

Memorando N°

FECHA: 28 de Noviembre de 2025

PARA: 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**

DE: **CAROLINA LÓPEZ GALLEGO**

JEFE (E) OFICINA DE CONTROL INTERNO SVSP.

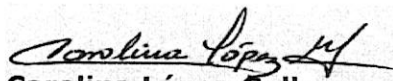
ASUNTO: INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS Y CONTROLES INSTITUCIONALES DE LA SUPERINTENDENCIA DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA EN LA VIGENCIA 2025.

Respetados:

De conformidad con las facultades legales contenidas en el artículo 12 de la Ley 87 de 1993, el Artículo 17 del Decreto 648 de 2017 en lo que concierne al rol de seguimiento y según lo dispuesto en el Decreto 338 de 2019 en lo relacionado con el Sistema de Control Interno, Artículo 1. Parágrafo 1º: *"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."*

El proceso de Gestión de Evaluación y Seguimiento, liderado por la Oficina de Control Interno de la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada se permite remitir **INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS Y CONTROLES INSTITUCIONALES DE LA SUPERINTENDENCIA DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA EN LA VIGENCIA 2025**, para su conocimiento y fines pertinentes, el cual agradecemos socializarlo con sus equipos de trabajo, a fin de que se efectúen las acciones de mejora que correspondan.

Cordialmente,



Carolina López Gallego

Jefe (E) Oficina de Control Interno SVSP.

Página 1 de 1

NOMBRE Y CARGO		PROCESO
Elaboró	Maria Mónica Gómez Tovar - Contratista Oficina de Control Interno	GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO
Revisó y Aprobó	Carolina López Gallego - Jefe (E) Oficina de Control Interno	GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

28 de Noviembre de 2025

PROCESO Y/O DEPENDENCIA

COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO.

Dr. LARRY SADIT ÁLVAREZ MORALES

SUPERINTENDENTE DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA.

Dra. MARTA CECILIA MENGUAL QUINTERO

SECRETARIA GENERAL SUPERINTENDENCIA DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA.

Dra. KELLY JHOANA ITURRIAGO TORREGROSA

SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA EL CONTROL SVSP.

Dr. ELKIN DE JESÚS BENAVIDES GONZÁLEZ

SUPERINTENDENTE DELEGADO PARA LA OPERACIÓN SVSP.

Dr. MIGUEL ANTONIO DE LA HOZ GARCÍA

JEFE OFICINA ASESORA JURÍDICA SVSP.

Dra. XILENA PATRICIA CARRILLO LONDOÑO

JEFE OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN SVSP.

ING. MARIANA QUINTERO TEJADA

JEFE OFICINA ASESORA DE SISTEMAS SVSP.

- **LÍDERES DE PROCESOS Y DEPENDENCIAS.**

TEMA DE SEGUIMIENTO/INFORME

INFORME DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS Y CONTROLES INSTITUCIONALES DE LA SUPERINTENDENCIA DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA EN LA VIGENCIA 2025.

MARCO NORMATIVO

- Constitución Política de la República de Colombia (1991)
- 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 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".

OBJETIVO

Evaluación y Seguimiento a los Riesgos y Controles Institucionales de la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada en la vigencia 2025.

ALCANCE

El proceso de Gestión de Evaluación y Seguimiento, liderado por la Oficina de Control Interno de la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada procede a analizar la información contenida en el aplicativo Suite Vision Empresarial relacionada con los Mapas de Riesgos de Gestión y Corrupción, esto con el objetivo de verificar el diseño de los controles, su ejecución durante la Vigencia 2025 y consecuentemente determinar la solidez de los controles.

ANTECEDENTES

La Oficina de Control Interno durante la vigencia 2025 remitió al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada Informe de Evaluación y Seguimiento a los Riesgos y Controles de Gestión del Primer (I) Trimestre Memorando No. 20251100017023CS, Segundo (II) Y Tercer (III) Trimestre Memorando No. 20251100038163CS.

Respecto a la Evaluación y Seguimiento de los Riesgos y Controles de Corrupción de la vigencia 2025 se reportó al CICCI el Informe de Evaluación y Seguimiento a los Riesgos de Corrupción Primer (II) Cuatrimestre, Memorando No. 20251100013363CS y Segundo (II) Cuatrimestre a través del Memorando No. 20251100034513CS.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DEL INFORME

En el marco de la función de Gestión de Evaluación y Seguimiento del Sistema de Control Interno, conforme a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, especialmente lo dispuesto en el artículo 12 Literal C, D y E, la Oficina de Control Interno evaluará el diseño de los Riesgos de Gestión y Corrupción y sus controles de la vigencia 2025.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO RIESGOS DE GESTIÓN 2025

Se procede a analizar el diseño de los Riesgos de Gestión 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 la Vigencia 2025, cuyo análisis se determinó a los dieciséis (16) procesos de la Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada, de los cuales se consignó lo siguiente:

1. ALIANZA INTERINSTITUCIONAL

1.1. **RIESGO (AIN-RG1):** Posibilidad de pérdida Reputacional por interrupción en la operación de los procesos misionales debido a desconocimiento de los procedimientos e incumplimiento de las cláusulas del convenio vigente.

1.1.1. **CONTROLES**

- Control 1:** El líder del proceso realiza trimestralmente seguimiento a las funciones y actividades asignadas al Grupo de Asesoría y Coordinación Interinstitucional, a fin de verificar el cumplimiento de las mismas.
- Control 2:** Los profesionales del proceso socializan trimestralmente los procedimientos, a los integrantes del grupo con el fin de evitar el desconocimiento e interrupción o demoras en el cumplimiento de las actividades.
- Control 3:** El Profesional asignado al seguimiento del convenio firmado entre Policía Nacional y Supervigilancia, mensualmente verifica que las actividades estén alineadas a las cláusulas establecidas en el convenio.
- Control 4:** El líder del proceso ante falla o intermitencia del gestor documental de la entidad, analizará la pertinencia de activar medidas de contingencia, a través del uso del gestor documental de la Policía Nacional.

1.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL RIESGO Y SUS CONTROLES VIGENCIA 2025

1.2.1. **Materialización del Riesgo:** No se evidencia materialización del Riesgo en la vigencia 2025.

1.2.2. **Diseño de los Controles:**

Control	Documentación del Control	Efectividad del Control
CONTROL 1	Mediante comunicado oficial GS-2025-047155-JESEP, se presentó informe de actividades realizadas para el tercer trimestre del año 2025, en el cual se informa el cumplimiento a las funciones y actividades asignadas al Grupo de Asesoría y Coordinación Interinstitucional.	Se determina el diseño adecuado del control y la efectividad de este respecto a la mitigación del riesgo.
CONTROL 2	Mediante acta 006 se realizó la socialización al personal que integra el Grupo de Asesoría y Coordinación, el procedimiento de órdenes de captura y órdenes de arresto a fin de evitar	Se determina el diseño adecuado del control y la

	demoras e incumplimientos con las actividades asociadas a este procedimiento.	efectividad de este respecto a la mitigación del riesgo.
CONTROL 3	Mediante comunicados oficiales GS-2025-034344-JESEP, GS-2025-040218-JESEP, GS-2025-046207-JESEP, se realizó el seguimiento del convenio firmado entre la Policía Nacional y la SVSP en los meses de julio, agosto y septiembre	Se determina el diseño adecuado del control y la efectividad de este respecto a la mitigación del riesgo.
CONTROL 4	Teniendo en cuenta las fallas en el gestor documental de la entidad, se realizó la respuesta de 184 memorando para la solicitud de antecedentes, a través del Gestor de Contenidos Policiales de la Policía Nacional	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-RG1): Posibilidad de pérdida Reputacional por bajos índices en la gestión institucional debido a debilidad en el seguimiento a la gestión institucional por parte de los procesos.

2.1.1. CONTROLES

- Control 1:** El Profesional asignado de la Oficina Asesora de Planeación verifica mensualmente las tareas programadas por los procesos mediante los reportes generados por el aplicativo Suite Vision Empresarial -SVE, con el propósito de generar compromisos y alertas sobre el cumplimiento. En caso de encontrar actividades programadas que el proceso no cumplirá o que requieren reprogramación o reformulación activará lo establecido en el Manual de Planes de acuerdo al caso específico.
- Control 2:** El Profesional asignado de la Oficina Asesora de Planeación verificará mensualmente los compromisos adquiridos por el proceso en el seguimiento anterior y validará su cumplimiento.
- Control 3:** El profesional asignado de la Oficina Asesora de Planeación descargará mensualmente el reporte de planes de los procesos asignados y llevará el control de las acciones cumplidas por el proceso.
- Control 4:** El Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, anualmente realizará las gestiones necesarias para contar con el mantenimiento y soporte del aplicativo SVE.
- Control 5:** El Jefe de Oficina revisa semestralmente si el recurso humano es suficiente para dar cumplimiento a lo programado y lo normado para la Oficina de Planeación.

2.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL RIESGO Y SUS CONTROLES VIGENCIA 2025

2.2.1. Materialización del Riesgo: Para la vigencia 2025 no se evidencia materialización del riesgo, sin embargo, se recomienda el rediseño de los controles en procura de que la gestión institucional sea optima.

2.2.2. Diseño de los Controles:

Control	Documentación del Control	Efectividad del Control
CONTROL 1	Solo se cuenta con un seguimiento durante el tercer trimestre, realizado a la Delegatura para el Control.	A pesar de que se evidencia monitoreo por parte del proceso no se puede determinar la efectividad de este en la vigencia 2025.
CONTROL 2	Solo se cuenta con un seguimiento realizado a la Delegatura para el Control.	A pesar de que se evidencia monitoreo por parte del proceso no se puede determinar la efectividad de este en la vigencia 2025.
CONTROL 3	Se anexó por parte del proceso el reporte en bases de datos de los planes de los procesos.	Se anexó por parte del proceso el reporte en bases de datos de los planes de los procesos, se determina el correcto diseño del control y la efectividad de este respecto a la mitigación del riesgo.

