esta actividad.	No se evidenció ejecución del control durante el periodo evaluado, debido a que no se ha asignado responsable para la realización de la auditoría interna de calidad.
CONTROL 3	Se descargo el plan anual de adquisiciones del SECOP II no obstante, no se encontró el ítem. Por lo anterior, se solicitó el PAA 2026 vigente al área de contrataciones el 28/09/2026 y se espera confirmación.	Se evidencia ejecución del control; sin embargo, no fue posible validar su efectividad, toda vez que se encuentra pendiente la confirmación de la contratación de la auditoría externa de calidad.

CONTROL 4	Durante el II cuatrimestre se revisaron diferentes versiones de los documentos del SGC y fueron liberados 103 de ellos.	Se evidencia ejecución y efectividad del control mediante la revisión, validación y liberación de documentos del Sistema de Gestión de Calidad durante el periodo evaluado.
------------------	---	---

10.2. RIESGO (GMI-R-02): Posibilidad de afectación reputacional por retrasos en la ejecución de auditorías internas y actividades de seguimiento del SGC debido a debilidades en la planificación y disponibilidad de recursos.

10.2.1. CONTROLES

Control 1(GMI-R-02-C-01): El Jefe de la Oficina Asesora de Planeación o el Coordinador de Mejoramiento Institucional solicita anualmente dentro de las necesidades de contratación el servicio de mantenimiento.

Control 2(GMI-R-02-C-02): El líder de auditoría verifica semestralmente los perfiles de auditores líderes y equipos auditores con el fin de revisar si se cuenta con suficiente personal que cumple el perfil.

Control 3(GMI-R-02-C-03): El coordinador de Mejoramiento Institucional o quien haga sus veces analiza semestralmente las autoevaluaciones semestrales de los procesos y genera conclusiones y recomendaciones para la mejora en el marco de la evaluación del desempeño del SGC.

10.2.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES SEGUNDO (II) CUATRIMESTRE VIGENCIA 2026

- **Materialización del Riesgo:** No se evidencia materialización del riesgo para el periodo evaluado, No obstante, se identifican debilidades relacionadas con la disponibilidad de personal responsable para la ejecución de actividades de auditoría y seguimiento del Sistema de Gestión de Calidad, lo que podría afectar la oportunidad en la ejecución de los controles.
- **Diseño de los controles:**

CONTROL	MONITOREO	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
CONTROL 1	Desde el 18/03/2026 mediante resolución N° 20263100013037CS finalizó la coordinación de mejora. Por tanto la actividad no se ha ejecutado y no se han revisado otros perfiles.	No se puede hacer seguimiento, toda vez que la terminación de la coordinación del Grupo de Mejoramiento Institucional afectó su ejecución durante el periodo evaluado.
CONTROL 2	No se cuenta con líder de auditoría que ejecute esta actividad.	No se evidenció ejecución del control durante el periodo evaluado, debido a la ausencia de un líder de auditoría responsable de su aplicación.
CONTROL 3	Aunque no se cuenta con coordinador de Mejora Institucional, el personal de la oficina de planeación ya se encuentra recopilando las autoevaluaciones para el respectivo análisis de quien corresponda.	Se evidenciaron actividades de recopilación de autoevaluaciones; no obstante, no fue posible verificar el análisis y generación de conclusiones conforme a lo establecido en el control.

10.3. RIESGO (GMI-R-06): Posibilidad de afectación reputacional por posible interrupción o falla en la operación de la plataforma o aplicativo de gestión institucional con el que cuente la entidad debido a no contratación oportuna del soporte y mantenimiento para la vigencia, lo que podría generar afectación económica, incumplimiento de obligaciones institucionales y daño reputacional para la entidad.

10.3.1. CONTROLES

Control 1(GMI-R-06-C-01): El Jefe de la Oficina Asesora de Planeación o el Coordinador de Mejoramiento Institucional solicita anualmente dentro de las necesidades de contratación el servicio de mantenimiento.

Control 2(GMI-R-06-C-02): El Jefe de la Oficina Asesora de Planeación o

haga las veces de Supervisor con contrato realiza trimestralmente reuniones con el proveedor del aplicativo SEGI "Sistema Estratégico de Gestión Institucional".

10.3.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES SEGUNDO (II) CUATRIMESTRE VIGENCIA 2026

- **Materialización del Riesgo:** No se evidencia materialización del riesgo para el periodo evaluado.
- **Diseño de los controles:**

CONTROL	MONITOREO	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
CONTROL 1	Para la vigencia en curso, fue programada la necesidad (se adjunta PAA 2026 descargado de SECOP II). Además, se suscribió orden de compra 160043 con el proveedor Pensemos S.A. Se adjunta Orden de compra en ejecución.	Se evidencia ejecución del control conforme a lo establecido, soportado con la programación de la necesidad y la contratación del servicio de mantenimiento.
CONTROL 2	Durante el II cuatrimestre se llevó a cabo reunión de seguimiento (21/08/2026) con el proveedor para el consumo de horas.	Se evidencia ejecución del control conforme a lo establecido, mediante el seguimiento realizado al proveedor del aplicativo SEGI durante el periodo evaluado.

11. GESTIÓN DE LA OPERACIÓN

11.1. RIESGO (GOP-R-02):

11.1.1. CONTROLES

Control 1: Los coordinadores de grupo o quien haga sus veces y/o el Delegado para la Operación y revisores asignados revisa diariamente los actos administrativos proyectados con el propósito de verificar la respuesta y decisiones de fondo frente a los trámites gestionados.

Control 2: Los coordinadores de grupo o quien haga sus veces y/o el Delegado para la Operación gestiona trámites de alta complejidad y con el fin de analizar la viabilidad de aprobar o rechazar las solicitudes recibidas.

11.1.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES (II) CUATRIMESTRE 2026

En el seguimiento correspondiente al II cuatrimestre de 2026, no cuentan con monitoreos registrados en la Suite Visión Empresarial. Esta situación limita la verificación por parte de las líneas de defensa de la ejecución, efectividad y capacidad de los controles para prevenir o detectar oportunamente los eventos asociados a los riesgos.

11.2. RIESGO (GOP-R-05): Posibilidad de afectación económica y reputacional por dificultad para obtener información y trazabilidad completa y veraz de los vigilados como insumo para dar respuesta oportuna a trámites debido a falta de un sistema de información confiable e integrado (interoperable) que permita gestionar, controlar y realizar seguimiento oportuno a los diferentes trámites.

11.2.1. CONTROLES

Control 1 (GOP-R-05-C-01): Los coordinadores de grupo o quien haga sus veces o el Delegado para la Operación o el Supervisor del contrato asume temporalmente las actividades ante la ausencia de personal suficiente e idóneo, hasta realizar la asignación, inducción y capacitación del funcionario o colaborador responsable.

Control 2 (GOP-R-05-C-02): Los coordinadores de grupo o quien haga sus veces y/o el Delegado para la Operación realiza un informe mensual de

seguimiento de trámites pendientes por profesional o colaborador asignado, identificando aquellos próximos a vencer y priorizando su atención de acuerdo con los tiempos establecidos.

