



UNGRD

Unidad Nacional para la Gestión
del Riesgo de Desastres

Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres

Informe de seguimiento a riesgos y oportunidades II cuatrimestre 2022 UNGRD

14/09/2022

OFICINA DE CONTROL INTERNO

FR-1400-OCI-31 VERSIÓN 06



GOBIERNO DE COLOMBIA

Tabla de contenido

1.	<u>INTRODUCCION</u>	<u>3</u>
2.	<u>OBJETIVOS.....</u>	<u>3</u>
3.	<u>ALCANCE.....</u>	<u>3</u>
4.	<u>METODOLOGIA</u>	<u>3</u>
5.	<u>MARCO LEGAL.....</u>	<u>4</u>
6.	<u>VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES.....</u>	<u>4</u>
7.	<u>DESARROLLO DEL INFORME.....</u>	<u>5</u>
8.	<u>CONTROLES ESTABLECIDOS.....</u>	<u>18</u>
9.	<u>MATERIALIZACIÓN DE RIESGOS</u>	<u>19</u>
10.	<u>CONCLUSIONES.....</u>	<u>21</u>
11.	<u>RECOMENDACIONES.....</u>	<u>22</u>
12.	<u>PAPELES DE TRABAJO</u>	<u>27</u>
13.	<u>PLAN DE MEJORAMIENTO</u>	<u>27</u>
14.	<u>SALVAGUARDAS</u>	<u>27</u>



1. INTRODUCCION

La Oficina de Control Interno de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, en el marco del Plan Anual de Auditorías de Gestión Independiente aprobado en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 17 del Decreto 648 de 2017, presenta el Informe con el seguimiento realizado a la Política de administración de riesgos y sus herramientas de gestión (mapa de riesgos de la UNGRD, matriz de riesgos SGSI y el procedimiento de administración de riesgos y oportunidades) en los cuales se evaluó la eficacia de los controles, los planes de tratamiento y los monitoreo periódicos realizados por los procesos para evitar materializaciones.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO 1 Verificar la adecuada gestión de los riesgos y oportunidades, atendiendo lo establecido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, los lineamientos definidos por los organismos de control en materia de riesgos de proceso, de corrupción y seguridad digital, la política de administración de riesgos de la UNGRD y los sistemas que se articulan con el MIPG.

OBJETIVO 2 Verificar la efectividad de los controles establecidos en las herramientas para administrar los riesgos y oportunidades de la UNGRD.

3. ALCANCE

El seguimiento se realizará con respecto a los lineamientos de las Políticas de Administración de Riesgos y a la evaluación al II cuatrimestre Mapa de Riesgos y Oportunidades del 2022 por la OCI, con el fin de validar la efectividad de los controles establecidos por los procesos de la entidad.

4. METODOLOGIA

El presente informe se elaboró con la información y evidencias reportadas en la matriz del mapa de riesgo y oportunidades del II cuatrimestre del 2022 por los líderes de los procesos mediante correo electrónico, con el fin de que la Oficina de Control Interno, realice un diagnóstico adecuado los controles y acciones reportadas frente a las ejecutadas en la matriz.



5. MARCO LEGAL

- ✓ Ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio de control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones.”
- ✓ Ley 1712 de 2014: Ley de Transparencia y Acceso a la Información.
- ✓ Ley 1474 de 2011: Estatuto Anticorrupción
- ✓ Decreto 1083 de 2015: Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.
- ✓ Decreto 124 de 2016 “Por el cual se sustituye el Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al “Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”.
- ✓ Decreto 648 de 2017 “Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública”.
- ✓ Decreto 1499 de 2017 “Por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la ley 1753 de 2015”.
- ✓ Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades Públicas – DAFP, versión 4 y 5.
- ✓ Políticas de Administración de Riesgos RG-1300-SIPG-84
- ✓ Manual procedimientos oficina de control interno M-1400-OCI-01
- ✓ Normatividad técnica que regula el procedimiento:
 - Norma ISO 9001:2015, Sistema de Gestión de la Calidad.
 - Norma ISO 14001:2015, Sistema de Gestión Ambiental.
 - Norma ISO 27001:2013, Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información.
 - Norma ISO 45001:2018, Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

6. VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES

Con fundamento en lo establecido en la ley 1474 de 2011, por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública y en especial en el artículo 73. “Plan anticorrupción y de Atención al Ciudadano. Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal, cualquiera que sea su régimen de contratación, deberá implementar Programas de Transparencia y Ética Pública con el fin de promover la cultura de la legalidad e identificar, medir, controlar y monitorear constantemente el riesgo de corrupción en el desarrollo de su misionalidad.”

Así mismo, el Departamento Administrativo de la Función Pública, la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República y el Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, presentan la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” como una herramienta con enfoque preventivo, vanguardista y proactivo que permitirá el manejo del riesgo, así como el control en todos los niveles de la entidad pública, brindando seguridad razonable frente al logro de sus objetivos.



La entidad tiene establecido la Política de administración de riesgos y sus herramientas (mapa de riesgos de la UNGRD, matriz de riesgos SGSI y el procedimiento de administración de riesgos y oportunidades) con la que gestiona los riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital.

Teniendo en cuenta lo anterior, la oficina de control interno, adelantó la revisión a estos instrumentos con el fin de verificar su cumplimiento y la efectividad de sus controles.

7. DESARROLLO DEL INFORME

7.1. SEGUIMIENTO A LA POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

Para la evaluación del II Cuatrimestre del Mapa de Riesgos y Oportunidades del 2022, se tuvo en cuenta la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Versión 5 - diciembre de 2020 del Departamento Administrativo de la Función Pública, que pone a disposición la metodología para la administración del riesgo para mejorar el ejercicio de identificación y valoración del riesgo en las entidades públicas, la cual a la fecha no ha sufrido modificaciones.

7.1.1. SEGUIMIENTO A LAS HERRAMIENTAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

7.1.1.1. Procedimiento de Administración de Riesgos y Oportunidades UNGRD

De acuerdo al seguimiento realizado a esta herramienta, se pudo verificar su cumplimiento.

Tabla 1:
Resumen seguimiento al procedimiento de administración de riesgos y oportunidades (PR-1300-SIPG-11)

No.	Descripción de la Actividad	Verificación	OBSERVACION
1	Administrar los riesgos y oportunidades	CUMPLE	
2	Actualizar los riesgos y oportunidades	CUMPLE	Los procesos realizan las actualizaciones respecto al ajuste en los planes de tratamiento o controles.
3	Monitorear los riesgos y las oportunidades	CUMPLE	
4	Enviar el monitoreo a la Oficina Asesora de Planeación e Información	CUMPLE	
5	Hacer seguimiento al mapa de riesgos y oportunidades	CUMPLE	
6	Enviar el seguimiento a la Oficina Asesora de Planeación e Información	CUMPLE	
7	Cargar en el sitio web NeoGestión	CUMPLE	
8	Consolidar los riesgos de la entidad	CUMPLE	

Elaboración OCI



Cabe mencionar que el seguimiento al procedimiento de administración de riesgos y oportunidades (PR-1300-SIPG-11) es parte integral de este informe.