CONTROL 4	Se realizaron las gestiones correspondientes al pago de las facturas del proveedor en el marco del contrato 205_2025. Así mismo se solicitó al proveedor la propuesta económica para el 2026 y garantizar la contratación y cobertura del soporte. Así mismo, se solicita a Sistemas informe con el estado actual de la infraestructura que soporta el funcionamiento de la SVE a fin de determinar nuevas necesidades para el 2026 o la funcionalidad de pasar a modalidad SaaS, en conclusión, sistemas informó que la infraestructura tecnológica se encuentra en buen estado. Se adjuntan evidencias.	Se determina el diseño adecuado del control y la efectividad de este respecto a la mitigación del riesgo.
CONTROL 5	Se identificó falta de personal suficiente para dar cumplimiento a todas las actividades programadas para la Oficina Asesora de Planeación.	Se determina el diseño adecuado del control y la efectividad de este respecto a la mitigación del riesgo.

2.3. RIESGO (DES-RG2): Posibilidad de pérdida reputacional por bajos resultados en la calificación del FURAG, debido a la falta de implementación de lineamientos de las políticas de Gestión y Desempeño Institucional del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.

2.3.1. CONTROLES

- Control 1:** El profesional asignado de la Oficina Asesora de Planeación, trimestralmente con el fin de verificar el cumplimiento de los avances de las actividades programadas en el plan MIPG sectorial, monitorea en el aplicativo Suite Vision Empresarial las evidencias reportadas por los procesos. En caso de evidenciar actividades sin cumplimiento, se informa al líder del proceso antes de emitir los informes para el Ministerio de Defensa.
- Control 2:** Los profesionales asignados de la Oficina Asesora de Planeación, verifican anualmente los resultados obtenidos en la medición inmediatamente anterior con el fin de determinar las brechas existentes en la implementación de las Políticas del MIPG. En caso de encontrar brechas o acciones que se deban desarrollar, se formulan en plan MIPG Sectorial para la vigencia siguiente en conjunto con los procesos responsables de cada política institucional de gestión y desempeño.

2.3.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y SUS CONTROLES VIGENCIA 2025

2.3.3. Materialización del Riesgo: Se evidencia un adecuado monitoreo del riesgo y sus controles por parte del proceso, no se materializó el riesgo para la vigencia 2025.

2.3.4. Diseño de los Controles:

Control	Documentación del Control	Efectividad del Control
CONTROL 1	Los profesionales de la oficina asesora de planeación han remitido a los lideres de proceso mediante correo electrónico las alertas correspondientes sobre las tareas pendientes.	Se determina el diseño adecuado del control y la efectividad de este respecto a la mitigación del riesgo.
CONTROL 2	Se socializó a los miembros del comité de gestión y desempeño los resultados de la última medición del FURAG 2024. Se envió correo el 19 de agosto a los procesos para informar los resultados a los lideres de proceso y recolectar acciones de mejora que permitan dar cumplimiento al MIPG y subir el índice de desempeño institucional en FURAG.	Se determina el diseño adecuado del control y la efectividad de este respecto a la mitigación del riesgo.

3. GESTIÓN ADMINISTRATIVA

3.1. RIESGO (GAD-RG1): Posibilidad de pérdida Económica y Reputacional por sanciones disciplinarias, afectación en el funcionamiento de la entidad, operación de los procesos y de la prestación del servicio debido a la falta de planeación y oportunidad en la adquisición de bienes y servicios.

3.1.1. CONTROLES

Control 1: El Coordinador del grupo de recursos físicos y adquisiciones, trimestralmente revisa y evalúa las necesidades de bienes de consumo y reporta a la Oficina Asesora de Planeación para su inclusión en el Plan Anual de Adquisiciones – PAA.

Control 2: El coordinador del grupo de recursos físicos y adquisiciones realiza mensualmente seguimiento y verificación de la ejecución contractual frente a las necesidades de la entidad.

3.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y SUS CONTROLES VIGENCIA 2025

3.2.1. Materialización del Riesgo: El riesgo de pérdida económica y reputacional en razón a sanciones disciplinarias no se materializó, sin embargo, se evidencia ausencias y falencias en la ejecución de los controles, lo que impide el tratamiento adecuado del riesgo.

3.2.2. Diseño de los Controles:

Control	Documentación del Control	Efectividad del Control
CONTROL 1	Se remite por parte del proceso la solicitud de inclusión de bienes y servicios en el Plan Anual de Adquisiciones de la entidad.	Se consta que la evidencia a reportar por parte del proceso para este control es la solicitud de modificación del PAA, evidencia la cual no se registra constancia, por lo cual no se pudo evaluar la efectividad de este.
CONTROL 2	Se adjunta las solicitudes de bienes aprobadas remitidas por el Proceso de Gestión Administrativa.	La evidencia a remitir por parte del proceso es el seguimiento a la ejecución contractual de los contratos suscritos y solicitudes al Grupo de contratos en caso de requerirse, donde la frecuencia determinada es mensual. El insumo remitido por el proceso no es acorde a la evidencia a registrar, razón por la cual no se puede evaluar la efectividad.

3.3. RIESGO (GAD-RG2): Posibilidad de afectación económica por sanciones por parte de entes de control debido a falencias en la administración de los bienes de la entidad.

3.3.1. CONTROLES

Control 1: El profesional(es) asignado(s) revisa constantemente las entradas y salidas del almacén verificando la factura versus el producto recibido.

Control 2: El coordinador del área de recursos físicos y adquisiciones, anualmente suscribe los diferentes contratos para la adquisición de los servicios de mantenimiento de infraestructura de las sedes y del parque automotor y la compra de seguros para vehículos y bienes de la Entidad. En caso de presentar incumplimiento de los respectivos contratos por parte de los proveedores, el supervisor informa al Secretario General para que a través del grupo de contratos, se tomen las medidas pertinentes.

Control 3: El profesional asignado, mensualmente genera los reportes de inventarios y los concilia con el Grupo de Recursos Financieros, con el propósito de controlar los bienes de consumo y devolutivos de la entidad y de suministrar la información veraz

3.4. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES VIGENCIA 2025

3.4.1. **Materialización del Riesgo:** El riesgo de posibilidad de afectación económica por sanciones debido a falencias en la administración de los bienes, no se ha materializado en su integridad. Sin embargo, es pertinente mencionar que en la presente vigencia se ejecutó Auditoría Financiera por parte de la CGR la cual en sus observaciones determinó falencias generales en la administración de riesgos.

3.4.2. **Diseño de los controles:**

Control	Documentación del Control	Efectividad del Control
CONTROL 1	No se registra evidencia o insumo del respectivo control.	No se registra evidencia o insumo del control a monitorear, razón por la cual no se puede evaluar la efectividad.
CONTROL 2	No se registra evidencia o insumo del respectivo control.	No se registra evidencia o insumo del control a monitorear, razón por la cual no se puede evaluar la efectividad
CONTROL 3	No se registra evidencia o insumo del respectivo control.	No se registra evidencia o insumo del control a monitorear, razón por la cual no se puede evaluar la efectividad.

4. GESTIÓN DE CONTROL, INSPECCIÓN Y VIGILANCIA

4.1. **RIESGO (GCI-RG1):** Posibilidad de pérdida Reputacional por la operancia del fenómeno de la caducidad en los procesos administrativos sancionatorios, así como el incumplimiento del plan de visitas debido a la insuficiencia de recursos para atender a cabalidad las actividades relacionadas con el control, inspección y vigilancia.

4.2. **CONTROLES**

Control 1: El Coordinador de grupo semanalmente revisa los expedientes recibidos (físico y/o digital), asignando los priorizados al profesional del grupo y/o técnico asignado e informa la asignación al técnico.

Control 2: El profesional asignado verifica semanalmente los términos de caducidad de los procesos a su cargo y los tiempos de notificación de los actos administrativos que proyecta y son remitidos al Grupo de Atención al Usuario.

Control 3: El Coordinador de grupo verifica mensualmente la conformación de los expedientes físicos que reposan en el archivo de gestión versus la base de datos e identifica aquellos que deben ser trasladados a otro grupo o transferidos al archivo central de acuerdo con la tabla de retención documental

4.3. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES VIGENCIA 2025

4.3.1. **Materialización del Riesgo:** Es pertinente manifestar que en el Informe Final de Auditoría de la Delegatura para el Control, Inspección y Vigilancia notificado el día 30 de julio de 2025, el Hallazgo No. 04 “*Caducidad de las facultades sancionatorias* por mora en la sustanciación de expedientes” la causa raíz se determinó por la operabilidad de la mora en la sustanciación y resolución de la facultad sancionatoria.

4.3.2. **Diseño de los controles:**

Control	Documentación del Control	Efectividad del Control
---------	---------------------------	-------------------------



Supervigilancia

CONTROL 1	Se evidencia las revisiones y repartos sistemáticos de los expedientes físicos y digitales, asegurando el cumplimiento del control establecido mediante procesos de priorización, asignación y actualización continua de las bases de datos.	Se evidencia soporte del control los cuales son los correos de asignación o formato de reparto de expediente para la asignación. Adecuado diseño del control. Se recomienda, en razón de simplificación de trámites el ajuste del entregable el cual puede ser el reporte de base de datos con los funcionarios responsables por mes.
CONTROL 2	Se evidencia los correos electrónicos formales y el consolidado de seguimiento a las notificaciones, adicionalmente, el grupo se encuentra en proceso de organización y fortalecimiento interno, con el propósito de optimizar los procedimientos de control, registro y trazabilidad de las actuaciones, mejorando así la eficiencia en la gestión sancionatoria.	El proceso no reportó los memorandos o correo a Gestión del servicio con las alertas, razón por la cual la evaluación de la efectividad no se puede efectuar; El control se encuentra correctamente diseñado.
CONTROL 3	Los grupos adscritos realizaron las actividades de revisión, verificación y control documental conforme a los lineamientos establecidos en la Tabla de Retención Documental y los procedimientos internos. El Grupo de Inspección ejecutó de manera oportuna los traslados de expedientes al Grupo de Sanciones y al Grupo de Gestión Documental, garantizando la trazabilidad y actualización de los registros. La evidencia de estas actuaciones se encuentra documentada en la base de datos y soportes GCI-RG1-C3 BDA T3 2025.	Se allega por parte del proceso la base de datos anonimizada de los traslados efectuados, diseño y ejecución efectivo de los controles de riesgo de gestión.

