UNGRD	MAPA DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES	CÓDIGO: FR-1300-SIPG-37	Versión 02
	SISTEMA INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN		F.A.: 06/03/2020

	1. CONTEXTO EXTRATÉGICO			2. IDENTIFICACIÓN DE RIESGO			5. VALORACIÓN DE RIESGO U OPORTUNIDAD			6. PLAN DE TRATAMIENTO				7. MONITOREO			8. SEGUIMIENTO			
							RIESGO RESIDUAL							MONITOREO LIDER DE PROCESO. Evaluación de la eficacia			SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO			
ID.	PROCESO	FACTOR INTERNO	FACTOR EXTERNO	RIESGO U OPORTUNIDAD	TIPO	MEDIDA DE MITIGACIÓN	PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DE RIESGO U OPORTUNIDAD	DEFINICIÓN DE LA ACCIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA TERMINACIÓN	RESPONSABLE IMPLEMENTACIÓN	1° CUATRIMESTRE	2° CUATRIMESTRE	3° CUATRIMESTRE	1° CUATRIMESTRE	2° CUATRIMESTRE	3° CUATRIMESTRE	ESTADO
1	COMUNICACIONES	* Emisión de información previamente verificada y validada por las áreas misionales.	* Uso de información no oficial emitida por medios de comunicación que puede afectar la reputación e imagen de la UNGRD.	Publicación de información no veraz del SNGRD y la UNGRD **DEBIDO A** desconocimiento de las competencias de la Unidad, comunicación desarticulada por parte de las entidades del SNGRD. Imprecisión de los datos suministrados por las diferentes medios de comunicación y entidades que conforman el SNGRD. Lo que **PUEDE OCASIONAR** pérdida de credibilidad, imagen de la entidad, investigaciones disciplinarias o sanciones.	RIESGO	EVITAR EL RIESGO	1	3	ZONA RIESGO MODERADA	No aplica. No requiere acciones adicionales a los controles.				**Control 1. Entrega y validación de Información** La jefe de la Oficina Asesora de comunicaciones recibió a fecha de 02 de abril 67 solicitudes por parte de las áreas, con el fin de realizar boletines de prensa, la información fue remitida a los periodistas de la OAC, quienes diligenciaron el formato FR-1500-OAC-21 "Entrega y validación de información" de forma digital. Los formatos se alojaron en el servidor de la OAC. En el período de 03 de abril a 28 de abril se realizaron a la OAC 16 solicitudes, las cuales fueron atendidas por los periodistas, quienes diligenciaron el formato FR-1500-OAC-21 "Entrega y validación de información" Ruta: Z:\TRD_OAC\INST_REG_CONTROL\1500_20_2_INST_REG_REP_PRE\2023\Comunicados de prensa\FR_Entrega_ValidacionInformacion Nota: desde el 03 de abril la Oficina Asesora de Comunicaciones no cuenta con jefe encargado, por lo que no se puede evidenciar la aprobación de los boletines que se han emitido, es de aclarar que estos cuentan con el aval verbal de publicación por parte de la Dirección General. **Control 2. Monitoreo de medios** Se revisa y se verifica la información que se publica a nivel externo en los medios de comunicación digital, esta información se recopila y se envía mediante correo	**Control 1. Entrega y validación de Información** El jefe de la Oficina Asesora de comunicaciones recibió desde el 30 de mayo a 31 de julio de 2023 18 solicitudes por parte de las áreas, con el fin de realizar boletines de prensa, la información fue remitida a los periodistas de la OAC, quienes diligenciaron el formato FR-1500-OAC-21 "Entrega y validación de información" de forma digital. Los formatos se alojaron en el servidor de la OAC. En el período de 01 de agosto al 28 de agosto se realizaron a la OAC 17 solicitudes, las cuales fueron atendidas por los periodistas, quienes diligenciaron el formato FR-1500-OAC-21 "Entrega y validación de información" Ruta: Z:\TRD_OAC\INST_REG_CONTROL\1500_20_2_INST_REG_REP_PRE\2023\Comunicados de prensa\FR_Entrega_ValidacionInformacion Nota: desde el 01 de agosto la Oficina Asesora de Comunicaciones no cuenta con jefe encargado, por lo que no se puede evidenciar la aprobación de los boletines que se han emitido, es de aclarar que estos cuentan con el aval verbal de publicación por parte de la Dirección General. **Control 2. Monitoreo de medios** Se revisa y se verifica la información que se publica a nivel externo en los medios de comunicación digital, esta información se recopila y se envía mediante correo institucional a las listas de correo planta y contratistas. Por otra parte, se diligencia base de datos en Excel con las noticias del mes de mayo a agosto, las cuales son de consulta interna de la OAC. A continuación, se relacionan las noticias recopiladas mes a mes Monitoreos enviados por correo electrónico: 44		**Control 1. Entrega y validación de Información** La jefe de la Oficina Asesora de comunicaciones recibió a fecha de 02 de abril 67 solicitudes por parte de las áreas, con el fin de realizar boletines de prensa, la información fue remitida a los periodistas de la OAC, quienes diligenciaron el formato FR-1500-OAC-21 "Entrega y validación de información" de forma digital. Los formatos se alojaron en el servidor de la OAC. En el período de 03 de abril a 28 de abril se realizaron a la OAC 16 solicitudes, las cuales fueron atendidas por los periodistas, quienes diligenciaron el formato FR-1500-OAC-21 "Entrega y validación de información" Ruta: Z:\TRD_OAC\INST_REG_CONTROL\1500_20_2_INST_REG_REP_PRE\2023\Comunicados de prensa\FR_Entrega_ValidacionInformacion Nota: desde el 03 de abril la Oficina Asesora de Comunicaciones no cuenta con jefe encargado, por lo que no se puede evidenciar la aprobación de los boletines que se han emitido, es de aclarar que estos cuentan con el aval verbal de publicación por parte de la Dirección General. **Control 2. Monitoreo de medios** Se revisa y se verifica la información que se publica a nivel externo en los medios de comunicación digital, esta información se recopila y se envía mediante correo institucional a las listas de correo planta y contratistas. Por otra parte, se diligencia base de datos en Excel con las noticias del mes de enero a abril, las cuales	**1.Evidencias: Control No.1** El proceso entrega formato FR-1500-OAC-21 "Entrega y Validación de Información" del periodo 31 de mayo al 28 de agosto del 2023, con 35 solicitudes por parte de las áreas, con el fin de realizar boletines de prensa, la información fue remitida a los periodistas de la OAC, Control No.2 se anexa matriz de monitoreo de medios donde se relación las noticias del mes de mayo a agosto del 2023. **2. Diseño de los controles:** el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía vr4 **4 Efectividad de los controles:** El control es efectivo, pues previene la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. **5. Recomendación:** Si bien para este periodo no se cuenta con un jefe encargado que apruebe los boletines de prensa que se han emitido, se sugiere que en el diseño de los controles en la parte de desviación se establezca una actividad que permita la autorización de las publicaciones por parte de la Dirección General. **6. Plan de tratamiento (si aplica):** NA		ACTIVO
2	COMUNICACIONES	* Personal interno de la oficina.	* Uso de información no oficial emitida por medios de comunicación que puede afectar la reputación e imagen de la UNGRD.	Manipulación de la información que se publica desde la Oficina Asesora de Comunicaciones **DEBIDO A** falta de verificación de la información, interés en mostrar resultados alterados o para ocultar información y favorecimiento a terceros frente a la información reportada, lo que **PUEDE OCASIONAR** pérdida de credibilidad, imagen de la entidad, investigaciones disciplinarias o sanciones.	RIESGO_CORRUPCIÓN	EVITAR EL RIESGO	3	5	ZONA RIESGO MODERADA	**Plan de tratamiento - Realización y revisión de boletines de prensa** Responsable: jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y periodistas de la OAC. Periodicidad: a demanda. Propósito: Revisión y verificación de información a comunicar mediante boletines de prensa, con el finde disponerlos en correo electrónico y página web. Cómo se realiza: - El jefe de la Oficina Asesora de Comunicaciones recibe información de las áreas de la UNGRD cada vez que se requiera cubrir un evento y/o actividad. - El jefe de la Oficina Asesora de Comunicaciones designa periodistas y transmite la información para que se redacten los boletines de prensa y se comunique la información por correo electrónico y página web. - El jefe de la OAC realiza revisión sobre el documento redactado, con el fin de dar aprobación. Desviación: en caso de que se requiera realizar correcciones en la información, el boletín es devuelto al periodista para realizar los respectivos cambios, nuevamente es revisado por el jefe de comunicaciones, quien aprueba el boletín para publicación mediante correo electrónico, WhatsApp o medio físico. Evidencia: Boletines archivados en ruta digital destinada por la entidad.	08/16/2022	12/30/2022	Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones	**Control 1. Entrega y validación de información** La jefe de la Oficina Asesora de comunicaciones recibió a fecha de 02 de abril 67 solicitudes por parte de las áreas, con el fin de realizar boletines de prensa, la información fue remitida a los periodistas de la OAC, quienes diligenciaron el formato FR-1500-OAC-21 "Entrega y validación de información" de forma digital. Los formatos se alojaron en el servidor de la OAC. En el período de 03 de abril a 28 de abril se realizaron a la OAC 16 solicitudes, las cuales fueron atendidas por los periodistas, quienes diligenciaron el formato FR-1500-OAC-21 "Entrega y validación de información" Ruta: Z:\TRD_OAC\INST_REG_CONTROL\1500_20_2_INST_REG_REP_PRE\2023\Comunicados de prensa\FR_Entrega_ValidacionInformacion **Plan de tratamiento - Realización y revisión de boletines de prensa** La jefe de la Oficina Asesora de Comunicaciones recibió a fecha de 02 de abril 67 solicitudes por parte de las áreas, las solicitudes fueron remitidas a los periodistas para la realización de boletines de prensa. Los boletines fueron revisados y aprobados por la jefe mediante el FR de entrega y validación de información y firma (sello de aprobación). En el período de 03 de abril a 28 de abril se realizaron 16 boletines de prensa, los cuales	**Control 1. Entrega y validación de información** El jefe de la Oficina Asesora de comunicaciones recibió a fecha de 30 de mayo recibió 18 solicitudes por parte de las áreas, con el fin de realizar boletines de prensa, la información fue remitida a los periodistas de la OAC, quienes diligenciaron el formato FR-1500-OAC-21 "Entrega y validación de información" de forma digital. Los formatos se alojaron en el servidor de la OAC. En el período de 01 de agosto a 28 de agosto se realizaron a la OAC 17 solicitudes, las cuales fueron atendidas por los periodistas, quienes diligenciaron el formato FR-1500-OAC-21 "Entrega y validación de información" Ruta: Z:\TRD_OAC\INST_REG_CONTROL\1500_20_2_INST_REG_REP_PRE\2023\Comunicados de prensa\FR_Entrega_ValidacionInformacion **Plan de tratamiento - Realización y revisión de boletines de prensa** El jefe de la Oficina Asesora de Comunicaciones recibió a fecha de 30 de mayo 18 solicitudes por parte de las áreas, las solicitudes fueron remitidas a los periodistas para la realización de boletines de prensa. Los boletines fueron revisados y aprobados por el jefe mediante el FR de entrega y validación de información y firma (sello de aprobación). En el período de 01 de agosto a 28 de agosto se realizaron 17 boletines de prensa, los cuales se relacionan en formato de entrega y validación de información. Nota: desde el 01 de julio la Oficina Asesora de Comunicaciones no cuenta con jefe encargado, por lo que no se puede evidenciar la firma mediante sello en los boletines y la firma en el FR de entrega y validación de información. Es de aclarar que los 17 documentos emitidos cuentan con el aval verbal de publicación por parte de la Dirección General. Ruta fr: Z:\TRD_OAC\INST_REG_CONTROL\1500_20_2_INST_REG_REP_PRE\2023\Comunicados de prensa\FR_Entrega_ValidacionInformacion		**Control 1. Entrega y validación de información** La jefe de la Oficina Asesora de comunicaciones recibió a fecha de 02 de abril 67 solicitudes por parte de las áreas, con el fin de realizar boletines de prensa, la información fue remitida a los periodistas de la OAC, quienes diligenciaron el formato FR-1500-OAC-21 "Entrega y validación de información" de forma digital. Los formatos se alojaron en el servidor de la OAC. En el período de 03 de abril a 28 de abril se realizaron a la OAC 16 solicitudes, las cuales fueron atendidas por los periodistas, quienes diligenciaron el formato FR-1500-OAC-21 "Entrega y validación de información" Ruta: Z:\TRD_OAC\INST_REG_CONTROL\1500_20_2_INST_REG_REP_PRE\2023\Comunicados de prensa\FR_Entrega_ValidacionInformacion **Plan de tratamiento - Realización y revisión de boletines de prensa** La jefe de la Oficina Asesora de Comunicaciones recibió a fecha de 02 de abril 67 solicitudes por parte de las áreas, las solicitudes fueron remitidas a los periodistas para la realización de boletines de prensa. Los boletines fueron revisados y aprobados por la jefe mediante el FR de entrega y validación de información y firma (sello de aprobación). En el período de 03 de abril a 28 de abril se realizaron 16 boletines de prensa, los cuales se relacionan en formato de entrega y validación de información.	**1. Evidencias**: Control No.1 El proceso entrega formato FR-1500-OAC-21 "Entrega y Validación de Información" del periodo 31 de mayo al 28 de agosto del 2023, con 35 solicitudes por parte de las áreas, con el fin de realizar boletines de prensa, la información fue remitida a los periodistas de la OAC. **2. Diseño de los controles:** el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía VR. 4. **3. Efectividad de los controles**: El control es efectivo, pues previene la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo**: No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. **5. Recomendación:** Si bien para este periodo no se cuenta con un jefe encargado que apruebe los boletines de prensa que se han emitido, se sugiere que en el diseño de los controles en la parte de desviación se establezca una actividad que permita la autorización de las publicaciones por parte de la Dirección General. **6. Plan de tratamiento (si aplica)**: Se evidencia la publicación de 36 boletines de prensa, los cuales se están disponibles adjuntos en correo electrónico y página web.		ACTIVO
5	CONTROL DISCIPLINARIO	* Se lleva el control periódico de los procesos disciplinarios adelantados por la Secretaría General dentro de los parámetros establecidos. * El archivo de Control disciplinario, se encuentra bajo llave pero de acceso al público.	* Entrada en vigor en el 2021 del nuevo Código Disciplinario (Ley 1952 de 2019).	Pérdida o reconstrucción del expediente y piezas procesales, **DEBIDO A** casos fortuitos o de fuerza mayor que se puedan generar en las instalaciones de la entidad afectando la integridad física de los expedientes, lo que **PUEDE OCASIONAR** dilación en el curso normal del proceso.	RIESGO	EVITAR EL RIESGO	1	3	ZONA RIESGO MODERADA	No aplica. No requiere acciones adicionales a los controles, de acuerdo a la Política de Administración de riesgos.				En el periodo comprendido entre enero y abril de 2023, para el primer cuatrimestre el proceso de Control Interno Disciplinario realizó el control periodico de los procesos que se tienen custodiados por el profesional especializado que esta, actualmente, de un contratista, debido a que la funcionaria se encuentra en licencia, custodia oficina 5 piso de la entidad). El control se realiza en el cuadro de seguimiento que lo alimenta periodicamente. La evidencia por ser procesos de reserva estan en la carpeta en el enlace procesoses. evidencia que se podra verificar en una mesa de trabajo con la funcionaria delegada por parte de la Oficina de Control Interno, toda vez que dicha información es confidencial y no se puede cargar como evidencia en la carpeta de drive.	En el periodo comprendido entre Mayo y agosto de 2023, para el 2 cuatrimestre el proceso de Control Interno Disciplinario, realizó el control periodico de los procesos que se tienen custodiados por el profesional especializado (contratista) que estuvo a cargo hasta el 23 de julio de 2023. La Funcionaria encargada de la custodia, sustanciación y tramite del proceso de control Interno Disciplinario por su Manual de Funciones, retomó sus labores desde el 24 de julio de 2023, culminando su licencia de Materninadad y vacaciones(Custodia oficina 5 piso de la entidad). El control se realiza en el cuadro de seguimiento que lo alimenta periodicamente la Funcionaria a cargo del proceso. La evidencia por ser procesos de reserva estan en la carpeta en el enlace procesoses. evidencia que se podra verificar en una mesa de trabajo con la funcionaria delegada por parte de la Oficina de Control Interno. Por otra parte se deja constancia que por certificación expedida el 28 de agosto de 2023, la operadora disciplinaria autorizó a la funcionaria que tiene la custodia de los procesos, remitir información escaneada de las quejas, procesos y/o requerimientos que hagan parte del proceso disciplinario al contratista Juan fernando Arcila, quien prestará apoyo jurídico a la Secretaria General en su rol de Operador disciplinario de la UNGRD.		**1. Evidencias:** en mesa de trabajo con el responsable del proceso este informa que tiene en total 19 procesos, de los cuales a 3 se les dio cierre de investigación, uno con apertura, 14 procesos en indagación preliminar y uno con pliego de cargos. **2. Diseño de los controles**: Verifique si cumplen con el diseño: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. **3. Efectividad de los controles:** El control es efectivo, toda vez que permite digitalizar los procesos desde la queja hasta el auto de cierre, lo que previene la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. **5. Recomendación:** NA **6. Plan de tratamiento (si aplica)**: NA	**1. Evidencias:** en mesa de trabajo el día 05/09/2023 con la funcionaria responsable del proceso de Control Interno Disciplinario, informa que tiene en total 31 procesos, de los cuales se archivaron 25 procesos, y se encuentran activos 18 procesos y de estos se tiene pendiente 5 quejas por sustanciar; la responsable aclara que ella se encontraba en licencia de maternidad, y el proceso quedo a cargo de un contratista el cual no actualizó el cuadro de procesos. **2. Diseño de los controles:** Verifique si cumplen con el diseño: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5, los cuales fueron adoptados por la Entidad como estructura de los controles. Cumple **3. Efectividad de los controles:** El control es efectivo, toda vez que permite digitalizar los procesos desde la queja hasta el auto de cierre evidenciando la trazabilidad de cada uno, lo que previene la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo:** Se generó una la presunta materialización del riesgo, frente al manejo de los expedientes y soportes documentales, violando posiblemente la reserva del proceso, por certificación firmada por la Secretaria General como Operadora Disciplinaria al conceder facultades de custodia de los procesos a un contratista, teniendo en cuenta que los procesos deben ser custodiados por personal de planta de la entidad. **5. Recomendación:** La Oficina de Control Interno recomienda, el reforzamiento de funcionarios de planta los cuales pueden		ACTIVO
6	CONTROL DISCIPLINARIO	* Se lleva el control periódico de los procesos disciplinarios adelantados por la Secretaría General dentro de los parámetros establecidos.	* Auditorias de entidades externas que acumulen varios requerimientos	Demora en el cumplimiento de términos en las distintas etapas procesales, **DEBIDO A**: 1. Falta de realizar revisiones periódicas a los expedientes disciplinarios para establecer los términos de ley. 2. Exceso de carga laboral ocasionada por auditorías de entes de control que **PUEDEN GENERAR** múltiples aperturas de procesos disciplinarios o que podría ocasionar prescripción de la acción disciplinaria.	RIESGO	EVITAR EL RIESGO	1	3	ZONA RIESGO MODERADA	No aplica. No requiere acciones adicionales a los controles, de acuerdo a la Política de Administración de riesgos.				En el periodo comprendido entre enero y abril de 2023, para el primere cuatrimestre el proceso de Control Interno Disciplinario realizó el control periodico de los procesos en el cuadro de seguimiento controlando los terminos de ley. Se realiza con el cuadro de seguimiento que se tiene como base de datos del proceso disciplinario. para el periodo correspondiete se alimento el cuadro con las respectivas fechas agregando 8 quejas disciplinarias. La evidencia que se podra verificar en una mesa de trabajo con el contratista y la Oficina de Control Interno, toda vez que dicha información es confidencial y no se puede cargar como evidencia en la carpeta de drive.	En el periodo comprendido entre Mayo y agosto de 2023, para el 2 cuatrimestre el proceso de Control Interno Disciplinario, realizó el control periodico de los procesos que se tienen custodiados por el profesional especializado (contratista) que estuvo a cargo hasta el 23 de julio de 2023. La Funcionaria encargada de la custodia, sustanciación y tramite del proceso de control Interno Disciplinario por su Manual de Funciones, retomó sus labores desde el 24 de julio de 2023, culminando su licencia de Materninadad y vacaciones. Se realiza con el cuadro de seguimiento que se tiene como base de datos del proceso disciplinario. para el periodo correspondiente se alimento el cuadro con las respectivas fechas agregando 5 quejas disciplinarias. La evidencia que se podra verificar en una mesa de trabajo con el contratista y la Oficina de Control Interno, toda vez que dicha información es confidencial y no se puede cargar como evidencia en la carpeta de drive. Por otra parte se deja constancia que por certificación expedida el 28 de agosto de 2023, la operadora disciplinaria autorizó a la funcionaria que tiene la custodia de los procesos, remitir información escaneada de las quejas, procesos y/o requerimientos que hagan parte del proceso disciplinario al contratista Juan fernando Arcila, quien prestará apoyo jurídico a la Secretaria General en su rol de Operador disciplinario de la UNGRD.		**1. Evidencias:** en mesa de trabajo con el responsable del proceso este informa que cuenta con un cuadro de Excel en el cual consolida la información y le permite generar alertas para medir, controlar y tener datos actualizados de los expedientes. **2. Diseño de los controles**: El diseño del Control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. **3. Efectividad de los controles:** El control es efectivo, toda vez que permite generar alertas para medir, controlar y tener datos actualizados de los expedientes, lo que previene la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo**: No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. **5. Recomendación:** NA **6. Plan de tratamiento (si aplica)**: NA	**1. Evidencias:** en mesa de trabajo del día 05/09/2023 con el responsable del proceso este informa que cuenta con un cuadro de Excel en el cual consolida la información y le permite generar alertas para medir, controlar y tener datos actualizados de los expedientes, que ella se encontraba en licencia de maternidad, el proceso estuvo a cargo de un contratista el cual no alimentos la base de datos o el cuadro de actualización de actuaciones de los procesos. **2. Diseño de los controles:** Verifique si cumplen con el diseño: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5, los cuales fueron adoptados por la Entidad como estructura de los controles. Cumple. **3. Efectividad de los controles:** El control es efectivo, toda vez que permite generar alertas para medir, controlar y tener datos actualizados de los expedientes, lo que previene la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo:** Se materializa el riesgo, pues se evidencia que el cuadro de Excel en el cual se consolida la información para generar alertas que permitan medir, controlar y tener datos actualizados de los expedientes no fue actualizado por el responsable encargado durante aproximadamente de 6 meses. Lo que demuestra la necesidad de robustecer el personal de apoyo del proceso de control interno disciplinario con personal de planta. **5. Recomendación:** La Oficina de Control Interno recomienda, el reforzamiento de funcionarios de planta los cuales pueden ser sujeto de control disciplinario en una eventual situación de contrariar normas disciplinarias. **6. Plan de tratamiento (si aplica):** Se debe generar un plan de tratamiento para reforzar la mitigación del riesgo.		ACTIVO
8	CONTROL DISCIPLINARIO	* Indebido reporte de quejas por parte de los funcionarios	Ninguno	Pérdida de credibilidad en el proceso de control interno disciplinario por la evaluación inadecuado de quejas y denuncias en beneficio particular, **DEBIDO A** un posible conflicto de intereses en la evaluación respectiva, lo que **PUEDE GENERAR** que el archivo de las actuaciones disciplinarias se encuentren sin un debido proceso que rija las actuaciones administrativas, absolviendo conductas disciplinables.	RIESGO_CORRUPCIÓN	EVITAR EL RIESGO	1	20	ZONA RIESGO MODERADA	Realizar en las jornadas de inducción y reinducción de la entidad una intervención recordando a los funcionarios y contratistas los deberes y obligaciones que tienen los mismos con la entidad.	1/06/2021	30/11/2023	Secretario(a) General	En el periodo comprendido entre enero y abril de 2023, se realizó la debida sustanciación de las quejas presentadas, expidiendose autos de archivo, decisiones inhibitorias y pliego de cargos, para dar credibilidad al proceso de control interno disciplinario, se evidencia en la base de datos de procesos. revisión que se podra hacer en la instalaciones de la oficina que se encuentra en el 5 piso de la entidad. De igual manera como acción de mejora desde el años pasado en el riesgo de corrupción se adjunta las evidencias de las jornadas de inducción instritucional de contratistas y funcionarios de la UNGRD, esto con el fin de recordar la importancia de los principios y valores que deben cumplir los mencionados funcionarios. como evidencia se carga el correo electronico remitido por parte de talento humano de la agendación de la solicitud.	En el periodo comprendido entre enero y abril de 2023, se realizó la debida sustanciación de las quejas presentadas, expidiendose autos de archivo, decisiones inhibitorias, aperturas de Indagaciones preliminares e investigaciones disciplinarias, para dar credibilidad al proceso de control interno disciplinario, se evidencia en la base de datos de procesos. revisión que se podra hacer en la instalaciones de la oficina que se encuentra en el 5 piso de la entidad. De igual manera como acción de mejora desde el años pasado en el riesgo de corrupción se adjunta las evidencias de las jornadas de inducción institucional de contratistas y funcionarios de la UNGRD, esto con el fin de recordar la importancia de los principios y valores que deben cumplir los mencionados funcionarios. como evidencia se carga el correo electronico remitido por parte de talento humano de la agendación de la solicitud. Por otra parte se deja constancia que por certificación expedida el 28 de agosto de 2023, la operadora disciplinaria autorizó a la funcionaria que tiene la custodia de los procesos, remitir información escaneada de las quejas, procesos y/o requerimientos que hagan parte del proceso disciplinario al contratista Juan fernando Arcila, quien prestará apoyo jurídico a la Secretaria General en su rol de Operador disciplinario de la UNGRD.		**1. Evidencias:** NO APORTO LA EVIDENCIA **2. Diseño de los controles:** El diseño del Control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. **3. Efectividad de los controles:** la OCI no puede verificar la efectividad del riesgo toda vez que el proceso no aporto evidencias **4. Materialización del riesgo:** la OCI no puede verificar la efectividad del riesgo toda vez que el proceso no aporto evidencias. **5. Recomendación:** Se recomienda replantear el riesgo. **6. Plan de tratamiento (si aplica)**: la OCI no puede verificar la efectividad del riesgo toda vez que el proceso no aporto evidencias.	**1. Evidencias:** De conformidad con el control el proceso aporta jornadas de capacitación dentro de la inducción que hace la entidad, y para ello el proceso aporta evidencias de invitación a la Inducción de fecha el 29/08/2023. **2. Diseño de los controles:** El diseño del Control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5, los cuales fueron adoptados por la Entidad como estructura de los controles. Cumple. **3. Efectividad de los controles:** El control es efectivo. **4. Materialización del riesgo:** El riesgo no se materializa. **5. Recomendación:** Se recomienda no solo realizar capacitaciones en la inducción por parte del proceso de Control Interno Disciplinario sino generar un cronograma de capacitaciones referentes a las modificaciones de Ley Disciplinaria. **6. Plan de tratamiento (si aplica):** Se recomienda generar un plan de tratamiento que prevenga la materialización del riesgo		ACTIVO
9	FINANCIERA	* Competencia, formación y experiencia del talento humano	Ninguno	Emitir estados Financieros que no reflejen la realidad de la entidad o presentarlos de forma inoportuna, **DEBIDO A:** 1. Entrega de información incompleta e inoportuna por parte de los procesos de la entidad. 2. Errores ocasionales por parte de los responsables de los hechos financieros. Lo que **PUEDE GENERAR** o dar lugar a sanciones y suministrar una información sin las cualidades requeridas en el objetivo del proceso de gestión financiera.	RIESGO	EVITAR EL RIESGO	1	3	ZONA RIESGO MODERADA	No aplica. No requiere acciones adicionales a los controles, de acuerdo a la Política de Administración de riesgos.				En el primer cuatrimestre, se llevó a cabo el seguimiento de acuerdo con lo establecido en el cronograma de actividades. Resaltamos la importancia de esta herramienta para el GAFC, que nos permite generar los estados financieros con la información veraz que es remitida por cada área involucrada en este proceso según las fechas establecidas para tal fin, adicional adjuntamos correos electrónicos y conciliaciones como soporte del cronograma. Por otro lado, entregamos evidencia del indicador de los Estados Financieros y publicación en la página web, que revela la entrega oportuna.	En el seguimiento del segunto cuatrimestre, se realizo por medio del cronograma de actividades remitiendo correo electronico a las areas con el fin de que estas reporten la información para la elaboción de los Estados Financieros y presentarlos de manera oportuna.		1. Evidencias: a. Para el control 1 el proceso adjunta cronograma de actividades donde de forma se evidencia que cumple con todas las actividades; adjunta también soporte de los envíos por parte de los procesos de dichas actividades. b. Control 2: El GAFC adjunta indicador de los Estados Financieros y publicación en la página web, que revela la entrega oportuna. 2. Diseño de los controles: Cumple 3. Efectividad de los controles: No es efectivo toda vez que el riesgo plantea "Emitir estados Financieros que no reflejen la realidad…" y con los controles establecidos simplemente se pretende cumplir con el cronograma de actividades monitoreando que las áreas remitan de manera oportuna y de esta manera el indicador de cumplimiento siempre será positivo; lo que plantea el riesgo no se mitiga con estos dos controles; ya que no tienen impacto; el cumplimiento del cronograma no garantizara que los datos sean ciertos o veraces o que nos exoneren de multas y sanciones. 4. Materialización del riesgo: Si, Ver informe de austeridad del gasto I trimestre 2023, seguimiento a cajas menores 2022, seguimiento pago de impuestos e incapacidades 2022 entre otros. 5. Recomendación: Asociar riesgos que puedan realmente ser controlados por el área financiera pues al asegurar "Emitir estados Financieros que no reflejen la realidad…" están asumiendo una responsabilidad muy grande en la cual se deben preguntar si se involucran de lleno o simplemente no lo hago. 6. Plan de tratamiento: No aplica	1. Evidencias: a. Para el control 1 el proceso adjunta cronograma de actividades donde de forma se evidencia que cumple con todas las actividades; adjunta también soporte de los envíos por parte de los procesos de dichas actividades. b. Control 2: El GAFC adjunta indicador de los Estados Financieros y publicación en la página web, que revela la entrega oportuna. 2. Diseño de los controles: Cumple 3. Efectividad de los controles: No es efectivo toda vez que el riesgo plantea "Emitir estados Financieros que no reflejen la realidad…" y con los controles establecidos simplemente se pretende cumplir con el cronograma de actividades monitoreando que las áreas remitan de manera oportuna y de esta manera el indicador de cumplimiento siempre será positivo; lo que plantea el riesgo no se mitiga con estos dos controles; ya que no tienen impacto; el cumplimiento del cronograma no garantizara que los datos sean ciertos o veraces o que nos exoneren de multas y sanciones. 4. Materialización del riesgo: Si, Ver informe de austeridad del gasto II trimestre 2023, seguimiento a cajas menores primer semestre 2023, entre otros. 5. Recomendación: Asociar riesgos que puedan realmente ser controlados por el área financiera pues al asegurar "Emitir estados Financieros que no reflejen la realidad…" están asumiendo una responsabilidad muy grande en la cual se deben preguntar si se involucran de lleno o simplemente no lo hago. 6. Plan de tratamiento: No aplica		ACTIVO
10	FINANCIERA	* Competencia, formación y experiencia del talento humano * Disponibilidad de Bienes muebles e inmuebles * Disponibilidad y seguridad de la Información	Ninguno	Diferencias en el cálculo de los valores de la depreciación, provisión, amortización y valorización entre el software del proceso gestión de bienes muebles e inmuebles y el SIIF, **DEBIDO A:** 1. Errores ocasionales por parte de los responsables, al momento de establecer la vida útil o el valor del bien. 2. Errores en el cargue de información del software de inventarios, fallas en el software que efectúa los cálculos de depreciación, provisión, amortización y valorización. Lo que **PUEDE GENERAR:** 1. Hallazgos de auditoría o de entes de control	RIESGO	REDUCIR EL RIESGO	1	2	ZONA RIESGO BAJA	No aplica. No requiere acciones adicionales a los controles, de acuerdo a la Política de Administración de riesgos.				Se realiza la conciliación de bienes muebles e inmuebles correspondientes al primer cuatrimestre del año, el mes de abril se encuentra en elaboración, y se entrega el informe trimestral de la revisión de la vida útil de los bienes activos, como se ha mencionado anteriormente, para realizar este proceso el GAA reporta mensualmente el informe detallado de bienes generado por el aplicativo Know it, posteriormente el GAFC valida la información reportada y registra en el SIIF lo correspondiente, dando como resultado de este proceso la conciliación de bienes e inmuebles, por medio de la cual establece la diferencia entre el aplicativo del subproceso de bienes e inmuebles y	Se realiza la conciliación del segundo cuatrimestre del año, se entrega el informe trimestral de la revisión de la vida útil de los bienes activos, como se ha mencionado anteriormente, para realizar este proceso el GAA reporta mensualmente el informe detallado de bienes generado por el aplicativo Know it, posteriormente el GAFC valida la información reportada y registra en el SIIF lo correspondiente, dando como resultado de este proceso la conciliación de bienes e inmuebles, por medio de la cual establece la diferencia entre el aplicativo del subproceso de bienes e inmuebles y lo registrado en el SIIF.		1. Evidencias: Las evidencias corresponde a lo planteado en el diseño de los controles 2. Diseño de los controles: Cumplen con la guía del DAFP version5 3. Efectividad de los controles: No es efectivo por las razones que siempre la OCI reitera, el área financiera no calcula depreciaciones; no adjunta ningún tipo de provisiones, amortizaciones y valorizaciones, ni tampoco hace mención al respecto, no se explica porque en la identificación del riesgo acotan a ello. 4. Materialización del riesgo: No 5. Recomendación: Se reitera revisar el riesgo identificado ya que hacen mención a depreciaciones,	1. Evidencias: Las evidencias corresponde a lo planteado en el diseño de los controles 2. Diseño de los controles: Cumplen con la guía del DAFP version5 3. Efectividad de los controles: No es efectivo por las razones que siempre la OCI reitera, el área financiera no calcula depreciaciones; no adjunta ningún tipo de provisiones, amortizaciones y valorizaciones, ni tampoco hace mención al respecto, no se explica porque en la identificación del riesgo acotan a ello. 4. Materialización del riesgo: No 5. Recomendación: Se reitera revisar el riesgo identificado ya que hacen mención a depreciaciones, provisiones,		ACTIVO