7.1.1.2 Mapa de Riesgos y Oportunidades

Consultando la página web de NeoGestión, se encontró publicada la matriz RG-1300-SIPG-76, la cual contiene en su estructura, los siguientes componentes: Identificación de contexto estratégico, Identificación del Riesgo, Valoración riesgos y oportunidades, valoración de Controles, Plan de tratamiento, Monitoreo y Seguimiento.

Además, cuenta con fórmulas para establecer la valoración de los riesgos y la valoración de los controles.

Conforme al seguimiento efectuado por la OCI, se evidenció para el II Cuatrimestre que la matriz cuenta con 86 riesgos activos de los cuales 16 son oportunidades, 56 pertenecen a Riesgos de Gestión y 14 a riesgos de corrupción. Adicionalmente, se evidenció que se inactivaron 22 riesgos en la matriz.

A continuación, se muestra la ubicación de los riesgos de acuerdo con la tabla de severidad.

Tabla 2: Escala de severidad riesgo

Descripción	ZONA				TOTAL
	EXTREMO	ALTA	MODERADA	BAJA	
RIESGO DE GESTION	12	23	15	6	56
RIESGO DE CORRUPCION	11	2	1	0	14
OPORTUNIDAD	10	5	0	1	16
TOTAL					86

Fuente: Mapa de riesgos y oportunidades, versión 47

En la Tabla observamos la dinámica de acuerdo a la severidad de la zona donde se evidencia que la mayoría de riesgos se ubican en zona Alta y Extrema, lo cual se mantiene comparado con el seguimiento del I cuatrimestre de 2022.

Riesgos Inactivos

RIESGO/ Oportunidad	PROCESO	Zona Alta	Zona Extrema	Zona Moderada	Zona Baja	Total
Oportunidad 3,4	Comunicaciones	1	1			2
Riesgo 7	Control Disciplinario			1		1



Riesgo 14	Financiera				1	1
Riesgos 23,24, 25 y 26	Reducción del Riesgo	1		2	1	4
Riesgo 28,29,30,31,32,33 y 34	Manejo del Riesgo	4	6			10
Riesgos 72	SERVICIOS ADMINISTRATIVOS				1	1
Riesgos 87,88, y 93	Talento Humano				3	3
TOTAL		6	7	3	6	22

Elaboración Propia

La oficina de control Interno procedió a solicitar la justificación de las áreas respecto a la inactivación de estos riesgos mediante comunicación interna No. N° 2022IE05043 de fecha 16 de septiembre de 2022, al respecto las respuestas de las áreas fueron:

SUBDIRECCIÓN DE MANEJO DE DESASTRES:

El proceso envía como justificación un pantallazo del correo electrónico cuyo asunto es **Actualización de Mapa de Riesgos y Oportunidades**, de fecha 26/07/2022 donde informan a SIPLAG, informando la de activación de los riesgos N° 28, 31, 32, 104 y 105 de acuerdo a las siguientes causas:

“De manera atenta me permito informar el motivo por el cual se eliminaron las actividades N° 28, 31, 32, 104 y 105, corresponde a que estos riesgos no son adecuados y coherentes con las actividades que se realizan actualmente en la SMD.

Es importante mencionar que esta actualización se realiza de manera articulada con los líderes de las líneas de acción de la SMD.

A continuación, se menciona la razón por la cual se inactivan los riesgos:”

RIESGO ID 28 *Falta de equipo de personal permanente para la ejecución de las acciones del equipo de preparativos. DEBIDO a la falta de personal para suplir los diferentes escenarios de líneas generadas (asistencia técnica, simulacros, apoyo de conpes, mesa técnica de cruz roja y UNGRD, Cumplimiento de metas de Plan de Desarrollo, actualización de protocolos, mesas de participación.). QUE GENERA el no cumplimiento de metas de plan nacional, no cumplimiento de indicadores desde los diferentes comités y mesas técnicas, no entregas a tiempo de los insumos como planes, documentos y estrategias;*



Ahora revisemos el control:

Responsable: Equipo de preparativos – CI,

Periodicidad: Bimestral

Propósito: Cumplimiento de las metas con la finalidad de los procesos vinculantes

Cómo se realiza: medios de notificación un proceso de trazabilidad.

Desviación:

Evidencia: trazabilidad y reportes de las diferentes acciones

Justificación de la desactivación Falta de equipo de personal permanente para la ejecución de las acciones del equipo de preparativos. Se inactiva ya que la SMD cuenta con alto nivel de personal capacitado para la ejecución de las actividades y procesos.

Análisis de la Oficina de Control Interno:

La OCI, al realizar la revisión y análisis de la justificación suministrada encuentra que:

1. El Riesgo no es claro.
2. El control: no es el indicado para prevenir la materialización del riesgo
3. Se debe observar que el riesgo se mantuvo en Zona de Riesgo extrema, por lo anterior, no se explica la OCI como se realiza la desactivación del riesgo con una justificación que no es lo suficientemente clara ni concisa respecto al daño que puede causar a la materialización de este, considera la OCI que el proceso debería realizar un análisis más profundo y redefinir el riesgo y por ende replantear el control para evitar la materialización del riesgo.

RIESGO ID 31: Deficiencia de una fuente de información para la SM, que cuente con los estándares de calidad de manejo de información pública. DEBIDO A la falta de estandarización de los canales de recolección de la información; SE GENERAN demoras en la presentación de la información requerida a nivel interno y externo de la entidad; generando un impacto negativo en la credibilidad de la información.

Control: Responsable: Equipos SMD

Periodicidad: Bimensual

Propósito: estandarización de reportes de información

Cómo se realiza: Procesos internos de cada equipo de la SMD

Desviación:

Evidencia: Cumplimiento en el reporte de información de datos confiables y trazabilidad de solicitud.

Justificación de la desactivación: Deficiencia de una fuente de información para la SMD, que cuente con los estándares de calidad de manejo de información pública. La SMD cuenta con la documentación idónea para la entrega de información.



Análisis de la Oficina de Control Interno:

La OCI, al realizar la revisión y análisis de la justificación suministrada encuentra que:

1. El Riesgo no es claro.
2. El control: la OCI recomendó en la evaluación efectuada en el I cuatrimestre, revisar el diseño del control ya que no hay claridad en el propósito, como se realiza, evidencia, falta el registro de la desviación de acuerdo a lo definido en los lineamientos Guía del DAFP;
3. Se debe observar que el riesgo se mantuvo en Zona de Riesgo extrema, por lo anterior, no se explica la OCI como se realiza la desactivación del riesgo con una justificación que no es lo suficientemente clara ni concisa respecto al daño que puede causar a la materialización de este, considera la OCI que el proceso debería realizar un análisis más profundo y redefinir el riesgo y por ende replantear el control para evitar la materialización del riesgo.