5. GESTIÓN DE COMUNICACIONES

5.1. RIESGO (GCM-RG1): Posibilidad de afectación reputacional por bajo índice de la calificación por entes de control debido al desconocimiento por parte de las áreas con respecto a la publicación de información institucional de la Ley de transparencia y la Ley de Participación Ciudadana, generando incumplimiento a la normatividad vigente.

5.2. CONTROLES

Control 1: El profesional asignado realizará trimestralmente el envío de correo a las diferentes áreas responsables de los espacios en la web del Menú Transparencia, con el propósito de solicitar la actualización de la información publicada.

Control 2: El profesional asignado realizará de manera trimestral el seguimiento al cumplimiento de las actividades programadas en el Plan de Participación Ciudadana, a través de correo electrónico y/o mesas de trabajo con el propósito de obtener la información referente a los resultados y sugerencias que surgieron durante la realización de las actividades correspondientes a la implementación del Plan de Participación Ciudadana.

Control 3: El profesional asignado identifica trimestralmente al personal encargado de ejecutar en las áreas las actividades programadas en el plan de participación ciudadana.

5.3. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES VIGENCIA 2025

5.3.1. Materialización del Riesgo: En el resultado de la Medición de Desempeño Institucional vigencia 2024 la 5ª Dimensión de Información y Comunicación

obtuvo el resultado de 77.1%, por lo cual se recomienda frecuentar el monitoreo de las actividades de control del riesgo.

5.3.2. Diseño de los controles:

Control	Documentación del Control	Efectividad del Control
CONTROL 1	No se registra evidencia o insumo del respectivo control.	No se registra evidencia o insumo del control a monitorear, razón por la cual no se puede evaluar la efectividad.
CONTROL 2	No se registra evidencia o insumo del respectivo control.	No se registra evidencia o insumo del control a monitorear, razón por la cual no se puede evaluar la efectividad.
CONTROL 3	No se registra evidencia o insumo del respectivo control.	No se registra evidencia o insumo del control a monitorear, razón por la cual no se puede evaluar la efectividad.

6. GESTIÓN CONTRACTUAL

6.1. RIESGO (GCO-RG1): Posibilidad de pérdida reputacional por investigaciones y sanciones de los organismos de control debido a la adquisición de bienes y servicios fuera de los requerimientos normativos en las diferentes modalidades de selección.

6.1.1. CONTROLES

- Control 1:** El profesional del área de contratos cada vez que se solicita una necesidad verifica que la información suministrada por el proveedor, corresponda con los requisitos establecidos en las diferentes modalidades de selección.
- Control 2:** El profesional encargado del proceso del área de contratos una vez reciba los estudios previos con la necesidad ya establecida, por parte del área encargada, hará previa verificación, con el propósito de presentar al comité para ser avalado.

6.1.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES VIGENCIA 2025

6.1.3. Materialización del Riesgo: En la Auditoría financiera ejecutada por la CGR, se informó de observaciones por posible incumplimiento al EGCP, razón por la cual se recomienda que los procesos de contratación y compras públicas se ejecuten con el cumplimiento de los requisitos legales, Ley 83 de 1993 y demás normativa complementaria.

6.1.4. Diseño de los controles:

Control	Documentación del Control	Efectividad del Control
CONTROL 1	Formato de las listas de chequeo.	Se remite por parte del proceso el formato de las listas de chequeo, razón por la cual, la evaluación de la efectividad no se puede efectuar, se recomienda al proceso reconsiderar el diseño del control del riesgo de gestión.
CONTROL 2	Actas de Comité de Compras y Adquisiciones.	Diseño y ejecución efectivo de los controles de riesgo de gestión.

6.2. RIESGO (GCO-RG2): Posibilidad de pérdida reputacional por el incumplimiento de las metas institucionales y de los demás procesos sin satisfacer la necesidad de la entidad que motivó la realización del proceso contractual, debido a deficiencias en la estructuración de los aspectos técnicos, económicos y jurídicos en la etapa precontractual de las diferentes modalidades de selección.

6.2.1. CONTROLES

Control 1: El profesional asignado cada vez que se requiera un proceso contractual con el fin de verificar el cumplimiento de las condiciones,

realiza la revisión de los estudios previos en cuanto a la necesidad, el presupuesto, estudios de mercado, obligaciones generales y específicas, plazo, garantías, matriz de riesgo, modalidad de selección entre otras. En caso de presentar observaciones se devuelve al área responsable para los ajustes pertinentes, dejando la trazabilidad de la revisión por correo electrónico y su última versión en el gestor documental. No obstante, se verifica que la necesidad este plasmada en el PAA en la respectiva vigencia.

Control 2: El Coordinador del grupo cada vez que se requiera convocará al Comité de compras y adquisiciones, para aprobación de los estudios previos ajustados de los procesos contractuales.

- 6.2.2. **EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES VIGENCIA 2025**
- 6.2.3. **Materialización del Riesgo:** No se evidencia materialización del riesgo.
- 6.2.4. **Diseño del Control:**

Control	Documentación del Control	Efectividad del Control
CONTROL 1	Actas de Comité de Compras y Adquisiciones.	El proceso determinó como evidencia de la ejecución del control las actas de evaluación y calificación de propuestas, sin embargo, no se reporta la remisión de estas en el aplicativo. Si bien manifiesta que se encuentran publicadas en SECOP II, se les recomienda el rediseño del control.
CONTROL 2	Actas de Comité de Compras y Adquisiciones.	Se recomienda al proceso el rediseño del control, en lo concerniente a la frecuencia del monitoreo, ya que este es cuando se requiera, lo que no permite una correcta evaluación de la efectividad.

- 6.3. **RIESGO (GCO-RG3):** Posibilidad de pérdida económica y reputacional e investigaciones y sanciones por los organismos de control por el incumplimiento contractual debido a la inadecuada e inoportuna supervisión de las obligaciones suscritas en los contratos celebrados.
- 6.3.1. **CONTROLES**

Control 1: El Coordinador del grupo semestralmente convoca y capacita a quienes han sido designados como supervisores con el propósito de desarrollar la función de supervisión acorde con la normatividad vigente.

Control 2: El Profesional asignado, cada vez que termine la ejecución de un contrato, con el fin de verificar su cumplimiento en cuanto a la calidad del servicio, ejecución del servicio en la fecha pactada y capacidad de resolver problemas, verifica la entrega de la evaluación de desempeño por parte del supervisor.

- 6.3.2. **EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES VIGENCIA 2025**
- 6.3.3. **Materialización del Riesgo:** No se evidencia materialización del riesgo.

- 6.3.4. **Diseño de los controles:**

Control	Documentación del Control	Efectividad del Control
---------	---------------------------	-------------------------

CONTROL 1	Control de asistencia capacitación dirigida a los supervisores de contratos en el segundo semestre.	Diseño efectivo del control.
CONTROL 2	Evaluación de Contratista: QUALITY GROUP SERVICES S.A.S, IDENTICO S.A.S	Diseño efectivo del control.

7. GESTIÓN DOCUMENTAL

7.1. RIESGO (GDO-RG1): Posibilidad de pérdida reputacional por hallazgos de entes de control y de auditoria debido al incumplimiento de los procedimientos internos y normatividad vigente relacionados con la radicación y distribución de los documentos.

7.1.1. CONTROLES

Control 1: El personal asignado a la ventanilla única de correspondencia cada vez que ingresa una solicitud, con el fin de tener control de la documentación, asigna número de radicado generando sticker y direcciona a la dependencia correspondiente para su gestión a través del gestor documental, hace entrega de documento en físico, mediante planilla Distribución Radicados.

Control 2: El Coordinador de grupo cada vez que se presenta una falla en el gestor documental analiza la urgencia con la que se requiere activar medidas de contingencia en la gestión del proceso archivístico.

7.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES VIGENCIA 2025

7.2.1. Materialización del Riesgo: El riesgo no se materializó para la presente vigencia, sin embargo, se recomienda el rediseño de los controles, toda vez que se evidencia el no tratamiento del riesgo a través de sus controles.

7.2.2. Diseño del Control:

Control	Documentación del Control	Efectividad del Control
CONTROL 1	La evidencia a remitir es la consolidación trimestral de planilla de distribución de radicados. Evidencia la cual no se remitió por parte del proceso en el II Y III trimestre, debido a la contingencia del gestor documental.	A través de Informe de Evaluación y Seguimiento del proceso de Gestión de Evaluación y Seguimiento (OCI) a los Riesgos de Gestión II Y III Tercer Trimestre 2025, se recomendó al proceso de Gestión documental el rediseño del control del riesgo, razón por la cual se reitera dicha recomendación
CONTROL 2	Conforme a lo mencionado por el proceso en la SVE al estado de contingencia, no se ha podido ejecutar el control.	Se recomienda el reporte de la evidencia o el rediseño del control si el proceso lo considera conveniente.

7.3. RIESGO (GDO-RG2): Posibilidad de pérdida reputacional por la inadecuada administración, custodia y preservación de la información debido a la inapropiada aplicación de los procesos archivísticos y lineamientos para la administración documental.

7.3.1. CONTROLES

Control 1: El coordinador de grupo realiza seguimiento semestral a la ejecución de las capacitaciones. En caso de evidenciar procesos que no han recibido la capacitación, se realiza la socialización.