11	FINANCIERA	* Competencia, formación y experiencia del talento humano	Ninguno	El no registro en el aplicativo de SIIF Nación de las solicitudes de modificación de PAC en las fechas establecidas segun Calendario para el cargue de solicitudes PAC) , **DEBIDO A:** 1. Personal no idóneo para cumplir con la actividad a causa del desconocimiento de las fechas del PAC por parte del Ministerio 2. Rotación de personal que carga el PAC en la plataforma del Ministerio. 2. Solicitud en las fechas que no correspondan Lo que **PUEDE OCASIONAR**: 1. La no aprobación de recursos por parte del Min. Hacienda y Crédito Público 2. Incumplimiento en los pagos oportunamente a los contratistas y/o proveedores.	RIESGO		1	1	**ZONA RIESGO BAJA**	No aplica. No requiere acciones adicionales a los controles, de acuerdo a la Política de Administración de riesgos.				Se suministran las solicitudes y modificaciones de PAC en estado aprobado y registrado del primer cuatrimestre de la vigencia 2023, donde se evidencia el correcto registro en el aplicativo de SIIF Nación conforme las fechas establecidas por el Ministerio de Hacienda en la circular 001 del 2 de enero del 2023 , con el fin de obtener la aprobación de recursos por parte del MHCP y evitar el incumplimiento de las obligaciones de pago.	Se suministran las solicitudes y modificaciones de PAC en estado aprobado y registrado del segundo cuatrimestre de la vigencia 2023, donde se evidencia el correcto registro en el aplicativo de SIIF Nación conforme las fechas establecidas por el Ministerio de Hacienda en la circular 001 del 2 de enero del 2023 , con el fin de obtener la aprobación de recursos por parte del MHCP y evitar el incumplimiento de las obligaciones de pago.		1. Evidencias: Se suministran las solicitudes y modificaciones de PAC en estado aprobado y registrado del primer cuatrimestre de la vigencia 2023, donde se evidencia el correcto registro en el aplicativo de SIIF Nación conforme las fechas establecidas por el Ministerio de Hacienda en la circular 001 del 2 de enero del 2023 , con el fin de obtener la aprobación de recursos por parte del MHCP y evitar el incumplimiento de las obligaciones de pago 2. Diseño de los controles: Cumplen 3. Efectividad de los controles: Es efectivo 4. Materialización del riesgo: No 5. Recomendación: n/a 6. Plan de tratamiento: n/a	1. Evidencias: Se suministran las solicitudes y modificaciones de PAC en estado aprobado y registrado del primer cuatrimestre de la vigencia 2023, donde se evidencia el correcto registro en el aplicativo de SIIF Nación conforme las fechas establecidas por el Ministerio de Hacienda en la circular 001 del 2 de enero del 2023 , con el fin de obtener la aprobación de recursos por parte del MHCP y evitar el incumplimiento de las obligaciones de pago 2. Diseño de los controles: Cumplen 3. Efectividad de los controles: Es efectivo 4. Materialización del riesgo: No 5. Recomendación: GAFC – ID 11: Adjuntar las actas de consolidación del PAC donde se pueda evidenciar y cotejar con el reporte de solicitud de modificación de PAC en estado registrado y aprobado ya que sin estas actas no tienen sentido las evidencias aportadas. 6. Plan de tratamiento: n/a		ACTIVO
15	JURÍDICA	• Se cuenta con toda la información documentada y consolidada en bases de datos, evitando la fuga de información; generando un control y seguimiento de las actividades que realiza el proceso. • Contar con una política de prevención de daño antijurídico que busca la reducción de la litigiosidad. • Liderazgo del lider del proceso que apoya el equipo de trabajo. • La contundencia en las líneas de defensa judicial. • El control y seguimiento a los procesos judiciales. • Atención oportuna a los trámites de la OAJ. • Desarticulación entre las dependencias en las respuestas oportunas y de fondo a los requerimientos internos y externos. (repercute en el incremento de la litigiosidad de la entidad). • Demora de respuesta de otras áreas de la entidad al suministrar información necesaria para la atención oportuna de	• La implementación del Modelo Óptimo de Gestión de la Defensa Jurídica - MOG para disminuir decisiones adversas a la entidad y gestionar de manera eficiente el proceso de gestión jurídica. • Desconocimiento e interpretación equívoca de los jueces en la normatividad de gestión de riesgos de desastres. • Expedición de normas sin el estudio de las consecuencias jurídicas. • Falta de coordinación interinstitucional cuando son involucradas más de una entidad en el mismo proceso.	Fallos judiciales en contra de la UNGRD que debieron ser favorables **A CAUSA DE**: 1. Falta de seguimiento y/o seguimiento inoportuno a los procesos. 2. Inadecuada defensa de los intereses de la entidad por: 3. Falta de información, información incompleta, información desactualizada en los sistemas o dificultad de acceso a la información. - Falta de lineamientos y estrategias de defensa. - Falta del personal apropiado para ejercer la defensa de la entidad. - Alta carga laboral para atender el volumen de procesos en la entidad. 4. Desconocimiento de demandas o procesos que se cursen en contra de la entidad debido a deficiencias en la notificación a la Entidad. Lo que **PUEDE GENERAR** posible detrimento patrimonial, sanciones de índole disciplinario y/o penal y fallos condenatorios.	RIESGO	EVITAR EL RIESGO	1	3	**ZONA RIESGO MODERADA**	No aplica. No requiere acciones adicionales a los controles, de acuerdo a la Política de Administración de riesgos.				Se realiza el seguimiento al cuadro de control "SEGUIMIENTO PROCESOS JUDICIALES UNGRD_semaforo", así como a la base de datos "AUDIENCIAS JUDICIALES" dispuestas en drive, con el fin de verificar la actualización de cada uno de los procesos judiciales y audiencias programadas y realizadas en el periodo a evaluar. Se generan alertas por correo electrónico cuando se evidenció desactualización de las bases de datos. El día 17 de febrero de 2023 se realizó el seguimiento a la Política de Prevención del Daño Antijurídico Vigencia 2022 - 2023, el cual se encuentra registrado en el Sistema Único de Información Litigiosa del Estado - Ekogui. Se han recibido 227 fallos favorables para la entidad.	Se realiza el seguimiento al cuadro de control "SEGUIMIENTO PROCESOS JUDICIALES UNGRD_semaforo", así como a la base de datos "AUDIENCIAS JUDICIALES" dispuestas en drive, con el fin de verificar la actualización de cada uno de los procesos judiciales y audiencias programadas y realizadas en el periodo a evaluar. Se generan alertas por correo electrónico cuando se evidenció desactualización de las bases de datos. Se han recibido 392 fallos favorables para la entidad.		**1. Evidencias:** el proceso aporta genero dos controles Control 1: donde aporta como evidencias la base de datos "Seguimiento Procesos Judiciales UNGRD actualizada, así como, Base de datos "Audiencias Judiciales" actualizada. Las cuales contienen las alertas generados durante el periodo. Control 2: El proceso aporta como evidencia el reporte de la Política de Prevención del Daño Antijurídico – PPDA. **2. Diseño de los controles:** El diseño de los controles corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. **3. Efectividad del control:** Los controles sonefectivos, mitigan la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo:** No se han materializado los riesgos, pues los controles son suficiente. **5. Recomendación:** NA. **6. Plan de tratamiento (si aplica)**: NA.	**1. Evidencias:** el proceso aporta genero dos controles **Control 1:** donde aporta como evidencias la base de datos "Seguimiento Procesos Judiciales UNGRD actualizada, así como, Base de datos "Audiencias Judiciales" actualizada. Las cuales contienen las alertas generados durante el periodo; Base de datos de los procesos que contiene la actualizada; correo electrónico seguimiento procesos judiciales mes de mayo 2023; y finalmente aporta una base de datos llamada base de LOGROS que contiene los procesos en los cuales la UNGRD no ha sido responsable de las actuaciones judiciales que se le endilgan. **Control 2:** no aporta evidencia. **2. Diseño de los controles:** El diseño de los controles corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5 los cuales fueron adoptados por la Entidad como estructura de los controles. Cumple **3. Efectividad del control:** Los controles son efectivos, mitigan la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo:** No se han materializado los riesgos, pues los controles son suficiente. **5. Recomendación: NA.** **6. Plan de tratamiento (si aplica): NA**		ACTIVO
16	JURÍDICA	• Se cuenta con toda la información documentada y consolidada en bases de datos, evitando la fuga de información; generando un control y seguimiento de las actividades que realiza el proceso. • El control y seguimiento a los procesos judiciales. • Fortalecimiento administrativo basado en la gestión e implementación del Modelo Óptimo de Gestión. • Desconocimiento del manejo de programas ofimáticos.	• La utilización del eKogui como herramienta de control y seguimiento de los procesos judiciales de la entidad.	No contar con el registro de la información unificada y actualizada de los procesos de la actividad litigiosa de la Unidad en el Sistema Único de gestión e información litigiosa del Estado – eKOGUI, **DEBIDO A** la omisión o retraso por parte de los apoderados de la entidad en el registro y actualización de las actuaciones judiciales en el Sistema Único de gestión e información litigiosa del Estado – eKOGUI, lo cual **PUEDE GENERAR** sanciones por incumplimiento e insatisfacción de los usuarios especialmente de la Agencia Nacional de Defensa jurídica del Estado.	RIESGO	EVITAR EL RIESGO	2	2	**ZONA RIESGO BAJA**	No aplica. No requiere acciones adicionales a los controles, de acuerdo a la Política de Administración de riesgos.				Se realiza el seguimiento mensual y cuando se requiera a los procesos que se encuentran y los que requieren estar registrados en el Sistema Único de Gestión e Información Litigiosa del Estado - e-KOGUI, con el fin de que este cuente con la información completa y actualizada. Se han recibido 17 procesos judiciales y 32 conciliaciones extrajudiciales los cuales se han registrado en el sistema y se han terminado 16 procesos judiciales. El día 30 de enero de 2023 se realizó capacitación por parte de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado al perfil control interno, módulos y funcionalidades. El día 19 de abril de 2023 se realizó capacitación por parte de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado al Jefe Financiero/Enlace de Pagos en el perfil financiero, módulos y funcionalidades.	Se realiza el seguimiento mensual y cuando se requiera a los procesos que se encuentran y los que requieren estar registrados en el Sistema Único de Gestión e Información Litigiosa del Estado - e-KOGUI, con el fin de que este cuente con la información completa y actualizada. Se han recibido 38 procesos judiciales y 27 conciliaciones extrajudiciales los cuales se han registrado en el sistema y se han terminado 32 procesos judiciales. El día 04 de mayo de 2023 se realizó capacitación por parte de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado al perfil administrador, módulos y funcionalidades. El día 30 de mayo de 2023 y 27 de julio de 2023 se realizó capacitación por parte de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado al perfil control interno, módulos y funcionalidades. El día 21 de julio de 2023 se realizó capacitación por parte de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado al perfil Secretario Técnico, módulos y funcionalidades. El día 27 de julio de 2023 se realizó capacitación por parte de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado al perfil Jefe Jurídico, módulos y funcionalidades. El día 10 de agosto de 2023 se realizó capacitación por parte de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado al perfil abogado, módulos y funcionalidades. El día 24 de agosto de 2023 se realizó capacitación por parte de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado al Jefe Financiero/Enlace de Pagos en el perfil financiero, módulos y funcionalidades.		**1. Evidencias:** el proceso aporta genero dos controles Control 1: donde aporta como evidencias seguimiento realizado en el cuadro de control de cargue en EKogui y los correos electrónicos enviados a los responsables con la información requerida. Control 2: El proceso aporta como evidencia las listas de asistencia a las capacitaciones y/o certificaciones **2. Diseño de los controles**: El diseño de los controles corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. **3. Efectividad del control:** Los controles sonefectivos, mitigan la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo**: No se han materializado los riesgos, pues los controles son suficiente. **5. Recomendación:** NA. **6. Plan de tratamiento (si aplica)**: NA	**1. Evidencias:** el proceso aporta genero dos controles **Control 1**: donde aporta como evidencias seguimiento realizado en el cuadro de control de cargue en EKogui y los correos electrónicos enviados a los responsables con la información requerida; así mismo, se evidencia dos bases de datos las cuales corresponden al reporte de conciliaciones extrajudiciales y Reporte de los procesos Judiciales. **Control 2**: El proceso aporta como evidencia las certificaciones de las capacitaciones impartidas a los diferentes perfiles o roles contenidos en el aplicativo Ekogüi. **2. Diseño de los controles:** El diseño de los controles corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5 los cuales fueron adoptados por la Entidad como estructura de los controles. Cumple **3. Efectividad del control:** Los controles son efectivos, mitigan la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo:** No se han materializado los riesgos, pues los controles son suficiente. **5. Recomendación: NA.** **6. Plan de tratamiento (si aplica): NA**		ACTIVO
17	JURÍDICA	• Conocimiento compartido dado los diferentes perfiles de los profesionales del área jurídica. • Aprendizaje continuo por los fallos favorables recibidos para la entidad. • Desarrollo de contextos de aprendizaje a traves del establecimiento de mesas de estudios jurídicos.	• Aprovechamiento de las plataformas digitales para la actualización del conocimiento y fortalecimiento de las líneas de defensa.	Fortalecimiento continuo de la defensa jurídica de la entidad **A TRAVÉS DEL** aprovechamiento de las plataformas digitales con la actualización normativa y jurídica que **FAVORECE** la toma de decisiones internas.	OPORTUNIDAD		5	4	**ZONA OPORTUNIDAD EXTREMA**					Se realiza el plan de capacitación para los abogados de la Oficina Asesora Jurídica, el cual se desarrollará con el apoyo de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, se le realiza seguimiento al mismo y se evidencia que a la fecha se han realizado 2 capacitaciones para el primer cuatrimestre de 2023.	Se realiza el plan de capacitación para los abogados de la Oficina Asesora Jurídica, el cual se desarrollará con el apoyo de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, se le realiza seguimiento al mismo y se evidencia que a la fecha se realizó 1 capacitación para el segundo cuatrimestre de 2023.		**1. Evidencias:** el proceso aporta como evidencia las listas de asistencia a las capacitaciones y los Certificados. **2. Diseño de los controles:** Verifique si cumplen con el diseño: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. **3. Efectividad de los controles**: El control es efectivo, pues previene la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. **5. Recomendación:** NA **6. Plan de tratamiento (si aplica**): NA	**1. Evidencias:** el proceso aporta como evidencia las listas de asistencia a 3 capacitaciones y un correo solicitando capacitación de liquidación de Daños estas fueron: 1. Capacitación Liquidación de Daños; 2. Invitación - Capacitación Liquidación de Daños; 3. Afectación relevante a bienes convencionales y constitucionalmente amparados y el Correo UNGRD - SOLICITUD CAPACITACIÓN PRESENCIAL – UNGRD. **2. Diseño de los controles:** a pesar de que estamos frente a una oportuidad el diseño de los controles corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5 los cuales fueron adoptados por la Entidad como estructura de los controles. Cumple. **3. Efectividad de los controles:** El control es efectivo, pues previene la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. **5. Recomendación:** NA **6. Plan de tratamiento (si aplica)**: NA		ACTIVO
18	JURÍDICA	• Todos los profesionales cuentan con un amplio conocimiento de los procedimientos internos, lo cual permite que en cualquier momento pueda apoyar diferentes actividades del proceso. • Liderazgo del lider del proceso que apoya el equipo de trabajo. • La calidad profesional y ética del equipo OAJ. • La contundencia en las líneas de defensa judicial. • Conocimiento compartido dado los diferentes perfiles de los profesionales del área jurídica. • Aprendizaje continuo por los fallos favorables recibidos para la entidad. • Desarrollo de contextos de aprendizaje a traves del establecimiento de mesas de estudios jurídicos.	• Aprovechamiento de las plataformas digitales para la actualización del conocimiento y fortalecimiento de las líneas de defensa. • Cambios de normatividad vigente. • Incremento en la cantidad de acciones judiciales presentadas por la facilidad de presentarlas ante las instancias debido a los nuevos procedimientos implementados a causa de la pandemia.	Desarrollo de contextos de aprendizaje **A TRAVÉS DEL** establecimiento de mesas de estudios jurídicos **QUE FACILITEN** la construcción del conocimiento y favorezcan la verbalización, argumentación, el contraste y la elaboración de las ideas y los conocimientos en el marco del análisis jurídico de los procesos ganados y perdidos.	OPORTUNIDAD		5	3	**ZONA OPORTUNIDAD EXTREMA**					El día 23 de marzo de 2023 se realizó la primera mesa de estudios jurídicos del año, instancia que se genera para compartir, unificar y mejorar los conocimientos de los abogados al interior del proceso.	El día 29 de agosto de 2023 se realizará la segunda mesa de estudios jurídicos del año, instancia que se genera para compartir, unificar y mejorar los conocimientos de los abogados al interior del proceso.		**1. Evidencias:** Aporta como evidencia la citación a las mesas de estudio, el acta de reunión de la mesa de estudio, la solicitud y el listado de asistencia a la mesa. **2. Diseño de los controles:** NA. **3. Efectividad de los controles:** El proceso genero un control, lo que previene que la oportunidad se convierta en un riesgo y este se materialice. **4. Materialización del riesgo:** NA. **5. Recomendación:** NA **6. Plan de tratamiento (si aplica):** NA	**1. Evidencias:** Aporta como evidencia la citación el 2023/08/11 solicitud mesa de estudios jurídicos, e imagen de invitación en calendar google a la mesa, de acuerdo con el monitoreo la mesa se llevo a cabo el 29/08/2023. **2. Diseño de los controles:** a pesar de que estamos frente a una oportuidad el diseño de los controles corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5 los cuales fueron adoptados por la Entidad como estructura de los controles. Cumple. **3. Efectividad de los controles**: El proceso genero un control, lo que previene que la oportunidad se convierta en un riesgo y este se materialice. **4. Materialización del riesgo**: NA. **5. Recomendación:** NA **6. Plan de tratamiento (si aplica**): NA		ACTIVO
19	JURÍDICA	• Liderazgo del lider del proceso que apoya el equipo de trabajo. • La calidad profesional y ética del equipo OAJ.	• Actos corruptos que afecte los intereses patrimoniales de la entidad.	Posibilidad de ofrecimiento de dádivas para obtener un beneficio particular en detrimento de la entidad, **DEBIDO A** la diversidad de intereses particulares en los procesos judiciales, lo que **PUEDE OCASIONAR** cohecho propio o impropio y prácticas ilegales entre abogados y/o funcionarios judiciales en el ejercicio del derecho, así como sanciones disciplinarias y/o penales.	RIESGO_CORRUPCIÓN	EVITAR EL RIESGO	2	10	**ZONA RIESGO MODERADA**	Dar cumplimiento al procedimiento de Defensa judicial por pasiva PR-1200-OAJ-01, Defensa judicial por activa PR-1200-OAJ-04_5 y Atención De Las Acciones De Tutela PR-1200-OAJ-09_1; y socializarlos al personal nuevo que ingrese a la Oficina Asesora Jurídica.	09/01/2022	12/15/2022	Jefe Oficina Jurídica	Se realiza la revisión por parte del jefe de la OAJ a cada una de las actuaciones judiciales desplegadas en el proceso de gestión jurídica por medio del Sistema de Correspondencia de la Entidad, SIGOB, con el fin de dejar la trazabilidad desde la recepción del requerimiento hasta el envío de la respuesta, así como de los comentarios o ajustes que realice el jefe del área. Se han revisado 707 documentos desde el 01 de enero de 2023 hasta la fecha por parte del Jefe de la Oficina Asesora Jurídica. Además se someten los casos en los que ha sido demandada la entidad de los diferentes medios de control al comité de conciliación, con el fin de garantizar el conocimiento de cada uno de los casos que se estan debatiendo en los diferentes medios de control, y también conocer la posicion jurídica que el apoderado plantea como defensa judicial dentro del proceso. Para el primer cuatrimestre de 2023 se han realizado 9 sesiones de comité de conciliación en las cuales se han analizado 60 casos, se tiene proyectado realizar la última sesión del cuatrimestre para finales de abril de 2023 para analizar 6 casos. Así mismo, de acuerdo a las acciones para tratar este riesgo, se realizó la socialización de los procedimientos del proceso a 4 abogados que ingresaron a la Oficina Asesora Jurídica. Se dio cumplimiento al procedimiento de Defensa judicial por pasiva PR-1200-OAJ-01, Defensa judicial por activa PR-1200-OAJ-04_5 y Atención De Las Acciones De Tutela PR-1200-OAJ-09_1 en cada una de las acciones judiciales desplegadas para el primer cuatrimestre de 2023.	Se realiza la revisión por parte del jefe de la OAJ a cada una de las actuaciones judiciales desplegadas en el proceso de gestión jurídica por medio del Sistema de Correspondencia de la Entidad, SIGOB, con el fin de dejar la trazabilidad desde la recepción del requerimiento hasta el envío de la respuesta, así como de los comentarios o ajustes que realice el jefe del área. Se han revisado 614 documentos desde el 01 de mayo de 2023 hasta la fecha por parte del Jefe de la Oficina Asesora Jurídica. Además se someten los casos en los que ha sido demandada la entidad de los diferentes medios de control al comité de conciliación, con el fin de garantizar el conocimiento de cada uno de los casos que se estan debatiendo en los diferentes medios de control, y también conocer la posicion jurídica que el apoderado plantea como defensa judicial dentro del proceso. Para el segundo cuatrimestre de 2023 se han realizado 10 sesiones de comité de conciliación en las cuales se han analizado 81 casos. Así mismo, de acuerdo a las acciones para tratar este riesgo, se realizó la socialización de los procedimientos del proceso a 4 abogados que ingresaron a la Oficina Asesora Jurídica. Se dio cumplimiento al procedimiento de Defensa judicial por pasiva PR-1200-OAJ-01, Defensa judicial por activa PR-1200-OAJ-04_5 y Atención De Las Acciones De Tutela PR-1200-OAJ-09_1 en cada una de las acciones judiciales desplegadas para el segundo cuatrimestre de 2023.		**1. Evidencias:** el proceso aporta como evidencia las citaciones a los comités de conciliación, y el seguimiento en SIGOB de las comunicaciones del cuatrimestre. **2. Diseño de los controles**: Verifique si cumplen con el diseño: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. **3. Efectividad de los controles:** El control es efectivo, pues previene la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo**: No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. **5. Recomendación**: NA **6. Plan de tratamiento (si aplica):** NA	1. **Evidencias:** el proceso aporta como evidencia las citaciones a los comités de conciliación, y el seguimiento en SIGOB de las comunicaciones del cuatrimestre, capacitaciones y un pantallazo de la base de datos del seguimiento en SIGOB. **2. Diseño de los controles:** El diseño de los controles corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5 los cuales fueron adoptados por la Entidad como estructura de los controles. Cumple. **3. Efectividad de los controles**: El control es efectivo, pues previene la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pero la OCI recomienda replantear el control o adicionar un control, que refuerce evitar la materialización del riesgo. **5. Recomendación:** Replantear el control o adicionar un control, que refuerce evitar la materialización del riesgo y generar igualmente un plan de tratamiento para prevenir. **6. Plan de tratamiento (si aplica)**: generar un plan de tratamiento teniendo en cuenta que se trata de un riesgo de corrupción		ACTIVO

20	REDUCCIÓN DEL RIESGO	* Hay capacidades al interior de la unidad y existe el interés de realizar convenios y trabajos con diferentes entidades púbicas y privadas como parte de la Implementación de la GRD. * PNGRD: Permite coordinar la formulación y efectuar el seguimiento y la evaluación del componente de reducción del riesgo de desastres. * Equipo de profesionales, multidisciplinario, contratado para la asistencia técnica en territorios/sectores	* Las comunidades que no están empoderadas frente a la GRD tienen mayores niveles de vulnerabilidad y menor posibilidad de participar y de establecer vinculos constructivos con la institucionalidad. * No existe la suficente partición en la GRD de los grupos mas vulnerables y los Consejos Territoriales de gestión del riesgo no tiene formación ni orientaciones claras para trabajar con los diferentes tipos de población (comunidades étnicas, personas con discapacidad, mujeres adultos mayores, niños). * Débil cultura de aseguramiento a nivel territorial y desconocimiento del nivel de aseguramiento a nivel general en entidades públicas. * Falta de interés y voluntad de	Baja cobertura en el fortalecimiento de la reducción del riesgo en las entidades territoriales y demás actores del Sistema Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, en la implementación y ejecución de los subprocesos de Intervención Prospectiva, Intervención Correctiva y Protección Financiera, **DEBIDO A** que las actividades establecidas del proceso de Gestión de Reducción del Riesgo no se desarrollen en su totalidad, lo que **PUEDE GENERAR** un aumento en la vulnerabilidad de los territorios al no implementar la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres.	RIESGO	REDUCIR EL RIESGO	1	2	**ZONA RIESGO BAJA**	No aplica. No requiere acciones adicionales a los controles, de acuerdo a la Política de Administración de riesgos.	1/02/2023	31/12/2023	Subdirector(a) Reducción del Riesgo	No aplica para el periodo evaluado. No obstante, se aclara que desde la SRR se trabajó en la formulación del plan de acción y que posterior a su publicación en la página web de la UNGRD por´parte de la OAPI, la Alta Dirección solicita que se realicen unas modificaciones dirigidas especialmente a las áreas misionales, las cuales fueron remitidas a dicha área para aprobación del mismo por parte del Director General. Como soportes, se adjunta la matriz modificada y el archivo que contiene el aval del señor Subdirector de Reducció (e) con fecha 27/04/2023	Los cambios frecuentes en el cargo de Director General ha influido significativamente en la planeación y ejecución de actividades para la vigencia 2023. Esta situación se refleja en una baja cobertura en el fortalecimiento de la RRD en las entidades territoriales y demás actores del Sistema Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, desde la implementación y ejecución de los subprocesos de Intervención Prospectiva, intervención correctiva y protección financiera; no obstante, para mitigar el riesgo, se han realizado dichos ajustes de manera formal conforme a lo establecido en el procedimiento de Formulación y Seguimiento al Plan de Acción y la mayoría de las actividades trazadas se han dejado para ejecutar durante el último cuatrimestre de la vigencia 2023. Así mismo, algunas actividades fueron eliminadas para ejecutar en la siguiente vigencia. También se evaluó las actividades que requieren de recursos financieros para su ejecución y que no fueron asignados en todos los casos y para lo cual sólo se tuvo certeza de la no disponibilidad de los mismos hasta finales del mes de julio. En este sentido, se eliminó algunas actividades dejando aquellas que se desarrollan dentro del proceso con la gestión del Profesional de Planta que está a cargo específicamente sobre las temáticas de protección financiera e intervención prospectivas y que son acciones que no requierer recursos adicionales. Se realiza seguimiento bimensual a las activadaes de la SRR a través del Plan de Acción el cual es reportado a la OAPI y OCI. Se remitió el ultimo reporte de seguimiento del PA en el mes de julio correspondiente al III Bimestre, Para ello se adjuntan los respectivos comunicados y las matrices de plan de acción. Finalmente, se aclara que las evidencias que soportan los avances de las actividades se encuentran en la ruta establecida por la OCI y la OAPI		Uno de los componentes en el ambiente de control está relacionado con el direccionamiento estratégico y planeación de las actividades que se deben desarrollar para el logro de los objetivos institucionales. Verificando este componente en la Entidad, encontramos que al día de hoy la actualización del plan de acción vigencia 2023 de las áreas misionales no cuentan con la aprobación de la Alta Dirección. Esta situación genera riesgos asociados a la gestión de la Entidad y especialmente en aquellos temas relacionados con la misionalidad de esta. **1. Evidencias Control 1:** El control se tiene programado para ser ejecutado de manera semestral, por lo tanto el seguimiento se realizará en el segundo cuatrimestre de 2023 o a menos que la periodicidad se modifique. **2. Diseño de los controles:** Cumple **3. Efectividad de los controles:** Para este periodo no se realiza seguimiento teniendo en cuenta que el control esta programado para ser ejecutado de manera semestral. **4. Materialización del riesgo**: No se ha evidenciado su materialización, sin embargo, esta situación genera riesgos asociados a la gestión de la Entidad y especialmente en aquellos temas relacionados con la misionalidad de esta. **5. Recomendación:** Respecto al riesgo de gestión # 20 se recomienda al proceso de Reducción del Riesgo, ajustar la periodicidad del control teniendo en cuenta que el seguimiento al plan de acción de la Entidad se realiza de manera bimestral. **6. Plan de tratamiento:** Esta programado para ser ejecutado de manera semestral. No se evalúa en este periodo.	**1. Evidencia:** Frente a este riesgo, se evidencia que el plan de acción se encuentra aprobado por la Alta Dirección y que a corte 30 de junio de 2023, lleva un cumplimiento acumulado del 8%. Cabe mencionar que, la mayoría de actividades inician en el mes de julio de 2023. De acuerdo con lo manifestado por el área de la Subdirección de Reducción del Riesgo - SRR, lo anterior se presenta debido a "los cambios frecuentes en el cargo de Director General que ha influido significativamente en la planeación y ejecución de actividades para la vigencia 2023. Situación que se refleja en una baja cobertura en el fortalecimiento de la RRD en las entidades territoriales y demás actores del Sistema Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, desde la implementación y ejecución de los subprocesos de Intervención Prospectiva, intervención correctiva y protección financiera." No obstante, para reducir el riesgo, la SRR realizó los ajustes a través de comunicaciones internas dirigidas a la Oficina de Planeación, como lo establece el procedimiento de Formulación y Seguimiento al Plan de Acción y la mayoría de las actividades trazadas se han dejado para ejecutar durante el último cuatrimestre de la vigencia 2023. Así mismo, algunas actividades fueron eliminadas para ejecutar en la siguiente vigencia. En cuanto a las actividades que requieren recursos financieros para su ejecución y que no les fueron asignados, fueron eliminadas y solo dejaron aquellas que se desarrollan dentro del proceso con la gestión del Profesional de Planta que está a cargo específicamente sobre las temáticas de protección financiera e intervención prospectivas y que son acciones que no requierer recursos adicionales. Como conclusión se indica que, las acciones adelantadas por la SRR han prevenido la materialización del riesgo. Cumple. **2. Diseño de controles:** Contiene los criterios definidos por Función Pública en la "Guía de Administración de riesgos y diseño de controles v4", los cuales fueron adoptado por la Entidad como estructura de los controles. Cumple. **3. Efectividad del control:** No es efectivo, se evidencia debilidades en el control. **4. Materializacion del riesgo**:No se ha evidenciado materialización. **5. Recomendaciones:** Respecto al riesgo de gestión # 20 se recomienda nuevamente al proceso de Reducción del Riesgo, ajustar la periodicidad del control teniendo en cuenta que el seguimiento al plan de acción lo realizan de manera bimestral. **6. Plan de tratamiento**: N/A		ACTIVO
21	REDUCCIÓN DEL RIESGO	* Definición de productos y servicios de la SRR: Estan enmarcados dentro del Manual SIPLAG de la UNGRD * PNGRD: Permite coordinar la formulación y efectuar el seguimiento y la evaluación del componente de RRD	* Cambio en legislación aplicable * Cambio de Gobierno y Políticas Públicas que definen planes, programas, proyectos y politicas de gobierno. * Politicas de Gobierno orientadas a la Gestón del Riesgo.	Seguimiento a los avances de la implementación del PNGRD (Plan Nacional de Gestión de Riesgo de Desastre), los cuales se encuentran establecidos desde el 2015 al 2030 y deben ser cumplidas,LO CUAL ASEGURA la continuidad de las acciones.	OPORTUNIDAD		4	4	**ZONA OPORTUNIDAD EXTREMA**	En articulación con la OAPI, efectuar el seguimiento de las actividades enmarcadas en la Reducción del Riesgo y que se encuentren a cargo del proceso de Reduccion del Riesgo a través del Formato Ficha de Seguimiento de Proyectos PNGRD. **Responsable:** Subdirector para la Reducción del Riesgo, profesionales asignados responsables del seguimiento de la ejecución del PNGRD y profesionales que tienen a cargo el seguimiento al cumplimiento de las actividades y/o proyectos establecidos en el componente programático del PNGRD, así como de las actividades de la actualización. **Periodicidad:** Semestral. **Propósito:** verificar los avances y el cumplimiento de las actividades enmarcadas en la Reducción del Riesgos, establecidas en el PNGRD. **Cómo se realiza:** se verifica el avance y cumplimiento de los proyectos y/o actividades establecidos en el PNGRD a cargo del proceso de Reducción. **Desviación:** el Subdirector de Reducción realizará comunicación verbal o escrita (email- correo, etc.) para dar cumplimiento a la actividad. **Evidencia:** Soportes de las asistencia a las sesiones que programe la OAPI con la con la SRR, en donde se presentan los avances y seguimientos y/o los soportes que evidencien los avances de los proyectos.	1/02/2023	31/12/2023	Subdirector(a) Reducción del Riesgo	No aplica para el periodo evaluado	En el marco de la actualización del PNGRD realizada en el 2022, los reportes de seguimiento se realizan con una periocidad anual. En el mes de enero se reportó el seguimiento el cual se encuentra en revisión y edición por parte de la OAPI. Así mismo se aclara que el único proyecto del PNGRD en el que la UNGRD figura como corresponsable, se viene desarrollando sin inconvenientes. Se anexa como evidencia: correo soporte y reporte ficha PNGRD SRR VIGENCIA 2022.		**Control 1:** El control se tiene programado para ser ejecutado de manera semestral, por lo tanto el seguimiento se realizará en el segundo cuatrimestre de 2023.	**1. Evidencia:** Frente a esta oportunidad, se evidencia REPORTE FICHA PNGRD SRR VIGENCIA 2022 y correos con la trazabilidad de la gestión adelantada para el seguimiento de la ficha del Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres - PNGRD correspondiente a proyectos a cargo de la Subdirección de Reducción del Riesgo - SRR . La ficha fue entregada a la Oficina Asesora de Planeación e Información - OAPI el 30 de diciembre de 2022 para su revisión y edición. Si bien, la periodicidad del control señala que el reporte se hace de manera semestral, de acuerdo con lo manifestado por la SRR, en la actualización del PNGRD, la periodicidad quedó anual. Para aclarar el tema, se solicitó a la Oficina Asesora de Planeación, nos ampliara el contexto de la situación, para lo cual, respondieron que "a partir de la vigencia 2023, la periodicidad será anual, toda vez que el PNGRD ha sido actualizado en el mes de agosto de la vigencia pasada a través del Decreto 1478 de 2022 de Presidencia de la República. Ahora bien, respecto a la dinámica del reporte: cada año con corte máximo al 30 de diciembre, se recibe información de sectores y territorios que reportan avances al PNGRD (2015-2030), en cuyo caso, para al vigencia del 2022 la SRR reportó efectivamente sus fichas de Excel con avances en sus proyectos a cargo.". En relación a lo anterior, la evidencia cumple. **2. Diseño de controles:** Contiene los criterios definidos por Función Pública en la "Guía de Administración de riesgos y diseño de controles v4", los cuales fueron adoptado por la Entidad como estructura de los controles. Cumple. **3. Efectividad del control:** Efectivo **4. Materializacion del riesgo**: N/A **5. Recomendaciones:** Respecto a la oportunidad # 21 se recomienda al proceso de Reducción del Riesgo, cambiar la periodicidad del control, ajustándolo a la nueva periodicidad de acuerdo con lo establecido en el decreto 1478 de 2022. **6. Plan de tratamiento**: Se evidenciaron soportes de las sesiones que programó la OAPI con la SRR, para revisar los avances de los proyectos enmarcados en el PNGRD. Cumple.		ACTIVO