11.2.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES SEGUNDO (II) CUATRIMESTRE VIGENCIA 2026

- **Materialización del Riesgo:** No se evidenció la materialización del riesgo; no obstante, se identifican debilidades en el monitoreo y documentación de los controles, situación que podría favorecer la ocurrencia del evento de riesgo de no implementarse acciones de mejora.
- **Diseño de los controles:**

CONTROL	MONITOREO	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
CONTROL 1	No registra monitoreo en el control.	No se aportaron evidencias que permitan verificar la ejecución del control durante el periodo evaluado. Ni registra monitoreo durante el periodo evaluado por parte del proceso.
CONTROL 2	Esta actividad se realiza mediante el reparto y asignación de los expedientes en SharePoint, de acuerdo con la distribución establecida, permitiendo llevar un registro y seguimiento de los expedientes asignados a cada responsable.	Cumple parcialmente. No se aportó la matriz mensual de seguimiento definida como evidencia del control mensual durante el periodo evaluado o evidencia de SharePoint, por lo que se recomienda fortalecer la trazabilidad documental de su ejecución.

12. GESTIÓN PROCESOS DISCIPLINARIOS

12.1. RIESGO (GPD-R-01): Posibilidad de afectación reputacional por prescripción de la acción disciplinaria debido a la acumulación de actuaciones proyectadas pendientes para firma

12.1.1. CONTROLES

Control 1: (GPD-R-01-C-02) El Coordinador(a) Grupo de Control Interno Disciplinario o quien haga sus veces realiza el reparto de la noticia disciplinaria o PQRS a los funcionarios y/o contratistas abogados dando prioridad a los procesos más antiguos o que presentan mayor riesgo de prescripción.

12.1.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES SEGUNDO (II) CUATRIMESTRE VIGENCIA 2026

- **Materialización del Riesgo:** Se evidencia la realización del monitoreo; sin embargo, no se realizó el cargue de la información y los soportes requeridos. En consecuencia, no es posible determinar si el riesgo se materializó durante el periodo objeto de seguimiento. Para establecer dicha condición, se requiere realizar la verificación de los entregables y soportes correspondientes.
- **Diseño de los controles:**

CONTROL	MONITOREO	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
CONTROL 1	El riesgo no se materializo	No es posible determinar si el riesgo se materializó durante el periodo objeto de seguimiento, se recomiendo que el monitoreo de primera línea sea mas especifico en cuanto a evidencias y actividades realizadas.

13. GESTIÓN SISTEMAS

13.1. RIESGO (GSI-R-03) Posibilidad de afectación reputacional por fallas en la

operación de los sistemas de información de la entidad, debido a la no contratación del soporte y mantenimiento de los aplicativos y de la infraestructura de TI necesaria para el funcionamiento de la entidad.

13.1.1. CONTROLES

Control 1: El jefe de la Oficina de Sistemas o quien haga sus veces evalúa anualmente y recoge de su grupo de trabajo las necesidades para el correcto funcionamiento de los sistemas de información e infraestructura TI.

13.1.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES SEGUNDO (II) CUATRIMESTRE VIGENCIA 2026

Debido a la ausencia de monitoreos y evidencias registradas en la Suite Visión Empresarial para el II cuatrimestre de 2026, no fue posible establecer la efectividad de los controles ni determinar con suficiencia la ocurrencia o no de eventos asociados al riesgo evaluado.

14. GESTIÓN DEL SERVICIO

Para el proceso Gestión del Servicio se evaluaron cuatro (4) riesgos asociados a las categorías de Riesgo Fiscal e Integridad Pública – SIGRIP, distribuidos así: tres (3) riesgos correspondientes a SIGRIP, de los cuales dos (2) son de corrupción y uno (1) de soborno, y un (1) riesgo fiscal. Los resultados de estos riesgos se encuentran desarrollados en los bloques correspondientes, de acuerdo con su tipología y evaluación: el riesgo fiscal, en la página 28, y los riesgos asociados al SIGRIP, en las páginas 34 y 35 del presente informe.

15. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

15.1. RIESGO (GTH-R-01): Posibilidad de afectación económica y reputacional por sanción de un ente gubernamental debido a incumplimiento de la normatividad legal vigente en materia de riesgos laborales.

15.1.1 CONTROL

Control 1: El personal asignado a los temas del SG-SST o el Coordinador del Grupo o quien haga sus veces, realiza semestralmente la revisión y actualización de la normatividad aplicable a la entidad que se emite a través de los entes reguladores

Control 2: El coordinador del grupo de recursos humanos o quien haga sus veces identifica anualmente las necesidades de contratación del SG-SST y las proyecta al ordenador del gasto y al Grupo de contratos para su inclusión en el PAA

15.1.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES SEGUNDO (II) CUATRIMESTRE VIGENCIA 2026

Debido a la ausencia de monitoreos y evidencias registradas en la Suite Visión Empresarial para el II cuatrimestre de 2026, no fue posible establecer la efectividad de los controles ni determinar con suficiencia la ocurrencia o no de eventos asociados al riesgo evaluado.

15.2. RIESGO (GTH-R-04) Posibilidad de afectación reputacional por vincular personal que no cumple los requisitos del cargo, afectando la calidad de la gestión institucional debido a debilidades en el cumplimiento de los procedimientos internos

15.2.1. CONTROL

Control 1 (GTH-R-04-C-01): Profesional del Grupo de Recursos Humanos realiza la verificación de cumplimiento de requisitos. En caso de evidencia el no cumplimiento verifica otros aspirantes e identifica el que aplique.

15.2.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS

CONTROLES SEGUNDO (II) CUATRIMESTRE VIGENCIA 2026

Debido a la ausencia de monitoreos y evidencias registradas en la Suite Visión Empresarial para el II cuatrimestre de 2026, no fue posible establecer la efectividad de los controles ni determinar con suficiencia la ocurrencia o no de eventos asociados al riesgo evaluado.

16. GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

16.1 RIESGO (GES-R-02): Posibilidad de afectación reputacional por multas y sanciones de entes externos de control debido a incumplimiento del Plan Anual de Auditoría o presentación inoportuna e/o imprecisa de los informes.

16.1.1. CONTROLES

Control 1 (R-02-C-01) El jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces realiza mensualmente seguimiento a las actividades del PAAI, mediante reunión interna del proceso con el propósito de validar la ejecución y cumplimiento del mismo.

Control 2 (GES-R-02-C-02): El jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces identifica semestralmente la necesidad de solicitar al Ordenador del Gasto, la contratación de los profesionales que se requieren para dar cumplimiento al PAAI.