Control 2: El profesional asignado revisa semestralmente seguimiento al Plan de Mejoramiento Archivístico registrando los avances realizados para subsanar los hallazgos encontrados por el AGN.

7.4. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES VIGENCIA 2025

7.4.1. Materialización del Riesgo: No se evidencia materialización del riesgo para la vigencia 2025.

7.4.2. Diseño de los controles:

Control	Documentación del Control	Efectividad del Control
CONTROL 1	La evidencia a reportar es el Informe Semestral con los resultados de las capacitaciones, la frecuencia del reporte de dicha evidencia es semestral.	En el Informe de Evaluación y Seguimiento II y III Tercer Trimestre 2025 se instó a la remisión del informe durante el próximo monitoreo. El diseño del control se evalúa como efectivo, se reitera la recomendación al proceso de ejecutar la evidencia en los términos diseñados.
CONTROL 2	La evidencia a reportar es el Memorando semestral de seguimiento al PINAR, la frecuencia del reporte es Semestral.	Se insta al proceso a reportar a través de la SVE la evidencia correspondiente, el cual es el memorando semestral de seguimiento al PINAR. El diseño del control se evalúa como efectivo, sin embargo, se recomienda que en el mencionado memorando se detalle el estado del PMA.

8. GESTIÓN FINANCIERA

8.1. RIESGO (GFI-RG1): Posibilidad de pérdida económica y reputacional por vencimiento de términos legales para el cobro de la contribución, debido a demora en el proceso de revisión, firma, notificación y ejecutoría de los actos administrativos.

8.1.1. CONTROLES

- Control 1: El Profesional asignado a la gestión de contribución, realiza permanentemente entre Junio y Diciembre el seguimiento y control a la gestión de los actos administrativos expedidos para el cobro, a través de la matriz "base de datos de vigilados/contribuyentes".
- Control 2: El Coordinador de grupo realiza seguimiento permanente entre agosto y diciembre, la emisión y firma de actos administrativos con el propósito de validar que todos los deudores cuenten con AA firmado.
- Control 3: El Coordinador de grupo cada vez que se presenta una falla en el gestor documental analiza la urgencia con la que se requiere activar medidas de contingencia en la generación de actos administrativos.

8.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES VIGENCIA 2025

8.2.1. Materialización del Riesgo: En la Auditoría de la CGR 2025 y en la Auditoría Interna al Grupo de Financiera se observó un posible vencimiento de la emisión de Actos Administrativos para el cobro de contribución, razón por la cual se recomienda al proceso la ejecución efectiva del tratamiento de los controles del riesgo.

8.2.2. Diseño de los Controles:

Control	Documentación del Control	Efectividad del Control
CONTROL 1	La evidencia a reportar es el memorando de remisión de ejecutoria a la OAJ.	Se recomienda el rediseño de la frecuencia del control, ya que la frecuencia es cuando se requiera, lo que genera imprecisión de la efectividad del control.
CONTROL 2	Relación de los Actos Administrativos emitidos por no pago o pago parcial de la cuota de contribución.	Se recomienda el rediseño del control, toda vez que la frecuencia es cuando se requiera, lo que genera imprecisión de la efectividad del control.
CONTROL 3	Por fallas en el Gestor Documental y si se requiere con urgencia la emisión de Acto Administrativo, se activa la radicación manual que consiste en la radicación de memorando con planilla de notificación, para el monitoreo del control se debe evidenciar el Memorando con planilla de notificación adjunta.	Teniendo presente que en el monitoreo del Tercer Trimestre de la Vigencia 2025 el proceso reportó que se está implementado las instrucciones de la resolución interna de contingencia, se recomienda el rediseño del control, el cual debe considerar el estado actual del gestor documental y la demanda de actos administrativos emitidos, considerándose una base de datos detallada y trimestral de los actos administrativos emitidos.

8.3. RIESGO (GFI-RG2): Posibilidad de afectación económica y reputacional por hallazgos derivados de inconsistencias en 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.

8.3.1. CONTROLES

Control 1: Los profesionales asignados a contabilidad, 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: El contador de la entidad o quien haga sus veces, mensualmente verifica los registros contables versus los soportes suministrados por los profesionales asignados a la contabilidad.

8.4. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES VIGENCIA 2025

8.4.1. Materialización del Riesgo: En la Auditoría de la CGR 2025 y en la Auditoría Interna al Grupo de Financiera se observó una posible inconsistencia en la presentación de estados financieros que no reflejen la realidad económica y financiera de la entidad.

8.4.2. Diseño de los controles:

Control	Documentación del Control	Efectividad del Control
CONTROL 1	La evidencia a reportar por parte del proceso es el Memorando o correos electrónicos remitidos por las áreas con la información y en caso de requerirse, acta de conciliación.	Diseño del Control efectivo, se recomienda el proceso el reporte en lo términos designados.
CONTROL 2	El contador de la entidad revisa los registros realizados en caso de presentar inconsistencias envía correo para revisión.	Diseño del Control efectivo, se recomienda el proceso el reporte en los términos designados.

8.5. RIESGO (GFI-RG3): Posibilidad de afectación económica por afectación del presupuesto de la vigencia, debido a la entrega extemporánea de cuentas de cobro y/o facturas de vigencias anteriores por parte de supervisores de contrato.

8.5.1. CONTROLES

Control 1: Los profesionales asignados al procedimiento de cuentas por pagar, mensualmente con el propósito de monitorear las cuentas con ejecución presupuestal, contrasta con los profesionales de contabilidad la obligación de las cuentas y con tesorería el pago efectivo de las cuentas presentadas en el periodo.

8.6. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES VIGENCIA 2025

Control	Documentación del Control	Efectividad del Control
CONTROL 1	Con el fin de garantizar un flujo adecuado y correspondiente el profesional asignado debe realizar mensualmente la revisión de las cuentas pendientes.	Conforme al monitoreo anterior el memorando se remitió al ordenador del gasto, se recomienda al proceso que en el próximo monitoreo reporte la evidencia conforme a la SVE para verificar la efectividad del control.

9. GESTIÓN JURÍDICA

9.1. RIESGO (GJU-RG1): Posibilidad de afectación económica por la prescripción de la obligación de las empresas vigiladas, debido a la insuficiencia de recurso humano

para adelantar los procesos y la dificultad para ubicar los bienes en cabeza del deudor.

9.1.1. CONTROLES

Control 1: 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.

Control 2: El Jefe de la Oficina Asesora Jurídica identifica semestralmente la necesidad de enviar memorando a los abogados sustanciadores de cobro coactivo, solicitando se realicen impulsos procesales a los procesos próximos a prescribir.

Control 3: El Jefe de la Oficina Asesora Jurídica mediante el convenio actualmente vigente con la Ventanilla Única de Registro - VUR de la Superintendencia de Notariado y Registro, consulta mínima semestralmente.

9.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESOS Y DE SUS CONTROLES VIGENCIA 2025

9.2.1. Materialización del Riesgo: No se evidencia materialización del riesgo en la vigencia 2025.

9.2.2. Diseño de los Controles:

Control	Documentación del Control	Efectividad del Control
CONTROL 1	La evidencia a reportar por el proceso es la base de datos de cartera anonimizada, frecuencia semestral.	El diseño del control es efectivo, se recomienda al proceso el monitoreo en los términos designados y el reporte detallado de la evidencia.
CONTROL 2	Evidencia a reportar es el memorando semestral de solicitud de impulsos procesales.	Durante el III Trimestre de la vigencia 2025, se reportó memorando informativo al jefe de la OAJ, por lo que Segunda y Tercera Línea recomendaron el rediseño del control, en el mismo sentido se reitera la recomendación.
CONTROL 3	Informe semestral con la gestión de impulsos procesales.	El diseño del control es efectivo, sin embargo, se recomienda la ejecución adecuada de este, en los términos señalados.

9.3. RIESGO (GJU-RG2): Posibilidad de afectación económica y reputacional por sanciones por entidades de control o autoridades judiciales o administrativas, debido a la inobservancia de los términos procesales por falta de información, entrega parcial y/o defectuosa, remitida por las áreas a quien correspondía resolver un trámite o PQRS.

9.3.1. CONTROLES

Control 1: El Jefe de la Oficina Asesora Jurídica consolida semanalmente informe general del área, que contiene el panorama de las acciones constitucionales en proceso.

Control 2: El Profesional asignado por el Jefe Jurídico, asigna diariamente mediante correo electrónico al abogado sustanciador las acciones constitucionales a resolver y realiza seguimiento a su cumplimiento.

Control 3: El Profesional asignado elabora mensualmente informe estadístico de las acciones constitucionales que indique los procesos de los que se requirió el insumo para dar respuesta.

9.4. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES VIGENCIA 2025

9.4.1. Materialización del Riesgo: El riesgo para la vigencia 2025 no se materializó.

9.4.2. Diseño de los Controles:

Control	Documentación del Control	Efectividad del Control
CONTROL 1	El jefe de la OAJ en caso de evidenciar alertas en procesos puntuales, requiere al líder del proceso correspondiente dar respuesta en los términos correspondientes.	La evaluación del diseño de control es efectiva.
CONTROL 2	Correos electrónicos de asignación y seguimiento.	Se reportan los Correos electrónicos de asignación y seguimiento semanal. Diseño del control efectivo.
CONTROL 3	Informe estadístico de acciones constitucionales.	Informe estadístico de acciones constitucionales reportado en la SVE, es pertinente reiterar al proceso que el monitoreo es mensual, para la efectividad del control se recomienda el rediseño del control.

9.5. RIESGO (GJU-RG3): Posibilidad de afectación económica y reputacional por la caducidad de la facultad sancionatoria, debido a que los recursos de apelación se reciben a pocos días de su vencimiento.