22	REDUCCIÓN DEL RIESGO	* Equipo de profesionales, multidisciplinario, contratado para la asistencia técnica en territorios/sectores. * Equipo de profesionales, multidisciplinario, contratado para la estructuración y seguimiento de los proyectos de infraestructura. * Directivos de la unidad abiertos a nuevas propuestas, en especial al banco de programas y proyectos. * Evaluación de Proyectos: Equipo multidisciplinario contratado para realizar la evaluación de proyectos y asesoría técnica en dicha materia	* No existe acuerdo interinstitucional para seleccionar áreas prioritarias para gestionar el riesgo de desastres y la variabilidad y el cambio climático, que sirvan para que confluyan las acciones de intervención de la UNGRD, en actividades y procesos de las tres subdirecciones técnicas, incluyendo lo relacionado al banco de proyectos, para que, mediante los mismos, se pueda al final, apalancar y empoderar los procesos. * Actualizar la metodología para la presentación de proyectos a la UNGRD según lineamientos del DNP. * Necesidad de orientación para gestionar proyectos de intervención para reducir las condiciones de riesgo de desastres en los territorios.	Uso de la Información generada en la Evaluación, estructuración y ejecución de Proyectos que realiza el proceso de Reducción para beneficios particulares, **DEBIDO A** los intereses de terceros y que **PUEDE GENERAR** que se presenten procesos corruptos en la viabilización, estructuración y ejecución de proyectos sin el cumplimiento de los requisitos legales.	RIESGO_CORRUPCIÓN	REDUCIR EL RIESGO	3	5	**ZONA RIESGO MODERADA**	**Designación de equipos multidisciplinarios para efectuar el seguimiento a la estructuración y otro para la verificación de las condiciones establecidas,** **Responsable:** Subdirector para la Reducción del Riesgo y equipo de profesionales designados por el líder del proceso que tienen a cargo la ejecución y seguimiento de proyectos de obras. **Periodicidad:** Semestral. **Propósito:** Realizar el debido seguimiento a la estructuración y ejecución de los proyectos de infraestructura. **Cómo se realiza:** Seguimiento oportuno de forma consolidada a la ejecución de los contratos de obra y/o interventoría a través de una matriz de seguimiento la cual debe ser diligenciada por cada supervisor de forma permanente, la cual permitirá realizar seguimientos por parte del coordinador de proyectos y generar informes requeridos en tiempo real para la alta dirección. **Desviación:** Que no se realice ni se tenga control del debido seguimiento a la estructuración y ejecución de proyectos por parte de las personas designadas, para lo cual el Subdirector de Reducción realizará comunicación verbal o escrita (email- correo, etc.) con el fin de que se realice el cumplimiento a la actividad contractualmente. **Evidencias:** Los supervisores designados de los contratos para el seguimiento a la estructuración y la verificación de las condiciones establecidas, de acuerdo a lo señalado en la guía de supervisión, diligenciarán la matriz denominada "Obras para el futuro" la cual cuenta con todos los campos establecidos que permiten realizar el seguimiento correspondientes y generar los informes que sean requeridos	1/02/2023	31/12/2023	Subdirector(a) Reducción del Riesgo	**De acuerdo a la descripción del Control 1** correspondiente al aplicativo de Banco de Proyectos, de manera preventiva se realiza la solicitud al área de sistemas mencionando a las personas autorizadas al ingreso del mismo, siendo éstas las encargadas de la revisión y evaluación de proyectos. Se adjunta como evidencia el correo enviado con esta solicitud. **De acuerdo a la descripción del Control 2** En lo que refiere a Proyectos de Infraestructura y teniendo en cuenta el control establecido, se realizaron 46 designaciones de supervision para los contratos de interventoria adelantados desde la Subdireccion de **Reduccion del Riesgo.** **Plan de tratamiento:** Los supervisores designados de los contratos para el seguimiento a la estructuración y la verificación de las condiciones establecidas, de acuerdo a lo señalado en la guía de supervisión, diligencian en forma permanente, la matriz denominada "Obras para el futuro" la cual cuenta con todos los campos establecidos que permiten realizar el seguimiento correspondientes y generar los informes que sean requeridos	**Control 1 Banco de Proyectos:** Mediante comunicación interna, el día 9 de Agosto de 2023, dirigida a la Coordinación del grupo de Tecnologías de la información, se relaciona el listado de profesionales que hacen parte del Banco de proyectos para la asignación de usuarios y se solicita se cancele uno de los usuarios relacionado con un contratista que ya no labora en la entidad. **Control 2 Proyectos de Infraestructura:** De acuerdo con los lineamientos de la OAJ, las supervisiones de los contratos de interventoría y convenios que se ejecutan desde la SRR, será asumida por la Subdirectora para la Reducción del Riesgo, para la cual se solicitó al GGC la elaboración de las designaciones de supervisión y posteriormente a la SDG la firma del ordenador del gasto. Por lo anterior con base en las instrucciones de la Subdirectora para la Reducción del Riesgo, se asignaron apoyos a la supervisión para el componente técnico, jurídico y financiero, que permiten el control integral a la materialización del riesgo. Como evidencia se carga 1. la matriz de distribución de apoyos a la supervisión 2. Comunicación 2023IE04522 dirigida a la Sub. General donde se va notificando las designaciones de supervisión para su respectiva firma. 3. Comunicación 2023IE05272 dirigida al Grupo de Gestión Contractual donde se solicita el estado de avance del trámite de las designaciones de supervisión de la SRR 4. Correos soporte donde se identifican los proyectos que estarán supervisados directamente por la Subdirectora de Reducción del Riesgo. **Plan de Tratamiento:** Los técnicos que actualmente son apoyo a la supervisión, están designados para el seguimiento a la estructuración y la verificación de las condiciones establecidas, de acuerdo a lo señalado en la guía de supervisión, diligencian en forma permanente, la matriz denominada "Obras para el futuro" la cual cuenta con todos los campos establecidos que permiten realizar el seguimiento correspondientes y generar los informes que sean requeridos.		**Control 1:** El control se tiene programado para ser ejecutado de manera semestral, por lo tanto el seguimiento se realizará en el segundo cuatrimestre de 2023.	**1. Evidencia:** Frente a este riesgo, se tienen establecidos dos (2) controles. Cumple. **Evidencia Control 1 - Banco de Proyectos:** Se observó comunicación interna No. 2023IE0502 - Solicitud de usuario del SNIGRD de fecha 9 de Agosto de 2023, dirigida a la Coordinación del GTI, con el listado de profesionales para la asignación de usuarios y la solicitud de cancelación de un (1) usuario. **Control 2 - Proyectos de Infraestructura:** Conforme a los nuevos lineamientos de la Oficina Asesora de Jurídica, el área de SRR entregó como evidencia: 1. la matriz de distribución de apoyos a la supervisión 2. Comunicación 2023IE04522 Remisión de Designaciones 3. Comunicación 2023IE05272 Estado de trámite de las designaciones 4. Correos con relación de contratos que estan supervisados por la Subdirectora de Reducción del Riesgo. **2. Diseño de controles:** Contiene los criterios definidos por Función Pública en la "Guía de Administración de riesgos y diseño de controles v4", los cuales fueron adoptado por la Entidad como estructura de los controles. Cumple. **3. Efectividad del control:** Son Efectivos **4. Materializacion del riesgo**: No se ha evidenciado materialización. **5. Recomendaciones:** N/A **6. Plan de tratamiento**: Se observó matriz denominada "Obras para el futuro" la cual cuenta con la trazabilidad del seguimiento a los contratos. Cumple. **7. Valoración del control:** La valoración de los controles, reduce en gran medida el impacto, pasando del nivel 20(catastrófico) al nivel 5(Moderado).		ACTIVO
35	MANEJO DE DESASTRES	* Entrega de la información (informes e insumos) por parte de los miembros en territorio y el equipo central de la SMD * Registro en tiempo real de la ejecución y desarrollo de planes para cumplir y atender las situaciones de emergencia * Gestión de información para la difusión de planes, programas y/o proyectos * Retrasos en la entrega de información para control y seguimiento a planes, programas y/o proyectos	* Alta demanda en las solicitudes de apoyo y destinación de ayudas. *Desconocimiento de las entidades integrantes del Sistema de Gestión del Riesgo de los roles que deben cumplir en caso de una emergencia	Falta de articulación para el reporte de información en las actividades territoriales para la respuesta ante emergencia. **DEBIDO** a la falta de un procedimiento único para la respuesta y articulación institucional. **EFECTO**: Retraso en los tiempos de entrega de productos, acciones desarticuladas y fallas en el reporte de información.	RIESGO	REDUCIR EL RIESGO	2	3	**ZONA RIESGO MODERADA**	Revisar la estructuración de un documento guía en el marco del acompañamiento, reporte y gestión de la emergencia.	1/08/2022	30/11/2022	Subdirector(a) para el Manejo de Desastres	Para este cuatrimestre se apoyó con asistencia técnica desde la SMD a los entes territoriales de Cauca y Nariño. Se adjunta informes diarios y finales de la actividades adelantadas en terreno.	Durante este cuatrimestre, se brindó Asistencia Técnica al a los Municipios de Quetame, Gutiérrez, Guayabetal y Fosca por una Avenida Torrencial formada por una mezcla de sedimentos y agua. Por otra parte, también se adelantó Asistencia Técnica ante la llegada a territorio colombiano de la tormenta tropical BRET y seguidamente se brinda apoyo operativo y logístico al departamento de la Guajira como parte del programa Hambre Cero		**1. Evidencias:** Se evidenciaron 5 informes de comisiones que tienen por objeto: * Acompañamiento en la Entrega de Ayudas Humanitaria de Emergencia en el Departamento de Magdalena. * Acompañamiento técnico, logístico, administrativo y operativo al Departamento de Nariño en el proceso de entrega de Asistencia Humanitaria de Emergencia AHE del programa "CANASTAS POPULARES TIPO COSECHAS" a los diferentes municipios afectados por el cierre total de la vía "Panamericana" dejando incomunicado al Departamento de Nariño.en el marco de la Temporada de Lluvias 2022. * Coordinación, seguimiento y distribución AHE en el departamento del Cauca. **2. Diseño de los controles:** Cumple. **3. Efectividad del control:** Es efectivo**.** Conforme al control definido para el riesgo, se observó que este es implementado tal cual como se diseñó y aporta a la mitigación del riesgo. **4. Materialización del Riesgo:** No se ha evidenciado materialización. **5. Recomendaciones:** N/A **6. Plan de tratamiento:** Es efectivo. **7. Valoracion del control:** De acuerdo con la valoración del control, se observa que el riesgo se mantiene en zona moderada, no presenta variaciones en la probabilidad o el impacto.	**1. Evidencia:** Frente a este riesgo, el proceso suministró informes parciales e informes consolidados de las actividades adelantadas en el marco de la emergencia presentada en los Municipios de Quetame, Guayabetal, Fosca y Gutiérrez del departamento de Cundinamarca e informe de comisión de la asistencia técnica brindada ante la llegada a territorio colombiano de la tormenta tropical BRET y del apoyo operativo y logístico brindado al departamento de la Guajira como parte del programa Hambre Cero. Cumple. **2. Diseño de controles:** Contiene los criterios definidos por Función Pública en la "Guía de Administración de riesgos y diseño de controles v4", los cuales fueron adoptado por la Entidad como estructura de los controles. Cumple. **3. Efectividad del control:** Efectivo **4. Materializacion del riesgo**:No se ha evidenciado materialización. **5. Recomendaciones:** Respecto al riesgo # 35, se recomienda a la Subdirección de Manejo de Desastres, revisar si esta acción ya se ejecutó, si es el caso, eliminarla, de lo contrario, ajustar las fechas y entregar las evidencias para el siguiente seguimiento. **6. Plan de tratamiento**: No entregaron evidencia. las fechas de ejecución de este plan, estan vencidas o no corresponden. No Cumple. **7. Valoración del control:** No se genera ningún cambio en la probabilidad y el impacto, quedando en la misma zona moderada.		ACTIVO
36	MANEJO DE DESASTRES	* Falta de acompañamiento a los territorios y la implementación de los instrumentos de planificación, la estructuración de la gestión del riesgo de desastres, en el fortalecimiento de la protección financiera y cambio climático. * Posibilidad de capacitar técnicamente a los entes territoriales ante la respuesta a emergencia	* Cobertura nacional en materia de asistencia técnica en los procesos de preparativos para la respuesta ante emergencias. * Dificultades en la socialización de protocolos de respuesta ante la emergencia, indicador que representa un objetivo del Plan Nacional de Gestión del Riesgo y el Plan Nacional de Desarrollo.	Realizar el proceso de aprobación de los protocolos de la ENRE, según como se establece su procedimiento realizando un paso a paso por las instancias requeridas. **PARA:** Responder de manera oportuna a las emergencias con un instrumento aprobado por el SNGRD. **QUE FACILITA**: La coordinación de las emergencias en el territorio nacional.	OPORTUNIDAD		3	3	**ZONA OPORTUNIDAD ALTA**					Se realizó actualización del Protocolo Nacional de Respuesta ante Incendios Forestales y se envía para revisión y aprobación por parte de las entidades del SNGRD.	Se realizó la actualización del Plan Nacional de Respuesta Volcán nevado del Ruíz, ante el cambio de alerta de actividad del volcán se generó la necesidad de revisar y actualizar el documento existente de acuerdo al Área de evacuación según la amenaza.		**1. Evidencia:**Se evidenció un correo de fecha 23 de abril de 2023 dirigido a la Comisión Técnica Nacional Asesora para Incendios Forestales - CTNAIF, donde se indica el objeto de la sesión extraordinaria VIII de la CTNAIF adelantada para la formulación de un plan regionalizado ante la manifestación de incendios forestales en los territorios y los compromisos adquiridos. Los demás documentos no pertenecen a las acciones adelantadas en esta vigencia. **2. Diseño de los controles:** Cumple. **3. Efectividad del control:** Con la evidencia suministrada, muestra el trabajo que se adelanta con la Comisión Técnica mediante el cual se formulan los protocolos para que sean revisados y aprobados por parte de las entidades del SNGRD. El control es efectivo. **4. Materialización del Riesgo:** No se ha evidenciado materialización. **5. Recomendaciones**: N/A **6. Plan de tratamiento:** N/A **Valoración de la oportunidad:** La valoración del control permite mantener en zona alta la oportunidad,aportando en la mejora continua del proceso de Manejo de Desastres.	**1. Evidencia:** El proceso suministró el Plan Nacional de Respuesta por Actividad del Volcán Nevado del Ruiz en su versión 3, fecha de actualización (junio de 2023),así como el plan de cooperación internacional, versión final en formato word, presentación en formato ppt de las alertas por actividad volcánica (propuesta), propuesta protocolo alerta de volcanes en word y la propuesta de actualización del formato de planeación, control y seguimiento del diseño y desarrollo. Cumple. **2. Diseño de controles:** Contiene los criterios definidos por Función Pública en la "Guía de Administración de riesgos y diseño de controles v4", los cuales fueron adoptado por la Entidad como estructura de los controles. Cumple. **3. Efectividad del control:** Efectivo **4. Materializacion del riesgo**: N/A **5. Recomendaciones:** N/A **6. Plan de tratamiento**: N/A **7. Valoración del control:** N/A		ACTIVO
37	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	* Desconocimiento de la normatividad vigente * Desconocimiento en la misionalidad y funcionamiento de la entidad * Oportunidad en el cumplimiento de las metas presupuestales * Inexistencia de criterios específicos o metodologías de formulación	* Limitación de recursos financieros dados a la entidad para la ejecución de sus funciones	Formulación de necesidades presupuestales que no cubran la totalidad de requerimientos legales y financieros para el funcionamiento de la entidad formuladas a través del anteproyecto de presupuesto, **DEBIDO A** desconocimiento de criterios y/o metodologías para identificar las necesidades presupuestales lo que **PUEDE GENERAR** Desfinanciación en asuntos misionales que ocasione el incumplimiento de los objetivos institucionales y de los requerimientos normativos vigentes.	RIESGO	EVITAR EL RIESGO	1	3	**ZONA RIESGO MODERADA**	No aplica. No requiere acciones adicionales a los controles, de acuerdo a la Política de Administración de riesgos.				De acuerdo con las acciones adelantadas para la formulación del anteproyecto de presupuesto, con corte al 30 de abril de 2023, se cuenta con la formulación del anteproyecto vigencia 2024, presentado al Departamento Administrativo de Presidencia de la Republica - DAPRE, y posteriormente enviado al Ministerio de Hacienda y Credito Público - MHCP. De acuerdo con esto, el profesional asignado de la OAPI, realizó el proceso de coordinación en la identificación de necesidades presupuestales para la vigencia 2024, por lo cual se consultó cada una de las necesidades financieras requeridas por los procesos de la entidad. Como evidencia de la construcción del anteproyecto de presupuesto se relacionan las evidencias del proceso guardadas en Z:\TRD-PLANEACION\1300-4_ANTEP_PRESUPUESTO\2024 y compartidas en la ruta especificada por la Oficina de Control Interno.	Para el segundo cuatrimestre de la vigencia 2023, teniendo en cuenta las acciones adelantadas en el primer periodo, por medio del cual se consolida y formula el Anteproyecto de Presupuesto; a la fecha no se presenta ninguna accion adicional, teniendo en cuenta que el control establecido tiene periodicidad anual. En este sentido, considerando que este proceso ya surtió efecto, unicamente se realizan los correspondientes seguimientos que surgan necesarios para la asignación presupuestal vigencia 2024. Evidencias_Control_1 n/a		**1. Evidencias:** el proceso aporta como evidencia 5 carpetas que contienen el seguimiento a la solicitud de presupuesto, con corte al 30 de abril de 2023, tales como los topes, lineamientos y formularios, las solicitudes de información, las propuestas de las dependencias, etc. **2. Diseño de los controles:** el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. **3. Efectividad de los controles**: El control es efectivo, pues previene la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. **5. Recomendación**: NA **6. Plan de tratamiento (si aplica):** NA	**1. Evidencias:** El proceso no adjunta evidencia ya que el control se realiza de manera anual, Razon por la cual no se evalúa esta actividad **2. Diseño de los controles**: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía VR. 4. **3. Efectividad de los controles:** El control es efectivo, pues previene la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. 5. Recomendación: NA 6. Plan de tratamiento (si aplica): NA		ACTIVO

38	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	* Entrega de la información (insumos) por parte de las áreas de la entidad * Ejecución y desarrollo de planes para cumplir con objetivos misionales. * Gestion de información para control y seguimiento a planes, programas y/o proyectos	* Perdida de información y mal manejo de la misma a causa de las nuevas condiciones de trabajo en casa, por causa de la emergencia sanitaria	Retrasos en el seguimiento y emisión del plan de acción de la entidad **DEBIDO A** demora de las áreas en la entrega de información y reporte de las actividades para elaborar los respectivos informes de seguimiento lo que **PUEDE GENERAR**, retrasos en el desarrollo adecuado de las actividades en marco del plan de acción y demas instrumentos de planificación articulados a este; y por ende el cumplimiento oportuno de los objetivos institucionales y de indicadores de gestión.	RIESGO	ASUMIR EL RIESGO	2	3	**ZONA RIESGO MODERADA**	No aplica. No requiere acciones adicionales a los controles, de acuerdo a la Política de Administración de riesgos.				Conforme al proceso que realiza la Oficina Asesora de Planeación e Información bimestralmente en relación con el seguimiento al Plan de Acción de la entidad para la vigencia 2023, el profesional de la OAPI designado realizó el respectivo proceso de solicitud de seguimiento al primer bimestre 2023, en coordinación de las instrucciones impartidas por el Jefe de Planeación. En tal sentido, para la presente fecha de seguimiento se cuenta con el primer informe de seguimiento al plan de acción. Respecto al segundo bimestre, para la fecha aun no se ha solicitado el reporte al Plan de Acción a las areas, por lo cual será solicitado una vez inicie el mes de Mayo. Como evidencia de la gestión realizada, se soporta con la solicitud de reporte del plan de acción Bimestre I, asi como el informe respectivo.	De acuerdo con el proceso que realiza la Oficina Asesora de Planeación e Información bimestralmente en relación con el seguimiento al Plan de Acción Institucional para la vigencia 2023, el profesional de la OAPI designado realizó el respectivo proceso de solicitud de seguimiento al tercer bimestre (May-Jun) 2023, en coordinación de las instrucciones impartidas por el Jefe de Planeación. De otro lado, teniendo en cuenta que en el periodo pasado no se contaba aun con el seguimiento al segundo bimestre, se presenta en este seguimiento, el segundo informe de ejecución del Plan de Acción. En este sentido, para la presente fecha de seguimiento se cuenta con el segundo informe (Mar-Abr) 2023IE04066 y la solicitud de reporte a las areas del tercer bimestre (May-Jun) mediante correo electronico. Respecto al cuarto bimestre (Jul-Ago), para la fecha aun no se ha solicitado el reporte al Plan de Acción a las areas, por lo cual será solicitado una vez inicie el mes de Septiembre. Como evidencia de la gestión realizada, se soporta con: Evidencias_Control_1 1. Solicitud de reporte Plan de Acción, Bimestre II 2.Segundo Informe de seguimiento al Plan de Acción Bimestre II 3.Solicitud de reporte Plan de Acción, Bimestre III, toda vez que aun se encuentra en revisión el informe final para aprobación por parte de la jefe de la OAP. Evidencias_Control_2 n/a		**1. Evidencias**: genero dos controles Control 1: aporta como evidencias el informe se seguimiento del plan de Acción y la solicitud de reporte del plan de acción correspondiente al I bimestre de 2023. Control 2: no aporta evidencias. **2. Diseño de los controles:** el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. **3. Efectividad de los controles**: los controles son efectivos, pues previene la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo**: No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. **5. Recomendación**: NA **6. Plan de tratamiento (si aplica):** NA	**1. Evidencias:** genero dos controles Control 1: aporta como evidencias correos de las solicitudes del seguimiento del plan de acción del I y II bimestre y el informe se seguimiento del plan de Acción correspondiente al II bimestre de 2023. Control 2: no aporta evidencias. **2. Diseño de los controles:** el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía VR. 4. **3. Efectividad de los controles:** los controles son efectivos, pues previene la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. **5. Recomendación:** NA **6. Plan de tratamiento** (si aplica): NA		ACTIVO
39	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	* Informe anual realizado con base en la información de avance suministrada por cada uno de los sectores del gobierno con responsabilidades en el PNGRD, de los comités nacionales de gestión del riesgo de Desastres y de los consejos territoriales de gestión del riesgo. * Lineamientos brindados para el fortalecimiento de capacidades mínimas en gestión del riesgo de desastres sectoriales y territoriales en marco de la Ley 1523 de 2012	* El PNGRD fue adoptado mediante Decreto Presidencial 308 de 2016, luego de un proceso de formulación realizado en el marco del Decreto 1081 de 2015 (Capítulo 2 Procedimiento para la Expedición y actualización del Plan Nacional de Gestión del Riesgo). * Adopción del Decreto 1478 de 2022, por el cual se adopta la primera actualización del PNGRD (2015-2030) * Cuatro prioridades suscritas en el Marco de Sendai para la reducción del riesgo de desastres (2015-2030) *Ley 1523 de 2012 "Por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el SNGRD"	Retrasos en la gestión y obtención de la información de avance de los proyectos del Plan Nacional de Gestión de Riesgos de Desastres - PNGRD -, **DEBIDO A** que los entes territoriales y sectoriales no reportan anualmente sus avances, lo que PUEDE GENERAR que no se logre determinar el avance de ejecución del Plan o que el informe no refleje los reales avances en la ejecución.	RIESGO	EVITAR EL RIESGO	1	4	**ZONA RIESGO ALTA**	Ejecución y seguimiento a los avances del proyecto de inversión denominado "Fortalecimiento de la implementación, seguimiento y evaluación del componente programático del Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres con los actores que conforman el SNGRD". Así como de las diferentes actividades incluidas dentro del Plan de Trabajo 2023 y Plan de Acción Institucional para la misma vigencia.	15/04/2022	15/12/2023	Jefe Oficina Asesora de Planeación e Información	Teniendo en cuenta la entrada en vigencia del Decreto 1478 del 03 de agosto de 2022, por el cual se adopta la primera actualización del PNGRD (2015-2030), se debe tener en cuenta que la periodicidad del seguimiento es anual y que la expedición del XIV Informe de Seguimiento, se encuentra actualmente en construcción a partir de los insumos territoriales y sectoriales reportados en el periodo 2022-2. Por lo anterior, la publicación del informe se proyecta realizar a inicios del segundo semestre del 2023. Así mismo, es importante mencionar que frente a la actual Declaratoria de Situación de Desastre Nacional, se proyecta realizar una nueva actualización (de carácter extraordino) del PNGRD (Decreto 1081 de 2015. Capítulo 2, Sección 2, subsección 5).	El día 30 de junio de 2023, se remitió el machote (editable) del XIV Informe de Seguimiento y Evauación al PNGRD a la Oficina Asesora de Comunicaciones para su diagramación y posterior publicación. Así mismo, se han venido realizando mesas de trabajo sectoriales para socializar los avances del PNGRD (2022-2) así como en otros instrumentos y estrategias entorno a la Politica de GRD. A la fecha se han realizado mesas de trabajo con los sectores: Estadistica (11-ago), Planeacion (15-ago), Cultura (16-ago), Minas y Energia (18-ago), Defensa (28-ago) y Presidencia (28-ago) Por otra parte, es importante señalar que en el marco del seguimiento al PNGRD, considerando factores como la Declaratoria de Situación de Desastre Nacional y el Cambio de Gobierno se proyecta realizar una nueva actualización del PNGRD (Decreto 1081 de 2015. Capítulo 2, Sección 2, subsección 5). Por último, señalar que de conformidad con la entrada en vigencia del Decreto 1478 del 03 de agosto de 2022, por el cual se adopta la primera actualización del PNGRD (2015-2030), dicha normativa establece que el seguimiento y evaluación del PNGRD se realizará de manera anual, razon por la cual para la presente fecha de corte, se está trabajando con los sectores para orientar el reporte al PNGRD vigencia 2023, el cual se estará consolidando el informe durante el primer trimestre de la vigencia 2024. Como evidencia de la gestión realizada, se soporta con: Evidencias_Control_1 1. Solicitud de diagramación de informe XIV PNGRD 2. MACHOTE Archivo Word_PNGRD_2022-II_Equipo Politica - Documento Informe XIV PNGRD 3. Listado de asistencia sectores Estadistica (11-ago), Planeacion (15-ago), Cultura (16-ago), Minas y Energia (18-ago), Defensa (28-ago) y Presidencia (28-ago) Respecto al plan de tratamiento, se adjunta último informe de seguimiento de fortalecimiento de politica gestión del riesgo de desastres, en el marco del proyecto de inversión.		**1. Evidencias:** genero dos controles Control 1: aporta como evidencias el cronograma de seguimiento Plan de Trabajo 2023 y Plan de Acción Institucional para la misma vigencia 2023. **2. Diseño de los controles:** el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. **3. Efectividad de los controles:** El control es efectivo, pues previene la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo**: No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. **5. Recomendación:** NA **6. Plan de tratamiento (si aplica)**: NA	**1. Evidencias: C**on el fin de reportar los avances de cada sector y territorio, se está actualizando el PNGRD (2015-2030) a través del machote (editable) del XIV, dicha normativa establece que el seguimiento y evaluación del PNGRD se realizará de manera anual, razón por la cual, para la presente fecha de corte, se está trabajando con los sectores para orientar el reporte al PNGRD vigencia 2023 **2. Diseño de los controles:** el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía VR. 4. **3. Efectividad de los controles:** El control es efectivo, pues previene la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. **5. Recomendación:** NA **6. Plan de tratamiento (si aplica):** En cumplimiento del Plan de Trabajo 2023 y Plan de Acción Institucional para la misma vigencia, se adjunta último informe de seguimiento de fortalecimiento de la política gestión del riesgo de desastres, en el marco del proyecto de inversión.		ACTIVO
40	GERENCIAL Dirección General	* Direccionamiento Estratégico	* Cambio de Gobierno y Políticas Públicas que definen planes, programas, proyectos y politicas de gobierno. * Cambio en legislación aplicable * Implementación de la politica de gestión del riesgo de desastres por el SNGRD. * Disponibilidad presupuestal	Inadecuada implementación de la Política de Gestión del Riesgo en el territorio nacional, **DEBIDO A** la falta de gestión en el desarrollo de los planes, lo que **PUEDE OCASIONAR:** 1. Incumplimiento de los objetivos de la UNGRD en materia de conocimiento y reducción del riesgo, y el manejo de desastres. 2. Incumplimiento de las líneas del Plan Estratégico de la UNGRD, PNGRD y metas del PND a cargo de la Unidad.	RIESGO	EVITAR EL RIESGO	1	3	**ZONA RIESGO MODERADA**	No aplica. No requiere acciones adicionales a los controles, de acuerdo a la Política de Administración de riesgos.							**1. Evidencias:** Frente a este riesgo, el proceso no suministró evidencias y tampoco llevó a cabo el monitoreo respectivo, lo que denota la falta de control sobre los riesgos identificados por la Dirección General. Esta situación puede ocasionar que el riesgo se materialice, debido a que se evidencia debilidades en el monitoreo y control del riesgo. NO CUMPLE. **2. Diseño de controles:** Cumple. **3. Efectividad del control:** No es efectivo. **4. Materialización del riesgo:** No se ha evidenciado materialización. **5. Recomendación**: Respecto al riesgo de gestión # 40 se recomienda a la Dirección General revisar si los controles definidos mitigan efectivamente la causa que genera el riesgo, teniendo en cuenta que lo que se estableció como causa es la falta de gestión en el desarrollo de los planes, y los controles definidos se relacionan con "el Seguimiento al Plan Estratégico y Plan de Acción de la UNGRD" y "Modelo de seguimiento y evaluación del PNGRD", no obstante para estos dos controles, se establecieron como evidencia de su ejecución " email recibidos con insumo y correo de revisión y aprobación" e "Informe descargado" que no demuestran que con estas acciones se reduzcan las probabilidades de ocurrencia del riesgo y más aún, que estos controles reduzcan su impacto. Con relación a la valoración del control, se recomienda revisar los criterios tenidos en cuenta para su valoración, lo anterior, debido a que el proceso no ejecutó para este periodo monitoreo y no se pudo evidenciar si este fue ejecutado o no, situación que puede conllevar a que la probabilidad de ocurrencia aumente.	**1. Evidencias:** Frente a este riesgo, el proceso no suministró evidencias y tampoco llevó a cabo el monitoreo respectivo, lo que denota la falta de control sobre los riesgos identificados por la Dirección General. Esta situación puede ocasionar que el riesgo se materialice, debido a que se evidencia debilidades en el monitoreo y control del riesgo. NO CUMPLE. **2. Diseño de controles:** Contiene los criterios definidos por Función Pública en la "Guía de Administración de riesgos y diseño de controles v4", los cuales fueron adoptado por la Entidad como estructura de los controles. Cumple. **3. Efectividad del control:** No es efectivo. **4. Materialización del riesgo:** No se ha evidenciado materialización. **5. Recomendación**: Respecto al riesgo de gestión # 40: Nuevamente se recomienda a la Dirección General, revisar si los controles definidos mitigan efectivamente la causa que genera el riesgo, teniendo en cuenta que lo que se estableció como causa es la falta de gestión en el desarrollo de los planes, y los controles definidos se relacionan con "el Seguimiento al Plan Estratégico y Plan de Acción de la UNGRD" y "Modelo de seguimiento y evaluación del PNGRD", no obstante para estos dos controles, se establecieron como evidencia de su ejecución " email recibidos con insumo y correo de revisión y aprobación" e "Informe descargado" que no demuestran que con estas acciones se reduzcan las probabilidades de ocurrencia del riesgo y más aún, que estos controles reduzcan su impacto. Con relación a la valoración del control, se recomienda revisar los criterios tenidos en cuenta para su valoración, lo anteriormente, debido a que el proceso no ejecutó para este periodo monitoreo y no se pudo evidenciar si este fue ejecutado o no, situación que puede conllevar a que la probabilidad de ocurrencia aumente. **6. Plan de tratamiento**: N/A		ACTIVO
41	GERENCIAL Dirección General	* Direccionamiento Estratégico	* Cambio en legislación aplicable. * Cambio de Gobierno y Políticas Públicas que definen planes, programas, proyectos y politicas de gobierno.	Desarticulación de las entidades del Sistema Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres **DEBIDO A** desinterés de las entidades que lo conforman y/o vacíos en la normatividad, lo que **PUEDE OCASIONAR:** 1. Duplicidad de esfuerzos y recursos para un mismo fin. 2. La ineficiencia en la aplicación de los mecanismos existentes para la gestión del riesgo de desastres. 3. El usuario final se vea afectado en cuanto a la satisfacción de sus necesidades. 4. Incumplimiento del Plan Nacional de Gestión de Riesgo de Desastres.	RIESGO	EVITAR EL RIESGO	1	4	**ZONA RIESGO ALTA**								**1. Evidencia:** Frente a este riesgo, el proceso no suministró evidencias y tampoco llevó a cabo el monitoreo respectivo, lo que denota la falta de control sobre los riesgos identificados por la Dirección General. Esta situación puede ocasionar que el riesgo se materialice, debido a que se evidencia debilidades en el monitoreo y control del riesgo. NO CUMPLE. **2. Diseño de controles**: Cumple. **3. Efectividad del control:** No es efectivo. **4. Materializacion del riesgo:**No se ha evidenciado materialización. **5. Recomendación:** Respecto al riesgo de gestión # 41 **s**e recomienda a la Dirección General revisar si el control definido mitiga efectivamente la causa que genera el riesgo, teniendo en cuenta que lo que se estableció como causa es el desinterés de las entidades que conforman el Sistema Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres y/o vacíos en la normatividad, y el control definido se relacionan con "Seguimiento a los productos generados en las reuniones de los Comités Nacionales y Comisiones Asesoras de Gestión del Riesgo de Desastres.", no obstante para este control, se estableció como evidencia de su ejecución " email enviado y los insumos recibidos." que no demuestran que con estas acciones se reduzcan las probabilidades de ocurrencia del riesgo y mas aún, que este control reduzca su impacto.	**1. Evidencia:** Frente a este riesgo, el proceso no suministró evidencias y tampoco llevó a cabo el monitoreo respectivo, lo que denota la falta de control sobre los riesgos identificados por la Dirección General. Esta situación puede ocasionar que el riesgo se materialice, debido a que se evidencia debilidades en el monitoreo y control del riesgo. NO CUMPLE. **2. Diseño de controles**: Contiene los criterios definidos por Función Pública en la "Guía de Administración de riesgos y diseño de controles v4", los cuales fueron adoptado por la Entidad como estructura de los controles. Cumple. **3. Efectividad del control:** No es efectivo. **4. Materializacion del riesgo:** No se ha evidenciado materialización. **5. Recomendación:** Respecto al riesgo de gestión # 41: Nuevamente **s**e recomienda a la Dirección General, revisar si el control definido mitiga efectivamente la causa que genera el riesgo, teniendo en cuenta que lo que se estableció como causa es el desinterés de las entidades que conforman el Sistema Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres y/o vacíos en la normatividad, y el control definido se relacionan con "Seguimiento a los productos generados en las reuniones de los Comités Nacionales y Comisiones Asesoras de Gestión del Riesgo de Desastres.", no obstante para este control, se estableció como evidencia de su ejecución " email enviado y los insumos recibidos." que no demuestran que con estas acciones se reduzcan las probabilidades de ocurrencia del riesgo y mas aún, que este control reduzca su impacto. Con relación a la valoración del control, se recomienda revisar los criterios tenidos en cuenta para su valoración, lo anterior, debido a que el proceso no ejecutó para este periodo monitoreo y no se pudo evidenciar si este fue ejecutado o no, situación que puede conllevar a que la probabilidad de ocurrencia aumente.		ACTIVO