16.1.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES SEGUNDO (II) CUATRIMESTRE VIGENCIA 2026

- **Materialización del Riesgo:** No se materializa el riesgo, a lo reportado por el proceso.
- **Diseño de los controles:**

CONTROL	MONITOREO	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
CONTROL 1	Se realiza el cargue de las evidencias correspondientes a las actividades desarrolladas por la Oficina de Control Interno durante el cuatrimestre, incluyendo las comunicaciones generadas, el formato de Carta de Representación y las Actas de Reunión Interna del equipo de trabajo de la Oficina de Control Interno, como soporte de la ejecución y seguimiento de las actividades programadas.	Diseño efectivo del control.
CONTROL 2	Se realiza el cargue de las comunicaciones generadas y/o del Acta del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), como evidencia de las actividades desarrolladas durante el cuatrimestre y en cumplimiento de lo establecido.	Diseño efectivo del control.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS FISCALES SEGUNDO (II) CUATRIMESTRE VIGENCIA 2026

La gestión preventiva del riesgo fiscal se analiza como componente independiente, atendiendo a la Guía de gestión del riesgo V7 y a la Política Institucional. La evaluación se orienta a identificar situaciones que puedan afectar el recurso público y a verificar que los controles cuenten con responsables, periodicidad, evidencia y mecanismos de actuación frente a desviaciones; y conforme con el seguimiento realizado por parte de la Oficina de Control Interno a través del Proceso de Gestión de Evaluación y Seguimiento durante el Segundo (II) Cuatrimestre vigencia 2026, cuyo análisis se determinó 09 riesgos fiscales de la siguiente forma:

PROCESO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROL	EVALUACION
---------	---------------------------	---------	------------

DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	GDO-R-03: Posibilidad de efecto dañoso sobre el recurso público por inadecuada priorización de recursos institucionales debido a asignación de recursos financieros a iniciativas que no contribuyen significativamente al logro de los objetivos estratégicos.	C1: El jefe de Planeación o quien haga sus veces gestiona lo necesario para la elaboración del Anteproyecto del Presupuesto y de la Desagregación Presupuestal hasta su aprobación por las autoridades pertinentes	No se registran monitoreos ni evidencias de los controles durante el período evaluado, por lo que no fue posible verificar su ejecución y efectividad.
Gestión Documental	GDO-R-02 – Posibilidad de efecto dañoso sobre el recurso público por sanciones por parte del ente de control debido a la inadecuada administración, custodia y preservación de la información y el incumplimiento de lineamientos para la gestión documental.	GDO-R-02-C-01: El profesional asignado realiza capacitaciones semestralmente de acuerdo con lo programado. En caso de evidenciar procesos que no han recibido la capacitación, se realiza la socialización GDO-R-02-C-02: El funcionario o contratista asignado o el Coordinador de grupo o quien haga sus veces almacena y verifica mensualmente las unidades documentales contra el inventario documental	CONTROL 1: Control realizado, aunque la evidencia corresponde a registros de asistencias de capacitación, por lo que no permiten verificar integralmente el desarrollo de las actividades programadas. Se recomienda fortalecer los soportes, incorporando información que permita evidenciar su contenido y cumplimiento de la programación establecida. CONTROL 2: Control realizado, aunque la evidencia corresponde a registros de asistencias de capacitación; no obstante, no permite evidenciar la ejecución de la verificación mensual de las unidades documentales frente al inventario documental. Se recomienda fortalecer el cargue de soportes.
Gestión Financiera	GFI-R-01 – Posibilidad de efecto dañoso sobre el recurso público por vencimiento de términos legales para el cobro de la contribución debido a demora en el proceso de revisión, firma, notificación y ejecutoria de los actos administrativos.	GFI-R-01-C-02: El Profesional asignado a la gestión de contribución y/o el coordinador financiero realiza permanentemente entre junio y diciembre el seguimiento y control a la gestión de los actos administrativos expedidos para el cobro	No cuenta con evidencias. La frecuencia de monitoreo definida en la SVE corresponde a "cuando se requiera", situación que dificulta su evaluación periódica. Se recomienda revisar y ajustar la periodicidad en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación, con el fin de fortalecer el seguimiento y la evaluación de la efectividad del control.
Gestión Jurídica	GJU-R-02 – Posibilidad de efecto dañoso sobre el recurso público por la prescripción de la obligación de las empresas vigiladas a causa de insuficiencia de recurso humano para adelantar los procesos y la dificultad para ubicar los bienes en cabeza del deudor.	GJU-R-02-C-01: El profesional asignado realiza semestralmente la calificación de cartera por edades de acuerdo a la política contable y/o manual de cartera, con el fin de identificar la necesidad de convocar al Comité de Cartera. GJU-R-02-C-02: El jefe de la Oficina Asesora Jurídica revisa y firma los actos administrativos a través de correo electrónico o aplicativo documental de la entidad. En caso de requerir ajustes devuelve al profesional que proyectó el AA (Actividad 14 PRO-GJU-130-008). GJU-R-02-C-03: El Jefe de la Oficina Asesora Jurídica convoca el Comité de cartera, con el	CONTROL 1: No se evidenció la base de datos de cartera ni el memorando de análisis correspondiente al período evaluado. El soporte aportado corresponde a diciembre de 2025, por lo que no permite validar la ejecución del control durante el segundo cuatrimestre de 2026. Se recomienda aportar la evidencia definida en la matriz de riesgos. CONTROL 2: La información reportada en el monitoreo no es suficiente para verificar la ejecución del control. Adicionalmente, no se evidenciaron soportes correspondientes al período evaluado, por lo que no es posible validar su aplicación durante el segundo cuatrimestre de 2026. CONTROL 3: La evidencia

		acompañamiento del Grupo de Recursos Financieros para revisar el análisis de las fichas técnicas de los procesos considerados de difícil recaudo	aportada permite evidenciar actividades asociadas a la gestión de cobro coactivo; no obstante, no se aportaron actas del Comité de Cartera ni soportes equivalentes correspondientes al período evaluado, por lo que la validación del control resulta parcial. Se recomienda fortalecer la trazabilidad de la evidencia conforme a lo establecido en la matriz de riesgos.
Gestión Jurídica	GJU-R-04 – Posibilidad de efecto dañoso sobre el recurso público por la caducidad de la facultad sancionatoria a causa de que los recursos de apelación se reciben a pocos días de su vencimiento o no se emita decisión de fonde dentro del término otorgado por la ley.	GJU-R-04-C-03: El profesional asignado por el jefe Jurídico revisa mensualmente los procesos sancionatorios, priorizando los más próximos a caducar y asignándolos al profesional del grupo y/o técnico asignado e informa la asignación al profesional para ser registrados en la base de datos semaforizada GJU-R-04-C-04: El profesional asignado solicita por correo electrónico a la Delegada para el Control, la información necesaria para emitir respuesta de fondo. GJU-R-04-C-05: El profesional del grupo de recursos realiza de manera constante seguimiento a la notificación de los recursos firmados y remitidos al Grupo de Atención al Usuario para su notificación.	CONTROL 1: No se aportaron evidencias. Se recomienda fortalecer el cargue de las evidencias que permitan acreditar la ejecución mensual y la trazabilidad del control. CONTROL 2: No se aporta evidencia. Se recomienda garantizar el registro y cargue de los soportes correspondientes a las actuaciones realizadas, de acuerdo con la ocurrencia de cada caso. CONTROL 3: No se aportaron evidencias que permitan verificar el seguimiento a la notificación de los recursos remitidos al Grupo de Atención al Usuario. Se recomienda fortalecer el registro y cargue de los soportes que permitan acreditar la ejecución y trazabilidad del seguimiento realizado.
Gestión procesos Disciplinarios	GPD-R-03 – Posibilidad de efecto dañoso sobre el interés patrimonial por condenas judiciales derivadas de actuaciones disciplinarias irregulares en la etapa de instrucción debido a pago de indemnizaciones por decisiones disciplinarias anuladas judicialmente	(GPD-R-03-C-01) El Coordinador(a) Grupo de Control Interno Disciplinario o quien haga sus veces y el profesional revisor revisa los actos administrativos proyectados para firma, verificando el debido proceso antes de enviar a firma para remitir a la Oficina Asesora Jurídica y los registra en la base de datos.	CONTROL 1: No se presentó el evento que activa el control y, con base en la información reportada, no se evidencian condiciones para determinar la materialización del riesgo durante el periodo evaluado.
Gestión Sistemas	GSI-R-02 – Posibilidad de efecto dañoso sobre el recurso público por sanciones de los entes de control debido a incumplimiento de la política de tratamiento de datos y de seguridad y privacidad de la información o pérdida de la información clasificada y reservada de la entidad.	C1: El personal encargado o el Jefe de Oficina activa de manera obligatoria para todos los usuarios existentes el doble factor de autenticación (MFA) y lo habilita para los usuarios nuevos. C2: El personal encargado o el Jefe de Oficina actualiza constantemente el directorio activo institucional de acuerdo con las solicitudes por parte de los líderes de proceso respecto a novedades de personal. C3: El personal encargado o el jefe de Oficina realiza la toma de copias de respaldo de la información institucional según lo establecido en el Instructivo	No se registran monitoreos ni evidencias de los controles durante el período evaluado, por lo que no fue posible verificar su ejecución y efectividad.