RIESGO ID 32 *Falta de articulación de los procesos internos para la SMD, que cuente con la ruta establecido para el desarrollo de las diferentes líneas de acción. DEBIDO A la falta de lineamientos técnicos de cada equipo interno donde no existe claridad del rol de cada profesional; QUE GENERA múltiples reprocesos en búsqueda de información real; generando un impacto negativo en la credibilidad e imagen de la SMD.*

Control:

Responsable: Equipos SMD

Periodicidad: Bimensual

Propósito: Articulación de los procesos

Cómo se realiza: Articulación de los procesos internos de cada equipo de la SMD

Desviación:

Evidencia: Cumplimiento en los productos e informes requeridos y trazabilidad de solicitud.

Justificación de la desactivación: *Falta de articulación de los procesos internos para la SMD, que cuente con la ruta establecida para el desarrollo de las diferentes líneas de acción. Desde la SMD se realizan los procesos de manera mancomunada con todas las líneas de acción para cumplir con la misionalidad de la subdirección.*

Análisis de la Oficina de Control Interno

La OCI, al realizar la revisión y análisis de la justificación suministrada encuentra que:



1. El control: la OCI recomendó en la evaluación efectuada en el I cuatrimestre, revisar el diseño del control ya que no hay claridad en el propósito, como se realiza, evidencia, falta el registro de la desviación de acuerdo a lo definido en los lineamientos Guía del DAFP;
2. Se debe observar que el riesgo se mantuvo en Zona de Riesgo extrema, por lo anterior, no se explica la OCI como se realiza la desactivación del riesgo con una justificación que no es lo suficientemente clara ni concisa respecto al daño que puede causar a la materialización de este, considera la OCI que el proceso debería realizar un análisis más profundo y redefinir el riesgo y por ende replantear el control para evitar la materialización del riesgo.

RIESGO ID 104: *No se cuenta con una herramienta tecnológica logística que permita un adecuado control de toda la operación, en cuanto a abastecimiento y almacenamiento de equipos y material.* DEBIDO A QUE: La entidad cuenta con un software de control contable, pero ese no suple las necesidades de modo tiempo y lugar de la logística de emergencia. QUÉ PUEDE GENERAR: afectaciones económicas y de imagen.

Control: *Verificación de equipos*

Responsable: *Personal asignado.*

Periodicidad: *Por demanda.*

Propósito: *Verificar el estado del equipo para su uso posterior.*

Cómo: *Inspección visual a los equipos.*

Evidencias: *Hojas de vida de los equipos.*

Justificación de la Desactivación *No se cuenta con una herramienta tecnológica logística que permita un adecuado control de toda la operación, en cuanto a abastecimiento y almacenamiento de equipos y material. El CNL cuenta con una herramienta específica para el control inventario, para lo cual se realiza el seguimiento y control por medio de bases de datos con la herramienta Excel, adicionalmente se llevan a cabo pruebas con el software de control de inventarios ODO.*

Análisis de la Oficina de Control Interno

La OCI, al realizar la revisión y análisis de la justificación suministrada encuentra que:

1. El control: en la evaluación correspondiente al I cuatrimestre la OCI recomendó revisar el diseño del control ya que falta el registro de la desviación de acuerdo a los lineamientos de la Guía del DAFP, ya que falta el registro de la desviación acorde a lineamientos.
2. Se debe observar que el riesgo se encuentra en Zona de Riesgo extrema y pasa a zona de riesgo alta, por lo anterior, no se explica la OCI como se realiza la desactivación del riesgo con una justificación que no es lo suficientemente clara ni concisa respecto al daño que



puede causar a la materialización de este, considera la OCI que el proceso debería realizar un análisis más profundo y redefinir el riesgo y por ende replantear el control para evitar la materialización del riesgo.

RIESGO ID 105 *Deficiencia en la distribución, estructura y presencia del personal contratista al interior de la SMD. DEBIDO A: Fluctuación en la demanda de personal ante eventos de emergencia, equipos de trabajo insuficientes para la demanda de actividades y productos a entregar. LO QUE OCASIONA: fallas en la prestación de los servicios y requerimientos por parte de la subdirección. Además, incumplimiento en las funciones encomendadas al personal vinculado, ocasionando retrasos en los procesos.*

Control: Verificación de equipos

Responsable: Personal asignado.

Periodicidad: Por demanda.

Propósito: Verificar el estado del equipo para su uso posterior.

Cómo: Inspección visual a los equipos.

Evidencias: Hojas de vida de los equipos.

Justificación de la Desactivación: *Deficiencia en la distribución, estructura y presencia del personal contratista al interior de la SMD. La SMD cuenta con personal capacitado en todas las actividades y procesos que se desarrollan, adicionalmente la estructura de la SMD se establece con las líneas de acción para el desarrollo de los procesos, que, a su vez, cuentan con la estructura y distribución para el desarrollo de sus actividades diarias.”*

Análisis de la Oficina de Control Interno:

La OCI, al realizar la revisión y análisis de la justificación suministrada encuentra que:

1. El control: en la evaluación correspondiente al I cuatrimestre la OCI recomendó revisar el diseño del control ya que es el mismo mecanismo de control del riesgo 104 y no tiene nada que ver con lo registrado en el riesgo 105 no cumple con los lineamientos Guía del DAFP.
2. Se debe observar que el riesgo se encuentra en Zona de Riesgo extrema y pasa a zona de riesgo alta, por lo anterior, no se explica la OCI como se realiza la desactivación del riesgo con una justificación que no es lo suficientemente clara ni concisa respecto al daño que puede causar a la materialización de este, considera la OCI que el proceso debería realizar un análisis más profundo y redefinir el riesgo y por ende replantear el control para evitar la materialización del riesgo.

Así mismo la OCI evidencia que el proceso no envió la Justificación de desactivación de los riesgos No. 29, 30, 33, y 34.



OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES (OAC):

Mediante correo electrónico de fecha 20/09/2022 la OCI, se *inactivaron las oportunidades de mejora ID N° 3 " difundir información en materia de gestión del riesgo a la nivel interno de la entidad y externo como estrategia dirigida desde el Centro documental (CEDIR) mediante herramientas digitales y redes sociales con publicación de información con fines académicos en el marco del conocimiento del riesgo de desastres (guías, procedimientos, investigaciones) - Biblioconocimiento y ID N° 4 "Ampliar la cobertura y difusión de la información institucional que produce la entidad, mediante sinergia gobierno".*

Justificación de la desactivación *Estas oportunidades se retiraron (inactivación) del mapa por instrucciones del jefe de comunicaciones que se encontraba para el primer seguimiento del mapa de riesgos de la vigencia 2022, con la siguiente justificación:*

" Las oportunidades cumplieron con el propósito inicial y quedaron para ser realizadas en las actividades generales del proceso". Cabe aclarar que para el primer cuatrimestre no se solicitó enviar comunicación interna para la inactivación, solamente la relación en el seguimiento, por lo cual relaciono imagen.