9.5.1. CONTROLES

- Control 1:** El líder del proceso, asigna mediante el gestor documental al abogado sustanciador los recursos a resolver y éste debe verificar que la entidad se encuentre dentro de términos para resolver los recursos de ley, y así verificar la competencia de la entidad para ejercer la facultad sancionatoria, posteriormente se debe dar inicio al estudio y proyección del caso.
- Control 2:** El Coordinador de grupo o quien haga sus veces, verifica semestralmente que los accesos y permisos en el gestor documental concedidos a los profesionales del grupo están acordes a su labor.
- Control 3:** El profesional asignado revisa para cada proceso sancionatorio la información cargada en el gestor documental con el fin de emitir respuesta de fondo.
- Control 4:** El profesional del grupo de recursos verifica mensualmente los términos de caducidad de los procesos a su cargo y los tiempos de notificación.

9.6. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES VIGENCIA 2025

9.6.1. Materialización del Riesgo: No se evidencia materialización del riesgo en la vigencia 2025.

9.6.2. Diseño de los controles:

Control	Documentación del Control	Efectividad del Control
CONTROL 1	Se realiza asignación de recurso por medio del correo electrónico	Se evidencian los Correos electrónicos de asignación a los abogados sustanciadores radicados de procesos. Diseño efectivo del control
CONTROL 2	Evidencia semestral del tiquet de solicitud.	No se evidencia el reporte de Tiquet de solicitud, se recomienda al proceso para el siguiente monitoreo reportar el control o el respectivo rediseño de este. Diseño efectivo del control, se recomienda al proceso la ejecución del control en los términos señalados.
CONTROL 3	Correos electrónicos solicitando a la delegada para el control la información para emitir respuesta de fondo.	No se evidencia los Correos electrónicos con la solicitud a la delegada para el control solicitando la información necesaria, se recomienda al proceso la ejecución del control en los términos señalados.
CONTROL 4	Se realiza seguimiento con a la notificación por medio de la plataforma 4/72	No se evidencia los correos mensuales dirigidos a Gestión del servicio con las alertas, se recomienda al proceso la ejecución del control en los términos señalados.

9.7. RIESGO (GJU-RG4): 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.

9.7.1. CONTROLES

- Control 1:** 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:** 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:** 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.

9.8. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES VIGENCIA 2025

9.8.1. Materialización del Riesgo: No se evidencia materialización del riesgo, pagos de sentencias judiciales.

9.8.2. Diseño de los Controles:

Control	Documentación del Control	Efectividad del Control
CONTROL 1	Base de datos Defensa Judicial, de las acciones de tutela.	Diseño del control efectivo, se recomienda al proceso la remisión de la base de datos de los procesos penales y contenciosos actualizada, conforme a la evidencia a reportar en la SVE.
CONTROL 2	Informe Semestral al seguimiento de defensa judicial, de las acciones de tutela, procesos penales y contencioso administrativos	El Informe a remitir es con corte trimestral al seguimiento de defensa judicial, de las acciones de tutela, procesos penales y contencioso administrativos. Diseño del control efectivo, se recomienda al proceso ejecutarlo en los términos designados o el reajuste en la frecuencia de este de manera acumulada (semestral).
CONTROL 3	Actas del comité de conciliación del 29 de enero de 2025 al 21 de julio de 2025	Correcto diseño del control, se recomienda el ajuste de la frecuencia del control para más precisión del reporte de primera línea y el seguimiento y evaluación de segunda y tercera línea de defensa.

10. GESTIÓN DE MEJORA INSTITUCIONAL

10.1. RIESGO (GMI-RG1): Posibilidad de pérdida reputacional por suspensión o pérdida de la certificación de calidad por parte del ente certificador, debido a incumplimiento de los requisitos establecidos.

10.1.1. CONTROLES

- Control 1:** El profesional y/o contratista asignado, verifica mensualmente el reporte de las actividades programadas en el marco de los planes de mejoramiento de las auditorías de calidad, riesgos e indicadores, como también de los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Control 2:** El profesional y/o contratista asignado, valida semestralmente la ejecución de campañas / capacitaciones para apropiación de los conceptos y lineamientos del Sistema de Gestión de Calidad.
- Control 3:** El Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, programa y ejecuta anualmente una auditoría interna al Sistema de Gestión de Calidad.

10.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES VIGENCIA 2025

10.2.1. Materialización del Riesgo: No se evidencia materialización del riesgo en la vigencia 2025.

10.2.2. Diseño de los Controles:

Control	Documentación del Control	Efectividad del Control
---------	---------------------------	-------------------------

CONTROL 1	Acta de seguimiento realizado a la Delegatura para el Control.	Diseño efectivo del control.
CONTROL 2	Capacitaciones sobre MIPG sus políticas y su articulación con el SGC.	Diseño efectivo del control.
CONTROL 3	Informe de auditoría de calidad se realizó entre mayo y junio 2025, incluyó a todos los procesos del sistema.	Diseño efectivo del control.

10.3. RIESGO (GMI-RG2): Posibilidad de pérdida reputacional por el incumplimiento del plan y el desarrollo de las auditorías internas al Sistema de Gestión de la Calidad, debido a la falta de experiencia e insuficiencia del personal formados como auditor.

10.3.1. CONTROLES

Control 1: El jefe de la Oficina Asesora de Planeación, revisa anualmente el equipo de auditores internos con el propósito de evaluar si la entidad cuenta con personal formado y actualizado para el desarrollo del plan.

Control 2: El Jefe de la Oficina Asesora de Planeación o el Coordinador del Grupo de Mejoramiento Institucional, valida anualmente que los auditores internos cumplen con el perfil establecido en el Procedimiento.

10.4. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES VIGENCIA 2025

10.4.1. Materialización del Riesgo: No se materializó el riesgo para la vigencia 2025.

10.4.2. Diseño de los controles:

Control	Documentación del Control	Efectividad del Control
CONTROL 1	Se evidencia los certificados de capacitación de Auditor Interno en SGI ISO 9001 de los auditores.	Diseño efectivo del control.
CONTROL 2	Se registra evidencia de las hojas de vida de los auditores.	Diseño efectivo del control.

11. GESTIÓN DE LA OPERACIÓN

11.1. RIESGO (GOP-RG1): Posibilidad de afectación reputacional por incremento de quejas y/o reclamos de los usuarios, relacionadas con los trámites gestionados, debido a la emisión de actos administrativos y/o comunicaciones oficiales con errores y/o comunicaciones oficiales con errores.

11.1.1. CONTROLES

Control 1: El coordinador de cada grupo de trabajo diariamente revisa los actos administrativos proyectados con el propósito de verificar la respuesta y decisiones de fondo frente a los trámites gestionados, revisa la veracidad y coherencia de la información de acuerdo con el requerimiento.

Control 2: El Delegado para la Operación a solicitud de los coordinadores de grupo, de manera trimestral (mínimo) gestiona trámites de alta complejidad y con el fin de analizar la viabilidad de aprobar o rechazar las solicitudes recibidas, realiza comité previo para analizar y dar recomendaciones antes de emitir la respuesta con la decisión de fondo.

11.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES VIGENCIA 2025

11.2.1. Materialización del Riesgo: No se evidencia materialización del riesgo en la vigencia 2025.

11.2.2. Diseño de los controles:

Control	Documentación del Control	Efectividad del Control
---------	---------------------------	-------------------------

CONTROL 1	Excel control revisión (AA devueltos).	La evidencia remitida por el proceso es un archivo en formato PNG, lo cual no permite la evaluación de la efectividad de este, Diseño efectivo del control, se recomienda la ejecución de este en los términos señalados.
CONTROL 2	Acta de comité previo de trámites de alta complejidad I Trimestre 2025.	La evidencia remitir son las Actas de comité previo de trámites de alta complejidad cuya frecuencia es Trimestral, se remite por parte del proceso acta del mes de mayo, lo que impide la evaluación de la efectividad. Diseño efectivo del control, se recomienda la ejecución de este en los términos señalados.

11.3. RIESGO (GOP-RG2): Posibilidad de afectación reputacional debido al incumplimiento de los términos legales en materia de gestión de trámites.

11.3.1. CONTROLES

Control 1: El coordinador de grupo realiza semanalmente informe de seguimiento de trámites pendientes por profesional asignado. En caso de que los profesionales del grupo tengan pendientes próximos a vencer, el coordinador realiza el llamado a atender los pendientes en la brevedad posible.

Control 2: Cada coordinador de grupo y auxiliar/técnico asignado cada vez que ingresa un requerimiento de trámite, con el propósito de tener el control de las solicitudes allegadas ingresa la información del trámite a la base de datos y profesional al que se le asigna.

Control 3: El Delegado para la operación recoge anualmente las necesidades de perfiles idóneos para el cumplimiento del objetivo del proceso y las metas establecidas y las informa al ordenador del gasto para incluir en Plan Anual de Adquisiciones.

11.4. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES VIGENCIA 2025

11.4.1. Materialización del Riesgo: No se evidencia materialización del riesgo para la vigencia 2025.

11.4.2. Diseño de los controles:

Control	Documentación del Control	Efectividad del Control
CONTROL 1	Correo electrónico con el reporte del estado de las solicitudes por profesional.	La evidencia no permite verificar la frecuencia del control. El diseño del control es efectivo, sin embargo, se recomienda el ajuste de la frecuencia de este.
CONTROL 2	Correos Electrónicos de ingreso de tramites a la Base de Datos, de los radicados del Grupo de Permisos de Estado.	Diseño efectivo del control, se recomienda al proceso el reporte de ingresos de trámites de los Grupos de Esquemas de Autoprotección y Grupo de Consultoría y Capacitación.
CONTROL 3	Envío de necesidades a incluir en el Plan Anual de Adquisiciones.	Diseño efectivo del control.

12. GESTIÓN PROCESOS DISCIPLINARIOS

12.1. RIESGO (GPD-RG1): Posibilidad de pérdida reputacional por prescripción de la acción disciplinaria debido a acumulación de procesos por el elevado número de resoluciones de caducidad de la facultad sancionatoria.