		metodología toma de Back-ups (INS-GSI-140-019)	
Gestión del Servicio	GSP-R-02 - Posibilidad de efecto dañoso sobre el recurso público por multas y sanciones de entes externos de control debido a incumplimiento de los términos de ley en las PQRS y la inoportunidad en la notificación de actos administrativos lo que afecta la prestación de los servicios..	GSP-R-02-C-01 - El profesional notificador revisa constantemente los actos administrativos suministrados por las áreas para notificación, verificando si es una salida conforme o no. GSP-R-02-C-01 - El profesional notificador radica, remite y hace seguimiento a las citaciones; avisos; mandamientos de pago; excepciones; respuestas a recursos de reposición con su respectiva planilla de envío, al personal de 4-72. GSP-R-02-C-01 - El coordinador del grupo o quien haga sus veces revisa citación; aviso; mandamientos de pago; excepciones; respuesta a recurso de reposición, da visto bueno y remite a la secretaria general para firma	CONTROL 1: Se evidenció la ejecución del control mediante la base de seguimiento de notificaciones. Se recomienda fortalecer la trazabilidad de la información que soporte su ejecución diaria. CONTROL 2: Se evidenció ejecución del control conforme a lo establecido. Se recomienda fortalecer la trazabilidad documental de los resultados reportados. Control 3: Se evidenció la ejecución del control; no obstante, las evidencias aportadas corresponden al mes de septiembre de 2026 y no permiten validar su ejecución durante el segundo cuatrimestre de 2026.
Gestión del Talento Humano	GTH-R-02- Posibilidad de efecto dañoso sobre el recurso público por sanción del ente regulador o demanda de los funcionarios o exfuncionarios, debido a inconsistencias en la nómina o pago extemporáneo de los asuntos relacionados con esta.	C1: El personal encargado de nómina realiza mensualmente el proceso de parametrización en la herramienta designada para el proceso, con el propósito de generar los pagos a los funcionarios acorde con su asignación salarial C2: El coordinador del grupo de recursos humanos o quien haga sus veces convoca mensualmente al equipo de trabajo a reunión para socializar la nómina antes de la presentación ante el Ordenador del Gasto	No se registran monitoreos ni evidencias de los controles durante el período evaluado, por lo que no fue posible verificar su ejecución y efectividad.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS SIGRIP SEGUNDO (II) CUATRIMESTRE VIGENCIA 2026 (fraude, soborno, corrupción, conflicto de intereses, LA/FT/FP)

Los riesgos asociados al Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP se presentan como un bloque independiente, posterior al componente de Seguridad de la Información, en concordancia con la estructura de la Guía de riesgos V7. El análisis considera el proceso de transición y adopción institucional, sin asumir que la ausencia de un elemento en el periodo constituye automáticamente incumplimiento, especialmente cuando su implementación se encontraba sujeta a cronogramas institucionales.

Se procede a analizar el diseño de los Riesgos SIGRIP ((fraude, soborno, corrupción, conflicto de intereses, LA/FT/FP) y sus controles, conforme con el seguimiento realizado por parte de la Oficina de Control Interno a través del Proceso de Gestión de Evaluación y Seguimiento durante el Segundo (II) Cuatrimestre vigencia 2026, cuyo análisis se determinó 21 riesgos en este bloque de la siguiente forma:

PROCESO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROL	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
---------	---------------------------	---------	--------------------------

Gestión de Control, Inspección y Vigilancia	GCI-R-01 - INTEGRIDAD PÚBLICA - FRAUDE: Posibilidad de pérdida reputacional por recibir o solicitar dadas o cualquier otra clase de beneficio a causa de la modificación del sentido de una investigación o decisión administrativa.	El coordinador de grupo o quien haga sus veces, realiza semanalmente revisión de los actos administrativos (AUTO y RESO) generados por el Grupo interno de trabajo, para consideración y firma de la Superintendente Delegada para el Control. En caso de observar debilidades en la decisión el Coordinador devolverá con decisión negativa al sustanciador copy1.	Se evidencian soportes asociados a la revisión y remisión de actos administrativos para firma y trámite correspondiente; sin embargo, la evidencia aportada no permite verificar de manera integral la ejecución diaria del control durante el segundo cuatrimestre de 2026. Se recomienda fortalecer la trazabilidad documental y el cargue de soportes conforme a la periodicidad establecida.
Gestión Financiera	GFI-R-04-INTEGRIDAD PÚBLICA-CORRUPCION: Posibilidad de pérdida económica por reducir o afectar la contribución en el sistema de información financiera debido a la aceptación de beneficios con tal de sustraer, manipular y alterar la información de los vigilados registrada en la base de datos de contribuyentes o en los expedientes físicos.	GFI-R-04-C-01: El profesional encargado de la base de datos de los sujetos pasivos para la vigencia. realiza semestralmente un análisis de la base de datos para determinar el universo de sujetos pasivos. GFI-R-04-C-02:El coordinador del grupo financiero o quien haga sus veces determina semestralmente o cada vez que se requiera, el profesional del área que será el encargado del manejo de la base de datos de los sujetos pasivos para la vigencia. GFI-R-04-C-03: El coordinador del grupo financiero o quien haga sus veces verifica semestralmente que todos los servidores vinculados al área cuenten con acuerdos de confidencialidad firmados. Especialmente aquellos que manejan la base de datos con información de los sujetos pasivos.	CONTROL 1: No se aportó evidencia correspondiente al periodo evaluado que permita verificar la realización del análisis de la base de datos de sujetos pasivos para la vigencia primer semestre 2026. Se recomienda fortalecer el cargue de los soportes que permitan evidenciar la ejecución y trazabilidad del control. CONTROL 2: No se aportó evidencia correspondiente al periodo evaluado que permita verificar la revisión semestral de la base de datos de sujetos pasivos y la determinación de los casos que requieran actualización. Se recomienda cargar los soportes que permitan evidenciar la ejecución y trazabilidad del control. CONTROL 3: No se aportó evidencia que permita verificar la revisión semestral de los servidores vinculados y los acuerdos de confidencialidad requeridos. Se recomienda cargar los soportes que acrediten la ejecución y trazabilidad del control.