Análisis de la Oficina de Control Interno

Al revisar la respuesta brindada por el proceso se encuentra que la justificación se adecua a lo planteado por el área.

GRUPO DE APOYO ADMINISTRATIVO (GAA)

El GAA envía un correo electrónico con fecha 31/03/2022 dirigido a SIPLAG en el cual informa la desactivación del riesgo 72, y la justificación es:

RIESGO ID 72 *La documentación presentada para solicitar los pagos por Caja menor no cumpla con los requerimientos tributarios o no se encuentre completa. De presentarse esta situación puede generar Hallazgos de la contraloría, apertura de procesos disciplinarios, detrimento patrimonial.*

*La documentación no cumple con requerimientos tributarios para realizar el pago por caja menor, debido a que la documentación no cumple con requerimientos tributarios para realizar el pago por caja menor, que ocasiona Hallazgos de la contraloría.
Apertura de procesos disciplinarios.
Detrimento patrimonial.*



Control:

Diligenciamiento del formato FR-1603-SA-09 donde se encuentra la lista de chequeo para legalización de recursos.

Responsable: Profesional Responsable del Manejo de la caja Menor

Periodicidad: A demanda para cada reembolso que se requiera

Propósito: Trazabilidad en la legalización de los gastos

Cómo: Diligenciamiento del formato FR-1603-SA-09 donde se encuentra la lista de chequeo para legalización de recursos.

Desviaciones: Imposibilidad de reembolso

Evidencia: formato FR-1603-SA-09

Justificación de la Desactivación

“De manera atenta remitimos el mapa de riesgos y oportunidades, con el ajuste en el Subproceso de Servicios Administrativos. Sobre este aspecto, es importante indicar que se solicita inactivar el riesgo 72 (resaltado en gris), toda vez que ya no hay lugar a dicho riesgo con la expedición actual de la factura electrónica.”

Análisis de la Oficina de Control Interno:

Al revisar la respuesta brindada por el proceso se encuentra que la justificación se adecua a lo planteado por el área.

GRUPO DE TALENTO HUMANO (GTH):

El proceso de GTH, da respuesta al requerimiento de la Oficina de Control Interno, mediante comunicación interna No. 2022IE05104 de fecha 20/09/2022, en esta informa cual fue la desactivación de los riesgos:

RIESGO ID 87: *Contagio de COVID-19 DEBIDO A la exposición por el virus, durante la pandemia, lo que PUEDE OCASIONAR hasta la muerte del colaborador.*

Control:**Cumplimiento Protocolo bioseguridad COVID-19**

Responsable: Líder SST y Líder de Salud

Periodicidad: Mensual

Propósito: Prevenir el contagio y propagación del COVID-19

Cómo se realiza: Siguiendo las recomendaciones establecidas en el protocolo de bioseguridad COVID-19



Desviación: De no lograr los resultados esperados se debe generar estrategias para alcanzar las metas propuestas.

Evidencia: Campañas, Listados de asistencia, Infografías.

Justificación de la Inactivación: Debido a que las actividades establecidas para actuación frente al Covid-19 se implementaron en el programa de entornos saludables.

Análisis de la Oficina de Control Interno:

Al revisar la respuesta brindada por el proceso se encuentra que la justificación se adecua a lo planteado por el área.

RIESGO ID 88: Contar con espacios y mecanismos de comunicación DEBIDO A que se cuenta con la información accesible a todos los niveles de la entidad lo que PUEDE OCASIONAR que todas las partes interesadas reciban la información oportuna.

Control:

Mecanismos de comunicación

Responsable: Profesional encargado

Periodicidad: Mensual

Propósito: Fortalecer y permitir que la información este disponible para los colaboradores y si es el caso las partes interesadas.

Cómo se realiza: Seguimiento a solicitudes realizadas a la Oficina asesora de comunicaciones, publicación de Piezas comunicativas

Desviación: Si alguna comunicación no sale en la fecha estipulada, se debe readaptar para su publicación

Evidencia: Seguimiento a matriz de comunicaciones y publicación de piezas comunicativas

Justificación de la Inactivación: Actualmente se cuenta con una profesional de comunicaciones que permite llevar un seguimiento oportuno de las piezas comunicativas del Grupo de Talento Humano a nivel interno de la entidad, por lo cual se tiene un control efectivo que permite que las piezas se publiquen en las fechas estipuladas.

Análisis de la Oficina de Control Interno:

Al revisar la respuesta brindada por el proceso se encuentra que la justificación se adecua a lo planteado por el área.

RIESGO ID 93: Ampliación de canales de comunicación con los colaboradores DEBIDO A que se cuenta con comités conformados y capacitados lo que PUEDE GENERAR cumplimiento de la normatividad y aporte significativo al desarrollo del SG-SST.



Control:**Conformación de comités****Responsable:** Profesional encargado**Periodicidad:** Mensual**Propósito:** Promover espacios de comunicación, socialización y apoyo a través de los comités**Cómo se realiza:** Seguimiento al plan de trabajo y plan de capacitación del comité**Desviación:** En caso de no realizarse alguna de las actividades propuestas, se reprogramará la misma en el mes inmediatamente siguiente a la fecha propuesta.**Evidencia:** Registro de actas de reunión

Justificación de la Inactivación: De acuerdo a que por normatividad se debe adelantar las reuniones de los comités y a la fecha se da cumplimiento, no se considera necesario realizar un seguimiento adicional.

Análisis de la Oficina de Control Interno: Al revisar la respuesta brindada por el proceso se encuentra que la justificación se adecua a lo planteado por el área.

SUBDIRECCIÓN DE REDUCCIÓN DE RIESGO (SRR):

El proceso de SRR, da respuesta al requerimiento de la OCI, mediante comunicación interna No. 2022IE05125 de fecha 21/09/2022, en esta informa “que el primer cuatrimestre de la vigencia 2022 cuando fue realizado el primer monitoreo del Mapa de Riesgos y concretamente con fecha 25 de marzo de 2022, se remitió por parte del Subdirector de Reducción a cargo en su momento, correo al proceso SIPLAG y a la Oficina Asesora de Planeación, informando que se solicitó la inactivación de los riesgos y oportunidades 23, 24 y 25 debido a que estos fueron formulados en su momento con ocasión de la emergencia sanitaria causada por Covid19 y por la finiquitación de actividades de algunos de ellos”. No obstante, a continuación, se realiza un detalle de la inactivación de cada uno de ellos, así:

RIESGO ID 23: Desconocimiento del Programa Integral de Gestión del Riesgo del Volcán Galeras por parte de los beneficiarios ZAVA, DEBIDO A los intereses políticos y sociales, así como la falta de socialización del programa por parte de la UNGRD lo cual PUEDE GENERAR el no reasentamiento definitivo de las unidades sociales.