12.1.1. CONTROLES

Control 1: El profesional del área, semanalmente realiza reporte de los impulsos procesales proyectados dando prioridad a los procesos más

próximos a prescribir, con el fin de registrar el avance y evitar la materialización del riesgo.

Control 2: El Coordinador del Grupo realiza seguimiento mensual, con el propósito de validar que los profesionales: (1) formalicen la terminación y archivo de los procesos y (2) realicen las actuaciones tendientes a disminuir el riesgo de prescripción.

12.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES
VIGENCIA 2025

12.2.1. Materialización del Riesgo: Conforme a lo manifestado por el proceso el riesgo se materializó en la vigencia 2025, toda vez que se prescribió la acción disciplinaria de un (1) proceso. Se recomienda la implementación de riesgos y controles coadyuvantes, preventivos y correctivos en razón a la falta de personal manifestada por el proceso.

12.2.2. Diseño de los controles:

Control	Documentación del Control	Efectividad del Control
CONTROL 1	En caso de evidenciar que existen procesos en riesgo de prescribir se genera alerta al Coordinador del Grupo de Control Interno Disciplinario.	Durante el reporte del IV Trimestre 2025 se evidencia monitoreo del control. El proceso menciona y evidencia la prescripción de un proceso, en razón a las dilaciones presentadas en otras dependencias de la entidad. En razón a lo anterior se recomienda la implementación de un control coadyuvante al monitoreado.
CONTROL 2	Se debe reportar que en caso de evidenciar la existencia de procesos en riesgo de prescribir se genera alerta al secretario general, por lo cual se debe adjuntar el Acta de Reunión Mensual y Excel en cifras.	Manifiesta el proceso que para la vigencia 2025, se presentó contingencia relacionada a la falta de personal en el grupo de control interno disciplinario para atender gran cantidad de expedientes disciplinarios (337). Razón por la que no se ejecutó el control. Se recomienda al proceso la implementación de un control coadyuvante al monitoreado.

13. GESTIÓN SISTEMAS

13.1. RIESGO (GSI-RG1): Posibilidad de pérdida económica y reputacional por sanciones de parte de los entes de control debido al incumplimiento de las políticas y pérdida de la información clasificada y reservada de la entidad por malas prácticas y acceso de personal no autorizado.

13.1.1. CONTROLES

Control 1: El personal encargado, realiza la toma de copias de respaldo al correo electrónico, para salvaguardar la información de la entidad en el momento en que se retiran los servidores y/o contratistas. A su vez la información institucional deberá de estar disponible en el Sharepoint del área a la cual estaba vinculado, y también se realizarán los backups a los servidores institucionales donde se encuentran las aplicaciones y bases de datos.

Control 2: El personal encargado, realiza la actualización periódica en el directorio activo institucional de acuerdo con las solicitudes por parte de los líderes de proceso respecto a novedades de personal (ingreso, cambio de área, salida y vacaciones). En caso de no recibir las novedades, se procederá a validar el directorio activo versus la información suministrada por los procesos Gestión de Talento Humano y Gestión Contractual de acuerdo a lo indicado en el Instructivo gestión segura de usuarios (INS-GSI-140-014).

Control 3: El Jefe de Oficina de Sistemas antes de firmar los Paz y salvos de los contratistas o funcionarios que se retiran, valida que las bandejas no cuenten con tareas pendientes y sin gestión.

13.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SU CONTROLES VIGENCIA 2025

13.2.1. Materialización del Riesgo: Conforme a lo mencionado por la Segunda Línea de Defensa en el Informe Trimestral de Riesgos de Gestión III Trimestre 2025 radicado con Memorando No. 20251200042483CS, el riesgo se materializó con ocasión a la contingencia por fallas en el gestor documental. Por lo anterior se recomienda e insta a la implementación de riesgos y controles que coadyuven, prevengan y corrijan el riesgo.

13.2.2. Diseño de los controles:

Control	Documentación del Control	Efectividad del Control
CONTROL 1	Evidencia a allegar por parte del proceso: Informe semestral de Backups. Frecuencia del Monitoreo: Cuando se requiera.	Informe semestral, monitoreo en SVE cuando se requiera. Se recomienda realizar el respectivo rediseño del control, toda vez que se encuentra en estado de ineffectividad.
CONTROL 2	Evidencia a allegar por parte del proceso: Reporte mensual de Directorio Activo Frecuencia del Monitoreo SVE: Cuando se requiera	Reporte mensual y por su parte la SVE menciona que la frecuencia es cuando se requiera, se recomienda realizar el respectivo rediseño del control, toda vez que se encuentra en estado de ineffectividad.
CONTROL 3	Evidencia a llegar por parte del proceso: Reporte de tareas pendientes (Esigna) Frecuencia del Monitoreo SVE: Cuando se requiera	No se evidencia monitoreo, se recomienda el rediseño del control para evaluación de la efectividad.

14. GESTIÓN DEL SERVICIO

14.1. RIESGO (GSP-RG1): Posibilidad de pérdida reputacional por observaciones y hallazgos de entes internos y externos de control debido a la inoportunidad en la notificación de los actos administrativos ocasionando el incumplimiento de los términos de ley, lo cual afecta la prestación de los servicios.

14.1.1. CONTROLES

Control 1: El profesional encargado de la asignación, realiza seguimiento semanal al personal encargado del proceso de notificaciones, con el propósito de cotejar y verificar el cumplimiento de lo asignado, de acuerdo a lo registrado en la base de datos de notificaciones.

Control 2: El notificador revisa constantemente los actos administrativos suministrados por las áreas para notificación, verificando si es una salida conforme o no.

Control 3: El coordinador del grupo verifica constantemente el funcionamiento de la herramienta, en caso de evidenciar intermitencia o fallas comunica al área de sistemas y de acuerdo a la instrucción da un tiempo de espera mientras se resuelve la dificultad.

14.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES VIGENCIA 2025

14.2.1. Materialización del Riesgo: No se evidencia materialización del riesgo, se recomienda la implementación de riesgos y controles coadyuvantes para prevención de inoportunidad en la notificación de los actos administrativos.

14.2.2. Diseño de los controles:

Control	Documentación del Control	Efectividad del Control
---------	---------------------------	-------------------------



Supervigilancia

CONTROL 1	Durante los meses de Julio, Agosto y Septiembre se realiza seguimiento a los actos administrativos asignados a cada notificador y mediante la base de notificaciones tercer trimestre del 2025 se realiza seguimiento del estado de los actos administrativos por medio del panel de control donde se podrá evidenciar el estado por notificador la cual se encuentra nombrado reporte mensual y por área, se realiza plan descongestión y continuas reuniones de seguimiento	Diseño efectivo del control, se recomienda al proceso el monitoreo en términos y las evidencias pertinentes.
CONTROL 2	Durante los meses de Julio, agosto y septiembre se realiza gestión de los Actos Administrativos, el notificador una vez asignados el total de actos realiza gestión de los mismos e identifica si es o no es producto conforme.	Diseño efectivo del control.
CONTROL 3	Desde el mes de abril la entidad no cuenta con gestor documental y se encuentra en contingencia	Se recomienda al proceso la implementación de Riesgos y Controles, toda vez que no es posible evaluar la efectividad dada la contingencia manifestada.

14.3. RIESGO (GSP-RG2): Posibilidad de pérdida reputacional por insatisfacción en la prestación de los servicios debido a la falta de oportunidad en la respuesta a los usuarios de trámites y PQRSD.

14.3.1. CONTROLES

Control 1: El profesional encargado, realiza diariamente el reparto de las PQRSD y trámites recibidos por los canales institucionales, a los coordinadores de grupo y realiza seguimiento mensual a la respuesta, con el propósito de verificar el cumplimiento de los tiempos normados.

Control 2: El profesional encargado del reparto realiza la asignación diaria únicamente a los coordinadores de grupo o al superior jerárquico inmediato para los casos en los que no exista coordinador asignado.

Control 3: El coordinador del grupo verifica constantemente el funcionamiento de la herramienta, en caso de evidenciar intermitencia o fallas comunica al área de sistemas y de acuerdo a la instrucción da un tiempo de espera mientras se resuelve la dificultad.

14.4. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES VIGENCIA 2025

14.4.1. Materialización del Riesgo: Riesgo no materializado para la vigencia 2025, se recomienda la implementación de riesgos y controles que coadyuven a la mitigación y prevención del riesgo.

14.4.2. Diseño de los controles:

Control	Documentación del Control	Efectividad del Control
CONTROL 1	Remisión por parte del proceso el Memorando por el cual se remite el Informe de PQRSD - Pendientes de respuesta a Julio 2025	Diseño efectivo del control, se recomienda al proceso el monitoreo en términos y las evidencias pertinentes.
CONTROL 2	Se realiza asignación de las PQRSD durante el periodo a los grupos de la entidad, por medio de memorandos y se envía base de Excel Se envía un correo al coordinador solicitando gestión con los grupos para la designación de un responsable de cada grupo para la recepción de PQRSD	Se determina correcto diseño del control y efectividad de este.
CONTROL 3	Desde el mes de abril la entidad no cuenta con gestor documental y se encuentra en contingencia	La evidencia a reportar para el respectivo control son los correos, pantallazos o tiquets a sistemas reportando la

		situación. Se recomienda al proceso la implementación de riesgos y controles que coadyuven la ejecución de dicho control.
--	--	---

15. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

15.1. RIESGO (GTH-RG1): Posibilidad de pérdida económica y reputacional por sanción de un ente gubernamental, debido al incumplimiento en las directrices de la normatividad legal vigente en materia de riesgos laborales.

15.1.1. CONTROLES

Control 1: La persona asignada para los temas del SG-SST, semestralmente realiza la revisión y actualización de la normatividad aplicable a la entidad que se emite a través de los entes reguladores con apoyo de la ARL, con el propósito de dar cumplimiento a los lineamientos establecidos que hacen parte del SG-SST.