Gestión Jurídica	GJU-R-01-INTEGRIDAD PÚBLICA-CORRUPCION: Posibilidad de afectación reputacional por recibir dádivas o beneficios a nombre propio o a favor de terceros a causa de omitir las multas, medidas cautelares y sanciones o permitir que opere la caducidad contrario a derecho a las personas naturales y jurídicas que realizan actividades de seguridad y vigilancia privada.	GJU-R-01-C-01: El jefe de la Oficina Jurídica revisa diariamente la semaforización de las bases de datos, controlando los repartos a los profesionales del área y priorizando los vencimientos más próximos. GJU-R-01-C-02: El profesional de la Oficina Asesora Jurídica genera la orden de pago para autorización del jefe de la Oficina Asesora Jurídica, a fin de garantizar que la aprobación de las transacciones o movimientos de la cuenta de depósito judicial se realiza conjuntamente mediante clave dinámica. GJU-R-01-C-03: El profesional de la Oficina Asesora Jurídica controla constantemente los términos administrativos y procesales con el fin de evitar que se configure caducidad o prescripción o silencio procesal o falta de competencia o que se den por cierto los hechos.	CONTROL 1: Cumple con la ejecución del control, evidenciándose el seguimiento y control de términos mediante la base de dato aportada. Se recomienda mantener soportes más precisos que permitan evidenciar su ejecución sin comprometer la reserva de la información. CONTROL 2: Cumple parcialmente. La evidencia aportada no permite verificar de manera suficiente la ejecución conjunta de la autorización de pagos mediante clave dinámica. Se recomienda fortalecer los soportes que acrediten la aplicación del control. Control 3: Cumple con la ejecución del control mediante informe aportado, evidenciándose el seguimiento a términos administrativos y procesales. Se recomienda fortalecer la trazabilidad de la evidencia aportada, toda vez que las imágenes del informe aportado no son demasiado visibles.
Gestión Financiera	GFI-R-03- INTEGRIDAD PÚBLICA FRAUDE: Posibilidad de pérdida económica por pérdida de recursos financieros debido a acciones delictivas informáticas realizadas por agentes externos o robo electrónico.	C1: El coordinador del grupo financiero o quien haga sus veces autoriza los pagos (junto con el Ordenador del Gasto) y tiene bajo su custodia el equipo de computo autorizado para realizar los pagos únicamente a través del token de la Tesorera. C2: El coordinador del grupo financiero o quien haga sus veces verifica trimestralmente que los token se encuentran asignados a los funcionarios con el fin de constatar su buen funcionamiento y uso por parte del encargado C3: El coordinador del grupo financiero o quien haga sus veces informa de manera inmediata, cuando se detecte un incidente de seguridad informática que comprometa los recursos financieros de la entidad, a la Oficina de Tecnologías de la Información	No se registran monitoreos ni evidencias de los controles durante el período evaluado, por lo que no fue posible verificar su ejecución y efectividad.

Gestión Contractual	GCO-R-05: INTEGRIDAD PÚBLICA – LA/FT/FP Posibilidad de pérdida reputacional por adjudicar contratos a personas naturales y jurídicas con vínculos o antecedentes al LA/FT/FP debido a la presentación de documentos falsos.	El profesional asignado a cada proceso contractual exige como requisito habilitante obligatorio en cada proceso contractual, el diligenciamiento correcto y firma de la Carta de Presentación de la Propuesta. El profesional asignado a cada proceso contractual Exigir en cada proceso contractual, el diligenciamiento del Compromiso Anticorrupción (no ofrecer sobornos ni gratificaciones a servidores públicos. El Comité Evaluador designado Verificar para cada evaluación de propuestas, los antecedentes de los oferentes mediante la revisión del Certificado de Inhabilidades e Incompatibilidades, la consulta en listas restrictivas.	No se registran monitoreos ni evidencias de los controles durante el período evaluado, por lo que no fue posible verificar su ejecución y efectividad.
Gestión Contractual	GCO-R-01: INTEGRIDAD PÚBLICA – SOBORNO Posibilidad de pérdida reputacional por recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros debido a el direccionamiento de contratos hacia un proveedor en particular en la etapa precontractual.	El profesional asignado a cada proceso contractual incluye dentro de los documentos de todos los procesos de selección los formatos anticorrupción y de transparencia que deben ser diligenciados por los oferentes El Ordenador del Gasto designa mediante acta el Comité Evaluador, cada vez que se adelanta un proceso de selección, conformado por profesionales de diferentes áreas. El Comité Evaluador designado evalúa técnica, económica y jurídicamente cada vez que se evalúan propuestas ciñéndose exclusivamente a las reglas del pliego de condiciones.	No se registran monitoreos ni evidencias de los controles durante el período evaluado, por lo que no fue posible verificar su ejecución y efectividad.
Alianza Interinstitucional	AIN-R-01-INTEGRIDAD PÚBLICA-CORRUPCION: Posibilidad de pérdida reputacional por obtener beneficios a nombre propio o de terceros debido a modificar u omitir información reservada.	AIN-R-01-C-01: El líder del proceso solicita semestralmente la "Declaración de confidencialidad de la información a servidor público de la Policía Nacional, firmada"	Se evidencia el reporte del formato de confidencialidad de la información por parte de los funcionarios del grupo GACIN – POLNAL; del segundo semestre
Gestión Administrativa	GAD-R-01 INTEGRIDAD PÚBLICA-CORRUPCION: Posibilidad de afectación económica por apropiarse o hacer uso indebido de los bienes muebles, devolutivos, intangibles y de consumo de la entidad	C1: El profesional y/o contratista asignado realiza semanalmente seguimiento a la asignación de los vehículos institucionales de acuerdo con las necesidades para el cumplimiento de la operación. C2: El profesional y/o contratista asignado realiza mensualmente la conciliación con el área financiera para garantizar que no hayan diferencias en lo reportado. C3: El profesional asignado al inventario realiza semestralmente inventario físico para verificar su existencia y detectar diferencias frente a los registros institucionales.	Durante el II cuatrimestre de 2026 no se evidenció el monitoreo. La ausencia de seguimiento limita la detección oportuna de posibles desviaciones en la administración y custodia de los bienes, incrementando la exposición a su apropiación, uso indebido, pérdida o afectación económica.