Control: Visitas de campo a las Unidades Sociales dentro de la ZAVA.**Responsable:** Líder designado en la sede de Pasto. Profesionales designados por el Subdirector para el desarrollo de actividades del Plan Integral de Gestión del Riesgo del Volcán Galeras - PIGRVG, conforme al procedimiento PR-1702-SRR-09 Reasentamiento Individual de la Población en la Zona de Amenaza Volcánica Alta del Volcán Galeras.**Periodicidad:** Cuatrimestral

Propósito: realizar visitas a las Unidades Sociales por los responsables del PIGRVG en forma permanente.

Desviación: que no se realice las visitas correspondientes a las unidades sociales, para lo cual el Subdirector de Reducción realizará comunicación verbal o escrita (email- correo, etc.) para dar cumplimiento a la actividad.

Evidencia: actas de visitas en donde se informa al beneficiario ZAVA sobre el programa y realización de la caracterización de la Unidad Social. En caso de haberse realizado varias visitas a la misma unidad social sin obtener la caracterización, se deja constancia por parte del Profesional a través de acta de visitas.

Justificación de la Inactivación: La decisión del equipo de la sede de Pasto de inactivar este riesgo, obedece a que se cumplió con el desarrollo de las actividades de socialización con las comunidades en la cual se dio a conocer el Programa Integral de Gestión del Riesgo del Volcán Galeras, con las comunidades reasentadas en la Zona de Amenaza Volcánica Alta – ZAVA. adicionalmente por auto judicial del 20 de enero de 2020, definido por el Juzgado Promiscuo Municipal de la Florida – Nariño, en la cual se suspende el proceso de reasentamiento y se estableció desarrollar estudios detallados de riesgo en la ZAVA 1.

Análisis de la Oficina de Control Interno:

Al revisar la respuesta brindada por el proceso se encuentra que la justificación se adecua a lo planteado por el área.

RIESGO ID 24: No poder realizar el desarrollo de visitas sociales y ofertas de adquisición de predios a la población DEBIDO AL aislamiento preventivo y obligatorio a nivel territorial ocasionado por la emergencia sanitaria causada por el COVID19, lo que PUEDE GENERAR no lograr la compra de predios ubicados en la ZAVA por parte del FNGRD.

Control:

Reuniones virtuales y trabajo en casa para dar continuidad a las actividades programadas.

Responsable: Líder designado en la sede de Pasto, quien dirige el equipo de trabajo de los contratistas que desarrollan las actividades de temas jurídicos, psicosociales, prediales, catastrales, financieros, entre otros y el supervisor designado para verificar el cumplimiento de las actividades establecidas en cada contrato. (PIGRVG).

Periodicidad: Cuatrimestral.

Propósito: incorporar de acciones que conlleven a implementar procesos virtuales para la continuidad de las actividades programadas en el PIGRVG.

Como se realiza: desarrollo de reuniones virtuales y trabajo en casa para ajustes de indicadores de cumplimiento. Desarrollo de reuniones virtuales para formulación de propuesta de ajuste a resolución 1347. Diseño de estrategia de recolección de información virtual para el



levantamiento de la reconstrucción de memoria Histórica. Generación de propuestas y evaluación del estado actual del PIGRVG.

Desviación: *que no se ejecuten e implementen las actividades propuestas en el periodo del confinamiento.*

Evidencia: *programación de reuniones por calendar en donde se verifica la articulación interna del proceso Galeras. Documentos elaborados de propuestas y evaluación.*

Justificación de la Inactivación: *Este riesgo se inactivó, porque se cumplió con el desarrollo de las visitas programadas de predios afectados por el sismos del 12 de junio del 2018, desde el mes de agosto a diciembre del 2021, en el cual se logra meta de visitas programadas y se presenta informe final de dichas visitas, adicionalmente se mantiene el Auto Judicial del 20 de enero del 2020 emanado por el Juzgado promiscuo municipal de la Florida, en cual señala que se suspende el proceso de reasentamiento y se establece desarrollar estudios detallados de riesgo en la Zona ZAVA 1 por la cual no se puede desarrollar compras de predios en la mencionada zona.*

Análisis de la Oficina de Control Interno:

Al revisar la respuesta brindada por el proceso se encuentra que la justificación se adecua a lo planteado por el área.

Igualmente, el responsable de SIPLAG le informa a la Oficina de Control Interno, mediante correo electrónico de la fecha 30 septiembre de 2022 que:

“Para el segundo cuatrimestre de 2022, tres procesos presentaron siete inactivaciones de riesgos: Financiera (Riesgo No. 13) Gestión Gerencial: Secretaría General (Riesgo No.109)

Manejo de Desastres (Riesgos: 28, 32, 32, 104 y 105)

Adjunto los correos respectivos correos.

Adicionalmente, tener en cuenta que hay cerca de tres riesgos que ya se habían inactivado el año pasado y aproximadamente 12 se inactivaron como resultado de las jornadas de actualización/identificación de riesgos.”

Lo anterior fue verificado por la OCI, y las justificaciones presentadas por Secretaria General y Manejo de Desastres ya fueron analizadas, ahora bien, la Justificación entregada para el Riesgo No 13 de GAFC, se direccionó ***“en razón de que el riesgo no aplica directamente la labor y operatividad desde presupuesto, teniendo en cuenta que el recurso solo se ejecuta de acuerdo con las necesidades presentadas por las áreas”***. Y la Oficina de Control Interno al realizar la evaluación del riesgo evidentemente encuentra la justificación acorde con lo planteado por el proceso.

7.1.1.3. Mapa de Riesgos SGSI

Al revisar los riesgos identificados por los procesos en el mapa de riesgos SGSI, se evidencia que la mayoría continúan relacionados con:

- ✓ Afectación reputacional y legal por ataque informático debido a desconocimiento de las políticas para el buen uso de los activos de información (Red, Correo, Internet, Sistemas de Información, Chat, Redes Sociales, etc.) por parte de los funcionarios.
- ✓ Afectación operativa por deterioro de documentos físicos debido a ausencia de protección contra la humedad, polvo y suciedad.
- ✓ Afectación económica por afectación del componente tecnológico, debido a uso de software.

Con relación al riesgo residual se evidenció que, para el seguimiento del I cuatrimestre se identificaron 56 riesgos, los cuales se redujeron a 37 riesgos, los riesgos se mantienen. Los procesos realizan monitoreo de manera oportuna, adjuntan evidencias las cuales son corroboradas por la OCI; de otra parte, el GTI garantizan el correcto resguardo de la información y la capacidad del servidor para tal fin.