Control 2: El coordinador del grupo anualmente solicita entre las necesidades de contratación del área, la contratación de personal de prestación de servicios para ejecutar obligaciones relacionadas con el SG-SST.

Control 3: El coordinador del grupo anualmente identifica 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 de la próxima vigencia.

15.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES VIGENCIA 2025

15.2.1. Materialización del riesgo: No se evidencia materialización del riesgo en la presente vigencia, sin embargo, se recomienda la implementación de las recomendaciones referentes a los controles.

Control	Documentación del Control	Efectividad del Control
CONTROL 1	Evidencia: Formato Matriz Legal de Seguridad y Salud en el Trabajo FOR-GTH-310-065. Frecuencia del Monitoreo: Semestral	Diseño efectivo del control, se recomienda al proceso el monitoreo en términos y las evidencias pertinentes.
CONTROL 2	Evidencia: Contrato de prestación de servicios suscrito y el seguimiento a la ejecución de las obligaciones relacionadas con el SG-SST o Solicitud al ordenador del gasto. Frecuencia del Monitoreo: Anual/Cuando se requiera	Se recomienda el rediseño del control, toda vez que, al ser preventivo, es recomendable que este se monitoree con mayor frecuencia.
CONTROL 3	Evidencia: PAA del proceso aprobado Frecuencia del Monitoreo: Anual/Cuando se requiera	Diseño efectivo del control, se recomienda al proceso el monitoreo en términos y las evidencias pertinentes.

15.3. RIESGO (GTH-RG2): Posibilidad de pérdida económica y reputacional 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.

15.3.1. CONTROLES

Control 1: La persona encargada de la nómina, mensualmente con el propósito de generar los pagos a los funcionarios acorde con su asignación salarial y las novedades allegadas durante las fechas previstas realiza el proceso de parametrización en la herramienta designada para el proceso.

Control 2: El coordinador del grupo, mensualmente convoca al equipo de trabajo a reunión para socializar la nómina antes de la presentación ante el Ordenador del Gasto, con el fin de contar con la validación de la

aplicación de las novedades y situaciones administrativas reportadas durante el mes.

Control 3: La persona encargada de la nómina, mensualmente protege mediante clave el archivo que contiene la liquidación de la nómina y lo carga en el Teams del Grupo de Recursos Humanos, con el fin de salvaguardar la información histórica ante la ausencia de un aplicativo.

15.4. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES
VIGENCIA 2025

15.4.1. Materialización del Riesgo: No se materializó el riesgo para la vigencia 2025.

15.4.2. Diseño de los controles:

Control	Documentación del Control	Efectividad del Control
CONTROL 1	Se remite por parte del proceso los desprendibles ajustados del Tercer trimestre de la vigencia 2025, ajustándose conforme a la parametrización	Se evidencia la efectividad el control por parte del proceso.
CONTROL 2	Se evidencia las actas de socialización de nómina durante el tercer trimestre ante el ordenador del gasto.	Se verifica correcto diseño del control y efectividad de este.
CONTROL 3	Para la operación de nómina de cada mes en el tercer trimestre de 2025, el archivo Excel parametrizado para tal fin, se protege con una clave que sólo conoce el Técnico de Apoyo para Seguridad y Defensa asignado a la gestión de la nómina, garantizando la protección de la información.	Se evidencia en el archivo remitido por el proceso, los links que contienen la liquidación de la nómina actualizado, se verifica el correcto diseño del control y efectividad de este.

16. GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

16.1. RIESGO (GES-RG1): Posibilidad de pérdida reputacional por reclamos de los grupos de valor internos y/o externos respecto al cumplimiento del Plan Anual de Auditoría debido al reporte inoportuno por parte del proceso responsable de remitir la información para su revisión, análisis y transmisión.

16.1.1. CONTROLES

Control 1: El Jefe de la Oficina de Control Interno, a inicio de cada vigencia verifica en el Plan Anual de Auditoria las fechas de reporte de los informes que deben ser reportados por los diferentes líderes de los procesos, para ser remitidos al ente de control generando alertas tempranas mediante correo electrónico.

Control 2: El Jefe de Oficina de Control Interno identifica trimestralmente la necesidad de solicitar al Ordenador del Gasto, la contratación de los profesionales que se requieren para dar cumplimiento al Plan Anual de Adquisiciones

16.2. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS Y DE SUS CONTROLES
VIGENCIA 2025

Control	Documentación del Control	Efectividad del Control
CONTROL 1	Comunicación del inicio de actividades de conocimiento para Auditoría al proceso de gestión de la operación.	Diseño efectivo del control.

CONTROL 2	Comunicación al Representante Legal de la Entidad y al Ordenador del Gasto la necesidad de personal en la oficina de control interno.	Diseño efectivo del control.
------------------	---	------------------------------

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN 2025

Se procede a analizar el diseño de los Riesgos de Corrupción 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 la Vigencia 2025, cuyo análisis se determinó 12 riesgos de corrupción de la siguiente forma:

PROCESO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	CONTROL	EVALUACIÓN DEL CONTROL
Gestión del Servicio	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros por omitir la notificación oportuna de los actos administrativos a los vigilados o grupos de valor	1. El coordinador del área o profesional designado, realizan seguimiento mensual al personal encargado del proceso de notificaciones, con el propósito de cotejar y verificar el cumplimiento de lo asignado, a través de la variación de la base de datos de notificaciones; en caso de no coincidir la información registrada en la base de datos, se solicita al personal dar el respectivo cumplimiento, dejando como evidencia el reparto y desarrollo de trabajo mediante base de datos de notificaciones.	El riesgo de corrupción establecido para el Proceso Gestión del Servicio, se encuentra bien definido. Por parte de la primera línea se realiza monitoreo del riesgo y se adjunta la evidencia correspondiente al Informe Consolidado de la base de datos de notificación radicado a través de Memorando No. 20253700026093CS remitido a la Secretaría General de la entidad.
Gestión de e Sistemas de Información	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros facilitando el acceso, manipulación o adulteración de la información almacenada en las bases de datos de la entidad.	1. El líder del proceso asigna trimestralmente responsables incluyendo la administración de las bases de datos, de acuerdo al organigrama de la oficina de sistemas. 2. El personal encargado verifica mensualmente que se encuentren activadas las pistas de auditoría del gestor documental. En caso evidenciar que no se encuentran activas informa al Jefe de Oficina de Sistemas para definir el curso de acción. 3. El personal encargado, realiza la actualización periódica en el directorio activo institucional de acuerdo con las novedades que se presentan en relación con el ingreso y salida de personal.	- Control 1: El personal encargado, realiza la actualización periódica en el directorio activo institucional de acuerdo con las novedades que se presentan en relación con el ingreso y salida de personal. No se allega evidencias del respectivo control. - Control 2: El personal encargado verifica mensualmente que se encuentren activadas las pistas de auditoría del gestor documental. En caso evidenciar que no se encuentran activas informa al Jefe de Oficina de Sistemas para definir el curso de acción. No se allega evidencias del respectivo control. - Control 3: El líder del proceso asigna trimestralmente responsables incluyendo la administración de las bases de datos, de acuerdo al organigrama de la oficina de sistemas.
Gestión Documental	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva a nombre propio o de otros con el fin de	1. El profesional asignado, trimestralmente emite informe consolidado de los préstamos de expedientes y su estado al corte, con el	Se allega por parte del Proceso de Gestión Documental el Informe de Prestamos de Expedientes Físicos correspondiente al



Supervigilancia

	extraer documentación física o del gestor documental para beneficio de terceros.	propósito de controlar la integridad de los documentos en la entrega y devolución, junto con el registro en el formato control de préstamos y devoluciones FOR-GDO-330-002. En caso de evidenciar faltantes en el expediente o daños en el mismo, se registra en el informe la gestión realizada acorde al procedimiento reconstrucción de expedientes PRO-GDO-330-008.	Segundo Trimestre de la vigencia 2025. Diseño efectivo del control del riesgo.
Gestión de Control, Inspección y Vigilancia	Posibilidad de recibir o solicitar dadas o cualquier otra clase de beneficio para cambiar o afectar el sentido de una investigación o decisión administrativa.	1. 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. 2. El coordinador de grupo verifica bimensualmente que los profesionales del grupo cuentan con los roles en el gestor documental que correspondan a su actividad, con el fin de evitar el archivo / finalización inadecuada de los expedientes. Para ello, solicitará bimensualmente la matriz de roles y permisos a Gestión de Sistemas e Información.	• Control 1: Se allega por parte del proceso Informe de revisión diaria de actos administrativos correspondiente a los meses de mayo a agosto del 2025. Diseño efectivo del control • Control 2: El coordinador de grupo verifica bimensualmente que los profesionales del grupo cuentan con los roles en el gestor documental que correspondan a su actividad, con el fin de evitar el archivo / finalización inadecuada. Se allega por parte del proceso los correos electrónicos solicitando el soporte para la gestión de los roles.
Gestión Jurídica	Posibilidad de recibir dádivas o beneficios a nombre propio o a favor de terceros para que se omitan las multas, medidas cautelares y sanciones o permitir que opere la caducidad contraria a derecho a las personas naturales y jurídicas que realizan actividades de seguridad y vigilancia privada.	1. El Jefe de la Oficina Jurídica revisará diariamente la semaforización de las bases de datos, controlando los repartos a los profesionales del área y priorizando los vencimientos más próximos. En caso de evidenciar vencimientos inminentes solicita con mensaje de urgencia los insumos a las áreas correspondientes y controla la gestión judicial o administrativa adelantada por el profesional asignado. 2. El jefe de la Oficina Asesora Jurídica accede semanalmente a buzones electrónicos y bases de datos (defensa, cobro coactivo, recursos, tutelas, etc.) y/o carpetas compartidas para llevar el control y evidenciar la fuente de la información ejerciendo validaciones aleatorias que garanticen la veracidad de la información consignada en Bases de Datos. 3. El profesional de la Oficina Asesora Jurídica diariamente controla los términos administrativos y procesales con el fin de evitar que se configure caducidad o prescripción o silencio	• Control 1: Se allega por parte del proceso la base de datos semaforizada. • Control 2: Se allega por parte del proceso la evidencia de los buzones de la Oficina Asesora Jurídica. • Control 3: Se allegan las bases de datos de tutelas y recursos, no se evidencia de los demás procesos judiciales. • Control 4: Se allega base de datos de los procesos coactivos por concepto de contribución.