		El profesional y/o contratista asignado revisa cuando se requiera las entradas, salidas y traslados del almacén verificando la factura versus el producto recibido. C4: El profesional y/o contratista asignado realiza semanalmente seguimiento a los formatos de entrega e inventarios de vehículo diligenciados por los conductores, verificando el kilometraje. C5: El profesional y/o contratista asignado realiza semanalmente seguimiento a los formatos de entrega e inventarios de vehículo diligenciados por los conductores, verificando el kilometraje.	
Gestión de la Operación	GOP-R-04 INTEGRIDAD PÚBLICA-CORRUPCION: Posibilidad de pérdida reputacional por debilidad en la gestión y el control de las situaciones administrativas de directivos y funcionarios, así como en la desvinculación de personal y la terminación de contratos de los contratistas	GOP-R-04-C-01: Los coordinadores de grupo o quien haga sus veces o el Delegado para la Operación o el Supervisor del contrato firma el formato Acta de Entrega FOR-GCO-360-064 una vez haya verificado que el contratista dio cumplimiento completo a sus asignaciones para poder finalizar el proceso de la última. GOP-R-04-C-02: Los coordinadores de grupo o quien haga sus veces o el Delegado para la Operación De no cumplirse la totalidad de las asignaciones de manera razonable se enviará al proceso Gestión de Procesos Disciplinarios la información de los procesos asignados pendientes junto con los responsables. GOP-R-04-C-03: Los coordinadores de grupo o quien haga sus veces y/o el Delegado para la Operación hacen entrega de los puestos de trabajo y sus funciones mediante formato Acta de entrega de puesto de trabajo FOR-GTH-310-002 cada vez que haya cambio de cargo o dependencia.	CONTROL 1: Diseño efectivo del control, se evidencia monitoreo y reporte de evidencia relacionado con la asignación de expedientes a los profesionales del área, así como el Acta de Entrega de Cargo, lo que permite verificar la ejecución del control. CONTROL 2: Diseño efectivo del control; durante el periodo evaluado no se presentaron situaciones que requirieran la remisión de información al proceso de Gestión de Procesos Disciplinarios. Se recomienda mantener el monitoreo y reporte de evidencia cuando se presente condición que active el control, como medida preventiva y coadyuvante en la gestión del riesgo. CONTROL 3: Diseño efectivo del control, se evidencian Actas de Entrega de Cargo que permiten verificar la ejecución del control en los casos aportados. Se recomienda mantener el monitoreo y reporte oportuno de las evidencias ante los cambios de cargo o dependencia.
Gestión de la Operación	GOP-R-01 INTEGRIDAD PÚBLICA-FRAUDE: Posibilidad de pérdida reputacional por el uso indebido de la información confidencial de empresas vigiladas y sus trámites, para solicitar a los vigilados beneficios directos o indirectos fuera de la entidad debido a al acceso a los registros (Excel) con la información privada y trámites de los vigilados.	GOP-R-01-C-01: Los coordinadores de grupo o quien haga sus veces y/o el delegado para la Operación realiza de manera trimestral campañas o charlas de Integridad contando con el apoyo de talento humano y con la asistencia obligatoria del personal de la delegada y control interno disciplinario GOP-R-01-C-02: Los coordinadores de grupo o quien haga sus veces y/o el Delegado para la Operación solicita la firma del acuerdo de confidencialidad a través de correo electrónico, cada vez que ingresa un colaborador nuevo.	CONTROL 1: No se aporta evidencia durante el II cuatrimestre. Se recomienda aportar las evidencias correspondientes al periodo evaluado y mantener el monitoreo conforme a la periodicidad establecida. CONTROL 2: Diseño efectivo del control, se evidencia comunicación mediante correo electrónico para la suscripción de acuerdos de confidencialidad, lo que permite verificar la ejecución del control para el caso aportado. Se recomienda mantener el seguimiento y reporte de los acuerdos suscritos conforme a la periodicidad o condición establecida.

Gestión de la Operación	GOP-R-02 INTEGRIDAD PÚBLICA-LA/FT/FP: Posibilidad de pérdida reputacional por otorgar licencia / permiso /Concepto favorable de armas /Blindaje a empresas vinculadas al LA/FT/PF o acreditar personal operativo vinculado al crimen organizado y/o actos terroristas.	GOP-R-02-C-01: Los coordinadores de grupo o quien haga sus veces y/o el Delegado para la Operación realiza mensual informe de seguimiento de trámites pendientes por profesional asignado GOP-R-02-C-02: El auxiliar/técnico asignado de cada grupo ingresa la información del trámite a la matriz de excel y asigna al profesional con el propósito de tener el control de las solicitudes allegadas GOP-R-02-C-03: Los coordinadores de grupo o quien haga sus veces y/o el Delegado para la Operación remite memorando y formato gestión de antecedentes al Grupo GACIN.	CONTROL 1: No se aporta evidencias. El enlace de Share Point permite identificar los trámites registrados durante el periodo evaluado en excel; sin embargo, no permite verificar la elaboración y remisión de los informes mensuales de seguimiento a los profesionales asignados. Se recomienda fortalecer el cargue de los soportes definidos para el control, que permitan evidenciar su ejecución y trazabilidad mensual. CONTROL 2: Se evidencia en el archivo de control la información correspondiente a los trámites registrados y asignados durante el periodo evaluado, lo que permite verificar la ejecución del control. No obstante, el soporte no permite establecer de manera integral la trazabilidad diaria de todos los trámites ingresados. Se recomienda mantener actualizado el registro y fortalecer los soportes que permitan evidenciar su ejecución diaria. CONTROL 3: No registra evidencias en el periodo evaluado. Se recomienda mantener el registro y cargue de los soportes cada vez que se active la condición prevista para el control.
Gestión Mejora Institucional	GMI-R-03 INTEGRIDAD PÚBLICA-INADECUADA GESTION DEL CONFLICTO DE INTERESES: Posibilidad de pérdida reputacional por favorecer la gestión de algún proceso o dependencia debido a manipular u ocultar resultados de seguimiento o evaluación del SGC	GMI-R-03-C-01: El Jefe de la Oficina Asesora de Planeación o quien haga sus veces solicita a los integrantes de la Oficina Asesora de Planeación y a los auditores internos realizar el Curso de Integridad, Transparencia y Lucha contra la Corrupción	No aplica para evaluación II Cuatrimestre
Gestión Procesos Disciplinarios	(GPD-R-02)- INTEGRIDAD PÚBLICA-INADECUADA GESTION DEL CONFLICTO DE INTERESES: -Posibilidad de pérdida reputacional por manipulación de actuaciones disciplinarias debido a conflicto de interés no declarado	GMI-R-03-C-01: El Jefe de la Oficina Asesora de Planeación o quien haga sus veces solicita a los integrantes de la Oficina Asesora de Planeación y a los auditores internos realizar el Curso de Integridad, Transparencia y Lucha contra la Corrupción	No se evidenció ejecución del control durante el periodo evaluado, por cuanto no se programó la capacitación semestral definida. Se recomienda dar cumplimiento a la periodicidad establecida y conservar los soportes de su ejecución.
Gestión Sistemas	GCO-R-01: INTEGRIDAD PUBLICA – SOBORNO Posibilidad de pérdida reputacional por recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros debido a facilitar el acceso, manipular o adulterar la información de los vigilados, almacenada en las bases de datos y sistemas de información de la entidad.	C1: Los administradores de las plataformas y/o aplicaciones o el Jefe de Oficina envían un reporte trimestral de usuarios inactivos (usuarios que no accedieron a las aplicaciones durante el último mes calendario) al jefe de la oficina de sistemas. C2: El personal encargado o el jefe de Oficina verifica mensualmente que se encuentren activadas las pistas de auditoria en los aplicativos que manejan información de los vigilados.	No se registran monitoreos ni evidencias de los controles durante el período evaluado, por lo que no fue posible verificar su ejecución y efectividad.
Gestión del servicio	GSP-R-03: INTEGRIDAD PUBLICA – CORRUPCION Posibilidad de pérdida reputacional por orientar a los ciudadanos y servicios vigilados hacia tramitadores a cambio de un beneficio debido a la congestión de solicitudes y	GSP-R-03-C-01 - El coordinador del grupo o quien haga sus veces informará los hechos (quien, donde, cuando, como etc.) mediante correo electrónico al Ordenador del Gasto y al proceso Gestión de Procesos Disciplinarios	No se requirió para evaluación II Cuatrimestre, no se materializo el riesgo ni se requirió traslado al proceso competente