8. CONTROLES ESTABLECIDOS

De acuerdo al seguimiento de este cuatrimestre, se detalla la efectividad de los controles.

Respecto al diseño de los controles cumplen con los criterios contenidos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades Públicas – DAFP.

La oficina de Control Interno, evidenció que los procesos generaron 114 controles; y se generaron 34 planes de tratamiento, los cuales se distribuyeron así:

DESCRIPCION	CANTIDAD
RIESGO DE GESTION	17
RIESGO DE CORRUPCION	13
OPORTUNIDAD	4
TOTAL	34

Elaboración propia

La oficina de control interno verifica la efectividad de los controles dando como resultado el siguiente:

Tabla 3. Efectividad de los controles

Proceso	Riesgo / Oportunidad	efectividad	No efectivo	Parcial	No evidencia
BIENES MUEBLES E INMUEBLES	60; 61 y 102	3			
CONOCIMIENTO DEL RIESGO	43 y 44	2			
CONTRATACIÓN	94;95;96 y 97	4			
CONTROL DISCIPLINARIO	5; 6 y 8	3			
GERENCIAL Subdirección General	64 y 65	1	1		
GERENCIAL Secretaria General	98	1			
GERENCIAL - Dirección General	40,41 y 42		3		
GESTIÓN DOCUMENTAL	62 y 63			1	1
JURÍDICA	15; 16; 17; 18 y 19	5			
PAZCÍFICO	74 y 75	2			
REDUCCIÓN DEL RIESGO	20; 22; 106	3			
SERVICIO AL CIUDADANO	99; 100 y 101	2	1		
COMUNICACIONES	1 Y 2	2			
PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	37,38 Y 39			1	2
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	71,73 Y 108	2			1
SIPLAG	54, 55; 56 ; 57; 58 y 59	1		3	2
TALENTO HUMANO	76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,89,90,91 Y 92	12	2	1	
TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	66,67,68,69,70, Y 107	6		1	
COOPERACIÓN	49; 50; 51; 52 y 53				5
EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	45; 46; 47 y 48	No fueron evaluados		Mediante correo electrónico de fecha 07 de septiembre de 2022, la Oficina de Planeación e Información, recomendó la tarea de realizar seguimiento a los	
MANEJO DE DESASTRES	35; 36 Y 103;	3			
FINANCIERA	9; 10; 11; 12 Y 13	1	4		
TOTAL		53	11	7	11

9. MATERIALIZACIÓN DE RIESGOS

Se materializaron riesgos correspondientes a los procesos:

SERVICIO AL CIUDADANO

ID 99: "Incumplimiento en los plazos establecidos para la emisión de respuesta a los requerimientos de los ciudadanos por parte de la entidad, DEBIDO A:

1. Retraso en la entrega de respuestas a las consultas de Segundo Nivel remitidas desde la Oficina de Atención al Ciudadano a los diferentes procesos.
2. Represamiento de requerimientos y/o picos de atención derivados de la operatividad propia de la gestión.
3. Falta de información actualizada para atención de consultas de primer nivel. Así mismo, cuando la entidad genera información institucional relevante que puede ser de interés para la comunidad, la Oficina de Atención al Ciudadano no es informada al respecto.



4. Incumplimiento del Procedimiento establecido para atención de consultas de segundo nivel por parte de las dependencias consultadas (remiten la respuesta directamente al ciudadano y se pierde la trazabilidad de la gestión), lo que PUEDE OCASIONAR acciones disciplinarias para funcionarios, acciones legales contra la entidad por parte de los ciudadanos, afectación de la Imagen y credibilidad de la entidad.

5. Falta de personal asignado como apoyo a la Oficina de Atención al Ciudadano, lo que puede ocasionar disminución en la capacidad de respuesta de la entidad frente a los picos de atención que se presenten.

6. Incumplimiento en los Procedimientos para gestión de respuestas por parte de los miembros del equipo de trabajo de la oficina de atención al ciudadano.

Este riesgo se compartirá con todos los procesos de la UNGRD para que en caso de materializarse se haga responsable el proceso que no cumplió con los tiempos de respuesta a los requerimientos de los ciudadanos."

Respecto a la efectividad de los controles, la OCI evidenció que la materialización del riesgo no solo depende del proceso de Servicio al ciudadano (primer nivel), ya que se trata de un riesgo compartido con los demás procesos (segundo nivel) y es ahí donde radica la materialización del riesgo en los requerimientos cuya respuesta corresponde a 2º nivel; pues son estos requerimientos los que no están siendo atendidos dentro del término legal de respuesta. Por ello considera la OCI que los controles generados por el proceso no son efectivos.

GESTIÓN FINANCIERA

ID 11: *"Inadecuada programación de las necesidades mensuales del PAC por parte de cada proceso, DEBIDO A:*

1. Personal no idóneo para cumplir con la actividad a causa del desconocimiento del procedimiento de las necesidades del PAC y/o rotación de personal en las áreas que gestionan los PAC. 2. Solicitud inoportuna del PAC por las áreas.

Lo que PUEDE OCASIONAR:

2. La no aprobación de recursos por parte del Min. Hacienda y Crédito Público por la no ejecución de recursos (Castigo). 2. No poder realizar los pagos oportunamente a los contratistas y/o proveedores."

Se materializa de manera inminente el riesgo planteado "Inadecuada programación de las necesidades mensuales del PAC por parte de cada proceso" En promedio 10 áreas de manera mensual incumple con el PAC solicitado lo cual denota la mala planeación que pueden llevar a una mala calificación de indicadores por parte del Ministerio de Hacienda y que afectan notablemente la disponibilidad de recursos del Estado.



10. CONCLUSIONES

La Oficina de Control Interno en cumplimiento de las obligaciones establecidas en la ley y conforme a los lineamientos establecidos por el DAFP, realizó el seguimiento a los riesgos de gestión institucionales, del análisis efectuado se pudo concluir lo siguiente:

MANEJO DE DESASTRES

El proceso cuenta con 2 riesgos de proceso y una oportunidad. frente al riesgo No. 103 *“Falta de disponibilidad de los equipos para mitigación, preparación para la respuesta, preparación para la recuperación y respuesta frente a desastres. DEBIDO A desconocimiento de los procedimientos para la recepción y entrega de equipos, falta de revisión y mantenimiento de los mismos...”*, los controles son parcialmente eficaces, dado que, si bien LA UNIDAD realiza internamente seguimiento a los equipos por parte de su personal, a la fecha del seguimiento no se evidenció contrato suscrito y en ejecución con proveedor calificado.

PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

El proceso cuenta con 3 riesgos de gestión, de los cuales se evidencia que son parcialmente adecuados los riesgos identificados con los números 37 y 38 en el Mapa de Riesgos y O, toda vez que no se está ejecutando conforme a su diseño los controles implementados.