42	GERENCIAL Dirección General	* Intereses individuales en la UNGRD en la implementacion de acciones	* Factores politícos que afectan planes, programas, proyectos y politicas de gobierno.	Malversación de los recursos que son destinados a la implementación de la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres, **DEBIDO AL** uso inadecuado de los mecanismos de control y propuestas para admitir dádivas por parte de particulares para desarrollar una actividad inherente a su cargo, que favorezca a algún particular o que presente algun conflicto de interés, lo que **PUEDE GENERAR** un detrimento patrimonial y pérdida de la imagen de la UNGRD.	RIESGO_CORRUPCIÓN	EVITAR EL RIESGO	1	20	**ZONA RIESGO MODERADA**	En caso de materialización del riesgo, se lleverán al CICCI y al comité de desempeño para que se brinden lo lineamientos necesarios para que se apliquen las acciones correctivas.							**1.Evidencias:** Frente a este riesgo, el proceso no suministró evidencias y tampoco llevó a cabo el monitoreo respectivo, lo que denota la falta de control sobre los riesgos identificados por la Dirección General. Esta situación puede ocasionar que el riesgo se materialice, debido a que se evidencia debilidades en el monitoreo y control del riesgo. NO CUMPLE. **2. Diseño de controles:** Cumple. **3. Efectividad del control:** No es efectivo. **4. Materializacion del riesgo:**No se ha evidenciado materialización. **5. Recomendación:** Respecto al riesgo de corrupción # 42 se recomienda a la Dirección General revisar si los controles definidos mitigan efectivamente las causas que generan el riesgo, teniendo en cuenta que lo que se estableció como causa es el uso inadecuado de los mecanismos de control y propuestas para admitir dádivas por parte de particulares para desarrollar una actividad inherente a su cargo, que favorezca a algún particular o que presente algun conflicto de interés, y el control definido se relaciona con "Seguimiento al Plan de Acción y Plan Anual de Adquisiciones de la Unidad.", no obstante para este control, se estableció como evidencia de su ejecución " insumos recibidos." que no demuestran que con esta acción se reduzca la probabilidad de ocurrencia del riesgo y mas aún, que estos controles reduzcan su impacto. Con relación a la valoración del control, se recomienda revisar los criterios tenidos en cuenta para su valoración, lo anterior, debido a que el proceso no ejecutó para este periodo monitoreo y no se pudo evidenciar si este fue ejecutado o no, situación que puede conllevar a que la probabilidad de ocurrencia aumente. **6. Plan de tratamiento:** N/A	**1.Evidencias:** Frente a este riesgo, el proceso no suministró evidencias y tampoco llevó a cabo el monitoreo respectivo, lo que denota la falta de control sobre los riesgos identificados por la Dirección General. Esta situación puede ocasionar que el riesgo se materialice, debido a que se evidencia debilidades en el monitoreo y control del riesgo. NO CUMPLE. **2. Diseño de controles:** Contiene los criterios definidos por Función Pública en la "Guía de Administración de riesgos y diseño de controles v4", los cuales fueron adoptado por la Entidad como estructura de los controles. Cumple. **3. Efectividad del control:** No es efectivo. **4. Materializacion del riesgo:** No se ha evidenciado materialización. **5. Recomendación:** Respecto al riesgo de corrupción # 42: Nuevamente se recomienda a la Dirección General, revisar si los controles definidos mitigan efectivamente las causas que generan el riesgo, teniendo en cuenta que lo que se estableció como causa es el uso inadecuado de los mecanismos de control y propuestas para admitir dádivas por parte de particulares para desarrollar una actividad inherente a su cargo, que favorezca a algún particular o que presente algun conflicto de interés, y el control definido se relaciona con "Seguimiento al Plan de Acción y Plan Anual de Adquisiciones de la Unidad.", no obstante para este control, se estableció como evidencia de su ejecución " insumos recibidos." que no demuestran que con esta acción se reduzca la probabilidad de ocurrencia del riesgo y mas aún, que estos controles reduzcan su impacto. Con relación a la valoración del control, se recomienda revisar los criterios tenidos en cuenta para su valoración, lo anterior, debido a que el proceso no ejecutó para este periodo monitoreo y no se pudo evidenciar si este fue ejecutado o no, situación que puede conllevar a que la probabilidad de ocurrencia aumente. **6. Plan de tratamiento:** N/A **7. Valoración de controles:** De acuerdo con la valoración del control, se observa una variación en el nivel de probabilidad pasando del nivel 2 al nivel 1 que significa que el evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales (poco comunes o		ACTIVO
45	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	* Que el personal de la Oficina de Control Interno no cuente con las competencias, formación o experiencia en procesos auditores. * Incumplimiento, por acción u omisión, de la responsabilidad que como contratistas o funcionarios se tiene frente al PAAGI. * Inoportunidad en la entrega de evidencias por parte de las áreas, que retrasen el proceso de análisis de la información y posterior liberación de los informes de la Oficina de Control Interno. En el marco de la emergencia COVID-19, se identificó como factor que puede incidir en las actividades que desarrolla el proceso de Evaluación y Seguimiento: * Dependencia de la VPN para acceder a la información de los servidores. *No contar con los permisos para acceso a la información	* Que no se cuente con la disponibilidad presupuestal para la contratación del personal de la Oficina de Control Interno. * En el marco de la emergencia COVID-19, se identificó como factor externo que puede incidir en las actividades que desarrolla el proceso de Evaluación y Seguimiento, la disponibilidad y velocidad de la conexión de internet en los hogares de los funcionarios o contratistas de la entidad y las disposiciones que el Gobierno nacional imparte periodicamente en temas relacionados con el sistema de Control interno y las funciones de los jefes de control interno	Incumplimiento del programa anual de la auditorías de gestión independiente - PAAGI, **DEBIDO A** insuficiencia de insumos (evidencias), y recursos (personal, presupuesto, apoyo institucional), lo que **PUEDE GENERAR** incumplimiento legal, sanciones, baja cobertura, acompañamiento, pérdida de imagen y credibilidad.	RIESGO	REDUCIR EL RIESGO	2	4	**ZONA RIESGO ALTA**	1. Definir y solicitar las necesidades de capacitación para temas referentes al Sistema de Control Interno. 2. Realizar plan de formación en temas referentes al Sistema de Control Interno al interior de la Oficina de Control Interno. 3. Definir para cada vigencia un plan de contratación de personal idoneo para la Oficina de Control Interno para ser incluida en el presupuesto de la Entidad.	1/01/2023	31/12/2023	Jefe Oficina Control Interno	Para el **I cuatrimestre del 2023**, se anexa las siguientes evidencias, con el fin de mitigar el riesgo establecido. 1. Ruta donde se encuentran almacenados los informes generados por la OCI para la vigencia 2023 es: Z:\VIGENCIA 2023\1400-28 INFORMES- (carpeta compartida del servidor de la entidad) 2. Correo electrónico enviado a las áreas para recordar el cargue de las evidencias (en caso de reiteración). Se adjunta los siguientes correos: a. Reiteración urgente solicitud Plan de Mejoramiento del 26 de enero de 2023 b. Recordatorio rendición cuenta anual consolidada vigencia 2022 del 15 de febrero de 2023 c. Reiteración obras civiles inconclusas o sin uso (periodo de febrero 2023) del 09 de marzo de 2023. **3. PAAGI actualizado.** A la fecha no se ha sido autorizado el Programa Anual de Auditoría de la Vigencia 2023, debido algunas acotaciones brindadas por los participantes en el Comité del CICCI, del día 06 de febrero del 2023; a la fecha la Oficina de Control Interno realizó los ajustes indicados para ser presentados en el próximo comité (Se adjunta acta del CICCI No.001). **4. Acta CICCI** (solo si se presentan modificaciones en el PAAGI). A la fecha no se han presentado modificaciones. 5. Evidencia por parte del auditor asignado del seguimiento a la oportuna publicación de su informe. (correo a jefe de la OCI y a la OAC). Se realiza la publicación de los documentos en la página web en el siguiente link http://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Paginas/Informes-Control-Interno.aspx para su verificación a. Correo de Publicación de Informes de Auditoria CGR del 23 de febrero 2023 b. Correo de publicación del Certificado de Obras Inconclusas o Terminadas sin uso SIRECI febrero 2023	Para el **II cuatrimestre del 2023**, se anexa las siguientes evidencias, con el fin de mitigar el riesgo establecido. 1. Ruta donde se encuentran almacenados los informes generados por la OCI para la vigencia 2023 es: Z:\VIGENCIA 2023\1400-28 INFORMES- (carpeta compartida del servidor de la entidad) 2. Correo electrónico enviado a las áreas para recordar el cargue de las evidencias (en caso de reiteración). Se adjunta los siguientes correos: a) Recordatorio obras civiles inconclusas o sin uso (periodo de abril 2023) b) Recordatorio obras civiles inconclusas o sin uso (periodo de junio 2023) c) Recordatorio informe gestión contractual SIRECI - CGR (periodo junio 2023) d) Recordatorio seguimiento plan de mejoramiento UNGRD-30 de junio 2023 **3. PAAGI** actualizado. A la fecha no se ha sido autorizado el Programa Anual de Auditoría de la Vigencia 2023, debido algunas acotaciones brindadas por los participantes en el Comité del CICCI, del día 06 de febrero del 2023; a la fecha la Oficina de Control Interno realizó los ajustes indicados para ser presentados en el próximo comité (Se adjunta acta del CICCI No.001). **4. Acta CICCI** (solo si se presentan modificaciones en el PAAGI). A la fecha no se han presentado modificaciones. 5. Evidencia por parte del auditor asignado del seguimiento a la oportuna publicación de su informe. (correo a jefe de la OCI y a la OAC). Se realiza la publicación de los documentos en la página web en el siguiente link http://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Paginas/Informes-Control-Interno.aspx para su verificación a) Correo de Publicación Pagina Web Plan Mejoramiento UNGRD 2023 b) Correo de Publicación de informes de CGR c) Correo de Publicación de Gestión Contractual mayo 2023. d) Correo de Publicación de Obras Inconclusas o Terminadas sin uso SIRECI Mayo 2023 **PLAN DE TRATAMIENTO** 1. Definir y solicitar las necesidades de capacitación para temas referentes al Sistema de Control Interno. A la fecha se realizaron las siguientes capacitaciones a la entidad (se adjunta actas de capacitación) a) Capacitación Seguridad Información OCI – abril 2023 b) Capacitación Conflicto Interés – junio 2023 2. Realizar plan de formación en temas referentes al Sistema de Control Interno al interior de la Oficina de Control Interno.		**1. Evidencias del Control 1,** se observan correos de reiteración con solicitud de información para cumplir con términos de ley así: Correo del 26/01/2023 a la SMD con *Reiteración urgente solicitud Plan de Mejoramiento.* Correo del 15/02/2023 a directivos de la Unidad, *RECORDATORIO RENDICIÓN CUENTA ANUAL CONSOLIDADA VIGENCIA2022* , solicitud de información para evitar sanciones a la entidad. Correo del 9/03/2023 a directivos de la Unidad, *OBRAS CIVILES INCONCLUSAS O SIN USO (PERIODO DEFEBRERO 2023)* , solicitud de información para evitar sanciones a la entidad. Y correos del 23 de febrero y 17 de marzo 2023 solicitando a la OAC, publicaciones en la WEB, con información de obras inconclusas e informes finales de liberación a la DIAN y de denuncia en Mocoa y Puerto rico. 2. **Plan de Tratamiento:** se observa 5 registros como evidencias de necesidades de capacitación, son efectivos para el objetivo del plan de tratamiento. No se evidencia el plan de formación en temas referentes al Sistema de Control Interno para el período 2023. 3. **Recomendación.** - Ajustar las fechas reales del plan de tratamiento dado que las presentadas son del año pasado. - En razón que a la fecha del seguimiento del primer cuatrimestre no se ha autorizado el Plan anual de auditoría en la entidad, se debería evaluar que otros riesgos críticos se pueden presentar, o generar un plan de tratamiento para reducir la materialización de este riesgo.	**1. Evidencias. Control 1:** aporta como evidencia tres carpetas que contiene los correos de recordatorio de obras civiles inconclusas o sin uso, Informe Gestión Contractual SIRECI - CGR y Seguimiento plan de mejoramiento UNGRD, acta y presentación al CICI y los correos respectivos para las publicaciones en la pagina web de la entidad. Todas las evidencias cuentan con fecha dentro del periodo evaluado. **2. Plan de tratamiento**: El proceso generó las capacitaciones correspondientes a seguridad de la información y conflictos de interés, asi mismo se evidencia temas con las necesidades de capacitación y un plan de contratación, cumpliendo con lo que se especifica en su plan de tratamiento. **3. Recomendación:** Teniendo en cuenta que a la fecha no ha sido autorizado el Programa Anual de Auditoría de la Vigencia 2023, se sugiere generar un 2do control, plan de tratamiento o un nuevo riesgo para mitigar la materializacion del mismo. Teniendo en cuenta lo escrito en el monitoreo este riesgo se materializó, por lo tanto, se deberá generar la acción correctiva pertinente e informar al CICCI.		ACTIVO

46	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	* Cambios en la normatividad por parte de la Presidencia de la República o por el DAFP. * Cambios normativos a nivel interno de la entidad (resoluciones, circulares, entre otros).	* Ninguno	Actualización del nomograma de acuerdo a las disposiciones legales definidas por el DAFP, DAPRE u otro órgano de control DEBIDO A cambios normativos, lo que PUEDE GENERAR Desconocimiento de los cambios normativos asociados a temas de Control Interno e incumplimientos de la normatividad vigente como también inadecuada planeación del Programa Anual de Auditoría de Gestión Independiente para la vigencia correspondiente.	OPORTUNIDAD		4	4	ZONA OPORTUNIDAD EXTREMA		1/01/2023	31/12/2023	Jefe Oficina Control Interno	Para el **I cuatrimestre del 2023**, Se actualizo el normograma del área, de acuerdo a las instrucciones establecidas por OAPI y OAJ del 7 diciembre del 2022, en la matriz RG-1200-OAJ-04 del 23/03/2023, el cual está cargado en Neogestion. (se adjunta matriz y correo)	Para el **II cuatrimestre del 2023**, Se actualizó el normograma del área, de acuerdo a las instrucciones establecidas por OAPI y OAJ del 7 diciembre del 2022, en la matriz RG-1200-OAJ-04 del 23/03/2023, el cual está cargado en Neogestion. (se adjunta matriz y correo)		**1. Evaluación del Control No. 1**. Se observa el correo electrónico del jefe de la Oficina Asesora de Planeación e Información y el normograma institucional actualizado, específicamente del proceso de Evaluación y Seguimiento. **2. Recomendación**: inactivar o crear una nueva oportunidad. La presente no se considera oportunidad, ya que es una actividad rutinaria, que deben hacer todos los años los procesos, que actualmente lidera la Oficina Asesora Jurídica.	**1. Evidencias. Control 1:** Aporta como evidencia correo electronico con fecha del 07 diciembre 2022 y donde se remite el normograma el 10 enero de 2023, se observa en las evidencias el normograma. Por lo anterior no se generó actividad durante este cuatrimestre. **3. Recomendación:** La presente no se considera oportunidad, ya que es una actividad rutinaria, que deben hacer todos los años los procesos, que actualmente lidera la Oficina Asesora Jurídica. Dicho lo anterior, se sugiere crear una nueva oportunidad e inactivar la presente.		ACTIVO
47	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	* Conflicto de intereses entre el auditor y el proceso a auditar. * Falta de ética en el ejercicio de la evaluación. * Desconocimiento de las responsabilidades del servidor público: (disciplinario,fiscal, penal).	* Ninguno	No reportar a los organismos de vigilancia y control internos y externos los actos de incumplimientos legales de corrupción y fraude, identificados en la evaluaciones y seguimientos llevados a cabo por la Oficina de Control Interno **DEBIDO A** coacción lo que **PUEDE GENERAR** sanciones administrativas,disciplinarias fiscales y penales.	RIESGO_CORRUPCIÓN	EVITAR EL RIESGO	1	10	ZONA RIESGO BAJA	Adicionales a los controles, en caso de materialización del riesgo, se debe dar aconocer al CICCI y al comité de gestion y desempeño , ya sea por escrito o previa convocatoria para que se tome las acciones pertinentes. Evidencia : Correo Institucional o Acta de comites	1/01/2023	31/12/2023	Jefe Oficina Control Interno	Para el **I cuatrimestre del 2023**, con el fin de cumplir con el **Control No.1** se anexa las actas y lista de asistencia de las reuniones de seguimiento de la OCI de los meses enero, marzo y abril del 2023, con respecto a los avances de las actividades y dificultades presentadas en el ejercicio de las auditorías. **Control No.2** para este cuatrimestre la oficina no ha realizado boletín "Aprendamos de Control Interno" **Plan de Mejoramiento**. para este cuatrimestre, se presentó en el comité del CICCI del 21/03/2023, la materialización de 6 Riesgos Materializados de las áreas GAFC, SG, GAA, OAPI y GTH, en el cual la OCI recomienda se tomen los correctivos necesarios para eliminar la causa raíz de la materialización de los riesgos en los procesos e incumplimientos a dicha política. (se anexa presentación de reunión)	Para el **II cuatrimestre del 2023**, con el fin de cumplir con el Control No.1 se anexa las actas y lista de asistencia de las reuniones de seguimiento de la OCI de los meses abril, mayo y junio del 2023, con respecto a los avances de las actividades y dificultades presentadas en el ejercicio de las auditorias. **Control No.2** para este cuatrimestre la oficina no ha realizado boletín "Aprendamos de Control Interno" **Plan de Mejoramiento.** para este cuatrimestre, no se ha realizado comité del CICCI, esto sin omitir la información de la materialización de los hallazgos para lo cual OCI recomienda se tomen los correctivos necesarios para eliminar la causa raíz de la materialización de los riesgos en los procesos e incumplimientos a dicha política. (se anexa presentación de reunión.		**1. Evaluación del Control No. 1:** se observa que las evidencias cumplen con lo establecido en el control con el seguimiento al avance de las actividades en reuniones lideradas por el jefe de la OCI. 2. **Evaluación del Control No.2:** aunque en el control se registra la periodicidad de la presente actividad para efectuarse trimestralmente, no se cumplió, dado que se observa que no realizó ninguna de las actividades del control (capacitaciones, boletín, etc.) lo que podría afectar la materialización del riesgo. 3. **Recomendación**. Evaluar y ajustar el riesgo, con énfasis en el análisis de causas, dado que no depende del proceso de Evaluación y Seguimiento (solo tiene una causa: coacción). Debería analizarse otras causas que podrían ser gestionadas por el proceso. Evaluar los controles establecidos, que sean enfocados a la causa del riesgo, en concordancia a la anterior recomendación. Actualizar las fechas del plan de tratamiento y evaluar la pertienencia en concordancia a las anteriores recomendaciones.	**1. Evidencias. Control 1:** aporta como evidencia el registro de asistencia de abril, mayo y junio. **Control 2:** No se evidencia boletín "Aprendamos de Control Interno" **2. Plan de tratamiento**: Se evidencia correo enviado a SIPLAG donde se informa la materialización del riesgo #45 **3. Recomendación:** Teniendo en cuenta que a la fecha no ha sido generado el boletín "Aprendamos de Control Interno", se sugiere replantear el control, o generar un tercer control donde sea con periodicidad más corta y así mitigue el impacto y pueda darse cumplimiento siempre conforme este estipulado.		ACTIVO
49	COOPERACIÓN	* Articulación entre las áreas de la UNGRD, sobre todo las areas misionales respecto al proceso de cooperación internacional	* Interlocución de los actores externos con las diferentes áreas de la UNGRD.	Pérdida de la trazabilidad de documentos e inseguridad de la información **DEBIDO A** la falta de conocimiento **en la Gestión Documental y la Política de Seguridad de la Información**, lo que **PUEDE OCASIONAR** obstáculos en las actividades del área y llevar a un retroceso frente a los procedimientos establecidos	RIESGO	EVITAR EL RIESGO	1	2	ZONA RIESGO BAJA	No aplica. No requiere acciones adicionales a los controles, de acuerdo a la Política de Administración de riesgos.				A la fecha en el GCI en el primer cuatrimestre no se ha materializado el riesgo, ya que se han tomado las medias para evitarlas, sin embargo lo dejamos activo porque es un riesgo que se puede presentar en cualquier momento.	Este riesgo no se ha materializado por que la oficina de GCI ha organizado su servidor interno y archivo digital conforme a la tabla de retención documental, ademas en el proceso de inducción a los contratistas nuevos se explico la importancia del cumplimiento del proceso de seguridad de la información. Teniendo en cuenta la anterior descripción se determino		Acorde a la información soporte presentada se pudo verificar lo siguiente: 1. **Evidencias:** Se anexa link Z:\1. ProgramasbZ:\6. TRD-COOPERACIÓN de la carpeta compartida del Grupo de Cooperación Internacional asignada al proceso, garantizando el registro documental de las actividades y productos realizados y trazabilidad de la información. 2. **Diseño de los controles:** El control establecido cuentan con una estructura acorde para el cumplimiento de su propósito. 3. **Efectividad de los controles**: Los controles son efectivos ya que aseguran el monitoreo periódico	**Acorde a la información soporte presentada se pudo verificar lo siguiente:** **1.Evidencias**: Control No.1 El proceso indica la ubicación de la carpeta compartida del Grupo de Cooperación Internacional asignada al proceso, de acuerdo al registro documental de las actividades y productos realizados y trazabilidad de la información. **2. Diseño de los controles**: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía VR. 4. **3. Efectividad de los controles:** El control es efectivo, pues previene la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. **5. Recomendación:** NA		ACTIVO
50	COOPERACIÓN	* Articulación con el Grupo de Apoyo Administrativo para el proceso de ingreso y egreso de donaciones internacionales. * Articulación con las entidades del SNGRD e IDRL para llevar a cabo el proceso de donaciones internacionales.	* Cambio en legislación aplicable. * Cambio de Gobierno y Políticas Públicas que definen planes, programas, proyectos y políticas de gobierno. * Voluntad política y operativa para desarrollar el proceso de donaciones internacionales.	Mal manejo de los procesos administrativos y normativos del ingreso y egreso de donaciones internacionales en especie, **DEBIDO A** la falta de conocimiento de requisitos normativos, legislación aplicable y procesos requeridos por los entes de control, lo que **PUEDE OCASIONAR** complicaciones de tipo legal y técnico, así como retrasos en la recepción y entrega de donaciones internacionales para el país.	RIESGO	EVITAR EL RIESGO	2	3	ZONA RIESGO MODERADA	1. Socializar el proceso de donaciones entre las áreas relacionadas (GCI, GAA, GGC, SMD) 2. Revisar las donaciones de 2019 frente a actas de recibo y entrega, así como los demás documentos necesarios, con apoyo del Grupo de Apoyo Administrativo para legalizar al FNGRD. 3. Revisar las donaciones causas por las emergencias por COVID-19 y paso de los Huracanes ETA e IOTA, frente a la documentacion referente y las actas de recibo y entrega de las mismas. 4. Revisar el Protocolo de Donaciones Internacionales PT-1602CI-01, identificar posibles mejoras y llevarlas a cabo. 5. Establecer una Guía de donaciones nacionales e internacionales en especie del Grupo de Cooperación Internacional con apoyo de GAA, GGC, SMD. 5. Documentar las buenas prácticas y lecciones aprendidas de donaciones internacionales seleccionadas para la mejora del procedimiento.	03/17/2022	12/31/2022	Coordinador(a) Cooperación	Dando cumplimiento al protocolo de donaciones internacionales se adjunta acta protocolaria de entrega de Ayuda Humanitaria para Emergencia firmada por el Director de la Empresa Energoimport y por el Director General de la UNGRD el Ing. Javier Pava y del Embajador José Noé Ríos	Este riesgo no se ha materializado ya que no se han desarrollo procesos de donaciones, ni aplicación de la Guía del Protocolo de Donaciones Internacionales PT-1602CI-02.		Acorde a la información soporte presentada se pudo verificar lo siguiente: 1. **Evidencias**: las evidencias suministrada aseguran el proceso de donación internacional para el beneficio de afectados y damnificados por una emergencia o fortalecer el SNGRD, para ello se adjuntan acta de protocolaria de entrega y recibo de ayuda de la habana del 12/01/2023 y lista de asistencia de la reunión del trámite de donaciones internacionales en especie y en efectivo a cargo del Grupo de Cooperación Internacional 2. **Diseño de los controles**: El control establecido cuentan con una estructura acorde para el cumplimiento de su propósito. 3. **Efectividad de los controles:** Los controles son efectivos, ya que controlan la probabilidad de ocurrencia del riesgo manteniéndolo en una zona de riesgo alta. 4. **Materialización del riesgo:** No 5. **Recomendación:** Se recomienda revisar la estructura del Plan de Tratamiento, ya que no se	Acorde a la información soporte presentada se pudo verificar lo siguiente: **1.Evidencias:** Control No.1 El proceso no anexa evidencias debido a que en este periodo no se han desarrollo procesos de donaciones **2. Diseño de los controles**: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía VR. 4. **3. Efectividad de los controles**: No se evalúa **4. Materialización del riesgo**: No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. **5. Recomendación**: NA **6. Plan de tratamiento** (si aplica): NA		ACTIVO
52	COOPERACIÓN	* Prioridades establecidas en la misionalidad del SNGRD. * Intereses individuales en la UNGRD en la adjudicación y participación para la formulación de proyectos.	* Factores políticos que afectan el proceso de los proyectos. * Elaboración de convenios de entendimiento con actores internacionales.	Priorización inadecuada de los proyectos de Cooperación Internacional **DEBIDO A** al relacionamiento inoportuno en el marco de las líneas estratégicas del Plan Estratégico de Cooperación Internacional vigente de la UNGRD, intereses particulares y relacionamiento interinstitucional preferencial , lo que **PUEDE OCASIONAR** pérdida de credibilidad y sanciones.	RIESGO_CORRUPCIÓN	REDUCIR EL RIESGO	4	5	ZONA RIESGO MODERADA	1. Planes de trabajo de acuerdo a la Articulación de instrumentos de priorización. 2. cronogramas de las fechas de trabajo con los procesos de comision internacional.	03/17/2022	12/31/2022	Coordinador(a) Cooperación	A la fecha se agendo a las dos áreas misionales y así recolectar la información necesaria para el desarrollo del PECI, una vez obtenida la información se tendra en cuenta la prioridad para los proyectos.	En este periodo se continuo con la formulación del Plan Estrategico de Cooperación Internacional - PECI, se realizó revisión de la Matriz de oferta y demanda con cada de las Subdirecciones Misionales (Subdirección de Manejo, Subdirección de Reducción, Subdirección de Conocimiento). Se esta en proceso de implementación de proyecto con ONU Mujeres, para una consultoria como proyecto piloto.		Acorde a la información soporte presentada se pudo verificar lo siguiente: 1. **Evidencias:** La evidencia anexa cumple con el propósito: articular adecuadamente de los instrumentos de priorización del SNGRD y la Nación: PNGRD-PECI- donde se ve el análisis de las prioridades de oferta y demanda para la gestión de recursos de cooperación internacional. 2. **Diseño de los controles**: El control establecido cuentan con una estructura acorde para el cumplimiento de su propósito. 3. **Efectividad de los controles:** Los controles son efectivos ya que aseguran la priorización de los proyectos, lo que permite ubicar el riesgo en zona moderada, controlando la probabilidad de ocurrencia. 4. **Materialización del riesgo:** No 5. **Recomendación**: Se recomienda incluir comunicación interna a la Dirección General, a la Secretaría General y al área asignada para informar de lo ocurrido con la convocatoria, a fin de evitar desviaciones.	Acorde a la información soporte presentada se pudo verificar lo siguiente: **1.Evidencias:** Control No.1 El proceso anexa documentación y matriz de oferta y demanda para la gestión de recursos de cooperación internacional preliminar, la cual a la fecha no se ha ejecutado por la falta de aval o aprobación en la formulación de las líneas estratégicas del Plan Estratégico de Cooperación Internacional. Control No.2 debido a la falta de aprobación del PECI no se han presentado reuniones por lo cual no hay listada de asistencia. **2. Diseño de los controles:** el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía VR. 4. **3. Efectividad de los controles:** Si bien el proceso hace seguimiento al cumplimiento de los controles, estos no pueden ser evaluados efectivamente ya que es documentación preliminar y no avalada. **4. Materialización del riesgo**: Se materializa el riesgo, debido a que los controles no se han ejecutado de acuerdo a lo establecido **5. Recomendación:** Se sugiere revisar los controles establecidos, con el fin de evaluar alternativas que mitiguen la materialización del riesgo **6. Plan de tratamiento (si aplica):** Se observa seguimiento al cronograma en los procesos de comisión internacional		ACTIVO
53	COOPERACIÓN	* Relacionamiento con las áreas misionales y de apoyo de la UNGRD.	* Credibilidad en el Grupo de Cooperación Internacional por parte de entidades del SNGRD.	Priorización de líneas estratégicas para el relacionamiento y la cooperación internacional en Gestión del Riesgo de Desastres, **CONFORME A** lo establecido en los instrumentos de política en la materia, a nivel nacional e internacional, a través del relacionamiento con socios del gobierno nacional para la integralidad del SNGRD	OPORTUNIDAD		4	5	ZONA OPORTUNIDAD EXTREMA	1. Hacer seguimiento semestral a las líneas estratégicas de cooperación internacional a las necesidades de las áreas misionales	03/17/2022	12/31/2022	Coordinador(a) Cooperación	No se genero directriz por parte de dirección general.	Esta oportunidad, se ha desarrolladodurante este cuatrimestre en la formulación de proyectos de intervención con cooperantes internacionales y Grupo Humanitario de pais.		Acorde a la información soporte presentada se pudo verificar lo siguiente: 1. **Evidencias:** Se adjunta acta de reunión con ONU Mujeres y correo de seguimiento, en cumplimiento de las líneas estratégicas con entidades del SNGRD, conforme a lo establecido en los instrumentos de política en la materia, a nivel nacional e internacional. 2. **Diseño de los controles:** El control establecido cuentan con una estructura acorde para el cumplimiento de su propósito. 3. **Efectividad de los controles**: Los controles son efectivos ya que fortalecen las capacidades del SNGRD, de acuerdo a las líneas estratégicas con entidades del SNGRD. 4. **Materialización del riesgo:** No 5. **Recomendación**: Se recomienda incluir estrategias, con el fin de evitar desviaciones por la falta de	**1. Evidencias:** El proceso no adjunta evidencia ya que el control se realiza de manera anual, Razon por la cual no se evalúa esta actividad **2. Diseño de los controles**: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía VR. 4. **3. Efectividad de los controles:** El control es efectivo, pues previene la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. 5. Recomendación: NA 6. Plan de tratamiento (si aplica): NA		ACTIVO
55	SIPLAG	* Control y administración documental. * Acompañamiento con los procesos. * Articulación de los sistemas de calidad y ambiental con el SG-SST y el SGSI. * Articulación con el MIPG. * Orientaciones y acompañamiento de los procesos para su mejora continua. * Cambios en la alta dirección dados por los diferentes periodos de gobierno. *Asesoramientos a los procesos en materia del Siplag.	* Actualizaciones en marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). * Modificaciones y/o actualizaciones de: las normas de los sistemas de gestión, normativa ambiental aplicable al contexto de la entidad.	Omisión, demora o inadecuada ejecución de actividades que aseguran el mantenimiento y mejora del SIPLAG acorde a los planes, programas, políticas y demás elementos del Sistema **DEBIDO A** la desarticulación entre procesos, retrasos en la entrega de información o inconsistencias, lo que **PUEDE OCASIONAR** afectación económica y/o de imagen.	RIESGO	REDUCIR EL RIESGO	1	3	ZONA RIESGO MODERADA	No aplica. No requiere acciones adicionales a los controles, de acuerdo a la Política de Administración de riesgos.				CONTROL 1. Se realizarón 2 reuniones bimestrales de líderes Siplag: 8-feb-2023 y 20-abr-2023. Evidencia: acta No. 1-2023 registro de asistencia de la segunda reunión (acta se encuentra en proceso de elaboración). CONTROL 2. En el marco de la estrategia de mejora de proceso se realizaron 17 mesas de trabajo donde se aplicó una lista de chequeo por proceso en donde se revisan 12 criterios generales que abarcan la operación de los sistemas de gestión. Se aplci Evidencia Soporte correos electrónicos de seguimientos y archivo excel con la aplicación de la lista de chequeo aplicada.	CONTROL 1. Se realizó la tercera bimestral (mayo-junio) de líderes Siplag el 8-jun-2023; la cuarta reunión de lideres Siplag periodo julio-agosto esta programada para el 31 de agosto de 2023. Adicionalmente, se realizó sesión extraordinaria de líderes Siplag el día 25 de julio con el objetivo de preparar los temas sujetos de revisión para la auditoria interna al sistema de gestión de la entidad. Evidencias: 1. Acta No. 3-2023 y registro de asistencia de la tercera reunión. 8-jun-2023 2. Registro de asistencia de reunión extraordinaria de líderes siplag 25-jul-2023 3. Convocatoria de líderes Siplag-Ecosiplag para la cuarta reunión bimestral. CONTROL 2. Este control NO APLICA para el segundo cuatrimestre. De acuerdo con el primer monitoreo, en el marco de la estrategia de mejora de procesos se aplicó la lista de chequeo Siplag; su periodicidad es de al menos una vez al año.		**1. Evidencias**: genero dos controles Control 1: aporta como evidencias el acta y listado de asistencia a la reunión del lideres SIPLAG y ECOSIPLAG. Control 2: el proceso aporta el correo de mesa de Trabajo de revisión y actualización del Plan de mejoramiento SCR. **2. Diseño de los controles**: el diseño de los controles corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. **3. Efectividad de los controles:** los controles son efectivos, pues previene la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo**: No se materializa el riesgo, pues los controles mitigan la materialización. **5. Recomendación**: NA **6. Plan de tratamiento (si aplica)**: NA	**1. Evidencias:** genero dos controles Control 1: aporta como evidencias el acta y listado de asistencia a la reunión del lideres SIPLAG y ECOSIPLAG de los días 8-jun-2023, 25-jul-2023 y 31-agosto-2023, Control 2: no aplica. Lo que permite controlar las acciones y políticas que se estén trabajando para el sistema. **2. Diseño de los controles:** el diseño de los controles corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía VR.4 **3. Efectividad de los controles**: los controles son efectivos, pues previene la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues los controles mitigan la materialización. **5. Recomendación:** NA **6. Plan de tratamiento** (si aplica): NA		ACTIVO