	la falta de personal.		
Gestión del servicio	GSP-R-04: INTEGRIDAD PÚBLICA – CORRUPCIÓN Posibilidad de pérdida reputacional por el uso indebido de la información confidencial de empresas vigiladas, trámites, multas y sanciones para solicitar a los vigilados beneficios directos o indirectos fuera de la entidad debido a acceso incontrolado a la información privilegiada de los vigilados registrada en archivos Excel y en documentos físicos para notificar.	GSP-R-04-C-01 - El coordinador del grupo o quien haga sus veces solicita a sistemas la verificación trimestral del bloqueo de puertos USB y restricción de acceso a correos personales y aplicativos que operen actualmente o en el futuro GSP-R-04-C-02: El coordinador del grupo o quien haga sus veces verifica semestralmente que todos los servidores y contratistas vinculados al área cuenten con acuerdos de confidencialidad firmados.	CONTROL 1: No evidencia el control conforme a la periodicidad trimestral dentro del periodo evaluado. CONTROL 2: No se aportaron evidencias que permitan verificar la ejecución del control durante el período evaluado. Se recomienda remitir los soportes definidos en el control, correspondientes a los contratistas que ejecutaron actividades durante el segundo cuatrimestre de 2026.
Gestión del Servicio	GSP-R-01: INTEGRIDAD PÚBLICA – SOBORNO Posibilidad de pérdida reputacional por adelantar, dilatar u omitir la notificación oportuna para beneficiar a terceros a causa de aceptar o solicitar incentivos o recompensas directas o indirectas	GSP-R-01-C-01 - El coordinador del grupo o quien haga sus veces traslada ejecutoria al grupo de recursos financieros y oficina asesora jurídica – grupo de cobro coactivo. GSP-R-01-C-02: El supervisor del contrato de servicio postal verifica que el Coordinador del contrato de servicio postal, registra en la base de datos la fecha de la notificación efectiva. GSP-R-01-C-03: El coordinador de grupo o quien haga sus veces autoriza priorizar la notificación de los actos administrativos solicitados mediante correo electrónico y con justificación debida. (MANUAL DE NOTIFICACIONES).	CONTROL 1: Se realiza control parcial; no se evidenció soporte correspondiente al periodo evaluado. Se recomienda fortalecer la trazabilidad documental que permita verificar su ejecución diaria. CONTROL 2: Se realiza control parcial; la evidencia aportada no corresponde al período evaluado. Se recomienda fortalecer la trazabilidad documental que permita verificar su ejecución y oportunidad. CONTROL 2: Se evidencia ejecución del control conforme a los soportes aportados. Se recomienda mantener la trazabilidad documental para futuras verificaciones.
Gestión del Talento Humano	GTH-R-05- INTEGRIDAD PÚBLICA-INADECUADA GESTION DEL CONFLICTO DE INTERESES: - Posibilidad de afectación económica y reputacional por nombramientos por intereses particulares debido a la no declaración oportuna de los conflictos de interés	El coordinador del grupo de recursos humanos o quien haga sus veces solicita semestralmente a los servidores de planta dar cumplimiento al Instructivo Manejo de Conflictos de Intereses	No se registran monitoreos ni evidencias de los controles durante el período evaluado, por lo que no fue posible verificar su ejecución y efectividad.

Gestión del Talento Humano	GTH-R-03- INTEGRIDAD PÚBLICA-LA/FT/FP: Posibilidad de pérdida económica y reputacional por vinculación de personal con antecedentes de LA/FT/PF debido a el ingreso de funcionarios que han participado en actividades de lavado de activos o financiación del terrorismo.	El Secretario General y/o el que ostente la facultad nominadora o quien estos deleguen realiza estudio de seguridad (aplicando la debida diligencia) al candidato a vincular, de acuerdo con las normas legales y lineamientos internos vigentes.	No se registran monitoreos ni evidencias de los controles durante el período evaluado, por lo que no fue posible verificar su ejecución y efectividad.
Gestión de Evaluación y Seguimiento	GES-R-01- Integridad pública-Corrupción: Posibilidad de pérdida reputacional por manipular y/o direccionar los resultados generados en las actividades de auditoría debido a favorecer intereses particulares internos y/o externos de la entidad.	GES-R-01-C-01 - El jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces presenta semestralmente el proyecto del Plan Anual de Auditoría Institucional - PAAI, para aprobación ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno - CICI. GES-R-01-C-02 - El jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces realiza seguimiento constante, revisa y aprueba informe y entregables producto de la ejecución de la auditoría programada en el PAAI.	Control 1: Diseño efectivo del control. Control 2: Diseño efectivo del control.
Gestión de Evaluación y Seguimiento	GES-R-03- Integridad pública-Inadecuada gestión del conflicto de intereses: Posibilidad de pérdida reputacional por pérdida de objetividad e independencia en ejercicios de auditoría debido a la no declaración de los conflictos de interés por parte del personal de la OCI	GES-R-03-C-01 - El jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces solicita a cada profesional asignado a una auditoría, el diligenciamiento de la Declaración de independencia, confidencialidad y no conflicto de intereses del auditor interno	Diseño efectivo del control.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACION SEGUNDO (II) CUATRIMESTRE VIGENCIA 2026

De conformidad con la Política Institucional para la Gestión Integral de Riesgos y la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas Versión 7 (2025), la Seguridad de la Información constituye un componente fundamental para la protección de la confidencialidad, integridad, disponibilidad y trazabilidad de los activos de información institucionales.

Durante el seguimiento efectuado al segundo cuatrimestre de 2026, la Oficina de Control Interno verificó que la matriz institucional de riesgos vigente no incorpora riesgos de Seguridad de la Información formalmente parametrizados y habilitados para su monitoreo en la Suite Visión Empresarial. En consecuencia, no fue posible realizar la evaluación de controles, monitoreo y efectividad de este componente durante el período objeto de seguimiento.