Lo anterior, dado que no se observaron evidencias que den cumplimiento a la ejecución de la actividad nro. 2 del plan de tratamiento del riesgo número 37. Igualmente, para el riesgo número 38, no se observó las evidencias de sus controles, los cuales son: *“comunicaciones internas gestionadas con su respectivo código de solicitud”*, y *“Retrasos en el seguimiento y emisión del plan de acción de la entidad ...”*

Con relación al riesgo 39, no se encontró publicado en página web el informe de seguimiento del I Semestre 2022 con los resultados del Plan Nacional de Gestión de Riesgos de Desastres – PNGRD, el cual es la evidencia del control establecido.

SIPLAG

El proceso cuenta con 6 riesgos; (4) de proceso, (1) de corrupción y (1) oportunidad, de los cuales se pudo evidenciar cumplimiento en la ejecución de los controles del riesgo de proceso número 55. En los demás riesgos, no se observó la totalidad de la información, por lo cual, solo



se evidencia cumplimiento parcial en la ejecución de los controles de los riesgos números 54; 56 al 59.

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

El proceso cuenta con 15 riesgos; (9) son de gestión, (1) de corrupción y (5) oportunidades, de los cuales se pudo evidenciar cumplimiento en la ejecución de los controles de (11) riesgos, estos están identificados con los números: 76; 77; 78; 80; 84; 85; 86; 89; 90; 91; 92, en el mapa de Riesgos y Oportunidades del segundo cuatrimestre 2022.

Con relación a los riesgos 79; 81 no se evidencia la eficacia de los controles diseñados, lo anterior teniendo en cuenta las evaluaciones que desde la OCI se han realizado y evidenciado la materialización de estos riesgos.

En relación al riesgo número 83, el proceso de gestión del talento humano no suministró la evidencia que valide la ejecución del control.

Para el riesgo número 82 no se evidenció la totalidad de los documentos establecidos como soporte del control, por lo cual solo se evidenció cumplimiento parcial frente a la actividad definida para mitigar las causas del riesgo.

11. RECOMENDACIONES

Como resultado de la evaluación a los riesgos de gestión, la Oficina de Control Interno, presenta las siguientes recomendaciones:

MANEJO DE DESASTRES

- **ID 103:**
- Se recomienda contratación calificada y continua que propenda por el mantenimiento preventivo y correctivo de equipos y herramientas del CNL, para garantizar el adecuado funcionamiento de los equipos para mitigación, preparación para la respuesta, preparación para la recuperación y respuesta frente a desastres.
- Teniendo en cuenta que desde el Proceso de Manejo de Desastres se adelanta, la contratación para la adquisición de asistencia humanitaria de emergencia – AHE, materiales, equipos, servicios, arrendamientos, suministros, agua mediante carro tanques y alquiler de maquinaria amarilla para la ejecución de las fases de preparación para la respuesta, preparación para la recuperación, respuesta y recuperación ante emergencias que constituyan calamidad pública o desastre, se recomienda que para una adecuada gestión fiscal, se identifiquen riesgos asociados a esta contratación



mediante ratificación en el mapa de riesgos y oportunidades de la UNGRD con el diseño de controles que mitiguen las causas que generan el riesgo. Lo anterior, permitirá hacer un seguimiento periódico (cuatrimestral) a la gestión fiscal que se ejecuta desde el proceso mediante la contratación de ratificaciones.

Para todos los riesgos del Proceso de Manejo de Desastres

- Evaluar los controles definidos para cada riesgo, con el fin de corroborar que las acciones identificadas realmente mitiguen las causas que los generan y de esta manera evitar su materialización.
- Llevar a cabo una revisión previa y validación por parte del líder del proceso a la documentación que es cargada en la ruta definida por la Oficina de Control Interno, con el fin de garantizar que esta atienda lo establecido en los controles y planes de tratamiento.
- Realizar el cargue de los soportes de manera organizada y oportuna para que la Oficina de Control Interno puede llevar a cabo la revisión de la información suministrada y validar el cumplimiento o eficacia de los controles y planes de tratamiento.

GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Para todos los riesgos del Proceso de Gestión del Talento Humano

- Evaluar los controles definidos para cada riesgo, con el fin de corroborar que las acciones identificadas realmente mitiguen las causas que los generan y de esta manera evitar su materialización.
- Llevar a cabo una revisión previa y validación por parte del líder del proceso a la documentación que es cargada en la ruta definida por la Oficina de Control Interno, con el fin de garantizar que esta atienda lo establecido en los controles y planes de tratamiento.
- Realizar el cargue de los soportes de manera organizada y oportuna para que la Oficina de Control Interno puede llevar a cabo la revisión de la información suministrada y validar el cumplimiento o eficacia de los controles y planes de tratamiento.

Para los riesgos ID 79, 81 y 82 que se han materializado se recomienda:



- Informar por escrito al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno por intermedio del secretario técnico del comité, con el fin de que desde esta instancia se den las orientaciones al respecto.
- Implementar una acción correctiva conforme al procedimiento de acciones correctivas, preventivas y de mejora definido en el SIPLAG.
- Actualizar el mapa de riesgos y notificar a los administradores del SIPLAG al correo siplag@gestiondelriesgo.gov.co con la descripción de los cambios

PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

Para todos los riesgos del proceso de Planeación Estratégica

- Evaluar los controles definidos para cada riesgo, con el fin de corroborar que las acciones identificadas realmente mitiguen las causas que los generan y de esta manera evitar su materialización.
- Llevar a cabo una revisión previa y validación por parte del líder del proceso a la documentación que es cargada en la ruta definida por la Oficina de Control Interno, con el fin de garantizar que esta atienda lo establecido en los controles y planes de tratamiento.
- Realizar el cargue de los soportes de manera organizada y oportuna para que la Oficina de Control Interno puede llevar a cabo la revisión de la información suministrada y validar el cumplimiento o eficacia de los controles y planes de tratamiento.

OFICINA ASESORA JURÍDICA

- **ID 15:** Se sugiere que los formatos utilizados para llevar el seguimiento de los Procesos Judiciales UNGRD_ Semáforo, Audiencias Judiciales y Reporte Oficina Asesora Jurídica, Logros De Acciones Judiciales 2022, se registren en Neogestión- UNGRD, en cumplimiento del control documental de la unidad.

REDUCCIÓN DEL RIESGO

- **ID 22:** El riesgo se mantiene con respecto al cuatrimestre anterior. Teniendo en cuenta que el propósito del control hace énfasis en la autorización del alcalde o Gobernador, con respecto al funcionario delegado para recibir información referente al desarrollo de los proyectos de intervención correctiva del riesgo, a través de las visitas de asistencias



técnicas realizadas por la entidad, se sugiere que para los casos en los cuales no se cuenta con el acompañamiento del alcalde o Gobernador, se adjunte dichas autorizaciones.