56	SIPLAG	* Contratación de proveedores para la gestión integral de residuos peligrosos (transporte, tratamiento y/o disposición final) generados por la entidad. *Desarticulación con procesos internos de la entidad en cuanto a la información trazable de los proveedores contratados. * Desconocimiento de la normativa ambiental aplicable a los procesos de	* Cumplimiento estricto de los lineamientos brindados desde el Manual de SSTA de la UNGRD por parte de los contratistas y proveedores.	Falta de control el ciclo de los proveedores contratados **DEBIDO A** la desarticulación del Sistema de Gestión Ambiental con los procesos que relacionan proveedores que requieren cumplimiento ambiental, lo cual **PUEDE GENERAR** incumplimiento del numeral 8.1 de la norma ISO 14001:2015 en cuanto a planificación y control operacional, además de las no conformidades que afecten su certificación.	RIESGO	EVITAR EL RIESGO	3	3	ZONA RIESGO ALTA	Revisar el Manual para contratistas en SSTA, e identificar si requiere su actualización con el fin de aclarar y puntualizar sobre los diferentes requisitos solicitados a los contratistas.	2/03/2023	30/06/2023	Jefe Oficina Asesora de Planeación e Información	Se realizó la asistencia y acompañamiento correspondiente al Grupo de Apoyo Administrativo, teniendo en cuenta el contrato 9677-PPAL001-1506-2023 de mantenimiento locativo para la pintura de las instalaciones. En dicho seguimiento se identificó que el proceso de mantenimiento no era susceptible de generar residuos peligrosos ni residuos de construcción y demolición (RCD's) a pesar que el contratista posee autorización para disponer estos residuos de forma regular.	Se realizó la asistencia y acompañamiento correspondiente al Grupo de Apoyo Administrativo, en los diferentes contratos que generan impactos ambientales. Se solicitaron los certificados de disposicion final de los contratos de mantenimiento de vehiculos.		**1. Evidencias:** genero dos controles Control 1: aporta como evidencias el correo de envió de la Matriz de Impacto Ambiental, matriz de identificación de peligros y la matriz IPR; el proceso no aporta evidencias del control 2. **2. Diseño de los controles**: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. **3. Efectividad de los controles**: el control es efectivo, pues mitiga la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo**: No se materializa el riesgo, pues los controles mitigan la materialización. **5. Recomendación:** NA **6. Plan de tratamiento (si aplica)**: NA	**1.Evidencias: genero dos controles Control 2:** Se adjuntas actas de tratamiento de aceites usados No. 35858 y 37192 y resolución de movilización de aceites usados No.04526 del 01 de abril a 31 de agosto del 2023 **2. Diseño de los controles:** el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía VR. 4. **3. Efectividad de los controles**: el control es efectivo, pues mitiga la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues los controles mitigan la materialización. **5. Recomendación:** NA **6. Plan de tratamiento** (si aplica): NA		ACTIVO
57	SIPLAG	* Planes ambientales establecidos y definidos en la entidad. * Rotación del personal (contratistas) y falta de gestión del conocimiento en los procesos. * Cambios en los productos y servicios de la UNGRD (procesos misionales) y en los procesos de apoyo	* Expedición de nueva normativa, requisitos y reglamentaciones por parte de la rama legislativa colombiana. * Actualización de la norma ISO 14001 de 2015	Incumplimiento de requisitos legales en el Sistema de Gestión Ambiental aplicables a la entidad **DEBIDO A** la falta de conocimiento de las normas o la falta de revisión periódica de la matriz legal, lo que **PUEDE GENERAR** sanciones legales por incumplimiento o hallazgos de auditoría.	RIESGO	EVITAR EL RIESGO	1	3	ZONA RIESGO MODERADA	No aplica. No requiere acciones adicionales a los controles, de acuerdo a la Política de Administración de riesgos.	2/03/2023	31/12/2023	Jefe Oficina Asesora de Planeación e Información	De acuerdo con el Plan de Trabajo del SGA 2023, así como en la periodicidad de los controles establecidos, se proyecta realizar la revisión, actualización y seguimiento a los requisitos legales ambientales durante finales del segundo semestre de la presente vigencia.	Durante el segundo cuatrimestre de 2023, se realizó la revisión de la matriz legal ambiental FR-1300-SIPG-03, no generando ningun cambio de adicion y/o modificacion en la normativa. De igual manera se conto con el visto bueno por parte de la Oficina Juridica el 14/08/2023		**1. Evidencias**: genero dos controles Control 1: aporta como evidencias el cronograma de actividades gestión ambiental- Plan de trabajo de SGA 2023; el proceso no aporta evidencias del Control 2. **2. Diseño de los controles**: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. **3. Efectividad de los controles:** el control es efectivo, pues mitiga la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo**: No se materializa el riesgo, pues los controles mitigan la materialización. **5. Recomendación:** NA **6. Plan de tratamiento (si aplica)**: NA	**1.Evidencias:** genero dos controles Control 1 y 2: Aporta correo del 4 de agosto del 2023, con respecto a la solicitud de revisión de la matriz legal ambiental y correo de respuesta del 14 de agosto del 2023 donde se autoriza la matriz, la cual para este periodo no genero cambios.; el proceso no aporta evidencias del Control 1. **2. Diseño de los controles**: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía VR. 4. **3. Efectividad de los controles:** el control es efectivo, pues mitiga la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo**: No se materializa el riesgo, pues los controles mitigan la materialización. **5. Recomendación:** NA **6. Plan de tratamiento** (si aplica): NA		ACTIVO
58	SIPLAG	Enlace con las áreas a través del equipo de líderes SIPLAG y ECOSIPLAG para comunicar y gestionar el sistema. Rotación del personal y falta de gestión del conocimiento en los procesos.		Falta de consistencia en los reportes respecto al desempeño del SIPLAG en relación con el estado real del mismo, **DEBIDO A** reportes por parte de responsables del proceso no consistentes y alteración de la información del sistema por parte del equipo líder del Siplag **QUE GENERA** afectación de imagen.	RIESGO	REDUCIR EL RIESGO	1	3	ZONA RIESGO MODERADA	No aplica. No requiere acciones adicionales a los controles, de acuerdo a la Política de Administración de riesgos.				En relación con el control, se realizó la primera reunión trimestral de 2023 del comité institucional de gestión y desempeño el 15-mar-2023. Evidencia: registro de asistencia (acta se encuentra en elaboración).	CONTROL 1 Se realizó el segundo Comité Institucional de Gestión y Desempeño el 28-jul-2023. Evidencia: registro de asistencia (acta se encuentra en elaboración) y presentación. Por otra parte, considerando el plan de tratamiento que se tenia identificado sobre la revisión de la descripcion del riesgo, se analizó que este no clasificaba como riesgo de corrupción sino como un riesgo de gestión y subtipo, eficacia del proceso. Lo anterior, teniendo en cuenta que cumple con 2 de los 4 criterios que debe tener para ser clasificado como riesgo de corrupción (acción y omisión, uso del poder, desviación en la gestión publica y beneficio privado).		**1. Evidencias:** genero dos controles Control 1: aporta como evidencias el listado de asistencia del I Comité institucional de gestión y desempeño. **2. Diseño de los controles:** el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. **3. Efectividad de los controles:** el control es efectivo, pues mitiga la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues los controles mitigan la materialización. **5. Recomendación:** Teniendo en cuenta que se trata de un riesgo de corrupción, se recomienda generan un Plan de tratamiento, que permita fortalecer el control para mitigar la materialización del riesgo en cumplimiento de la política de administración del riesgo de la entidad. **6. Plan de tratamiento (si aplica)**: el proceso no ve la necesidad de generar un plan de mejoramiento.	**1. Evidencias:** genero dos controles Control 1: aporta como evidencias el listado de asistencia del II Comité institucional de gestión y desempeño del 28-jul-2023. **2. Diseño de los controles:** el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía VR. 4. **3. Efectividad de los controles**: el control es efectivo, pues mitiga la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo**: No se materializa el riesgo, pues los controles mitigan la materialización. **5. Recomendación:** NA **6. Plan de tratamiento (si aplica):** NA		ACTIVO
59	SIPLAG	* Planeación y ejecución de las actividades misionales de la entidad en materia de gestión del riesgo de desastres en el país. * Desarrollo de actividades escenciales de carácter administrativo. * Uso de recursos (insumos) tales como papel, agua, energía y combustibles. * Estado, calidad y eficiencia de los equipos y/o elementos por los cuales se generan los consumos de los recursos naturales. * Afectación del desempeño ambiental de las operaciones en las instalaciones de la UNGRD por situaciones de emergencia. * Cambios en los productos y servicios de la UNGRD (procesos misionales) y en los procesos de apoyo * Inclusión de nuevos o cambios en los sitios temporales de operación de la UNGRD en el país. * Cambios o falta de contratación, del personal que realiza el seguimiento a la generación de residuos y consumo de papel en sitios temporales. * Desconocimiento de la existencia y/o	* Cambios en los requisitos legales. * Situaciones de emergencia que puedan afectar el desempeño ambiental de las operaciones de la UNGRD. * Variación en los indicadores de gestión por el desarrollo de eventos y PMU's, lo cual genera un incremento en el consumo de insumos y recursos naturales en las intalaciones de la entidad por parte de personal externo (visitantes). * Posibles fallas en los sistemas de agua y energía provistos por las empresas de servicios públicos o por el Complejo Connecta, bajo el alcance del contrato de arrendamiento de las instalaciones.	Incremento de los impactos ambientales de los aspectos identificados **DEBIDO A** la falta de ejecucion de los controles definidos en los programas ambientales, **LO QUE PUEDE GENERAR** agotamiento y contaminación de los recursos naturales.	RIESGO	REDUCIR EL RIESGO	2	2	ZONA RIESGO BAJA	No aplica. No requiere acciones adicionales a los controles, de acuerdo a la Política de Administración de riesgos.	2/03/2023	31/12/2023	Jefe Oficina Asesora de Planeación e Información	A través del seguimiento a la ejecución de las acciones planeadas y consolidadas dentro del Plande Trabajo SGA 2023, se identifica que a corte del 24 de abril, un avance global del 29% sobre el total de actividades planeadas. Así mismo, dando ejecución al Programa de Inspecciones, el día 29 de marzo de 2023, se realizó una visita al Centro Nacional Logístico para realizar inspección locativa, de sustancias químicas y a los kits antiderrames. A partir de ello, el día 25 de abril se consolidó un informe de resultados, conclusiones y recomendaciones sobre los hallazgos y evidencias encontradas en la visita.	A través del seguimiento a la ejecución de las acciones planeadas y consolidadas dentro del Plande Trabajo SGA 2023, se identifica que a corte del 28 de agosto, un avance global del 58% sobre el total de actividades planeadas. Así mismo, dando ejecución al Programa de Inspecciones, el día 31 de julio 2023, se realizó inspección locativa en sede principal 5to piso, el 11 de agosto de 2023, se realizó una visita al Centro Nacional Logístico para realizar inspección locativa, de sustancias químicas y a los kits antiderrames donde se realizo redistribución de los mismos. A partir de ello, el día 04 y 15 de agosto se consolidó un informe de resultados, conclusiones y recomendaciones sobre los hallazgos y evidencias encontradas en la visita.		**1. Evidencias:** Genero dos controles **Control 1:** La evidencia aportada no corresponde a la propuesta por el proceso en el control (formato FR-1601-GTH-81 Inspección Locativa - Orden y Aseo diligenciado), el proceso aporta el formato FR-1601-SIPLAG-60 Inspección Locativa, un Plan de trabajo formato y un informe de visita al CNL; respecto al **Control 2:** el proceso aporto como evidencia el formato FR-1601-SIPLAG-60 Inspección Locativa y un informe de visita al CNL. La evidencia no corresponde a la referenciada en el control 2 del riesgo. **2. Diseño de los controles:** el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. **3. Efectividad de los controles:** el control es efectivo, pues mitiga la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues los controles mitigan la materialización. **5. Recomendación:** Una vez evaluadas las evidencias los controles se sugiere revisar que las evidencias aportadas corresponden a las propuestas por el proceso en cada control. **6. Plan de tratamiento (si aplica)**: NA	**1.Evidencias:** Genero dos controles Control 1: se aporta la solicitud por correo electrónico de Inspección locativa del quinto piso del día 31/07/2023 e Inspección Locativa CNL del 15/08/2023 para lo cual se adjunta formato FR-1601-SIPLAG-60 Inspección Locativa de las dos sedes, Control No.2 se reporta el Plan de Trabajo FR-1300-SIPG-16, con respecto al cronograma de actividades gestión ambiental. **2. Diseño de los controles:** el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía VR. 4. **3. Efectividad de los controles**: el control es efectivo, pues mitiga la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo**: No se materializa el riesgo, pues los controles mitigan la materialización. **5. Recomendación:** Se reitera observación del I cuatrimestre, ya que las evidencias suministradas no son acordes con lo establecido en los controles; la relación de los documentos en dicho control no se encuentra cargados neogestion y el código de referencia es diferente a lo señalado, se aconseja actualizar la documentación del control vs. neogestion **6. Plan de tratamiento** (si aplica): NA		ACTIVO

60	BIENES MUEBLES E INMUEBLES	* Inadecuada utilización de los Bienes muebles y Equipos Tecnologicos debido al desconocimiento de su optimo funcionamiento, por el personal de la Entidad.	Ninguno	Pérdida y/o deterioro de bienes **DEBIDO A** hurto, falta de seguimiento de los inventarios, fallas en los sistemas de seguridad, lo que **PUEDE GENERAR** la atención inoportuna de las actividades en la UNGRD y posibles sanciones legales para el responsable de almacenar los bienes en consonancia con las responsabilidades de servidores decantadas en la Ley 734 de 2002 y demás normas que la adicionen, modifiquen o reglamenten.	RIESGO	EVITAR EL RIESGO	1	1	**ZONA RIESGO BAJA**	No aplica. No requiere acciones adicionales a los controles, de acuerdo a la Política de Administración de riesgos.				Control #1: A la fecha se ha ejecutado en un **94,99%** la verificación de inventarios según el cronograma establecido para la Vigencia 2023. Se a realizado la verificación fisica y Levantamiento de Inventarios Individualizados en un **94,99%**, conforme a lo establecido en el Cronograma para los meses de Enero al 28 de Abril del presente año, es de acalarar que a la fecha nos encontramos en ejecución de las actividades de cierre de la vigencia por lo que estamos a la espera de recibir inventarios firmados por parte de los distintos comites departamentales, municipales y reasignación de los bienes ubicados en las distintas areas de la Entidad. Como Evidencia se encuentran los inventarios firmados en las carpetas que reposan en las oficinas del Sub proceso de Gestión de bienes del GAA. Teniendo en cuenta las recomendaciones realizadas en los seguimientos anteriores, remito Cronograma de inventarios 2023,matriz seguimiento cronograma de inventarios 2023 y matriz inventarios 2023, en donde se pueden evidenciar los bienes revisados durante este periodo, los cuales se resaltan en color azul.	Control #1: A la fecha se ha ejecutado en un **91,21 %** la verificación de inventarios según el cronograma establecido para la Vigencia 2023. Se a realizado la verificación fisica y Levantamiento de Inventarios Individualizados en un **91,21%**, conforme a lo establecido en el Cronograma para los meses de Enero al 25 de Agosto del presente año, es de acalarar que para el **2do** Cuatrimestre se desarrollo un **65,29%** las tareas de verificación y revisión de los elementos registrados en el aplicativo de Inventarios de la Entidad, a la fecha nos encontramos en ejecución de las actividades de cierre de la vigencia por lo que estamos a la espera de recibir inventarios firmados por parte de los distintos comites departamentales, municipales y reasignación de los bienes ubicados en las distintas areas de la Entidad. Como Evidencia se encuentran los inventarios firmados en las carpetas que reposan en las oficinas del Sub proceso de Gestión de bienes del GAA. Teniendo en cuenta las recomendaciones realizadas en los seguimientos anteriores, remito matriz seguimiento cronograma de inventarios 2023 y matriz inventarios 2023, en donde se pueden evidenciar los bienes revisados durante este periodo, los cuales se resaltan en color azul.		1. **Evidencias**: La evidencia Si el proceso aporta como evidencia los inventarios efectuados a los funcionarios y contratistas junto con las Cartas de Responsabilidad. 2. **Diseño de los controles**: Verifique si cumplen con el diseño: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. 3. **Efectividad de los controles**: El Control es Efectivo, pues garantiza la verificación física de los bienes asignados a los diferentes funcionarios y contratistas de la UNGRD, lo cual previene que el riesgo se materialice. 4. **Materialización del riesgo**: No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. 5. **Recomendación**: NA 6. **Plan de tratamiento (si aplica)**: NA.	**1.Evidencias:** El proceso adjunta los inventarios de los meses de mayo – agosto del 2023 de los funcionarios y contratistas junto con las Cartas de Responsabilidad., Matriz de seguimiento cronograma de inventario 2023 y Seguimiento inventarios – 2023. **2. Diseño de los controles:** el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía vrs 4. **3. Efectividad de los controles**: El control es efectivo, pues previene la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. **5. Recomendación:** NA **6. Plan de tratamiento** (no aplica): NA		ACTIVO
61	BIENES MUEBLES E INMUEBLES	* Desarticulación de tecnologías de la información con procesos misionales. * Herramienta tecnológica inapropiada e inadecuada utilización de la misma por parte de los responsables.	Ninguno	Entrega de información incompleta e inoportuna a Gestión Financiera **DEBIDO** A errores humanos, trámites administrativos y fallas tecnológicas, lo que **PUEDE GENERAR** afectación en los estados financieros, sanciones de los entes de vigilancia y control y retraso en la entrega de documentos soporte de los bienes.	RIESGO	REDUCIR EL RIESGO	1	1	**ZONA RIESGO BAJA**	No aplica. No requiere acciones adicionales a los controles, de acuerdo a la Política de Administración de riesgos.				Control #1, Durante el primer cuatrimestre de 2023 se registraron 596 movimientos de entradas y traslados de bienes, los cuales fueron actualizados en el aplicativo Know IT, dfe los cuales 355 corresponden a movimientos de FNGRD y 237 a bienes de la UNGRD. Como evidencia se remite matriz de movimientos generados mediante el aplicativo de inventarios Know It durante el periodo y movimientos escaneaods y almacenados en la carpeta digital de las TRD de Adminstrativa. Control #2, sobre el reporte de KNOWIT se generaron los informes de los meses de Enero, Febrero y MArzo de 2023, los cuales fueron presentados al area financiera, el reporte correspondiente al mes de Abril, no se genera si no hasta la primera semana del mes de Mayo.	Control #1, Durante el segundo cuatrimestre de 2023 se registraron 551 movimientos de entradas y traslados de bienes, los cuales fueron actualizados en el aplicativo Know IT, de los cuales 316 corresponden a movimientos de FNGRD y 235 a bienes de la UNGRD. Como evidencia se remite matriz de movimientos generados mediante el aplicativo de inventarios Know It durante el periodo y movimientos escaneados y almacenados en la carpeta digital de las TRD de Adminstrativa. Control #2, sobre el reporte de KNOWIT se generaron los informes de los meses de Mayo, Junio y Julio de 2023, los cuales fueron presentados al area financiera. El reporte correspondiente al mes de Agosto, no se genera si no hasta la primera semana del mes de Septiembre.		1. **Evidencias:** La evidencia Si el proceso aporta como evidencia los inventarios efectuados a los funcionarios y contratistas junto con las Cartas de Responsabilidad. 2. **Diseño de los controles**: Verifique si cumplen con el diseño: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. 3. **Efectividad de los controles:** Los Controles son Efectivos, toda vez que permiten realizar y mantener actualizada las asignaciones de bienes bajo custodia de los usuarios, evitando la entrega de información incompleta e inoportuna al GAFC, lo que previene la materialización del riesgo. 4. **Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. 5. **Recomendación**: NA 6. **Plan de tratamiento (si aplica)**: NA.	**1.Evidencias:** El proceso adjunta registro de Know de 551 movimientos de entradas y traslados de bienes, los cuales fueron actualizados en el aplicativo Know IT, de los cuales 316 corresponden a movimientos de FNGRD y 235 a bienes de la UNGRD. Control No.2 informes de los meses de mayo, junio y Julio de 2023. **2. Diseño de los controles:** el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía vrs 4. **3. Efectividad de los controles**: El control es efectivo, pues previene la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo**: No se materializa el riesgo, pues los controles son suficiente para evitar su materialización. **5. Recomendación:** NA **6. Plan de tratamiento** (no aplica): NA		ACTIVO
62	GESTIÓN DOCUMENTAL	* No se tiene un sistema electrónico de archivo. * Cambio continuo del personal que hace que el SIGOB no opere efectivamente por desconocimiento del manejo de la herramienta. * Debilidad en el manejo herramienta por parte de los usuarios * Aumento de requerimentos por parte de los usuarios * Falta de cultura de los colaboradores en el uso del SIGOB * Se dieron lineamientos sobre el manejo de la herramienta, en especial para el manejo remoto *Se dieron directrices en la canalizacion del SIGOB para el menejo de las comunciaciones oficiales de la entidad.	* Fallas del internet para uso de la herramienta, desde el trabajo en casa *Falta de Conectividad para los funcionaros en en comisión de terreno.	Que la información del documento original firmado, no coincida con el documento de trabajo (Word) contenido en los documentos dispuestos en la herramienta de correspondencia, **DEBIDO A** la falta del original firmado en formato pdf que no se cargan en SIGOB y desconocimiento de los usuarios sobre el manejo de dicha herramienta. Lo que **PUEDE GENERAR** la disminución de la credibilidad de los documentos y autenticidad de la información. (afectación economica y de la imagen institucional)	RIESGO	REDUCIR EL RIESGO	2	3	**ZONA RIESGO MODERADA**	No aplica. No requiere acciones adicionales a los controles, de acuerdo a la Política de Administración de riesgos.				Se realizó control de calidad de los documentos cargados en la plataforma SIGOB, realizando una muestra representativa por cada mes (enero-febrero-marzo), evidenciado que en algunos casos no se cargó el respectivo documento. Se generó el reporte por cada una de las dependecias, los cuales fueron enviados mediante comunicación interna a cada una de las dependencias. *2023IE02363 *2023IE02364 *2023IE02365 *2023IE02366 *2023IE02369 *2023IE02370 *2023IE02371 *2023IE02372 *2023IE02372 *2023IE02373 *2023IE02375 *2023IE02376 El reporte de control de calidad se realizará la primera semana del mes de mayo, y la notificación a las dependencias se enviara mediante comunicación interna en la segunda semana del mes de mayo.	Se realizó control de calidad de los documentos cargados en la plataforma SIGOB, realizando la revisión al 100% por cada mes (abril-mayo), evidenciado que en algunos casos no se cargó el respectivo documento. Se generó el reporte por cada una de las dependecias, los cuales fueron enviados mediante comunicación interna, con los siguientes números de radicados: *2023IE03947 *2023IE03963 *2023IE03964 *2023IE03965 *2023IE03966 *2023IE03967 *2023IE03968 *2023IE03969 *2023IE03970 *2023IE03971 *2023IE03972 *2023IE03973 El reporte de control de calidad se remitió a cada una de las areas para que validaran los radicados de acuerdo con el reporte remitido y se realizara la subsanación correspondiente.		1. **Evidencias:** La evidencia Si el proceso aporta como evidencia el registro en Excel de las verificaciones de los documentos, además aporta comunicaciones internas de las diferentes áreas que coinciden con los reportados en el aplicativo SIGOB. 2. **Diseño de los controles**: Verifique si cumplen con el diseño: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. 3. **Efectividad de los controles:** El control es efectivo, toda vez que permite verificar los documentos cargados en la herramienta los cuales coinciden con los elaborados y tramitados, lo que previene la materialización del riesgo. 4. **Materialización del riesgo**: No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. 5. **Recomendación**: NA 6. **Plan de tratamiento (si aplica):** NA.	**1,Evidencias**: El proceso aporta 12 comunicaciones internas de las diferentes áreas que coinciden con los reportados en el aplicativo SIGOB de los meses abril y mayo 2023. **2. Diseño de los controles:** Verifique si cumplen con el diseño: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía vr.4. **3. Efectividad de los controles**: El control es efectivo, toda vez que permite verificar los documentos cargados en la herramienta los cuales coinciden con los elaborados y tramitados, lo que previene la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo**: No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. **5. Recomendación:** NA **6. Plan de tratamiento** (np aplica): NA.		ACTIVO
63	GESTIÓN DOCUMENTAL	* Aproximadamente el 50% del archivo de gestión están clasificado y organizado. * Rotación constante de personal del Grupo de Apoyo Administrativo. * Falta de cultura y de conocimiento del personal de la entidad en la importancia de la seguridad de la información	Ninguno	Alteración, sustracción, pérdida total, parcial o extravío de documentos que hacen parte de la memoria institucional, los cuales se encuentran bajo custodia del archivo central de la UNGRD **DEBIDO A** insuficiencia de inventarios documentales y en el control de préstamo y consulta de documentos que hacen parte del archivo central de la entidad. Lo que **PUEDE OCASIONAR** imposibilidad de consultar la información, pérdida de documentos vitales para la entidad. Incidencias legales y disciplinarias, acciones por parte de los entes de control, demandas de particulares y pérdidas económicas. (afectación economica y de la imagen institucional)	RIESGO	REDUCIR EL RIESGO	1	3	**ZONA RIESGO MODERADA**	No aplica. No requiere acciones adicionales a los controles, de acuerdo a la Política de Administración de riesgos.				Durante el cuatrimiestre se realizaron 126 prestamos de expedientes solicitado, atendiendo los diferentes requerimientos internos por unidades administrativas y externos por personas naturales y órganos de control.	Durante el cuatrimestre se realizaron 48 prestamos de expedientes, sin embargo es pertinente mencionar que adicional quedaron 32 expedientes listos en el Archivo Central para su respectiva entrega, quedando pendiente por parte del Área solicitante.		1. **Evidencias**: La evidencia Si el proceso aporta la evidencia el registro de consulta y préstamo de expedientes (FR-1603-GD-04), el cual se encuentra en físico y digital. 2. **Diseño de los controles:** Verifique si cumplen con el diseño: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. 3. **Efectividad de los controles:** El control es efectivo, toda vez que permite verificar los documentos cargados en la herramienta los cuales coinciden con los elaborados y tramitados, lo que previene la materialización del riesgo. 4. **Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. 5. **Recomendación:** NA 6. **Plan de tratamiento (si aplica)**: NA.	**1. Evidencias:** El proceso aporta la evidencia el registro de consulta y préstamo de48 expedientes (FR-1603-GD-04), el cual se encuentra en físico y digital. **2. Diseño de los controles:** Verifique si cumplen con el diseño: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía vr.4 **3. Efectividad de los controles:** El control es efectivo, toda vez que permite verificar los documentos cargados en la herramienta los cuales coinciden con los elaborados y tramitados, lo que previene la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. **5. Recomendación:** NA **6. Plan de tratamiento (no aplica):** NA.		ACTIVO
64	GERENCIAL Subdirección General	* Éxito en los proyectos * Experiencia en la ejecución de planes, programas, proyectos institucionales * Articulación y comunicación adecuada con demás entidades pertenecientes al SNGRD * Tiempos en los procesos administrativos *Manual de contratación actualizado * Alta Rotación de personal relativamente alta * Proyectos de alta complejidad * Guías y procedimientos ya establecidos para la correcta supervisión e interventoría de los proyectos * Dificultades en la comunicación y concertación con los supervisores	* Cambio de Gobierno y Políticas Públicas que definen planes, programas, proyectos y políticas de gobierno. * Cambio en legislación aplicable * Fluctuación régimen tributario. * Fluctuación tasa cambiaria * Disponibilidad presupuestal * Imagen entidad frente a medios de comunicación, en el marco de la emergencia sanitaria producto del COVID 19 * Buenas relaciones con las entidades pertenecientes al SNGRD * Toma de decisiones por parte de los mandatarios territoriales * Intereses políticos sociales en la región.	Ineficaz ejecución de los Programas/proyectos, **DEBIDO A** inadecuado seguimiento y deficiencias en la supervisión **LO QUE PUEDE GENERAR** un impacto negativo en la imágen de la entidad y/o pérdidas económicas asociadas.	RIESGO	EVITAR EL RIESGO	2	3	**ZONA RIESGO MODERADA**	No aplica. No requiere acciones adicionales a los controles, de acuerdo a la Política de Administración de riesgos.				Para el Primer cuatrimestre de la vigencia 2023 (ENERO-ABRIL) se realizó el seguimiento a los proyectos de infraestructura, mediante la actualización de los reporte de la matriz de seguimiento a proyectos, en la cual se incluye información contractual, financiera y de ejecución de los mismos. Enlace de la matriz: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1NJbL0X6Hc3gdE7dUecNYTLeN9Cj5t_xN/edit#gid=40266426 Como evidencia se cargó la copia de la matriz de seguimiento, en la siguiente ruta asiganda por la OCI para tal fin: W:\I-cuatrimestre\Subdireccion_gral\64._Riesgo	Para el segundo cuatrimestre de la vigencia 2023 (MAYO - AGOSTO) Se dio continuidad al proceso de seguimiento a los proyectos de infraestructura, en la que se evidencia información contractual, financiera y de ejecución, mediante el diligenciamiento de la matriz de seguimiento a los proyectos del UNGRD: Enlace de la matriz: Seguimiento General de Proyectos UNGRD 2023 nva Nombre del archivo: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1NJbL0X6Hc3gdE7dUecNYTLeN9Cj5t_xN/edit#gid=40266426		**1. Evidencia.** El proceso suministró la matriz de seguimiento mensual de proyectos 2023. Cumple. **2. Diseño de controles:** Cumple. **3. Efectividad del control**: El diseño del control cumple con los criterios definidos para su diseño y es ejecutado de manera consistente y ayuda a mitigar las causas que generan el riesgo. **4. Materializacion del riesgo:**No se ha evidenciado materialización. **5. Recomendación:** N/A **6. Plan de tratamiento:** Es el mismo del control **Valoración del control:** De acuerdo con la valoración del control, se observa una variación en el nivel de probabilidad pasando del nivel 3 al nivel 2 que significa que el evento puede ocurrir en algún momento.	**1. Evidencias:** Frente a este riesgo, el proceso suministró la matriz de seguimiento mensual de proyectos 2023, mas sin embargo, la Oficina de Control Interno, considera que este insumo no es suficiente para garantizar que el control mitigue las causas del riesgo identificado "Ineficaz ejecución de los Programas/proyectos", toda vez que en la matriz no queda registrado el seguimiento periódico realizado por la Subdirección General (SDG) donde se dejen registrados las observaciones de las situaciones encontradas. Por lo anterior, se solicitó mesa de trabajo, donde la SDG brindó las aclaraciones de las acciones adelantadas y entregó evidencia que sustenta el monitoreo realizado a este riesgo, entre ellas: Presentaciones en formato ppt, correos y listas de asistencia del monitoreo permanente que se realiza a los proyectos a cargo de la Subdirección General y las áreas misionales. Cumple **2. Diseño de controles:** Contiene los criterios definidos por Función Pública en la "Guía de Administración de riesgos y diseño de controles v4", los cuales fueron adoptado por la Entidad como estructura de los controles. Cumple. **3. Efectividad del control:** Efectivo. **4. Materialización del riesgo:** No se ha evidenciado materialización. **5. Recomendación**: Respecto al riesgo de gestión # 64: Se recomienda a la Subdirección General para los próximos seguimientos, incluir dentro de la evidencia del control, informes de seguimiento a los proyectos, correos y listados de asistencia de las mesas de trabajo adelantadas donde se revise el estado de los proyectos y las alertas emitidas. Lo anterior, teniendo en cuenta que en la matriz de seguimiento no se registra esta información, por lo tanto, no es insumo suficiente para validar la efectividad del control. **6. Plan de tratamiento**: N/A **7. Valoración del control:** De acuerdo con la valoración del control, se observa que el riesgo se mantiene en zona moderada, no presenta variaciones en la probabilidad o el impacto.		ACTIVO
65	GERENCIAL Subdirección General	* Por la misionalidad, generalmente se requieren atenciones de forma rápida * Supervisores con la experiencia para ejercer sus funciones * Rotación de personal relativamente alta * Proyectos de alta complejidad * Guías y procedimientos ya establecidos para la correcta supervisión e interventoría de los proyectos * Dificultades en la comunicación y concertación con los supervisores * Tiempos en los procesos administrativos	* Cambio en legislación aplicable * Cambio de Gobierno y Políticas Públicas que definen planes, programas, proyectos y políticas de gobierno. * Toma de decisiones por parte de los mandatarios territoriales * Politicas de Gobierno orientadas a la Gestón del Riesgo. * Trabajo desde la virtualidad * Legislación vigente para las figuras asociativas (consorcios o uniones temporales)	Aprobación inadecuada de las solicitudes de desembolso bajo la ordenación del gasto del Subdirector General (componentes misionales de la entidad), **DEBIDO A** la remisión de información incompleta, inconsistente o desactualizada por parte de la supervisión de los contratos/convenios, lo que **PUEDE OCASIONAR** un impacto negativo en la imágen de la entidad y/o pérdidas económicas asociadas.	RIESGO	REDUCIR EL RIESGO	2	3	**ZONA RIESGO MODERADA**	No aplica. No requiere acciones adicionales a los controles, de acuerdo a la Política de Administración de riesgos.				Durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2023 (ENERO-ABRIL) y tal como se evidencia en el Control 1, se realizó el registro y seguimiento a la revisión de Solicitudes de Desembolso radicadas en la SDG para la aprobación del Subdirector General como ordenador del gasto, para lo cual se enviaron los correos correpondientes en los casos requeridos y se registró toda la gestión en la matriz "TRÁMITES SDG - DR. OSCAR GOYENECHE ", ubicada en el siguiente enlace: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1YqRsRoijyv0k8cqoSCHVD-suIZpvgDT2pu-WLiJSMHg/edit#gid=0 Como evidencia se cargaron los correos de observaciones y copia de la matriz de seguimiento en la siguiente ruta: W:\I-cuatrimestre\Subdireccion_gral\65._Riesgo	Para el segundo cuatrimestre de la vigencia 2023 (MAYO - AGOSTO) Se realizó el registro y revisión de las solicitudes de desembolso radicadas en la SDG para la aprobación del Subdirector General como ordenador del gasto La información fue registrada en la matriz "TRÁMITES SDG - DR. OSCAR GOYENECHE ", ubicada en el siguiente enlace: Enlace de la revisión: Nombre del archivo: Tramites SDG https://docs.google.com/spreadsheets/d/1YqRsRoijyv0k8cqoSCHVD-suIZpvgDT2pu-WLiJSMHg/edit#gid=0		**1. Evidencia:** Como evidencia, el proceso suministró la matriz de seguimiento periódico a los trámites de solicitudes de desembolso, la cual incluye también el visto bueno técnico, jurídico y financiero, también se evidenciaron los correos con las observaciones realizadas a los casos requeridos durante el primer cuatrimestre de 2023. Esta acción se ejecuta de manera mensual, como lo define el control. CUMPLE **2. Diseño de controles:** Cumple. **3. Efectividad del control:** El diseño del control cumple con los criterios definidos para su diseño y es ejecutado de manera consistente. **4. Materializacion del riesgo**:No se ha evidenciado materialización. **5. Recomendaciones:** N/A **6. Plan de tratamiento**: N/A **7. Valoración del control:** De acuerdo con la valoración del control, se observa una variación en el nivel de probabilidad pasando del nivel 3 al nivel 2 que significa que el evento puede ocurrir en algún momento.	**1. Evidencia:** Frente a este riesgo, el proceso suministró la matriz de seguimiento a los trámites de solicitudes de desembolso. Como novedad, se observa que desde finales de junio (22 de junio), la matriz no está siendo diligenciada completamente, como es el caso de los campos (Fecha de revisión jurídica; fecha de revisión técnica; fecha de revisión financiera; fecha de visto bueno jurídico; fecha de visto bueno técnico; fecha de visto bueno financiero y alerta (semáforo)), lo cual demuestra que el control no está siendo ejecutado y no se está surtiendo la revisión por parte de los profesionales encargados de la parte técnica, jurídica y financiera o, por lo menos, no se está dejando el registro de las acciones realizadas frente a este tema. Respecto a lo anterior, la SDG manifestó que esto se debe a que la ordenación del gasto ya no está a cargo del Subdirector General, y la misma está en el Director general y el control se está realizando desde el GAFC, por lo que también manifiesta que este riesgo deja de ser de la Subdirección General, toda vez que ya no está encargada de la ordenación del gasto. Como resultado de la mesa de trabajo, la Subdirección General envió reporte con información complementaria, y soportes adicionales que muestran el seguimiento de trámites contractuales con fecha de 30 de agosto de 2023. La evidencia no cumple lo definido en el control. **2. Diseño de controles:** Contiene los criterios definidos por Función Pública en la "Guía de Administración de riesgos y diseño de controles v4", los cuales fueron adoptado por la Entidad como estructura de los controles. Cumple. **3. Efectividad del control:** No es efectivo, se evidencia debilidades en el control. **4. Materializacion del riesgo**:No se ha evidenciado materialización. **5. Recomendaciones:** Respecto al riesgo de gestión # 65: Se recomienda a la Subdirección General que, en caso de no tener bajo su cargo la ordenación del gasto (componenetes misionales de la Entidad), aplicar lo establecido en el numeral 5.5 literal d) de la Política de Administración de Riesgos, la cual indica: "Para hacer modificaciones a un riesgo u oportunidad incorporado en el Mapa de Riesgos y Oportunidades, deberá notificarse a los administradores del Siplag al correo siplag@gestiondelriesgo.gov.co con la descripción de los cambios. Cuando no aplique, debe justificarse. En tal caso el riesgo se clasificará como inactivo en la columna de "Estado" del Mapa de Riesgos y Oportunidades."		ACTIVO