No obstante, se informó que la Oficina de Tecnologías y Sistemas de Información adelantó la identificación de los riesgos de Seguridad de la Información y que estos se encuentran en proceso de parametrización por parte de la Oficina Asesora de Planeación para su incorporación en la Suite Visión Empresarial, como parte de la implementación

de los lineamientos establecidos en la Guía V7 y la Política Institucional para la Gestión Integral de Riesgos.

En este sentido, la Oficina de Control Interno evidenció avances en la adopción del componente; sin embargo, al no encontrarse aún implementado dentro de la matriz institucional, no fue posible emitir una valoración sobre la operación y efectividad de los controles asociados. Se recomienda culminar su incorporación y habilitar los mecanismos de monitoreo y seguimiento para que sean objeto de evaluación en futuros ejercicios de control.

Balance Cuantitativo de la Evaluación por Tipología

Tipología de Riesgo	Total Evaluados	Efectivos (Con Evidencia)	Evidencia Parcial / Oportunidad Mejora	Sin Evidencia / Sin Monitoreo SVE	Diagnóstico Gerencial del Estado
Riesgos de Gestión (Operativos)	29	8	5	16	Inactividad severa en Direccionamiento Estratégico, Gestión Administrativa, Comunicaciones y Operaciones.
Riesgos Fiscales	9	1	4	4	Debilidad en soportes contables, cobro coactivo y periodicidad de seguimiento no estandarizada.
Riesgos SIGRIP (Corrupción / Integridad)	21	6	8	7	Avance en formalización, pero persistencia de soportes endeble que no acreditan control efectivo.
Seguridad de la Información (PETI)	0 (En proceso)	0	0	0 (Pendiente)	Brecha crítica: No están parametrizados en SVE por parte de la Oficina Asesora de Planeación y la OTSI.
TOTALES	59	15 (25.4%)	17 (28.8%)	27 (45.8%)	Alto Riesgo Residual por falta de monitoreo auditable en Primera Línea.

CONCLUSIONES

- Se evaluaron **59 riesgos institucionales** de las categorías Gestión, Riesgo Fiscal e Integridad Pública (SIGRIP), conforme a los lineamientos de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas V7.
- El **45.8% de los riesgos institucionales (27 de 59)** carecen de monitoreo, soportes o registros de ejecución en la herramienta SVE por parte de los líderes de proceso (Primera Línea de Defensa). Esta omisión no solo impide valorar la efectividad real de los controles, sino que expone a la Superintendencia a materializaciones no detectadas de riesgos operativos, fiscales y de corrupción.
- La Entidad continúa fortaleciendo la implementación de la Política Institucional para la Gestión Integral de Riesgos adoptada en 2026, en el marco de los lineamientos establecidos por la Guía V7.
- Se evidenció el acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación como segunda línea de defensa, mediante actividades de monitoreo y seguimiento a los riesgos y controles institucionales.
- Se identificaron oportunidades de mejora en la calidad, oportunidad y trazabilidad de algunas evidencias, lo que limita la validación de la ejecución y efectividad de ciertos controles.

6. Se identificó un nivel de inoperancia y omisión en el registro de evidencias dentro de la plataforma Suite Visión Empresarial (SVE) que compromete la efectividad del Sistema de Control Interno (SCI).
7. En algunos riesgos no fue posible verificar integralmente la operación de los controles debido a la ausencia de monitoreos y soportes; sin embargo, esta situación no implica la materialización del riesgo.
8. Se observaron avances en la implementación del Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública (SIGRIP), aunque persisten oportunidades de mejora en el monitoreo y documentación de las evidencias asociadas a sus controles.
9. Los riesgos de Seguridad de la Información se encuentran en proceso de incorporación a la matriz institucional y parametrización en la Suite Visión Empresarial, por lo que aún no fue posible realizar su evaluación y seguimiento.
10. El fortalecimiento de la cultura de autocontrol en la Primera Línea de Defensa es indispensable para mitigar las vulnerabilidades institucionales, asegurar el cumplimiento de la política pública de transparencia y garantizar que la Suite Visión Empresarial sea una herramienta viva de gestión gerencial y no un mero formalismo administrativo.

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

1. Fortalecer la relación entre el diseño de los controles y las evidencias aportadas, garantizando que los soportes permitan verificar de manera objetiva la ejecución, periodicidad y efectividad de los controles establecidos.
2. Reforzar por parte de la primera línea de defensa el monitoreo oportuno de los riesgos y el cargue de evidencias en la Suite Visión Empresarial, de conformidad con la periodicidad definida en cada control.
3. Continuar fortaleciendo el rol de monitoreo de la segunda línea de defensa, promoviendo la calidad, suficiencia y trazabilidad de las evidencias registradas por los procesos.
4. Revisar los controles cuya periodicidad se encuentra definida como “cuando se requiera”, con el fin de evaluar su pertinencia y facilitar su seguimiento y evaluación por las líneas de defensa. Es crucial estandarizar todas las fichas de control a frecuencias fijas (mensual/trimestral) o a **eventos disparadores (triggers)** documentalmente verificables.
5. Culminar la incorporación de los riesgos de Seguridad de la Información en la Suite Visión Empresarial, garantizando la definición de controles, responsables, evidencias y mecanismos de monitoreo, conforme a los lineamientos de la Guía V7.
6. Validar la implementación de **listas de chequeo objetivas y muestreos representativos** sobre los trámites de inspección, control y sanción.
7. Fortalecer la implementación y seguimiento de los riesgos asociados al Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública (SIGRIP), asegurando la adecuada documentación y conservación de las evidencias que soportan la ejecución de los controles.
8. En cuanto a los riesgos de Seguridad de la Información que no están habilitados

y cargados en el mapa institucional, se efectuar la parametrización inmediata de los riesgos PETI/TI y Ley de Datos Personales en SVE.

SOPORTES DE LA REVISIÓN

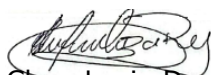
1. Seguimiento y evaluación Mapa de Riesgos de Gestión dentro del aplicativo Suite Vision Empresarial como tercera línea de defensa.
2. Seguimiento y evaluación Mapa de Riesgos de Corrupción dentro del aplicativo Suite Vision Empresarial como Tercera Línea de Defensa.

CUMPLIMIENTO DE PRINCIPIOS NORMATIVOS

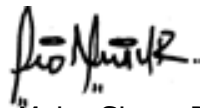
Para el respectivo informe de Evaluación y Seguimiento se realizó en concordancia con la siguiente normativa:

- Ley 87 de 1993 "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones."
- Decreto 1083 de 2015 Libro II, Parte II, Título XXI, Capítulo IV, Artículo 2.2.21.4.1 y subsiguientes "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública."
- 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."
- Decreto 648 de 2017 Capítulo III, Artículo 16 "Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública"
- Guía de Auditoría Interna basada en Riesgos para entidades públicas Versión 4 de la Dirección de Gestión y Desempeño Institucional del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP).

Elaborado por:



Clara-Lucía Daza Rey
Profesional de Defensa OCI.



Leo Maira Sierra Rodriguez
Profesional de Defensa OCI.



Revisado y aprobado por:

Carolina López Gallego – Jefe (e) Oficina de Control Interno