SUBDIRECCIÓN DE CONOCIMIENTO DEL RIESGO

- **ID 43:** Con respecto al diseño de la Desviación, se sugiere no solo describir el riesgo, si no la actividad para controlar su materialización.
- **ID 44:** Teniendo en cuenta que el diseño del plan de tratamiento para la oportunidad se genera de manera Opcional, se sugiere revisar las actividades descritas, ya que se están presentando las mismas evidencias para el control No.1, de acuerdo a lo informado en mesa de trabajo del día 09/05/2022 por el funcionario encargado del SIPLAG en el área, se sugiere generar nuevas acciones que permitan continuar con la oportunidad y verificar la política de administración del riesgo de la entidad.

TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

- **ID 67 y 68:** Se recomienda analizar la estructuración del Plan de Tratamiento y sus evidencias relacionadas con el cumplimiento de sus actividades para evidenciar su eficacia.

SECRETARIA GENERAL

- **ID 98:** Replantear los riesgos asociados al proceso.

DIRECCIÓN GENERAL

- **ID 40, 41 y 42:** 1). Replantear los riesgos asociados al proceso; ¿se debe dar un dictamen de la evaluación hecha, como van los planes evaluados, cumplen con los objetivos? ¿Cuáles fueron los resultados?
2). El responsable del control establecido por lo general es quien desarrolla la actividad NO el líder SIPLAG; la responsabilidad del líder Siplag es simplemente consolidar la información.

SUBDIRECCIÓN GENERAL

- **ID 65:** El riesgo identificado pretende verificar adecuadamente las solicitudes de desembolso bajo la ordenación del gasto del Subdirector General (componentes misionales de la entidad; aunque se aporta la matriz debería la Subdirección dictaminar sobre el análisis hecho ya que en su monitoreo solo menciona que se hizo el seguimiento y se aportó la matriz, pero no menciona el resultado del seguimiento hecho.

GESTIÓN FINANCIERA Y CONTABLE



- **ID 9:** Replantear los controles establecidos toda vez que el control al cumplimiento del cronograma de actividades no tiene impacto significativo con respecto al riesgo identificado, un control podría ser las conciliaciones hechas con las diferentes áreas, esto sería un garante de la realidad de los estados financieros. Unificar los controles.
- **ID 11:** 1) Generar plan de tratamiento 2). Informar ante el Comité de Control Interno CICI para que tome medidas. 3) Para la próxima evaluación se recomienda adjuntar el resultado de evaluación de indicadores por parte de Hacienda.

GESTIÓN DE APOYO ADMINISTRATIVO: Tiene 3 subprocesos a los cuales se les recomienda

SUBP. BIENES MUEBLES E INMUEBLES

- **ID 60:** Suministrar la matriz en Excel del seguimiento de inventarios de la vigencia 2022, para su correspondiente evaluación y seguimiento.

SUBP. GESTIÓN DOCUMENTAL

- **ID 62:** Mantener el seguimiento permanente sobre el aplicativo SIGOB, con el fin de determinar que los documentos dispuestos en la herramienta correspondan con los físicos que forman parte del proceso, así como establecer un procedimiento que establezca las definiciones, acciones a seguir, controles y responsables para la atención de los requerimientos presentados por los terceros a la Unidad y que garanticen la integralidad y trazabilidad de la información; así mismo, el proceso debe verificar el cargue de evidencias correspondientes al cumplimiento de la actividad propuesta en el control a fin de evitar la materialización del riesgo.
- **ID 63:** Se reitera la recomendación efectuada en el seguimiento del I cuatrimestre. Revisar y establecer mecanismos de control para requerir a los servidores a los cuales les han prestados carpetas las devuelvan dentro de los plazos establecidos por la UNGRD.

SUBP. SERVICIOS ADMINISTRATIVOS

- **ID 73:** Suministrar las evidencias que den cuenta del seguimiento a legalización de recursos, que son manejados por el mecanismo de caja Menor de la UNGRD para poder efectuar el seguimiento y trazabilidad a la legalización de los recursos.

FONDO TODOS SOMOS PAZCÍFICO

- **ID 74:** El proceso presenta el resultado de conciliar los bancos de los empréstitos BID3610-OC-CO, BIRD 8649-CO y BIRF 8798-CO; sin embargo, debe aportar extractos bancarios y movimientos en libros para que la información pueda ser



corroborada; de igual manera el informe de ejecución podría tener un valor agregado como por ejemplo una revelación financiera que resuma el estado de la ejecución analizada.


12. PAPELES DE TRABAJO

- 6. PROYECTOS ESPECIALES
- 5. GRUPOS DE APOYO
- 4. MISIONALES
- 3. STAFF SECRETARIA GENERAL
- 2. OFICINAS ASEOSRAS
- 1. GESTION GERENCIAL

Comunicaciones

Política_admon_riesgos

Procesos Seguimiento

 RG-1300-SIPG-76_47 Mapa de R & O

13. PLAN DE MEJORAMIENTO

Agradecemos la atención prestada y esperamos contar con su disposición para la socialización de este informe a los líderes de los procesos que fueron objeto de esta auditoría, evaluación o seguimiento para que dentro de sus facultades analicen las observaciones presentadas y las causas identificadas, estudien la viabilidad de adoptar las recomendaciones propuestas por la Oficina de Control Interno y presenten el correspondiente Plan de Mejoramiento con el fin de corregir las situaciones presentadas en este informe y prevenir posibles desviaciones y materialización de riesgos, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la recepción del informe.

Dicho plan de mejoramiento debe ser informado por el Líder del proceso al Jefe de la Oficina de Control Interno para programar su verificación en el mes siguiente de su reporte. Así mismo, que estas acciones de mejora sean incluidas en el SIPLAG.

14. SALVAGUARDAS



Cabe resaltar que, debido a las limitaciones de cualquier estructura de control interno, pueden ocurrir errores o irregularidades que no hayan sido detectadas bajo la ejecución de nuestros procedimientos de auditoría, evaluación o seguimiento, previamente planeados.

La Unidad y las áreas que la componen, son responsables de establecer y mantener un adecuado sistema de control interno y de prevenir posibles irregularidades de acuerdo con lo establecido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión para las tres líneas de defensa.

Asimismo, es responsabilidad del área la información suministrada, por cualquier medio, para la realización de esta actividad de manera oportuna, completa, íntegra y actualizada y la de informar en su momento las posibles situaciones relevantes y/o errores que pudieran haber afectado el resultado final de la actividad.

Cordialmente,

ORIGINAL FIRMADO

GERMAN MORENO

Jefe Oficina de Control Interno

*Elaborado por: Ibeth Palacios Agudelo – Profesional Especializada-contratista
Adriana Alarcón- Profesional Universitaria
Yamile Andrea Betancourt – Profesional Especializada- Contratista
Paulina Hernández Aldana– Profesional Especializada*