		procesal o falta de competencia o que se den por cierto los hechos. 4. El Profesional de la oficina 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	
Gestión Contractual	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de celebrar un contrato.	1. El profesional asignado a cada proceso contractual (licitación pública, selección abreviada, mínima cuantía y concurso de méritos), con el propósito de no limitar la participación de los oferentes, realiza en conjunto con otros profesionales, la evaluación técnica, económica y jurídica de los oferentes, ciñéndose exclusivamente a las reglas contenidas en la invitación o pliego de condiciones, con el fin de recomendar al Ordenador del Gasto el sentido de la decisión a adoptar de conformidad con la evaluación efectuada. 2. Los profesionales asignados a cada proceso de contratación, en cuanto reciben los EP proyectados desde las áreas, analizan el EP verificando que este cumpla con la normatividad vigente de acuerdo a la modalidad de selección.	No se evidencia reporte por parte de proceso las actividades de control por parte de la primera línea, lo cual hace que la efectividad del control sea nula, se recomienda la reconsideración del control, ya que manifiestan la evidencia de esta, de manera generalizada del control en la publicidad a través de la plataforma transaccional SECOP II.
Gestión Financiera	GFI-RC1 Posibilidad de afectación económica y reputacional por consultar, sustraer, manipular y alterar la información registrada en la base de datos de los vigilados / contribuyentes, sin que haya sido autorizado previamente por el responsable del área financiera.	1. El coordinador del área financiera, determina a inicio de la vigencia 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, con el fin de tener un mayor control sobre los registros y modificaciones a la información de los sujetos pasivos de la Supervigilancia. 2. El profesional encargado de la base de datos de los sujetos pasivos para la vigencia, realiza trimestralmente un análisis de la base de datos para determinar el avance en cuanto a quienes han reportado información financiera, quienes han cancelado su cuota de contribución y a qué vigilados hemos notificado mediante actos administrativos. 3. El coordinador financiero acorde a las necesidades verifica que todos los servidores vinculados al área cuenten con acuerdos de confidencialidad firmados. En caso de evidenciar falta de	Riesgo 1: El riesgo se encuentra monitoreado, se recomienda que el reporte de las actividades por parte de la primera línea sea acorde a la vigencia y al mapa de riesgos vigente.



Supervigilancia

		aplicación, procede a solicitar su firma a los funcionarios y contratistas faltantes. 4. El coordinador del grupo o quien este designe, verifica mensualmente que los profesionales del área hicieron el respectivo back up en la ubicación indicada por el área y que los contratistas en la última cuenta o en caso de retiro del puesto de trabajo para los funcionarios, entreguen toda la información a su cargo antes de firmar la correspondiente paz y salvo.	
	GFI – RC2 Posibilidad de afectación económica y reputacional por la pérdida de recursos financieros por acciones delictivas informáticas realizadas por agentes externos o robo electrónico.	1. El coordinador financiero, tendrá bajo custodia el equipo de cómputo autorizado para realizar los pagos a que haya lugar. Los pagos serán efectuados a través del token de la Tesorera, previa autorización del coordinador y ordenador del gasto. 2. El coordinador financiero, verifica trimestralmente que los tokens se encuentran asignados a los funcionarios con el fin de constatar su buen funcionamiento y uso por parte del encargado.	Riesgo 2: El riesgo se encuentra monitoreado, pero no se refleja en la SVE las actividades de control a ejecutar por parte de la primera línea, lo que hace inefectivo el control.
Alianza Interinstitucional	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros por fuga, modificación u omisión de información reservada.	1. El Líder del proceso solicita semestralmente la firma al personal que integran el Grupo de Asesoría y Coordinación Interinstitucional, del documento "Declaración de confidencialidad de la información a servidor público de la Policía Nacional", con el fin de concientizar a los funcionarios sobre la responsabilidad y compromiso con la seguridad de la información y temas referentes de integridad. 2. El líder del proceso semestralmente realiza una sensibilización al personal del grupo GACIN sobre el procedimiento "Consulta de información sistematizada de órdenes de captura y órdenes de arresto", con el propósito de apropiar el procedimiento y minimizar la ocurrencia de errores, en el desarrollo del mismo, y concientizar al personal en buenos comportamientos.	Las actividades reportadas corresponden a la actual vigencia y están acordes a los riesgos determinados en el correspondiente mapa de riesgos. Se verifica el control de monitoreo por parte de la primera y segunda línea de defensa.
Gestión de Evaluación y Seguimiento	Posibilidad de recibir dadivas o beneficios a nombre propio o de terceros para omitir unidades auditables en el Plan Anual de	1. El Jefe de la Oficina de Control Interno, semestralmente presenta el proyecto del Plan Anual de Auditoría para aprobación o para proyectar las modificaciones identificadas o solicitadas, ante el Comité	Riesgos ajustados al proceso de Gestión de Evaluación Y Seguimiento. Las actividades se ajustan al proceso y a los controles.

	Auditoría o alterar los hallazgos resultados de las auditorías o seguimientos programados.	Institucional de Coordinación de Control Interno. 2. El jefe de la Oficina de Control Interno, convoca mensualmente a reuniones de equipo con el fin de hacer seguimiento a los avances de las auditorías / seguimientos asignados a los profesionales para el cumplimiento del PAA. 3. El jefe de la Oficina de Control Interno, cada vez que inicia una auditoría / seguimiento, solicita al profesional asignado el diligenciamiento de la Declaración de independencia, confidencialidad y no conflicto de intereses del auditor interno (FOR-GES-110-019).	
Gestión Administrativa	Posibilidad de apropiarse o hacer uso indebido de bienes y servicios de la Entidad, en beneficio propio o de un tercero.	1. El profesional asignado, mensualmente genera los reportes de inventarios y los concilia con el Grupo de Recursos Financieros, con el propósito de controlar los bienes de consumo y devolutivos de la entidad y de suministrar la información veraz para el registro en la contabilidad. 2. El profesional asignado realiza semanalmente seguimiento al diligenciamiento del formato FOR-GAD-350-017, verificando el kilometraje.	Riesgos y controles relacionados con el proceso. Se recomienda ejecutar el control de acuerdo con la periodicidad ya que no se registra actividades de monitoreo y evidencias por parte de la primera línea de defensa respecto al primer control.

CONCLUSIONES

1. Se observa que la oficina asesora de planeación dentro de su rol de segunda línea de defensa realiza la verificación del cumplimiento del monitoreo de los controles, minimizando los riesgos de gestión y corrupción por parte de los procesos.
2. La contingencia presentada por la falla técnica en el Gestor Documental de la entidad derivó la materialización de riesgos, en el mismo sentido la falta de personal.

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

1. Fortalecer la coherencia entre la evidencia y el diseño del control, así como la oportunidad en el desarrollo de los planes de acción, atendiendo lo señalado a las Estrategias para combatir el riesgo del DAFP, que establece como responsabilidad de la primera línea de defensa "Diseñar, implementar y monitorear los controles y gestionar de manera directa en el día a día los riesgos de la Entidad".
2. Realizar el monitoreo por parte de los procesos y con ello cargar las respectivas evidencias dentro del aplicativo Suite Vision Empresarial de los controles de los riesgos de gestión en los términos señalados en el sistema.
3. Se recomienda a la Oficina Asesora de Planeación realizar la respectiva socialización a los procesos de los componentes y subcomponentes que integrarán el Programa de Transparencia y Ética Pública -PTEP- en la entidad, esto con el objetivo de que los procesos identifiquen y planifiquen las actividades acordes a su caracterización.



Supervigilancia

SOPORTES DE LA REVISIÓN

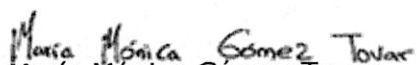
1. Seguimiento y evaluación de los controles de riesgos de gestión dentro del aplicativo Suite Vision Empresarial como tercera línea de defensa.
2. Seguimiento y evaluación de los controles de riesgos de corrupción dentro del aplicativo Suite Vision Empresarial como Tercera Línea de Defensa.
3. Reporte e Informe de evaluación y seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción Segundo Cuatrimestre vigencia 2025.
<https://www.supervigilancia.gov.co/loader.php?IServicio=Tools2&ITipo=descargas&IFuncion=visorpdf&id=56838&pdf=1>
4. Informe de seguimiento y evaluación a los Riesgos de Gestión y sus controles, segundo (II) Y Tercer (III) Trimestre vigencia 2025.
<https://www.supervigilancia.gov.co/loader.php?IServicio=Tools2&ITipo=descargas&IFuncion=visorpdf&id=56843&pdf=1>

CUMPLIMIENTO DE PRINCIPIOS NORMATIVOS

Para el respectivo informe de seguimiento se realizó en concordancia con la siguiente normativa:

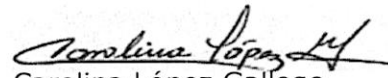
- Ley 87 de 1993 "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones."
- Decreto 1083 de 2015 Libro II, Parte II, Título XXI, Capítulo IV, Artículo 2.2.21.4.1 y subsiguientes "Por medio del cual se expide el 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:


María Mónica Gómez Tovar

**Contratista Oficina de Control Interno
SVSP.**

Aprobado por:


Carolina López Gallego

**Jefe (E) Oficina de Control Interno
SVSP**