66	TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	* Buenas prácticas en procesos de gestión de infraestructura tecnológica y seguridad * Contratos de soporte tecnológico adecuados de tercer y cuarto nivel * Fallas en hardware (fuentes, servidores). * Fallas en la infraestructura tecnológica de la entidad. * Vulnerabilidades de software (ejemplo las aplicaciones desarrolladas). * Manipulación indebida por parte de usuarios finales.	* Disminución de recursos para inversión en proyectos tecnológicos * Ataques a las redes tecnológicas de la entidad. * Dificultades en la prestación del servicio por parte de los proveedores de comunicaciones.	Pérdida de la información en los datos que se encuentran ubicados en el sistema de almacenamiento de información (SAN), **DEBIDO A** la inadecuada manipulación de los usuarios, fallas tecnológicas y/o ataques cibernéticos. Lo que **PUEDE OCASIONAR**: 1. Retrasos en los procesos misionales y estratégicos de la UNGRD. 2. Interrupción y demora acceso a la información. 3. Pérdida de la Integridad de los datos. 4. Dificultades en la prestación de los servicios.	RIESGO	REDUCIR EL RIESGO	3	2	**ZONA RIESGO MODERADA**					CONTROL 1. Se han realizado copias incrementales y totales durante el primer cuatrimestre del año con lo que se tiene en caso de perdida o eliminación la posibilidad de recuperación de la información. Evidencia: Anexo informes de copias mensual de los meses de enero, febrero, marzo y abril. CONTROL 2. Presentación de políticas y tips de seguridad de la información en las jornadas de inducción mensuales y en las reuniones SIPLAG. Evidencia. Pizas gráficas y charlas CONTROL 3. Meriante el centro de operaciones que se tiene contratado se sigue monitoreando a diario los servicios de infraestructura tecnológica, el rendimiento y estado de los equipos y al tiempo se tiene la posibilidad de detectar e identificar las amenazas que se puedan presentar en la red. Contrato 9677-PPAL001-782-2022 SOC/NOC Evidencia: Informe SOC/NOC diciembre-enero; enero-febrero, febrero-marzo y marzo-abril	**CONTROL 1.** Se han realizado copias incrementales y totales durante el segundo cuatrimestre del año con lo que se tiene en caso de perdida o eliminación la posibilidad de recuperación de la información. **Evidencia:** Anexo informes de copias mensual de los meses de mayo, junio, julio y agosto. **CONTROL 2.** Presentación de políticas y tips de seguridad de la información en las jornadas de inducción y en las reuniones SIPLAG. **Evidencia:** Pizas gráficas y charlas **CONTROL 3.** Meriante el centro de operaciones que se tiene contratado se sigue monitoreando a diario los servicios de infraestructura tecnológica, el rendimiento y estado de los equipos y al tiempo se tiene la posibilidad de detectar e identificar las amenazas que se puedan presentar en la red. Contrato 9677-PPAL001-782-2022 SOC/NOC **Evidencia:** Informe SOC/NOC abril- mayo, mayo- junio, junio- julio y julio- agosto		Acorde a la información soporte presentada se pudo verificar lo siguiente: 1. **Evidencias**: las evidencias anexan cumplen con el objetivo, periodicidad, de las actividades propuestas en la mitigación del riesgo. 2. **Diseño de los controles**: los tres (3) controles establecidos cuentan con una estructura acorde para el cumplimiento de su propósito. 3. **Efectividad de los controles:** Los controles son efectivos ya que se observa la de ejecución de las actividades en las frecuencias establecidas lo que permite disminuir su impacto y probabilidad de ocurrencia, ubicado el riesgo en una Zona de Riesgo Moderado manteniendo la seguridad de la información. 4. **Materialización del riesgo:** No 5. **Recomendación**: (No aplica) 6. **Plan de tratamiento** (No aplica)	**1. Evidencias:** las evidencias anexan cumplen con el objetivo, periodicidad, de las actividades propuestas en la mitigación del riesgo, el proceso aporte Control 1: Los pantallazos de las copias incrementales y totales durante el segundo cuatrimestre del año. Control 2: El proceso aporta presentaciones o piezas gráficas, invitación a charlas y registros de asistencia. Control 3: Aporta el Informe correspondiente al cuatrimestre 2. **2. Diseño de los controles**: los tres (3) controles establecidos cuentan con una estructura acorde para el cumplimiento de su propósito; el diseño de los controles corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5 los cuales fueron adoptados por la Entidad como estructura de los controles. Cumple. **3. Efectividad de los controles:** Los controles son efectivos ya que se observa la de ejecución de las actividades en las frecuencias establecidas lo que permite disminuir su impacto y probabilidad de ocurrencia, ubicado el riesgo en una Zona de Riesgo Moderado manteniendo la seguridad de la información. **4. Materialización del riesgo**: No **5. Recomendación**: (No aplica) **6. Plan de tratamiento** (No aplica)		ACTIVO
67	TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	* Buenas prácticas en procesos de gestión de infraestructura tecnológica y seguridad * Contratos de soporte tecnologico adecuados de tercer y cuarto nivel * Vulnerabilidades de software (ejemplo las aplicaciones desarrolladas).	Disminución de recursos para inversión en proyectos tecnológicos	Acceso ilegal a la infraestructura y servicios tecnológicos **DEBIDO A** falla en los controles de seguridad en los equipos y sistemas informáticos lo que **PUEDE OCASIONAR:** **1.** Interrupción del normal desarrollo de los procesos de la entidad. 2. Pérdida de confidencialidad de la información 3. Alteración en la integridad de la información	RIESGO_CORRUPCIÓN	EVITAR EL RIESGO	2	10	**ZONA RIESGO MODERADA**	Inspección de equipos de computo. **Responsable:** Técnico encargado del GTIde la realización de inspecciones del SGSI . **Periodicidad:** mensual **Propósito:** Verificar el cumplimiento de las políticas de seguridad de la información. **Cómo se realiza:** Revisión aleatoria de la configuración de seguridad de los equipos de cómputo. **Desviación:** Reporte de incumplimiento por parte de algún colaborador. **Evidencia:** Registro de inspecciones.	15/06/2023	31/12/2023	Coordinador(a) Tecnologías de la información	CONTROL 1. Mediante el monitoreo que se realiza a diario por parte del SOC-NOC contratado se han Identificado las posibles vulnerabilidades que se presenten en los diferentes sistemas y equipos de red de la UNGRD las cuales se han venido tratando mediante el bloqueo y actualización de parches de los sistemas con lo cual se cirerran las vulnerabilidades encontradas. Evidencia: Matriz de incidencias y remediaciones CONTROL 2. Se realiza monitoreo a diario a través de los equipos firewall FORTINET del piso 2 y piso 5 con lo que se bloquean los posibles ataques de informaticos los cuales se bloquean por medio de las politicas implementadas. Además se tienen por cada estacion cliente configurada la herramienta PCSECURE con la que también se dispone de bloqueos para la ejecución de programas indebidos, accesos a USB, unidades DVD y otras politicas para el manejo de la seguridad de la información Evidencia: Informe Log Fortinet, Informe PCSECURE	**CONTROL 1.** Mediante el monitoreo que se realiza a diario por parte del SOC-NOC contratado se han Identificado las posibles vulnerabilidades que se presenten en los diferentes sistemas y equipos de red de la UNGRD las cuales se han venido tratando mediante el bloqueo y actualización de parches de los sistemas con lo cual se cirerran las vulnerabilidades encontradas. **Evidencia:** remediaciones finales **CONTROL 2.** Se realiza monitoreo a diario a través de los equipos firewall FORTINET del piso 2 y piso 5 con lo que se bloquean los posibles ataques de informaticos los cuales se bloquean por medio de las politicas implementadas. Además se tienen por cada estacion cliente configurada la herramienta PCSECURE con la que también se dispone de bloqueos para la ejecución de programas indebidos, accesos a USB, unidades DVD y otras politicas para el manejo de la seguridad de la información **Evidencia:** Informe Log Fortinet, Informe PCSECURE		Acorde a la información soporte presentada se pudo verificar lo siguiente: 1. **Evidencias**: las evidencias anexas aseguran que la información de la entidad, está protegida contra códigos maliciosos que puedan generar posibles ataques de informáticos, evidencias que permite ser aplicadas conforme a las políticas implementadas. 2. **Diseño de los controles**: los dos (2) controles establecidos cuentan con una estructura acorde para el cumplimiento de su propósito. 3. **Efectividad de los controles**: Los controles son efectivos ya que se observa la de ejecución de las actividades en las frecuencias establecidas lo que permite disminuir su impacto y probabilidad de ocurrencia del riesgo, ubicado el riesgo en una Zona de Riesgo Baja manteniendo la seguridad de la información, como es un Riesgo de Corrupción este no puede estar ubicado en esta zona, como lo indica la Política de Administración de Riesgos de la UNGRD- RG-1300-SIPG-84. 4. **Materialización del riesgo:** No 5. **Recomendación**: Se recomienda revisar el literal f de la Política de Administración de Riesgos de la UNGRD- RG-1300-SIPG-84, debido a que, por la naturaleza del riesgo, este no puede estar ubicado en zona baja. 6. **Plan de tratamiento** El plan de tratamiento se encuentra estructurado adecuadamente para evitar y reducir el riesgo, a través del monitoreo de los equipos de cómputo para verificar la seguridad de los mismos.	**1. Evidencias:** El proceso generó dos controles y en cada carpeta de las evidencias aportadas aseguran que la información de la entidad, está protegida contra códigos maliciosos que puedan generar posibles ataques de informáticos, evidencias que permite ser aplicadas conforme a las políticas implementadas. **2. Diseño de los controles**: los dos (2) controles establecidos cuentan con una estructura acorde para el cumplimiento de su propósito. **3. Efectividad de los controles:** Los controles son efectivos ya que se observa la de ejecución de las actividades en las frecuencias establecidas lo que permite disminuir su impacto y probabilidad de ocurrencia del riesgo, el proceso reubicó el riesgo en una Zona de Alta manteniendo la seguridad de la información, acogió el comentario efectuado en el seguimiento del primer cuatrimestre efectuado por la OCI respecto a la ubicación del Riesgo de Corrupción conforme a lo indicado en la Política de Administración de Riesgos de la UNGRD- RG-1300-SIPG-84. **4. Materialización del riesgo**: No **5. Recomendación:** Se acoge la recomendación de revisar el literal f de la Política de Administración de Riesgos de la UNGRD- RG-1300-SIPG-84, y el proceso ubica el riesgo en zona de riesgo alta. **6. Plan de tratamiento** se encuentra estructurado adecuadamente para evitar y reducir el riesgo, a través del monitoreo de los equipos de cómputo para verificar la seguridad de los mismos.		ACTIVO
68	TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	* Variedad de aplicaciones montadas o soportadas bajo la misma plataforma SharePoint. * Interoperabilidad de los Sistemas de Información existentes * Fallas en la infraestructura tecnológica de la entidad. * Manipulación indebida de datos almacenados en SharePoint.	Disminución de recursos para inversión en proyectos tecnológicos	Manipulación indebida de los datos almacenados en las diferentes aplicaciones que se encuentran soportadas bajo la plataforma sharepoint, **DEBIDO A** la interacción con personal externo e interno de la entidad, **GENERANDO** cambios en los datos que conlleven a reportes no acorde a la realidad, los cuales no permitirian contar con información de apoyo veridicos que permitan la correcta toma de decisiones.	RIESGO_CORRUPCIÓN	EVITAR EL RIESGO	1	20	**ZONA RIESGO MODERADA**	Inspección de equipos de computo. **Responsable:** Técnico encargado del GTI de la realización de inspecciones del SGSI . **Periodicidad:** mensual **Propósito:** Verificar el cumplimiento de las políticas de seguridad de la información. **Cómo se realiza:** Revisión aleatoria de la configuración de seguridad de los equipos de cómputo. **Desviación:** Reporte de incumplimiento por parte de algún colaborador. **Evidencia:** Registro de inspecciones.	14/03/2022	31/12/2022	Coordinador(a) Tecnologías de la información	CONTROL 1. Durante el primer cuatrimestre no se recibieron solicitudes de modificación de usuarios de las aplicaciones soportadas en la plataforma de sharepoint, por lo tanto se mantiene la asignación de usuarios en los grupos de sharepoint. Evidencia: Usuarios activos en grupos sharepoint por aplicativo. Plan de tratamiento: Se realizan inspecciones periódicas para verificar el cumplimiento de políticas de seguridad. Evidencia: Registro inspecciones.	**CONTROL 1.** Durante el segundo cuatrimestre se recibió una solicitud de creación de 9 usuarios de las aplicaciones soportadas en la plataforma de sharepoint. **Evidencia: Correo** - Solicitudes de Usuarios Banco de proyectos **Plan de tratamiento:** Se realizan inspecciones periódicas para verificar el cumplimiento de políticas de seguridad. **Evidencia:** Registro inspecciones.		Acorde a la información soporte presentada se pudo verificar lo siguiente: 1. **Evidencias**: las evidencias anexas muestran el control del acceso a la información contenida en la plataforma de SharePoint y a la asignación de acceso de los usuarios a las plataformas de la entidad. 2. **Diseño de los controles**: El control establecido cuentan con una estructura acorde para el cumplimiento de su propósito. 3. **Efectividad de los controles**: Los controles son efectivos ya que se observa el registro de inspecciones que regula las políticas de seguridad de la información del acceso que tienen los usuarios, lo que permite disminuir su impacto y probabilidad de ocurrencia del riesgo, ubicado el riesgo en una Zona de Riesgo moderado manteniendo la seguridad de la información. 4. **Materialización del riesgo**: No 5. **Recomendación**: (No aplica). 6. **Plan de tratamiento** El plan de tratamiento se encuentra estructurado adecuadamente para evitar y reducir el riesgo, a través del registro de la seguridad de los equipos de cómputo de los usuarios de la entidad	**1. Evidencias:** se trata de un riesgo de corrupción, al cual el proceso genero el control y las evidencias aportadas muestran el control del acceso a la información contenida en la plataforma de SharePoint y a la asignación de acceso de los usuarios a las plataformas de la entidad. **2. Diseño de los controles:** El control establecido cuentan con una estructura acorde para el cumplimiento de su propósito, además, corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5 los cuales fueron adoptados por la Entidad como estructura de los controles. Cumple. **3. Efectividad de los controles:** Los controles son efectivos ya que se observa el registro de inspecciones que regula las políticas de seguridad de la información del acceso que tienen los usuarios, lo que permite disminuir su impacto y probabilidad de ocurrencia del riesgo, ubicado el riesgo en una Zona de Riesgo moderado manteniendo la seguridad de la información. **4. Materialización del riesgo:** No **5. Recomendación**: (No aplica). **6. Plan de tratamiento** Se encuentra estructurado adecuadamente para evitar y reducir el riesgo, a través del registro de la seguridad de los equipos de cómputo de los usuarios de la entidad		ACTIVO
69	TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	* Buenas prácticas en procesos de gestión de infraestructura tecnológica y seguridad * Contratos de soporte tecnológico adecuados de tercer y cuarto nivel	* Ataques a las redes tecnológicas de la entidad. * Dificultades en la prestación del servicio por parte de los proveedores de comunicaciones.	Pérdida de información, de integridad o disponibilidad de la misma, **DEBIDO A** fallos con el proveedor de comunicaciones y/o ataques cibernéticos, **GENERANDO** dificultades en la prestación de los servicios.	RIESGO	REDUCIR EL RIESGO	3	2	**ZONA RIESGO MODERADA**					CONTROL 1. Se han realizado copias incrementales y totales durante el primer cuatrimestre del año con lo que se garantiza en caso de perdida o eliminación la posibilidad de recuperación de la información. Evidencia: Anexo informes de copias mensuales de los meses de enero, febrero, marzo y abril. CONTROL 2. Meriante el centro de operaciones que se tiene contratado se sigue monitoreando a diario los servicios de infraestructura tecnológica, el rendimiento y estado de los equipos y al tiempo se tiene la posibilidad de detectar e identificar las amenazas que se puedan presentar en la red. Contrato 9677-PPAL001-782-2022 SOC/NOC Evidencia: Informe SOC/NOC diciembre-enero; enero-febrero, febrero-marzo y marzo-abril	**CONTROL 1.** Se han realizado copias incrementales y totales durante el primer cuatrimestre del año con lo que se garantiza en caso de perdida o eliminación la posibilidad de recuperación de la información. **Evidencia:** Anexo informes de copias mensuales de los meses de mayo, junio, julio y agosto. **CONTROL 2.** Mediante el centro de operaciones que se tiene contratado se sigue monitoreando a diario los servicios de infraestructura tecnológica, el rendimiento y estado de los equipos y al tiempo se tiene la posibilidad de detectar e identificar las amenazas que se puedan presentar en la red. Contrato 9677-PPAL001-782-2022 SOC/NOC **Evidencia:** Informe SOC/NOC abril- mayo, mayo- junio, junio- julio y julio- agosto		Acorde a la información soporte presentada se pudo verificar lo siguiente: 1. **Evidencias:** las evidencias anexas, muestran el monitoreo de los meses de enero, febrero, marzo y abril, lo que permite garantizar que no se presenten pérdida o eliminación de la información, a través de los servicios de infraestructura tecnológica y al rendimiento y estado de los equipos, con base en la ejecución del Contrato 9677-PPAL001-782-2022 SOC/NOC. 2. **Diseño de los controles**: El control establecido cuentan con una estructura acorde para el cumplimiento de su propósito. 3. **Efectividad de los controles:** Los controles son efectivos ya que se observa el seguimiento a la detección preventiva de eventos e incidentes de seguridad informática, lo que permite disminuir su impacto y probabilidad de ocurrencia del riesgo, ubicado el riesgo en una Zona de Riesgo moderado lo que permite respaldar la información, del software y de las imágenes de los sistemas, ponerlas a prueba regularmente de acuerdo con una política de copias de respaldo aceptada. 4. **Materialización del riesgo:** No 5. **Recomendación**: (No aplica). 6. **Plan de tratamiento** (No aplica).	**1. Evidencias**: las evidencias anexas, en dos carpetas que contienen: **Carpeta 1** muestra el monitoreo de copias incrementales y totales durante el primer cuatrimestre del año con lo que se garantiza en caso de pérdida o eliminación y aporta los informes de copias mensuales de los meses de abril, mayo, junio, julio y agosto; **Carpeta 2:** los Informes de abril- mayo, mayo- junio, junio- julio y julio- agosto; las evidencias aportadas aseguran la protección de la información de la entidad. **2. Diseño de los controles**: El control establecido cuentan con una estructura acorde para el cumplimiento de su propósito. **3. Efectividad de los controles:** Los controles son efectivos ya que se observa el seguimiento a la detección preventiva de eventos e incidentes de seguridad informática, lo que permite disminuir su impacto y probabilidad de ocurrencia del riesgo, ubicado el riesgo en una Zona de Riesgo moderado lo que permite respaldar la información, del software y de las imágenes de los sistemas, ponerlas a prueba regularmente de acuerdo con una política de copias de respaldo aceptada. **4. Materialización del riesgo**: No **5. Recomendación:** (No aplica). **6. Plan de tratamiento** (No aplica).		ACTIVO
70	TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	*Documentación inadecuada (debil) la configuración de hardware/software	* Cambios en la infraestrucutra o cambios en los servicios de TI establecidos con terceros.	Afectación negativa en la prestación de servicios de TI, **DEBIDO A** una documentación de configuracion debil , **GENERANDO** dificultades en la prestación de los servicios de TI	RIESGO	REDUCIR EL RIESGO	1	3	**ZONA RIESGO MODERADA**					CONTROL 1. Durante el primer cuatrimestre de 2023 se revisaron y aprobaron se actualizó el procedimiento de gestión de incidentes (Neogestion) y se creó un directorio interno con los proveedores de GTI que se encuentra en el servidor de GTI. Evidencia: Manual de usuario y manual técnico PNGRD	**CONTROL 1.** Durante el segundo cuatrimestre de 2023 se crearon y aprobaron los procedimiento de contacto con autoridades y el procedimiento de soporte y mantenimiento de sistemas de información y aplicaciones, estos procedimientos ya se encuentran cargados y publicados en neogestion **Evidencia:** PR-1101-GTI-17_01 CONTACTO CON AUTORIDADES, PR-1101-GTI-18_01 PROCEDIMIENTO DE SOPORTE Y MANTENIMIENTO DE SISTEMAS DE INFORMACION Y APLICACIONES		Acorde a la información soporte presentada se pudo verificar lo siguiente: 1. **Evidencias**: las evidencias anexas, muestran que se encuentran vigente el Procedimiento de Gestión de Incidentes de Seguridad y el listado proveedores, lo que permite mantener actualizado el procedimiento operativo y la configuración de los equipos de la entidad. 2. **Diseño de los controles:** El control establecido cuentan con una estructura acorde para el cumplimiento de su propósito. 3. **Efectividad de los controles**: Los controles son efectivos ya que se observa que el proceso atiende los lineamientos de los procedimientos operativos y configuraciones de equipos, lo que permite ubicar el riesgo en una Zona de Riesgo moderado. 4. **Materialización del riesgo:** No 5. **Recomendació**n: (No aplica). 6. **Plan de tratamiento** (No aplica).	**1. Evidencias:** las evidencias anexas, muestran que se encuentran vigente el Procedimiento de Gestión de Incidentes de Seguridad y el listado proveedores, lo que permite mantener actualizado el procedimiento operativo y la configuración de los equipos de la entidad, para el segundo cuatrimestre de 2023 el proceso se creó y aprobó los procedimiento de contacto con autoridades y el procedimiento de soporte y mantenimiento de sistemas de información y aplicaciones, estos procedimientos ya se encuentran cargados y publicados en neogestion identificados con los códigos PR-1101-GTI-17_01 Contacto con Autoridades, PR-1101-GTI-18_01 Procedimiento de Soporte y Mantenimiento de Sistemas de Información y Aplicaciones. **2. Diseño de los controles:** El control establecido cuentan con una estructura acorde para el cumplimiento de su propósito; además, corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5 los cuales fueron adoptados por la Entidad como estructura de los controles. Cumple **3. Efectividad de los controles:** Los controles son efectivos ya que se observa que el proceso atiende los lineamientos de los procedimientos operativos y configuraciones de equipos, lo que permite ubicar el riesgo en una Zona de Riesgo moderado. **4. Materialización del riesgo**: No **5. Recomendación:** (No aplica). **6. Plan de tratamiento** (No aplica).		ACTIVO
71	SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	• Demoras en los procesos de contractuales. • Insuficiencia de recursos para el mantenimiento completo del parque automotor. • Inadecuada operatividad de los vehículos.	• Nuevas regulaciones en materia de transporte y mantenimiento de los vehículos. • Condiciones regulares de las vías del país.	No realizar oportunamente el mantenimiento de la flota de vehículos, debido a que no se realizan inspecciones rutinarias a los vehículos o no se reporta a tiempo la necesidad de mantenimiento preventivo o correctivo para los vehículos, lo que puede ocasionar daños y falta de operatividad en el uso de los vehículos.	RIESGO	EVITAR EL RIESGO	1	3	**ZONA RIESGO MODERADA**					Se realizó el seguimiento a cada uno de los vehículos ubicados en la sede A de la UNGRD con el Formato de Inspeccion Diaria de Vehículos FR-1603-SA-10 desde el mes de enero hasta el mes de marzo (los soportes del mes de abril se entregan a final del mes para ser digitalizados en las TRD y guardados en las carpetas de los vehículos), el conductor debe hacer la inspección de manera diaria y el lider del subproceso administrativo de trasnporte realiza acompañamiento semanal para verificar el reporte realizado por los conductores.	Se realizó el seguimiento a cada uno de los vehículos ubicados en la sede A de la UNGRD con el Formato de Inspección Diaria de Vehículos FR-1603-SA-10 desde el mes de mayo hasta el mes de julio (los soportes del mes de agosto se entregan a final del mes para ser digitalizados en las TRD y guardados en las carpetas de los vehículos), el conductor debe hacer la inspección de manera diaria y el líder del subproceso administrativo de transporte realiza acompañamiento semanal para verificar el reporte realizado por los conductores. De acuerdo al seguimiento del primer cuatrimestre, se adjuntan los soportes del mes de abril.		1. **Evidencias:** la evidencia corresponde a la indicada en el control, el proceso incluye como evidencia el formato FR-1603-SA-21, diligenciado mediante el cual el proceso garantiza y controla el uso y mantenimiento de los vehículos. 2. **Diseño de los controles:** Verifique si cumplen con el diseño: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. 3. **Efectividad de los controles**: El Control es Efectivo, El formato FR-1603-SA-21 garantiza controlar el uso y mantenimiento de los vehículos, además, previene que el riesgo se materialice. 4. **Materialización del riesgo**: No se materializa el riesgo. 5. **Recomendación:** NA. 6. **Plan de tratamiento (si aplica)**: NA.	**1. Evidencias:** la evidencia corresponde a la indicada en el control, el proceso incluye como evidencia el formato de Inspección de Seguridad para Vehículos FR-1603-SA-21 y el Formato de Inspección Diaria de Vehículos FR-1603-SA-10, diligenciado mediante el cual el proceso garantiza y controla el uso y mantenimiento de los vehículos. **2. Diseño de los controles:** Verifique si cumplen con el diseño: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía vr 4 **3. Efectividad de los controles:** El Control es Efectivo, El formato FR-1603-SA-21 garantiza controlar el uso y mantenimiento de los vehículos, además, previene que el riesgo se materialice. **4. Materialización del riesgo**: No se materializa el riesgo. **5. Recomendación:** NA. **6. Plan de tratamiento** (no aplica): NA.		ACTIVO

73	SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	* Suficientes controles establecidos dentro de las actividades de caja menor que aseguran los correctos procedimientos. * Situaciones de urgencia que pueden generar algún error. * Demoras en trámites de aprobación por parte del ordenador del gasto. * No hay un ejercicio preciso realizado desde la planeación de los rubros establecidos para la caja menor.	* El software SIIF del Ministerio de Hacienda es operable y eficiente para el manejo de caja menor.	Uso indebido del dinero en efectivo destinado para la Caja Menor **DEBIDO A** que el personal a cargo de la Caja menor no garantiza la seguridad de los recursos, lo que **PUEDE OCASIONAR** la interrupción del normal desarrollo de los procesos de la Unidad, sanciones Penales, disciplinarias y fiscales.	RIESGO_CORRUPCIÓN	EVITAR EL RIESGO	2	10	**ZONA RIESGO MODERADA**	Diligenciar el formato FR-1603-SA-09 para realizar el seguimiento y trazabilidad de acuerdo a las solicitudes de los recursos.	22/04/2021	15/12/2021	Coordinador(a) Apoyo Administrativo	Se dio tramite a las solicitudes efectuadas por las areas, diligenciando el formato FR1603-SA-09 version 06, estas se encuentran con los soportes respectivos como facturas electronicas cumpliendo con los requisitos art 617 E.T.	Se efectuaron las solicitudes y legalización de recursos administrativos, cumpliendo con la normatividad establecida, se realizaron los reembolsos respectivos durante el cuatrimestre, se adjuntan los soportes pertinentes donde se puede evidenciar que estan soportados con los documentos respectivos, como tiquetes de peajes, facturas, etc.		1. **Evidencias:** La evidencia aportada corresponde a la indicada en el control; el proceso incluye como evidencia el formato FR-1603-SA-09, diligenciado y los soportes correspondientes. 2. **Diseño de los controles**: Verifique si cumplen con el diseño: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. 3. **Efectividad de los controles:** El Control Si es Efectivo, pues garantiza la seguridad de los recursos, además, previene que el riesgo se materialice. 4. **Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización, toda vez que se busca evidenciar el seguimiento y la trazabilidad de los recursos. 5. **Recomendación**: NA 6. **Plan de tratamiento (si aplica)**: teniendo en cuenta que se trata de un riesgo de corrupción debe el proceso generar un plan de tratamiento, en este caso el proceso propone, el diligenciamiento del formato mencionado como evidencia en el control, el proceso aporta el formato diligenciado y los soportes documentales	1. **Evidencias:** La evidencia aportada corresponde a la indicada en el control; el proceso incluye como evidencia el formato FR-1603-SA-09, diligenciado y los soportes correspondientes. 2. **Diseño de los controles**: Verifique si cumplen con el diseño: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía vr4 3. **Efectividad de los controles:** El Control Si es Efectivo, pues garantiza la seguridad de los recursos, además, previene que el riesgo se materialice. 4. **Materialización del riesgo**: No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización, toda vez que se busca evidenciar el seguimiento y la trazabilidad de los recursos. 5. **Recomendación**: Se recomienda generar un control adicional, con el fin de asegurar el manejo de los recursos asignados a la caja menor de la entidad. 6. **Plan de tratamiento (si aplica):** teniendo en cuenta que se trata de un riesgo de corrupción debe el proceso generar un plan de tratamiento, en este caso el proceso propone, el diligenciamiento del formato mencionado como evidencia en el control, el proceso aporta el formato diligenciado y los soportes documentales		ACTIVO
74	PAZCÍFICO	*Adopción de los procesos internos del personal del FTSP. *Rotación de personal, lo que hace que se requiera una curva de aprendizaje.		Deficiencias en la veracidad y confiabilidad de la información financiera y presupuestal del FTSP, **DEBIDO** a fallas en los sistemas de información, procedimientos y/o fallas humanas en la Fiduprevisora o la UNGRD, **LO QUE OCASIONA** reprocesos y errores en los estados financieros exigidos por la banca multilateral, derivando en hallazgos por parte de la auditoría externa y control interno.	RIESGO	REDUCIR EL RIESGO	1	3	**ZONA RIESGO MODERADA**	No aplica. No requiere acciones adicionales a los controles, de acuerdo a la Política de Administración de riesgos.				Control 1: durante el cuatrimestre no se evidenciaron novedades en la conciliaciones. Los controles se ajustaron desde el reporte anterior (tercer cuatrimestre 2022), atendiendo las recomendaciones de la OCI frente a "*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*". El informe correspondiente al mes de abril/2023, requiere de las conciliaciones frente al extracto bancario, por lo que solo podrá estar disponible hasta el 15 de mayo de 2023.	Control 1: durante el cuatrimestre no se evidenciaron novedades en la conciliaciones. Conciliaciones Bancarias: Durante el segundo cuatrimestre de 2023, fueron elaboradas las conciliaciones Bancarias correspondientes a los Préstamos BID 3610/OC-CO, BIRF 8649-CO y BIRF 8798-CO para los meses de abril, mayo, junio y julio de 2023. Producto de las conciliaciones realizadas se solicitó a Fiduprevisora el traslado entre cuentas bancarias correspondiente a las retenciones de impuestos de cada uno de los Préstamos , las cuales deben ser trasladados de las cuentas pagadoras a las cuentas de impuestos para su declaración y posterior Pago. Con respecto a la conciliación Bancaria del Préstamo BIRF 8649-CO correspondiente al mes de julio de 2023, existe una partida conciliatoria pendiente por identificar por valor de $42.041.805,36, la cual está siendo revisada por el equipo Financiero del FTSP, junto con Fiduprevisora S.A. En la conciliación bancaria se menciona la existencia de dicha partida. El informe correspondiente al mes de agosto/2023, requiere de las conciliaciones frente al extracto bancario, por lo que solo podrá estar disponible hasta el 15 de septiembre de 2023. Ejecución Presupuestal: Con el fin de atender la observaciones realizadas por los Bancos (BID y Banco Mundial) referente a las diferencias presentadas en el estado de presupuesto "Peoplesoft"el equipó financiero del FTSP para los informes de ejecución de progreso semestral de los Préstamos BID 3610/OC-CO, BIRF 8649-CO y BIRF 8798-CO y debido a que algunas de ellas corresponden al Gravamen a los movimientos financieros para cada uno de los componentes, se solicitó a Fiduprevisora realizar la afectación del valor del GMF al cierre del 31 de mayo de 2023 para cada uno de los Préstamos.		**1. Evidencias:** El proceso anexó informe de ejecución presupuestal de cada mes y la conciliación bancaria, correos de la solicitud de traslados y de observaciones encontradas entre el estado de presupuesto y el reporte de cdps. Adicional, mediante correo electrónico de fecha 09 de mayo de 2023, el FTSP dio alcance informando que "Se solicitó a Fiduciaria la Previsora S.A., realizar el traslado de recursos entre cuentas, los cuales obedecían a partidas conciliatorias que se encontraban soportadas en los anexos a la conciliación bancaria de las cuentas pagadoras de los préstamos, así mismo se solicitó revisar la diferencia presentada entre el estado de Presupuesto emitido por el Sistema "PeopleSoft" vs el seguimiento realizado por el equipo financiero del FTSP.". **2. Diseño de controles:** Cumple. **3. Efectividad del control:** Es efectivo. Se observó relación entre el diseño del control y las evidencias suministradas, las cuales son consistentes para ayudar a contener el riesgo. **4. Materializacion del riesgo:**No se ha evidenciado materialización. **5. Recomendaciones**: N/A **6. Plan de tratamiento:** N/A **7. Valoración del control:** De acuerdo con la valoración del control, se observa una variación en la probabilidad de ocurrencia del riesgo, pasando de nivel 2 a nivel 1 que significa que el evento puede ocurrir solo en circurstancias excepcionales (poco comunes o anormales).	**1. Evidencias:** El proceso anexó informe de ejecución presupuestal de cada mes y la conciliación bancaria, correos de la solicitud de traslados y de observaciones encontradas en el estado de presupuesto "Peoplesoft" vs el seguimiento realizado por el equipo financiero del FTSP. Cumple. **2. Diseño de controles:** Contiene los criterios definidos por Función Pública en la "Guía de Administración de riesgos y diseño de controles v4", los cuales fueron adoptado por la Entidad como estructura de los controles. Cumple. **3. Efectividad del control:** Es efectivo. Se observó relación entre el diseño del control y las evidencias suministradas, las cuales son consistentes para ayudar a mitigar las situaciones que generan el riesgo. **4. Materializacion del riesgo:** No se ha evidenciado materialización. **5. Recomendaciones**: N/A **6. Plan de tratamiento:** Teniendo en cuenta la zona en la que se encuentra ubicado el riesgo inherente y de conformidad con la Política de Administración de Riesgos de la Entidad, no es necesario establecer un plan de tratamiento. N/A **7. Valoración del control:** El riesgo se mantiene en zona moderada, no ha sufrido cambios.		ACTIVO
75	PAZCÍFICO	*Falta de socializacion de los formatos y procedimientos al interior del FTSP		Mejoramiento e implementación de estrategias de socialización PARA QUE el equipo ejecutor del FTSP conozca y se apropie de formatos y procedimientos CON EL PROPÓSITO de evitar reprocesos y agilizar la gestión precontractual, contractual y de pagos.	OPORTUNIDAD		3	3	**ZONA OPORTUNIDAD ALTA**	No aplica. No requiere acciones adicionales a los controles, de acuerdo a la Política de Administración de riesgos.				Durante el cuatrimestre se socializaron vía correo electrónico las siguientes novedades sobre formatos/procedimientos: - ACTUALIZACIÓN PLANTILLA PARA TRÁMITE DE PAGO DIRECTO - FINANCIERA FTSP - ATENCIÓN... ACTUALIZACIÓN DE FORMATOS DE ADQUISICIONES Y FINANCIERA FTSP - ATENCIÓN... ACTUALIZACIÓN DE FORMATO DE ADQUISICIONES - ATENCIÓN... ACTUALIZACIÓN DEL REGLAMENTO OPERATIVO FTSP - ATENCIÓN EQUIPO EJECUTOR ... ACTUALIZACIÓN DE FORMATOS FINANCIEROS FTSP - ATENCIÓN EQUIPO EJECUTOR ... ALCANCE ACTUALIZACIÓN DE FORMATO FINANCIERO FTSP - ATENCIÓN EQUIPO EJECUTOR... ACTUALIZACIÓN DE GUÍA DE ADQUISICIONES - ATENCIÓN EQUIPO EJECUTOR... ACTUALIZACIÓN FR-FTSP-039 AUTORIZACIÓN VERIFICACIÓN DE ESTUDIOS Y MANEJO DE DATOS PERSONALES V3 - ADQUISICIONES	Durante el cuatrimestre se socializaron vía correo electrónico las siguientes novedades sobre formatos/procedimientos: - ACTUALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS ADQUISICIONES FTSP - ACTUALIZACIÓN FR-FTSP-06 LIQUIDACIÓN DESPLAZAMIENTO VIAJES - ACTUALIZACIÓN FR-FTSP-073 FORMATO DE SOLICITUD DE SERVICIOS OPERADOR LOGÍSTICO v2 - ACTUALIZACIÓN MOP BID V2 - ACTUALIZACIÓN PR-FTSP-011 PROCEDIMIENTO INTERNO FTSP PARA LA SOLICITUD DE CDP - ALCANCE IMPLEMENTACIÓN G-FTSP-008 - GUÍA DE REQUISITOS PARA VIABILIDAD Y REFORMULACIÓN DE PROYECTOS - IMPLEMENTAMOS GUÍA, PROTOCOLO Y RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD FTSP		**1. Evidencia:** Se evidenciaron copia de los correos de la socialización de formatos, guías y reglamento operativo al equipo de trabajo del FTSP. **2. Diseño de controles:** Cumple. **3. Efectividad del control:** Se observó relación entre el diseño del control y las evidencias suministradas, las cuales son consistentes para aprovechar la oportunidad identificado por el proceso. El control es efectivo. **4. Materializacion del riesgo**:No se ha evidenciado materialización. **5. Recomendaciones:** N/A **6. Plan de tratamiento**: N/A **7. Valoración del control:** La valoración del control permite mantener en zona alta la oportunidad,aportando en la mejora continua del FTSP	**1. Evidencia:** Se evidenciaron copia de los correos de la socialización de formatos y procedimientos al equipo de trabajo del FTSP. **2. Diseño de controles:** Contiene los criterios definidos por Función Pública en la "Guía de Administración de riesgos y diseño de controles v4", los cuales fueron adoptado por la Entidad como estructura de los controles. Cumple. **3. Efectividad del control:** Se observó relación entre el diseño del control y las evidencias suministradas, las cuales son consistentes para aprovechar la oportunidad identificado por el proceso. El control es efectivo. **4. Materializacion del riesgo**: N/A **5. Recomendaciones:** N/A **6. Plan de tratamiento**: N/A **7. Valoración del control:** N/A		ACTIVO
76	TALENTO HUMANO	* Debilidades en la Transferencia de Conocimiento		Cambios organizacionales que afecte la permanencia del personal **DEBIDO A** cambios o nombramientos, lo que **PUEDE GENERAR** pérdida de información, conocimiento y la continua dinámica del proceso, afectando la memoria institucional.	RIESGO	REDUCIR EL RIESGO	1	3	**ZONA RIESGO MODERADA**	Se envia una comunicación al funcionario o exfuncionario recordando la presentacion del informe en el tiempo establecido. **Responsables:** Coordinadora del Grupo de Talento Humano.	15/03/2022	31/12/2022	Coordinador(a) Talento Humano	**Control 1:** Para el primer cuatrimestre se tiene el informe de la Ex funcionaria Daniela Paola Salas quien se desvinculo el día 06 de febrero de 2023. **Plan de tratamiento:** Para este periodo se han desvinculado los siguientes exservidores, los cuales cuentan el tiempo establecido para la respectiva entrega de sus informe conforme al Procedimiento Vinculación Y Desvinculación De Funcionarios (PR-1601-GTH-01_06) (Miguel Ángel Julio :03/04/02023 María Cristina Estupiñan:03/04/2023 Jaime Matiz: 05/04/2023 Mónica Arias Fernandez:05/04/2023 Diana Mireya Parra Cardona: 18/04/2023 Oscar Goyeneche:18/04/2023)	**Control 1**: Para el segundo cuatrimestre se desvincularon los siguientes exservidores: Nelsy Piedad Chicangana Collazos:Aceptada a partir de 11/05/2023 Diego Enrique Vargas Vega:Aceptada a partir de 11/05/2023 David Valdez Cruz:Aceptada a partir de 15/05/2023 Nubia Ramirez Criollo:Aceptada a partir de 23/05/2023 Leon Acosta Juan Carlos:Aceptada a partir de 18/05/2023 Sandra Patricia Sotomonte Noppsa:Aceptada a partir de 18/05/2023 Christian Fernando Joaqui Tapia: Aceptada a partir de 24/05/2023 Angela Ramirez Rodriguez:Aceptada a partir de 31/05/2023 Selma Asprilla Coronado:Aceptada a partir de 13/06/2023 Maria Paola Cruz Pulido:Aceptada a partir de 01/08/2023 Jose Fernado Millan Cruz:Aceptada a partir de 01/08/2023 Jennifer Peña Ardila:Aceptada a partir de 4/08/2023 Jesus Argei Duran:Aceptada a partir de 14/08/2023 **Plan de tratamiento:** Se realizo el envio de correo electronico recordando la importancia adelantar la respectiva entrega de acuerdo a lo establecido en el formato sin pendientes para funcionarios (FR-10601-GTH-108-07) a: -Nelsy Piedad Chicangana Collazos -Diego Enrique Vargas Vega -David Valdez Cruz -Leon Acosta Juan Carlos -Sandra Patricia Sotomonte Noppsa -Christian Fernando Joaqui Tapia Informes debidamente recibidos con su respectivo tramite. -Nubia Ramirez Criollo -Angela Ramirez Rodriguez		1. EVIDENCIAS: Se aporta el retiro un servidor público el cual adjunta el formato FR-1601-GTH-104 (informe de entrega) debidamente diligenciado. 2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5 3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: No es efectivo *toda vez que el formato no permite ver los pendientes tiene a la fecha de retiro como tampoco el estado de las actividades entregadas; De otra parte 06 servidores que se retiraron durante el cuatrimestre no han dejado informe de entrega; el proceso manifiesta que aún están dentro el tiempo establecido para entrega. 4. MATERIALIZACION DEL RIESGO: NO 5. RECOMENDACIONES: a. En el formato FR-1601-GTH-104 debe constar por parte del funcionario que recibe que los documentos entregados corresponden a una entrega formal, se debe colocar la imagen de los archivos que se reciben y dar constancia de su veracidad.; como también las labores pendientes por ejecutar. b. Se recomienda modificar el procedimiento (PR-1601-GTH-01_06) respecto a los tiempos de entrega de la información toda vez que una vez la persona abandona sus funciones es difícil que haga esta entrega. c. El formato código 1601-GTH-127 debe ser de carácter obligatorio toda vez por simple que sean las funciones ejecutadas por una persona amerita que haga una entrega formal 6. PLAN DE TRATAMIENTO: No aplica dado que los planes de tratamiento solo aplican para riesgos de corrupción y para los riesgos valorados en zona de riesgo alta.	1. EVIDENCIAS: Se aporta el retiro de 13 servidores públicos de los cuales 3 adjuntan informe debidamente diligenciado; 2 están dentro de los tiempos toda vez que su retiro está muy reciente y los demás no han cumplido con este requerimiento. 2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5 3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: No es efectivo no se explica como servidores que se retiraron durante el cuatrimestre no han dejado informe de entrega y sin embargo ya se les entrego paz y salvo y se les pago prestaciones sociales. 4. MATERIALIZACION DEL RIESGO: En riesgo de materialización 5. RECOMENDACIONES: a. GTH: Replantear el riesgo toda vez que los que se pretende es resguardar la información; su planteamiento es un poco confuso y no tiene relación con lo que en realidad se hace o se busca; de otra parte se reitera revisar el plan de tratamiento ya que no aplica. 6. PLAN DE TRATAMIENTO: No aplica dado que los planes de tratamiento solo aplican para riesgos de corrupción y para los riesgos valorados en zona de riesgo alta.		ACTIVO
77	TALENTO HUMANO	Construcción del Plan Institucional de Capacitación de forma participativa acorde a las necesidades de las áreas. No se cuenta con presupuesto para la implementación del PIC. poca participación del personal de la Entidad en algunos espacios de capacitación programados por la UNGRD.	Oferta de capacitaciones por parte de entidades aliadas acorde a lo dispuesto en el Plan Nacional de Capacitación. la entidad no tiene control sobre el contenido de las capacitaciones ofrecidas de manera gratuita por las entidades. La virtualidad ha permitido facilitar el acceso a la	Las capacitaciones de manera virtual ha permitido tener mayor acceso de los colaboradores a los proceso de formación **DEBIDO A** a la facilidad de conexión lo que **PUEDE OCASIONAR** tener una mayor cobertura del PIC.	OPORTUNIDAD		3	1	**ZONA OPORTUNIDAD BAJA**	No aplica. No requiere acciones adicionales a los controles, de acuerdo a la Política de Administración de riesgos.	10/04/2021	30/12/2021	Coordinador(a) Talento Humano	Durante el primer cuatrimestre se han ejecutado 13 capacitaciones virtuales, las cuales son: 1. Fraude: con una asistencia de 25 personas 2. Actividades de control: con una asistencia de 17 de personas 3. Riesgo público: con una asistencia de 21 personas 4. Herramientas para el manejo de las emociones: con una asistencia de 22 personas 5. Identificación de peligros y procedimiento a salida a terreno: con una asistencia de 23 personas 6. programas de inclusión: esta fue brindada por función publica 7. política de control interno: esta fue brindada por función publica 8. seguridad de la información: con una asistencia de 19 personas 9. manipulación manual de cargas: con una asistencia de 14 personas 10. sustancias psicoactivas: con una asistencia de 19 personas	Durante el segundo cuatrimestre se han ejecutado 18 capacitaciones de manera virtual, las cuales se mencionan a continuación: 1. fomentemos el autocuidado: asistencia de 21 colaboradores 2. Inspecciones de seguridad: asistencia de 14 colaboradores 3. Liderazgo: asistencia de 16 colaboradores 4. Privacidad de la información: con asistencia de 15 colaboradores 5. Tiquetes, comisiones y desplazamientos: con asistencia de 34 colaboradores 6. Acoso laboral: con asistencia de 22 colaboradores 7: Ataques de ciberseguridad: con asistencia de 15 colaboradores 8: Conflicto de interés: con asistencia de 23 colaboradores 9: Gestión del riesgo y cambio climático: asistencia de 47 colaboradores 10: Herramientas para el manejo de demandas emocionales: asistencia de 9 colaboradores 11: Salud mental: asistencia de 7 colaboradores		1. EVIDENCIASs: El GTH adjunta evidencias como son lista de asistencia e invitaciones de 13 capacitaciones realizadas durante el cuatrimestre. 2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5 3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: ES EFECTIVO 4. MATERIALIZACION DEL RIESGO: NO 5. RECOMENDACIONES: N/A 6. PLAN DE TRATAMIENTO: N/A	1. Evidencias: El GTH adjunta evidencias la asistencia de 14 capacitaciones realizadas durante el II cuatrimestre. 2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5 3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: ES EFECTIVO 4. MATERIALIZACION DEL RIESGO: NO 5. RECOMENDACIONES: N/A 6. Plan de tratamiento: N/A		ACTIVO
78	TALENTO HUMANO	Cumplimiento de la normatividad relacionada con Salud y seguridad en el Trabajo.	Cambio en legislación aplicable a Seguridad y Salud en el Trabajo que fortalezca el SGSST	Incumplimiento de las normas, estándares y legislación en Seguridad y Salud en el Trabajo, **DEBIDO A** las constantes modificaciones, actualizaciones y cambios en la normatividad aplicable, lo que **PUEDE OCASIONAR** perjuicios a los colaboradores de la entidad y posibles sanciones legales por incumplimiento normativo.	RIESGO		1	4	**ZONA RIESGO ALTA**	**Seguimiento al cumplimiento de los requisitos legales.** **Responsable:** Líder SST **Periodicidad:** Cuatrimestral **Propósito:**Verificar el cumplimietno de los requisitos legales identificados en la matriz. Cómo se realiza: Realizando seguimiento a los planes de acción establecidos en la matriz de requisitos legales. **Desviación:** en caso de no realizar esta actividad se podria inculplir algun requisito legal. **Evidencia:** Seguimiento matriz legal (Control de cambios)	15/03/2022	31/12/2022	Coordinador(a) Talento Humano	**Control 1:** Se realiza actualización de la matriz de requisitos legales, el 7 de marzo del 2023 donde se deroga la circular 071 de 2020 y circular 072 del 2021, se realiza actualización a los seguimientos de las normas, resolución 20223040040595 PESV, resolución 2764 Batería de riesgo Psicosocial y se adiciona la circular 036 de 2022, circular 082 de 2022 y circular 021 de 2023 nuevos requisitos legales aplicables a la entidad. **Plan de tratamiento:** estas actividades se realiza en el mes de mayo en este momento se encuentra en actualización.	**Control 1:** Se realiza actualización de los seguimientos al Decreto 1295 Art.63, Resolución 2013, Resolución 4927 de 2016, Resolución 1358 de 2014, Circular 025 de 2022, se deroga el Decreto 420 de 2020, Derogado por el Art. 8 del Decreto 457 de 2020, Decreto 206 de 2021, Derogado por el Art. 12 del Decreto 580 de 2021, Decreto 580 de 2021 Derogado por el Art. 11 del Decreto 1026 de 2021, Decreto 1408 de 2021Derogado por el Art. 5 del Decreto 1615 de 2021, Decreto 1615 de 2021, Decreto 298 Derogado Decreto 655 de 2022. **Plan de tratamiento:** Se realizara actualización de los requisitos normativos acogiendo las recomendaciones que se emitan mediante informe de auditoria interna en el mes de septiembre.		1. EVIDENCIAS: Se evidencia la actualizacion del SG-SST (**Matriz de recurso legales**) y el seguimiento al plan de trabajo de SST 2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según el plan de accion del SST 3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: es efectivo en tiempo establecido para entrega. 4. MATERIALIZACION DEL RIESGO: NO	1. EVIDENCIAS: Se adjunta MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES DEL SIPLAG (USUARIOS, AMBIENTAL y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO) con las actualizaciones redactadas en el seguimiento al control 1 2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumple con la Guía del DAFP versión 5 3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: No es efectivo toda vez que no está mitigando la materialización del riesgo; no está conformado el comité COPAST, los miembros del comité no tienen las 50 horas de SG-SST 4. MATERIALIZACION DEL RIESGO: Se materializa toda vez que no se incumple con los requerimientos que exige la normatividad. 5. Plan de tratamiento: No es necesario toda vez que el riesgo se encuentra en zona alta y el plan de tratamiento se plantea cuando está en zona extrema. 5. Recomendación ID78 GTH: Replantear el riesgo toda vez que no atiende lo que se pretende; no es consistente con lo que se quiere lograr; me explico; las normas se incumplen por que la alta gerencia no puede conformar los comités o por que no han exigido que los integrantes de los diferentes comités tengan las 50 horas exigidas por la norma y NO porque la normatividad cambie; el cambio de la normatividad se podría colocar como otro control. No es necesario el plan de tratamiento toda vez que el riesgo se encuentra en zona alta y el plan de tratamiento se plantea cuando está en zona extrema.		ACTIVO

79	TALENTO HUMANO	No se cumple con la programación de las vacaciones, que afectan temas presupuestales, llevando a incumplimientos al sector. Conocimiento de la normatividad aplicable de los factores prestacionales. Registro adecuado de la información y de las diferentes situaciones administrativas de los funcionarios. Software "Kactus HCM"	Pago oportuno de las incapacidades por parte de la ARL y EPS. Reporte oportuno de las libranzas y aportes a fondos de empleados. Actualización en la parametrización de software por ente externo. Cambio de normas relacionadas con el pago de los servidores públicos.	Errores en la liquidación de la nómina, seguridad social, parafiscales y liquidación de prestaciones sociales **DEBIDO A** la no actualización de novedades mes a mes, reporte inoportuno de las novedades internas y externas, error al realizar el cargue y verificación de la información en el software, desconocimiento de nuevas normas. Lo que **PUEDE OCASIONAR** pagos erróneos, afectación en el bienestar ecónomico de los funcionarios, incumplimiento en las normas y afectación en el PAC.	RIESGO	EVITAR EL RIESGO	1	4	**ZONA RIESGO ALTA**	Actualizar el procedimiento de nomina e incluir en Neogestion el formato de novedades.	15/03/2022	31/12/2022	Coordinador(a) Talento Humano	**Control 1:** Una vez recibidas las novedades por cada uno de los Grupos y Convenios UNGRD, se procede a realizar el Cuadro Reporte de Novedades para la Nómina de cada mes, con el fin de llevar un control de las novedades que son reportadas mensualmente. **Control 2:** Se Descarga la Prenomina de cada nómina mensual o adicional que se realice por parte de la UNGRD, donde se evidencia el concepto, el valor y el número de funcionarios, es un consolidado de acuerdo al concepto reportado, tanto de descuentos como de devengos que nos permiten comparar el total reportado con las novedades incluidas mensualmente; este reporte es descargado por el sistema y el reporte final de nómina. **Plan de Tratamiento:** El procedimiento de nómina ha sido modificado de acuerdo a las necesidades de la nómina UNGRD y el software manejado; actualmente se encuentra en proceso de revisión por la Coordinadora GTH, con el fin de validar ajustes y realizar la publicación.	**Control 1:** Una vez recibidas las novedades de los Grupos y Convenios UNGRD, se procede a reportar dichas novedades mensuales en el FR-1601-GTH-154_01 formato novedades de nómina. Esto permite tener un registro preciso de las novedades. Como parte de una mejora en el proceso, se implementado el formato (FR-1601-GTH-173_01) Lista de Chequeo Verificación Nómina. **Control 2:** Se descarga el resumen de Nómina correspondiente a cada período mensual o adicional efectuado por la UNGRD. Este resumen muestra de manera consolidada los conceptos, montos y cantidad de funcionarios involucrados. Incluye tanto los descuentos como los ingresos, permitiendo contrastar el total declarado con las novedades agregadas en cada mes. Este informe se obtiene automáticamente a través del sistema de Kactus y forma parte de la nómina definitiva. **Plan de Tratamiento:** El procedimiento de nómina ha sido modificado de acuerdo a las necesidades de la nómina UNGRD y el software manejado; (PREPARACIÓN Y LIQUIDACIÓN DE LA NÓMINA) CODIGO: PR-16-01-GTH-04 actualizado el día (F.A: 08/08/2023)		1. EVIDENCIAS: a. Control 1: El GTH Cuadro de novedades-descuentos (No se encuentran todas las novedades); se deben anexar Los reportes donde se detallan y especifican cualquier irregularidad del sueldo del empleado (vacaciones, embargos, libranzas, nuevos ingresos, retiros, retención de impuestos, sindicatos, licencias en sus diferentes modalidades entre otros). b. Control 2: Se debe adjuntar el resumen de la nómina y el cuadro de novedades para poder cotejar; al no estar el control 1 completo es imposible cotejar la evidencia del control 2 2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5, mas sin embargo se debe complementar las evidencias a adjuntar. 3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: NO ES EFECTIVO 4. MATERIALIZACION DEL RIESGO: SI véase informe de austeridad del gasto I trimestre 2023 y los diferentes seguimientos al área de nómina durante la vigencia 2022. 5. RECOMENDACIONES: Hacer mesa de trabajo con la OCI en su rol de asesoría y acompañamiento ya que se considera no se tiene claro el termino novedades de nómina ni tampoco como se deben reportar. 6.PLAN DE TRATAMIENTO: No es claro el plan de tratamiento; el mismo se debe mirar en la mesa de trabajo a realizar con la OCI.	EVIDENCIAS: Control 1: El GTH Cuadro de novedades y lista de chequeo novedades que empieza a funcionar desde el mes de septiembre de 2023; Control 2: Se adjunta resumen de nómina y rp solicitado al área de GAFC DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5 EFECTIVIDAD DEL CONTROL: SI MATERIALIZACION DEL RIESGO: NO RECOMENDACIONES: ID79 – GTH: El líder del proceso de GTH debe colocar VoBo en el documento resumen de nómina (insumo para elaborar el RP); De otra parte, el plan de tratamiento ya finalizo por lo tanto se debe actualizar las fechas en la matriz de riesgos y oportunidades PLAN DE TRATAMIENTO: Se modificó el procedimiento de nómina desde el pasado 08 de agosto de 2023 PR-16-01-GTH-04-Plan de tratamiento finalizado.		ACTIVO
80	TALENTO HUMANO	* Revisión del perfil conforme al manual de funciones establecido		Vinculación de personal no idóneo, **DEBIDO A** la inconsistencia entre el requerimiento y el perfil establecido para cada función a desempeñar en el cumplimiento de sus obligaciones, lo que **PUEDE OCASIONAR** fallas en la prestación de los servicios y requerimientos por parte de la entidad. Además, incumplimiento en las funciones encomendadas al personal vinculado. Ocasionando sanciones por parte de los entes de inspección, vigilancia y control, y demandas de los funcionarios vinculados sin el total de los requisitos.	RIESGO_CORRUPCIÓN	EVITAR EL RIESGO	3	10	**ZONA RIESGO ALTA**	Actualizar el Procedimiento Vinculación Y Desvinculación De Funcionarios, con las actividades referentes a la idoneidad del colaborador en el respectivo certificado.	29/03/2023	31/12/2023	Coordinador(a) Talento Humano	**Control 1:** Durante el mes de marzo se llevó a cabo la mesa de trabajo para la actualización del mapa de riesgo y oportunidades, en virtud de lo anterior se actualizo el control 1 del riesgo N. 80, conforme a lo anterior, se ha realizado la verificación ante las diferentes entidades e instituciones para garantizar la veracidad de las certificaciones brindadas por: Olga Lucia Montoya Tovar : 23/02/2023 Diego Enrique Vargas Vega: 18/04/2023 Pieda Chicangana: 24/04/2023 **Nota:** Se implementara un formato específico para la validación de la información anteriormente mencionada. **Plan de tratamiento:** Para el primer semetre del año se realira la actualización del procedimiento Vinculación Y Desvinculación De Funcionarios.	**Control 1:** Materialización del riesgo 80, teniendo que para el mes de junio se realizó la Vinculación de Jennifer Peña Ardila, sin que cumpliera con el núcleo básico establecido en el perfil de Profesional Especializado código 2028 grado 18, ubicado en la Subdirección para el conocimiento del Riesgo y adicionalmente se evidencio que no cuenta la tarjeta profesional la cual "NO" se encuentra matriculada y a la fecha no ha adelantado el trámite respectivo de "Inscripción y Otorgamiento de Tarjeta Profesional, en consecuencia, no está habilitado(a) y acreditado(a) para el ejercicio Legal de la profesión en el territorio Nacional". Dando cumplimento a los lineamientos de la política de administración de riesgo se notificó al correo de siplag@gestiondelriesgo.gov.co el día 04 de agosto de 2023 la materialización del riesgo, y posteriormente se formuló la acción de mejora 279 la cual tiene como objetivo actualizar el procedimiento de vinculación y establecer los responsables de cada actividad. Es importante mencionar que la vinculación se revocó mediante resolución número 0719 del 02 de agosto de 2023. **Plan de tratamiento:** De acuerdo a las actualizaciones de los procedimientos se adelantó la actualización del procedimiento de desvinculación el cual se encuentra en revisión por parte de la secretaría general, en cuanto al procedimiento de vinculación se encuentra en elaboración por parte del Grupo de Talento Humano **Nota:** Cabe destacar que hemos desarrollado el FR-1601-GTH-174_01 "Formato de Validación de Documentos de Estudios y Experiencia" con el propósito de agilizar y mejorar el proceso de incorporación de nuevo personal.		1. EVIDENCIAS: formato FR-1601-GTH-76 diligenciado; se adjunta este formato de 03 funcionarios que ingresaron en el I cuatrimestre 2023. 2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5 3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: ES EFECTIVO 4. MATERIALIZACION DEL RIESGO: NO 5. RECOMENDACIONES: Con referencia al riesgo ID 80 se recomienda adjuntar evidencias del avance del procedimiento v vinculación y desvinculación del personal 6. PLAN DE TRATAMIENTO: El GTH tiene diseñado como plan de tratamiento diseñar procedimiento para la vinculación y desvinculación del personal no adjunta avances	1. EVIDENCIAS:1. EVIDENCIAS: No adjunta el formato FR-1601-GTH-76 diligenciado correspondiente a vinculaciones del II cuatrimestre 2023; las evidencias se enfocan básicamente en la materialización del riesgo 80. 2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5 3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: Es efectivo, la materialización del riesgo es un presunto error humano. 4. MATERIALIZACION DEL RIESGO: Si RECOMENDACIONES ID80 - GTH: *Capacitar el personal de GTH para la ejecución de sus labores toda vez que la materialización del riesgo ocurre por presunta negligencia; vale la pena aclarar que desde un principio el control especificaba claramente las funciones del personal de Talento Humano. "Cómo se realiza: la profesional encargada de apoyar el proceso de vinculación de los funcionarios de la UNGRD, deberá ponerse en contacto con las deferentes instituciones académicas y organizaciones para verificar la veracidad de las certificaciones académicas y experiencia laboral de la persona a postularse en la vacante de la UNGRD y posteriormente debe diligenciar el formato (FR-1601-GTH-76. Ésta acción será verificada por la Coordinadora de Talento Humano con el fin de contrarrestar lo exigido en el manual de funciones vs la hoja de vida. Lo anterior se desarrolla de acuerdo a demanda de las vacantes de la UNGRD". *Presentar la materialización del riesgo ante el CICCI. Vale la pena aclarar que el plan de tratamiento no es necesario toda vez que el riesgo NO se encuentra en zona extrema. PLAN DE TRATAMIENTO: Adjuntar para el siguiente avance el procedimiento avalado por las partes.		ACTIVO
84	TALENTO HUMANO	La entidad se encuentra certificada bajo la ISO 45001:2018.	Al estar certificada mejora los estandares de SST y fortalece la imagen de la entidad.. Nuevos lineamientos en el plan sectorial de presidencia.	Mantener la certificación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo bajo la norma ISO 45001 de 2018 **DEBIDO A** que se cuenta con un equipo de profesionales que aportan al desarrollo del sistema lo que **PUEDE GENERAR** que se cumpla con los requerimientos y se aumente la productividad y bienestar laboral	OPORTUNIDAD		4	4	**ZONA OPORTUNIDAD EXTREMA**	No aplica. No requiere acciones adicionales a los controles, de acuerdo a la Política de Administración de riesgos.				Se realiza seguimiento al plan de trabajo de SST en el componente de gestión integral en donde están establecidas las actividades para el cumplimiento de la ISO 45001:2018 donde se evidencia un cumplimiento del 93% a corte del primer trimestre.	Se realiza seguimiento al plan de trabajo de SST y se realiza un promedio de corte de abril a julio con un resultado de cumplimiento del 88,5%, queda pendiente adicionar el cumplimiento de actividades correspondientes al mes de agosto dado que este cierre se realiza el día 01 de septiembre, para dar un cierre total del segundo cuatrimestre.		1. EVIDENCIAS: Se evidencia el plan de trabajo ISO 45001:2018 Y el seguimiento 2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según el plan de trabajo ISO 45001:2018 3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: es efectivo en tiempo establecido para entrega. 4. MATERIALIZACION DEL RIESGO: NO 5. RECOMENDACIONES: incluir en el plan de trabajo de la ISO 45001, las acciones de mejora para dinamizar el sistema de calidad de SST 6. PLAN DE TRATAMIENTO: N/A	1. EVIDENCIAS: Se adjunta matriz de seguimiento con un avance del 88.5% 2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Aunque no atiende las necesidades de lo requerido cumplen con el diseño de la guía del DAFP 3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: ES EFECTIVO 4. MATERIALIZACION DEL RIESGO: NO 5. RECOMENDACIONES: Replantear el diseño del control toda vez que no atiende el objetivo de la mitigación del riesgo; no tiene sentido decir que se quiere mantener la certificación debido a que se cuenta con buenos profesionales. 6. PLAN DE TRATAMIENTO: N/A		ACTIVO
85	TALENTO HUMANO	La entidad cuenta con el miembros de la brigada con amplios conocimientos y experiencia para la atención de emergencias. Falta de participación de algunas áreas en la brigada de emergencias, para la cobertura de todas las instalaciones de la entidad en caso de algún evento.	Contar con el apoyo de las entidades del SNGRD para capacitar a los brigadistas. Evento natural, tecnológico o antrópico que pueda afectar a la entidad.	Atención inadecuada en situaciones de emergencia, **DEBIDO A** la falta de desarrollo de competencias necesarias para el desarrollo de dicha actividad, cambio o renuncia de Brigadistas lo que **PUEDE OCASIONAR** fallas en la operación de la brigada de emergencias en caso de requerirse.	RIESGO	REDUCIR EL RIESGO	2	4	**ZONA RIESGO ALTA**	**Incentivar a los Brigadistas para el desarrollo de sus actividades.** **Responsable:** Líder SST - Lider de Brigada **Periodicidad:** Semestral **Propósito:** Fortalecer el compromiso de la Brigada de Emergencias **Cómo se realiza:** Reconociendo publicamente su labor y vocación de servicio y solicitando apoyo al jefe inmediato o supervisor para la autorizacion en la participacion de las actividades programadas. **Desviación:** En caso de no cumplir con la actividad, podria pasar que se tuviera personal no capacitado para la atencion de la emergencia. **Evidencia:** Comunicación a los Jefes y reconocimientos publicos	15/03/2022	31/12/2022	Coordinador(a) Talento Humano	**control 1** Durante el primer cuatrimestre, se desarrolló la convocatoria, para la inclusión de nuevos brigadistas. Se realiza primera reunión con la brigada de emergencias, en la cual se da la inducción del componente de la brigada como lo son deberes y responsabilidades. **Plan de tratamiento:** Se tiene previsto realizar una pista de entrenamiento para el equipo de la brigada de emergencias, proceso que se encuentra en desarrollo para el primer semestr	**Control 1:** Durante el segundo cuatrimestre, se llevo a cabo la pista de entrenamiento para la brigada de emergencias, espacio de capacitacion que permitio fortalecer los conocimientos en primeros auxilios, contol de incendios y evacuación y se realizó capacitación en pimera respuesta a incidentes con materiales peligros **Plan de tratamiento:** Se tiene previsto continuar con plan de capacitacion para brigadistas, abrir nuevamente convocatoria para nuevos integrantes y desarrollo de capacitacion integral.		1. EVIDENCIAS: Plan de trabajo de Brigada, listas de asistencia o fotografía de reunión: El GTH cumple a cabalidad con el reporte de evidencias incorporadas en el diseño del control. 2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5 3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: ES EFECTIVO TODA VEZ QUE LA UNGRD CUENTA CON UN GRUPO DE BRIGADISTAS 4. MATERIALIZACION DEL RIESGO: NO 5. RECOMENDACIONES: N/A 6. PLAN DE TRATAMIENTO: El GTH tiene diseñado plan de tratamiento con el ánimo de capacitar al grupo de brigadistas y de esta manera entrenarlos en su labor.	1. EVIDENCIAS: Se aporta registro fotografico de entrenamiento en pista y lista de asistencia de capacitacion incidentes con materiales peligrosos. 2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5 3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: NO es efectivo toda vez que el día del temblor del 17 de agosto de 2023, los brigadistas no estuvieron organizados atendiendo el evento, no hubo conteo, ni organización de los diferentes grupos de trabajo en el punto de encuentro, no se tenía claro donde estaba el equipo de emergencia, silla de ruedas, camilla etc. 4. MATERIALIZACION DEL RIESGO: NO 5. RECOMENDACIONES: Actualización de las hojas de vida de los brigadistas con las exigencias de ley ya que el día de la auditoria de calidad el auditor reviso la hoja de vida de varios de ellos y se encontraban vacías; de otra parte, uno de los brigadistas tenía muchas comorbilidades registradas y el auditor sugirió retirarlo. No es necesario plan de tratamiento toda vez que el riesgo no esta en zona extrema. 6. PLAN DE TRATAMIENTO: El GTH tiene diseñado plan de tratamiento el mismo es muy similar al control establecido y de otra parte no es necesario dado que el riesgo no se encuentra en zona extrema.		ACTIVO
86	TALENTO HUMANO	Se cuenta con los recursos técnicos, tecnológicos y humanos para el correcto desarrollo del SG-SST. Falta de participación en las actividades de SST por parte de los colaboradores.	Apoyo de la ARL para las actividades establecidas en el SGSST.	Fortalecer la sostenibilidad, aumentar la productividad y bienestar de los colaboradores **DEBIDO AL** cumplimiento de los diferentes componentes del SG-SST lo que **PUEDE OCASIONAR** ambientes de trabajo saludables y que cumplan con condiciones de seguridad.	OPORTUNIDAD		5	1	**ZONA OPORTUNIDAD ALTA**	No aplica. No requiere acciones adicionales a los controles establecidos				**Control 1:** Se evidencia un cumplimiento de los Indicadores que se reportan de manera mensual y el respectivo reporte en Neogestion se adjunta evidencia de cumplimiento.	**Control 1:** Se evidencia un cumplimiento de los Indicadores que se reportan de manera mensual y el respectivo reporte en Neogestion se adjunta evidencia de cumplimiento.		1. EVIDENCIAS: "Indicadores, NEOGESTION"; Se adjuntan indicadore de gestion. 2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5 3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: Efectivo 4. MATERIALIZACION DEL RIESGO: NO 5. RECOMENDACIONES: n/a 6. PLAN DE TRATAMIENTO: n/a	1. EVIDENCIAS: Adjuntan pantallazo de los indicadores subidos a neogestion. 2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5 3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: No es efectivo 4. MATERIALIZACION DEL RIESGO: NO 5. RECOMENDACIONES: Establecer un método de medición donde los colaboradores den su opinión acerca de estos indicadores; el SST debe dar un valor agregado acerca de sus indicadores. 6. PLAN DE TRATAMIENTO: n/a		ACTIVO
89	TALENTO HUMANO	Se actualizó el procedimiento de investigacion de incidentes, accidentes y enfermedades laborales. Reporte extemporáneo de los AL EL No reporte de IL AL por parte de los colaboradores.	Contar con el apoyo de la ARL en las investigaciones o intervenciones en fuente, medio y colaborador. Sanciones por el no cumplimiento de las investigaciones o reportes.	Reportes extemporáneos de AT **DEBIDO A** desconocimiento del procedimiento investigación incidentes, accidentes y enfermedades laborales,**PUEDE OCASIONAR** sanciones por el incumplimiento del procedimiento para investigación de accidentes.	RIESGO	EVITAR EL RIESGO	2	4	**ZONA RIESGO ALTA**	Capacitar a los miembros de los comités en la investigacion y reporte de incidentes, accidentes y enfermedades laborales. Socializar el procedimiento de reporte de incidentes, accidentes y enfermedades laborales a todos los colaboradores de la entidad.	15/03/2022	31/12/2022	Coordinador(a) Talento Humano	1	**control 1:** A lo largo del segundo cuatrimestre se presentó 1 accidente en el mes de mayo, producto de la caída de una colaboradora al ingreso de las instalaciones del edificio, para el cual se determinaron unos planes de acción y se han venido ejecutando, se continua con el cierre de los planes de acción de accidentes reportados anteriormente. **Plan de Tratamiento:** Durante el segundo cuatrimestre no se pudo realizar ningun tipo de capacitacion a los miembros del COPASST, ya que a cierre del mes de agosto se han enviado 3 convocatorias para que todo el personal de planta se postule a este comite y no ha obtenido respuesta, en el mes de agosto se proyecto una circular dirigida a todos los jefes, supervisores y /o coordinadores de area para que postulen a un candidato y se eliga mediante votacion en el mes de septiembre, la cual aun no ha salido para socialiacion por falta de firma del Director General.		1. EVIDENCIAS: *Seguimiento a cierre de planes de acción de investigación de accidentes* ; Se adjuntan 06 investigaciones de accidentes laborales. 2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5 3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: ES EFECTIVO 4. MATERIALIZACION DEL RIESGO: NO 5. RECOMENDACIONES: Con referencia al riesgo ID 89 se recomienda adjuntar evidencias del avance de la investigación – Dar un dictamen de cada una. 6. PLAN DE TRATAMIENTO: No aplica plan de tratamiento	1. EVIDENCIAS: Seguimiento a cierre de planes de acción de investigación de accidentes; Se adjuntan 06 investigaciones de accidentes laborales. 2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5 3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: ES EFECTIVO 4. MATERIALIZACION DEL RIESGO: NO 5. RECOMENDACIONES: N/A 6. PLAN DE TRATAMIENTO: No aplica plan de tratamiento		ACTIVO
90	TALENTO HUMANO	Identificación y seguimiento a las condiciones de salud de los colaboradores. Poca participación de los colaboradores en los PVE y en el programa de entornos saludables.		Ejecución de Programas de Vigilancia Epidemiológicos y entornos saludables **DEBIDO A** que se cuenta con profesionales especializados para cada uno de los PVE lo que **PUEDE GENERAR** prevenir la aparición de enfermedades laborales	OPORTUNIDAD		5	3	**ZONA OPORTUNIDAD EXTREMA**	No aplica. No requiere acciones adicionales a los controles, de acuerdo a la Política de Administración de riesgos.	15/03/2022	31/12/2022	Coordinador(a) Talento Humano	**Control 1.** En el primer cuatrimestre, a corte del 26 de abril, se han desarrollado diferentes actividades dirigidas a los riesgos identificados dentro del sistema de vigilancia epidemiológico, se cuenta con un cumplimiento de 60% de las actividades programadas y una cobertura del 54%, mediante las siguientes acciones. Riesgo DME: Inspección de puestos de trabajo Masajes terapéuticos, capacitación en manipulación manual de cargas Riesgo visual: Se realiza socialización de pausa activa visual. Riesgo Psicosocial: Se realiza capacitación de herramientas de emociones y se socializan las recomendaciones emitidas por ARL a una colaboradora de la entidad (contratista), debido accidente laboral reportado. Riesgo Cardiovascular: Se realiza invitación al personal identificado a las actividades de aeróbicos y tamizaje de salud. **NOTA:** Por la falta del Psicólogo y Fisioterapeuta, en el equipo de seguridad y salud en	**Control 1:** En el segundo cuatrimestre cuatrimestre, a corte del 24 de agosto, se han desarrollado diferentes actividades dirigidas a los riesgos identificados dentro del sistema de vigilancia epidemiológico, se cuenta con un cumplimiento de 54% de las actividades programadas y una cobertura del 52% del plan de trabajo anual, mediante las siguientes acciones. **Riesgo DME:** Inspección de puestos de trabajo, taller saludable para cuidado de espalda, escuela terapeutica capacitación en higiene del sueño **Riesgo visual:** Se realiza socialización pieza comunicativa de salud visual, se realizó jornada de salud visual. **Riesgo Psicosocial:** Se realiza capacitación en vive el éstres desde un enfoque positivo, liderazgo, demanda de herramienta de emociones, salud mental y prevención del suicidio, acoso laboral, se realiza seguimiento del programa de vigilancia epidemiologico en compañia de del proveedor belisario con un profesional en psicología **Riesgo cardiovascular:** Se realizan actividades de aeróbicos al interior de la entidad.		Proceso de Talento human: Seguimiento del I cuatrimestre UNGRD 2023, Dos factores internos IDENTIFICACION: Se identifica el RuO del riesgo del factor interno de la UNGRD Programas de Vigilancia Epidemiológicos y entornos saludables claramente. VALORACION DE RIESGO U OPORTUNIDAD: En el analiisis de la valoracion del riesgo se evidencia la valoracion del RuO de los factores internos de manera adecuada , para el seguimiento y cumplimiento del Programas de Vigilancia Epidemiológicos y entornos saludables por parte de las UNGRD VALORACION DE CONTROLES: Cumplen según el Programas de Vigilancia Epidemiológicos y entornos saludables PLAN DE TRATAMIENTO: N/A MONITOREO LIDER PROCESO: En el analisis del monitoreo del lider de procesos, se evidencias seguimiento al planes Programas de Vigilancia Epidemiológicos y entornos saludables SEGUIMIENTO OCI: La efectividad de los factores internos y externos al proceso de talento humano cumple con la mitigacion de RuO en el periodo de seguimiento	1. EVIDENCIAS: Debería adjuntar los indicadores de cumplimiento; adjunta soporte de los diferentes talleres realizados durante el cuatrimestre. 2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5 3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: ES EFECTIVO 4. MATERIALIZACION DEL RIESGO: NO 5. RECOMENDACIONES: GTH – OPORTUNIDAD 90 : Adjuntar la evidencia correpsondiente al seguimiento MRYO (***Indicadores de cumplimiento de cada PVE***) y dar un valor agregado acerca de su cumplimiento. 6. PLAN DE TRATAMIENTO: N/A		ACTIVO
91	TALENTO HUMANO	Se cuenta con el procedimiento de salida a terreno. Los colaboradores no aplican correctamente el procedimiento para reporte de salida a misión y así poder realizar las gestiones correspondientes como cambio nivel de riesgo, entrega de elementos de bioseguridad y seguimiento en terreno.	Sanciones por las prestaciones económicas respecto al reconocimiento de accidentes laborales de acuerdo al nivel de riesgo en el que se encuentre el colaborador. Eventos de emergencias. Demoras por parte de la Fiduprevisora en el cambio de nivel de riesgo de contratistas.	Falta de cobertura por parte de la aseguradora de riesgos laborales **DEBIDO AL** no reporte oportuno de la salida a terreno de acuerdo al procedimiento lo que **PUEDE GENERAR** no atención oportuna, perdidas económicas y sanciones por incumplimiento de la legislación.	RIESGO	EVITAR EL RIESGO	4	3	**ZONA RIESGO ALTA**	Reforzar con las áreas el cumplimiento al reporte oportuno en CITEL.	15/03/2022	31/12/2022	Coordinador(a) Talento Humano	**Control 1.** **Plan de tratamiento:** Se realiza socialización del procedimiento de salida a terreno mediante inducción institucional, de acuerdo con la actualización realizada el 27 de marzo. Se realizó capacitación de socialización de procedimiento a salida a terreno, se realiza verificación de los cambios de nivel de riesgo mes a mes, se realizó socialización mediante correo a todos los colaboradores con las siguientes piezas: tips SST para la salida a terreno, recomendaciones SST en terreno y antes de salir a terreno ten en cuenta, haciendo énfasis en el oportuno reporte a **CITEL.** **NOTA:** Este riesgo aumento su probabilidad de materialización, debido a que no se cuenta con una gestión oportuna de parte del fondo con el cambio de nivel del riesgo, adicional con la falta de información de afiliaciones de todos los contratistas a la ARL.	**Control 1.** Se realiza solicitud de 37 cambios de nivel de riesgo mes a mes de los colaboradores que lo solicitan mediante correo a sst, segun procedimiento de salida a terreno, se realizo seguimiento a las condiciones de seguridad y salud en terreno de 475 colaboradores, durante los meses de mayo-junio-julio y agosto. **Plan de tratamiento:** se incorporó la socialización del procedimiento de salida a terreno en la capacitación mensual de comisiones y desplazamientos para conocimiento de todos los asistentes, se realizó socialización mediante correo a todos los colaboradores con las siguientes piezas: tips SST para la salida a terreno, recomendaciones SST en terreno y antes de salir a terreno ten en cuenta, haciendo énfasis en el oportuno reporte a CITEL. **NOTA:** Este riesgo continuo en aumento su probabilidad de materialización, debido a que no se cuenta con una gestión oportuna de parte del fondo con el cambio de nivel del riesgo y aun se continúan con falencias de reporten en CITEL por colaboradores nuevos		1. EVIDENCIAS: ***Formatos, bases de registro, correo electrónico, actas;*** Se adjuntan los registros en las bases de datos sobre las salidas a terreno; pero no se adjunta el el reporte ante el ARL. 2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5 3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: NO ES EFECTIVO 4. MATERIALIZACION DEL RIESGO: EN RIESGO DE MATERIALIZACION 5. RECOMENDACIONES: Con referencia al riesgo ID 91 a. Se recomienda adjuntar como evidencia el reporte ante el ARL como también hacer seguimiento a los servidores que salen a comisión y el riesgo esta por debajo de los exigido según su labor b. Crear filtros antes de autorizar la salida a terreno de servidores que no estén en el nivel de riesgo exigido según su labor. c. Realizar mesas de trabajo con el área encargada en Fiduprevisora para que coordine las afiliaciones al ARL en el nivel de riesgo adecuado. 6. PLAN DE TRATAMIENTO: No se evidencia avances al plan de tratamiento.	1. EVIDENCIAS: Formatos, bases de registro, correos electrónicos solicitando el cambio de nivel del riesgo. 2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5 3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: NO ES EFECTIVO 4. MATERIALIZACION DEL RIESGO: EN RIESGO DE MATERIALIZACION 5. RECOMENDACIONES: GTH – ID91: a. Se recomienda adjuntar como evidencia el reporte ante el ARL como también hacer seguimiento a los servidores que salen a comisión y el riesgo esta por debajo de los exigido según su labor b. Crear filtros antes de autorizar la salida a terreno de servidores que no estén en el nivel de riesgo exigido según su labor. c. Realizar mesas de trabajo con el área encargada en Fiduprevisora para que coordine las afiliaciones al ARL en el nivel de riesgo adecuado. d. El plan de tatamiento no aplica toda vez que el riesgo est ael nivel bajo y el plan de tratamiento solo es obligatorio cuando se encuentra en nivel extremo. 6. PLAN DE TRATAMIENTO: Se tiene plan de tratamiento pero el mismo no surte efecto alguno		ACTIVO
92	TALENTO HUMANO	Se Identifica, prioriza y gestiona los diferentes peligros y riesgos de las áreas de trabajo. Se hace participe a los colaboradores, líderes de procesos, contratistas y demás personal en la validación de los peligros y riesgos identificados No cumplir con las medidas de intervención establecidas en la matriz de identificacion de peligros.	Las herramientas tecnologicas para socializar la información.	Falta de Identificación y/o actualización de los peligros y riesgos **DEBIDO A** cambios en los servicios desarrollados desde los procesos misionales de la entidad o de apoyo, apertura de sedes y/o situaciones de emergencia , **LO QUE PUEDE GENERAR** afectaciones en la integridad de la persona, daños materiales, incumplimiento en la normatividad	RIESGO	REDUCIR EL RIESGO	2	5	**ZONA RIESGO EXTREMA**	Promover y verificar que la entidad cuente con condiciones seguras mediante inspecciones periodicas.	15/03/2022	31/12/2022	Coordinador(a) Talento Humano	**Control 1.** A lo largo del primer cuatrimestre, se realizó la actualización de la matriz de peligros, en la cual se incluye la identificación de caída de rejillas de aires acondicionados y divisiones de vidrio dentro del peligro locativo, se incluyen gases y vapores dentro del peligro químico, por recientes reportes de tarjetas ICAI, se modifica la valoración del nivel de riesgo para condiciones de seguridad para riesgo vial y se adicionan controles. **Plan de tratamiento:** Se realizaron las inspecciones de seguridad establecidas en el respectivo programa, para 2° y 5° piso, museo y CNL.	**Control 1.** se realizo actualizacion de la matriz de identificaicn de peligros, valoracion de riesgos y determinacion de controles, en la cual se incluye la identificacion de temperaturas, exceso de ruido y deficiencia en iluminacion, todas a causa del exceso de personal en algunas areas, se contempla en factor de riesgo por gases y vapores reoportados por C02 y se evalua nuevamente el riesgo locativo por aumento en la frecuencia de accidentalidad, se realiza actualizacion segun lo programado en el plan de trabajo y se deja registro de todas estas actualziaciones mediante la hoja de control de cambios anexa a la matriz con codigo RG-1601-GTH- 11 _16 cargada en Neogestion, con ultima fecha de actualizacion el 30/06/2023. **Plan de tratamiento:** Se realizaron las inspecciones de seguridad de extintores, botiquin y camilla, asi como de areas locativas segun la programacion.		1. Evidencias: El GTH adjunta como evidencia Seguimiento a cumplimiento de matriz de peligros realizadas durante el cuatrimestre; sin embargo, la última fecha de actualización de esta fue 24/02/2022. 2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5 3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: NO ES EFECTIVO, toda vez que la periodicidad del control es bimestral y la última fecha de actualización es de 24/02/2022 4. MATERIALIZACION DEL RIESGO: NO 5. RECOMENDACIONES: La OCI recomienda que el proceso de cumplimiento a la periodicidad de actualización del control, por otra parte, se recomienda dar valor agregado respecto a nuevos peligros identificados. 6. Plan de tratamiento: N/A	1. Evidencias: No adjuntan evidencias referentes al riesgo evaluado (se debe adjuntar el seguimiento a cumplimiento de matriz de peligros). 2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5 3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: NO ES EFECTIVO al no adjuntarse la evidencia no se puede corroborar. 4. MATERIALIZACION DEL RIESGO: En riesgo de materialización 5. RECOMENDACIONES: GTH – ID92: A) Adjuntar las evidencias correspondientes al monitoreo ya que lo que cargo a la carpeta no corresponde a las evidencias del control. B) Poner al tanto a la alta gerencia sobre la situación de asinamiento, puestos de trabajo que no cumplen con las normas mínimas de SST (se refiere este punto a lo evidenciado en la pasada auditoria interna de SIPLAG) C) Hacer efectiva la garantía del riesgo identificados con los diferentes proveedores referente a las instalaciones de la UNGRD (revisar el piso de la sede 5 piso entre otros). 6. Plan de tratamiento: No se puede verificar el monitoreo efectuado toda vez que no adjuntaron evidencias correspondientes; sin embargo, en la auditoria interna SIPLAG hubo varias observaciones al respecto.		ACTIVO

94	CONTRATACIÓN	* Indebida estructuración de los documentos previos por no contar con el debido sustento técnico, jurídico y financiero. Lo cual implica procesos y tiempos adicionales a los inicialmente previstos. * Retrasos en cuanto a la suscripción de contratos, por allegar documentación no legible, necesaria para la verificación de requisitos exigidos por la Entidad.	* Cambios en la normatividad vigente en temas de contratación.	Falencias en la estructuración de documentos precontractuales (análisis del sector, estudios previos, justificación para contratar, pliegos de condiciones, entre otros) **DEBIDO A** que no se tiene en cuenta la normatividad jurídica, financiera y técnica vigente aplicable a los procesos de selección en la Gestión Contractual de la Entidad (UNGRD/FNGRD), lo que **PUEDE GENERAR** demoras en el trámite, incumplimiento del Plan Anual de Adquisiones - PAA (sólo para UNGRD), y el no cumplimiento oportuno de las necesidades identificadas para la respectiva vigencia, derivando en posibles sanciones.	RIESGO	EVITAR EL RIESGO	3	2	**ZONA RIESGO MODERADA**	No aplica. No requiere acciones adicionales a los controles, de acuerdo a la Politica de Administración de riesgos.				Desde el Grupo de Gestión Contractual a través de sus profesionales, se realizó la verificación a los diferentes documentos allegados para la estructuración de los procesos de selección y de contratación que fueron radicados en el periodo de seguimiento, por parte de las distintas áreas de la Entidad, asi como la validación y verificación de la documentación allegada a la UNGRD por terceros interesados en el marco de dichos procesos. Para la verificación de los controles del presente riesgo, se adjunta la documentación respectiva del primer cuatrimestre de la vigencia 2023, con fecha corte 17 abril 2023.	Desde el Grupo de Gestión Contractual a través de sus profesionales, se realizó la verificación a los diferentes documentos allegados para la estructuración de los procesos de selección y de contratación que fueron radicados en el periodo de seguimiento, por parte de las distintas áreas de la Entidad, asi como la validación y verificación de la documentación allegada a la UNGRD por terceros interesados en el marco de dichos procesos. Para la verificación de los controles del presente riesgo, se adjunta documentación respectiva del segundo cuatrimestre de la vigencia 2023, con fecha corte 12 agosto de 2023.		1. **Evidencias**: el proceso aporta como evidencia tres carpetas que contiene las comunicaciones del trámite en Fiduprevisora en el caso de los contratos con recursos del FNGRD, además, pantallazo de la publicación de las minutas en el SECOP para el caso de los contratos con recursos de la UNGRD, los correos y comunicaciones internas. 2. **Diseño de los controles**: Verifique si cumplen con el diseño: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. 3. **Efectividad de los controles:** El control es efectivo, toda vez que permite la verificación del cumplimiento de los requisitos aplicables a la modalidad de contratación, lo que previene la materialización del riesgo. 4. **Materialización del riesgo**: No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. 5. **Recomendación**: NA 6. **Plan de tratamiento (si aplica)**: NA.	**1. Evidencias**: el proceso aporta como evidencia tres carpetas que contienen: Carpeta 1 las comunicaciones del trámite en Fiduprevisora en el caso de los contratos con recursos del FNGRD para el cuatrimestre 55 proceso, Carpeta 2: contiene los pantallazos de la publicación de las minutas en el SECOP para el caso de los contratos con recursos de la UNGRD un total de 21 procesos contractuales, Carpeta 3: esta contiene las Devoluciones de solicitud de contratos efectuadas a los procesos por diferentes razones. **2. Diseño de los controles:** El diseño de los controles corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5 los cuales fueron adoptados por la Entidad como estructura de los controles. Cumple. **3. Efectividad de los controles:** El control es efectivo, toda vez que permite la verificación del cumplimiento de los requisitos aplicables a la modalidad de contratación, lo que previene la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo**: No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. **5. Recomendación**: NA **6. Plan de tratamiento (si aplica):** NA.		ACTIVO
95	CONTRATACIÓN	* Perfil idoneo respecto al conocimiento en la legislación en temas de contratación. * Manejo de las plataformas dispuestas para dar cumplimiento al principio de publicidad y transparencia. * Capacitación y actualización constante del personal del Grupo de Gestión Contractual respecto al manejo del Sistema Electrónico de Compra Pública.	* Cambios en las plataformas dispuestas por Colombia compra eficiente - CCE. * Fallas en las plataformas dispuestas por Colombia compra eficiente - CCE para la publicación de los procesos de contratación en sus diferentes etapas. * Demora por parte de la Administradora del Fondo Nacional de Gestión del Riesgo - FNGRD - en la remisión de los documentos debidamente suscritos que deben ser publicados.	Publicación extemporánea de documentos de los procesos de selección y/o contractuales, en sus diferentes etapas en la plataforma SECOP **DEBIDO A** fallas en la misma o demoras en la entrega de la documentación soporte por parte de las áreas, supervisor encargado o Fiduprevisora, lo que **PUEDE GENERAR** que la Unidad incurra en incumplimiento legal y se le impongan sanciones a la entidad.	RIESGO	REDUCIR EL RIESGO	1	2	**ZONA RIESGO BAJA**	No aplica. No requiere acciones adicionales a los controles, de acuerdo a la Politica de Administración de riesgos.				Para el primer cuatrimestre del 2023 el Grupo de Gestión Contractual de manera permanente actualizo la Base de Datos con toda la información general y relevante teniendo en cuenta los tiempos establecidos de acuerdo a la modalidad de Selección de cada uno de los procesos. La información se almacena en la Base de Datos una vez validada con la información que el profesional responsable del proceso, adjunta a la plataforma SECOP I y SECOP II los documentos del expediente contractual en físico. En la carpeta correspondiente al riesgo número 95 se encuentra la base datos con la información de procesos adjudicados del primer trimestre de la vigencia 2023	Para el segundo cuatrimestre del 2023 el Grupo de Gestión Contractual de manera permanente actualizo la Base de Datos con toda la información general y relevante teniendo en cuenta los tiempos establecidos de acuerdo a la modalidad de Selección de cada uno de los procesos. La información se almacena en la Base de Datos una vez validada con la información que el profesional responsable del proceso, adjunta a la plataforma SECOP I y SECOP II los documentos del expediente contractual en físico. En la carpeta correspondiente al riesgo número 95 se encuentra la base datos con la información de procesos adjudicados del periodo de seguimiento.		**1. Evidencias:** El proceso aporta como evidencia tres bases de datos que contienen la información de procesos adjudicados del primer trimestre de la vigencia 2023. **2. Diseño de los controles**: Verifique si cumplen con el diseño: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. **3. Efectividad de los controles:** El control es efectivo, toda vez que permite el seguimiento y control de la publicación de los diferentes procesos de contratación de acuerdo a la modalidad de selección, lo que previene la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. **5. Recomendación:** NA **6. Plan de tratamiento (si aplica)**: NA	**1. Evidencias:** El proceso aporta como evidencia 4 bases de datos que contienen la información de procesos adjudicados del segundo cuatrimestre de la vigencia 2023, el proceso de Gestión Contractual actualizó las Bases de Datos con toda la información general y relevante teniendo en cuenta los tiempos establecidos de acuerdo a la modalidad de Selección de cada uno del proceso. **2. Diseño de los controles:** Verifique si cumplen con el diseño: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5 los cuales fueron adoptados por la Entidad como estructura de los controles. Cumple. **3. Efectividad de los controles:** El control es efectivo, toda vez que permite el seguimiento y control de la publicación de los diferentes procesos de contratación de acuerdo a la modalidad de selección, lo que previene la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. **5. Recomendación:** NA **6. Plan de tratamiento (si aplica):** NA		ACTIVO
96	CONTRATACIÓN	*Inaplicabilidad u omisión de las disposiciones normativas en materia de contratacion Estatal, asi como a los manuales y procedimientos internos. * Documentos previos con errores en la estructuración por parte de las áreas.	Ninguno	Celebración indebida de contratos **DEBIDO A** intereses particulares de las personas encargadas de desarrollar la actividad contractual, lo que **PUEDE GENERAR** nulidad del contrato o del proceso contractual, así como el inicio de investigaciones y sanciones para la entidad.	RIESGO_CORRUPCIÓN	EVITAR EL RIESGO	1	20	**ZONA RIESGO MODERADA**	Revisar y verificar el cumplimiento de los requisitos aplicables a la modalidad de selección o contratación, en todas sus etapas, a través de la verificación de los documentos en físico, teniendo en cuenta la ley aplicable, los lineamientos dados en los manuales de contratación, procedimientos, guías y/o formatos según aplique. Como evidencia será la constancia de radicación del trámite en Fiduprevisora para el caso de los contratos con recursos del FNGRD o la publicación de la minuta en el SECOP para el caso de los contratos con recursos de la UNGRD. **Responsable**: Ordenador del Gasto (Profesional designado por el ordenador del gasto, para la revisión).			Coordinador(a) Contratación	Desde el Grupo de Gestión Contractual a través de sus profesionales, se realizó la verificación a los diferentes documentos allegados para la estructuración de los procesos de selección y de contratación que fueron radicados en el periodo de seguimiento, por parte de las distintas áreas de la Entidad, asi como la validación y verificación de la documentación allegada a la UNGRD por terceros interesados en el marco de dichos procesos. Para la verificación de los controles del presente riesgo, se adjunta la documentación respectiva del primer cuatrimestre de la vigencia 2023, con fecha corte 17 abril 2023.	Desde el Grupo de Gestión Contractual a través de sus profesionales, se realizó la verificación a los diferentes documentos allegados para la estructuración de los procesos de selección y de contratación que fueron radicados en el periodo de seguimiento, por parte de las distintas áreas de la Entidad, asi como la validación y verificación de la documentación allegada a la UNGRD por terceros interesados en el marco de dichos procesos. Para la verificación de los controles del presente riesgo, se adjunta documentación respectiva del segundo cuatrimestre de la vigencia 2023, con fecha corte 12 agosto de 2023.		**1. Evidencias**: El proceso genero dos controles en el Control 1: aporta como evidencia tres carpetas que contiene las comunicaciones del trámite en Fiduprevisora en el caso de los contratos con recursos del FNGRD, además, pantallazo de la publicación de las minutas en el SECOP para el caso de los contratos con recursos de la UNGRD, los correos y comunicaciones internas de procesos adjudicados en el primer trimestre de la vigencia 2023; en el Control 2: Aporta dos carpetas que contienen los documentos enviados a la fiduprevisora y los contratos de la UNGRD . **2. Diseño de los controles:** el diseño de los controles corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. **3. Efectividad de los controles**: los controles son efectivos, toda vez que permite la verificación de la radicación del trámite en Fiduprevisora para el caso de los contratos con recursos del FNGRD y la publicación de la minuta en el SECOP para el caso de los contratos con recursos de la UNGRD, lo que previene la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues los controles son suficientes para evitar su materialización. **5. Recomendación:** NA	**1. Evidencias:** El proceso genero dos controles en el **Control 1:** aporta como evidencia tres carpetas que contienen: **Carpeta 1:** Las comunicaciones del trámite en Fiduprevisora en el caso de los contratos con recursos del FNGRD, **Carpeta 2:** La publicación de las minutas en el SECOP para el caso de los contratos con recursos de la UNGRD, los correos y comunicaciones internas de procesos adjudicados en el Segundo trimestre de la vigencia 2023; **Carpeta 3:** Las devolución de Tramite contractual efectuada por el grupo de gestión contractual al proceso de origen (quien solicita la contratación) por en el **Control 2:** Aporta dos carpetas que contienen los mismos documentos enviados a la fiduprevisora y los contratos de la UNGRD que se evidencian en la carpeta 1 y 2 del control 1. **2. Diseño de los controles:** el diseño de los controles corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. **3. Efectividad de los controles**: La Oficina de Control Interno considera que el proceso debe replantear el control 2, toda vez, que las actividades de este son las mismas de control 1, la diferencia radica en el responsable de la actividad para este caso es el Ordenador del Gasto, entonces se recomienda que al replantear el control 2 el proceso genere una actividad que este dentro de su responsabilidad y que permita mitigar la materialización del riesgo. Control 2 No se puede evidenciar su efectividad pues la responsabilidad recae en el ordenador del gasto.		ACTIVO
97	CONTRATACIÓN	* Desconocimiento del objeto y las funciones del Grupo de Gestión Contractual. * Gestión de conocimiento en los procedimientos internos en temas de Gestión contractual, que buscan la optimización de los procesos del grupo y tiempos en el trámite de las solicitudes de las diferentes areas.	Ninguno	Fortalecimiento del conocimiento en temas de contratación Estatal en las diferentes areas de la Entidad, a traves de capacitaciones en temas contractuales en sus diferentes etapas para todos los funcionarios, contratistas y supervisores que hacen parte de la UNGRD/FNGRD.	OPORTUNIDAD		5	4	**ZONA OPORTUNIDAD EXTREMA**					Para el primer cuatrimestre de 2022, se realizó dos capacitaciones a nuestro clientes externos y/o internos: La 1a capacitacion dirijida a supervisores denominada " Capacitación Plan de Pagos CCE – Creación acceso a SECOP" a supervisores y la 2a capacitación dirigida a funcionarios de FIDUPREVISORA con el objeto de contribuir al mejoramiento de la calidad en los procesos y procedimientos del FNGRD, relacionados con la gestión contractual	Para el segundo cuatrimestre de 2023, se realizó por parte del GGC tres capacitaciones a nuestros clientes externos y/o internos, para el fortalecimiento del conocimiento en temas de contratación, así: La 1a en fecha 05-05-2023 en la tematica "Lineamientos comunes para los procesos contractuales de contratos-convenios y consultoria" dirijida ala Subdirección Conocimiento dle Riesgo. La 2a en fecha 16-05-2023 dirigida a contratistas en la tematica "CAPACITACIÓN MANEJO SECOP 2- IMPLEMENTACIÓN PLAN DE PAGOS CONTRATOS UNGRD" con el objeto de contribuir al mejoramiento de la calidad en los procesos y procedimientos relacionados con la gestión contractual y en atencion a acción de mejora. La 3a capacitación de fecha 28-06-2023, denominada "Capacitación equipos estructuradores de procesos de contratacición de las áreas de la UNGRD".		**1. Evidencias:** Aporta como evidencia tres carpetas que contiene las listas de asistencia a las capacitaciones del I cuatrimestre de 2023. **2. Diseño de los controles**: NA. **3. Efectividad de los controles:** El proceso genero un control, lo que previene que la oportunidad se convierta en un riesgo y este se materialice. **4. Materialización del riesgo**: NA. **5. Recomendación**: NA **6. Plan de tratamiento (si aplica):** NA	**1. Evidencias:** Aporta como evidencia tres carpetas que contienen **Carpeta 1** Capacitación de CAPACITACIÓN MANEJO SECOP 2, contiene diapositiva y lista de asistencia de fecha 16/05/2023, **Carpeta 2** listado de asistencia a capacitación llamada REGISTRO-TALLER-CONTRATACION-GGC-SCR de fecha 2023/05/05; **Carpeta 3** Lista de asistencia a la capacitación Estructuración procesos contractuales del día 29/06/2023. **2. Diseño de los controles**: por tratarse de una oportunidad no se hace necesario el diseño de controles, este se genera para mantener la oportunidad y que no se llegue a convertir en un riesgo. **3. Efectividad de los controles**: El proceso genero un control, lo que previene que la oportunidad se convierta en un riesgo y este se materialice. **4. Materialización del riesgo**: NA.		ACTIVO
98	GERENCIAL Secretaría General	*Deficiente control y seguimiento por parte de las áreas y responsables por cada Fondo de los planes de contratación y adquisiciones para el cumplimiento de metas y programas.	*Directrices nacionales para la austeridad del gasto. *Tardía incorporación de recursos al final de la vigencia lo que afecta la medición porcentual ejecutada durante el año por hechos sobrevinientes que afectan la planeaciòn presupuestal. *Falta de oportunidad en la remisión por parte de Fiduprevisora del perfeccionamiento de los contratos de los patrimonios autónomos que están bajo su administración.	Bajo nivel de ejecución presupuestal de los recursos cuya ordenación del gasto ha sido delegada a la Secretaría General, DEBIDO A deficiencias en la programación y planeación de gastos para la ejecución del plan de adquisiciones de la UNGRD, así como para los programas y proyectos asociados a la Secretaría General, lo que PUEDE OCASIONAR afectaciones económicas.	RIESGO	REDUCIR EL RIESGO	2	3	**ZONA RIESGO MODERADA**					Se actualiza la redacción del riesgo por lo que se elimina el control relacionado al seguimiento de cdp's y se establece el control del informe de ordenación del gasto como primer control. Sin embargo es necesario aclarar que se establece un Plan de Tratamiento con el fin de actualizar el formato establecido para el Informe de Ordenación del Gasto, (FR-1100-DG-16) que hace parte del proceso de Gestión Gerencial.	Se adjunta Informe de Ordenación del Gasto del segundo trimestre vigencia 2023. Se cambia la periodicidad del control 1 de cuatrimestre a trimestre. Se cambia la descripción en el diseño del control teniendo en cuenta el seguimiento de la OCI toda vez que es necesario aclarar a quien se le hace el seguimiento. La actualización del Formato de ordenación del gasto se encuentra en proceso de aprobación por parte de la Secretaria General para su respectivo cargue a Neogestión.		1. **Evidencias:** El proceso adjunto ***informe de gestión secretaría general 01 de enero a 31 marzo de 2023*** , relaciona en él total de tramites autorizados por la secretaría general, no cumple con las expectativas de un adecuado seguimiento presupuestal. 2. **Diseño de los controles:** Cumple con el diseño del control establecido en la guía del DAFP; sin embargo, la parte de Como se realiza debe ser más claro pues se debe mencionar a que o a quienes se les hace el seguimiento. (ejemplo los 5 grupos de apoyo que están bajo la supervisión de la SG). 3. **Efectividad de los controles:** El control es efectivo tal como se plantea; sin embargo, su efectividad se verá reflejada en el momento en que el informe se enfoque como debe ser. 4. **Materialización del riesgo: Si,** se han materializado por la falta del adecuado seguimiento presupuestal - véase informe de austeridad del gasto I trimestre 2023 y IV trimestre 2022, auditoria de nómina año 2021, seguimiento pago de impuestos e incapacidades 2022, seguimiento a cajas menores entre otros. 5. **Recomendación:** a. Identificar por lo menos dos riesgos mas basándose en los objetivos y funciones propias de la SG. b. Nombrar un equipo interdisciplinario que se ocupe de las funciones mismas de la SG y le haga seguimiento a cada uno de los procesos a su cargo. c. Realizar reuniones por lo menos una vez al mes con los 5 procesos a cargo; para de esta manera solicitar rendición de cuentas y dar la posibilidad de plantear las necesidades de cada proceso. 6. **Plan de tratamiento:** No aplica el plan de tratamiento toda vez que no es un riesgo de corrupción; sin embargo, lo planteado aquí hace parte del insumo para el seguimiento presupuestal.	1. **Evidencias**: El proceso adjunto INFORME DE ORDENACIÓN DEL GASTO PERÍODO: 01 de mayo – 30 de junio 2023. 2. **Diseño de los controles:** Cumple con el diseño del control establecido en la guía del DAFP; sin embargo, la parte de Como se realiza debe ser más claro pues se debe mencionar a que o a quienes se les hace el seguimiento. (ejemplo los 5 grupos de apoyo que están bajo la supervisión de la SG). 3. **Efectividad de los controles:** El control es efectivo tal como se plantea; sin embargo, el insumo proporcionado no atiendo el objetivo de un adecuado seguimiento presupuestal. 4. **Materialización del riesgo:** Si, se han materializado por la falta del adecuado seguimiento- véase informe de austeridad del gasto I y II trimestre 2023 Seguimiento gastos de viaje primer semestre 2023 a cajas menores primer semestre 2023. 5. **Recomendación:** a. Identificar por lo menos dos riesgos mas basándose en los objetivos y funciones propias de la SG. b. Nombrar un equipo interdisciplinario que se ocupe de las funciones mismas de la SG y le haga seguimiento a cada uno de los procesos a su cargo. c. Realizar reuniones por lo menos una vez al mes con los 5 procesos a cargo; para de esta manera solicitar rendición de cuentas y dar la posibilidad de plantear las necesidades de cada proceso. 6. Plan de tratamiento: No aplica el plan de tratamiento toda vez que no es un riesgo de corrupción; sin embargo, lo planteado aquí hace parte del insumo para el seguimiento presupuestal.		ACTIVO
99	SERVICIO AL CIUDADANO	* Alta rotación de personal de apoyo en la oficina de servicio al ciudadano. *Falta de capacidad instalada en relación con la cantidad de requerimientos que se registran. * Falta de competencias laborales en el equipo de trabajo asignado a la Oficina de Atenciòn al Ciudadano. * Falta de personal asignado como apoyo a la Oficina de Atención al Ciudadano. * Falta de apropiaciòn de la cultura de respuesta en todas las dependencias de la entidad. (La responsabilidad de responder al ciudadano no es exclusiva de la Oficina de Atenciòn al Ciudadano). *Crecimiento exponencial del nùmero de requerimientos gestionados desde la Oficina de Atenciòn al Ciudadano. *Demoras en la respuesta de los requerimientos de segundo nivel por	* Cambios en la normativa con respecto a los tiempos de atención a las peticiones (Ley 1755 de 2015). Así como en la Ley de Transparencia (Ley 1712 de 2014) y Ley Antitràmites (Ley 2052 de 2020). * Cambios en la normativa y disposiciones del DAFP relacionadas con el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, Politicas de Servicio al Ciudadano, Participaciòn Ciudadana, Rendiciòn de Cuentas, competencias laborales y relacionamiento con el ciudadano (Res 667 de 2018 , Decreto 815 de 2018) y MIPG. * Lineamientos de entes de control. * Contingencias derivadas de picos de atención por los eventos de desastres o temas	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 Atenciòn al Ciudadano, lo que puede ocasionar disminuciòn en la capacidad de respuesta de la entidad frente a los picos de atención que se presenten. 6. Incumplimiento en los Procedimientos para gestiòn de respuestas por parte de los miembros del equipo de trabajo de la oficina de atenciòn al ciudadano. Este riesgo se comparte con todos los procesos de la UNGRD para que en caso de materializase se haga responsable al proceso que no cumplio con los tiempos de respuesta a los requerimientos de los ciudadanos.	RIESGO	COMPARTIR	2	4	**ZONA RIESGO ALTA**	1. Socializar entre las diferentes áreas acerca de cómo se deben gestionar las Consultas de Segundo Nivel. 2. Radicar a travès de SIGOB los Tickets de segundo nivel asignados a las àreas competentes. 3. Actualizar los Protocolos de Atención de Primer Nivel de cada dependencia, fortaleciendo y ampliando su contenido de tal forma que la mayoría de requerimientos de los usuarios puedan ser atendidos directamente por el equipo de atención al ciudadano (Primer nivel). 4. Realizar reporte semanal de PQRSD para seguimiento y control de los tickets pendientes.	13/04/2021	30/11/2021	Secretario(a) General	**CONTROL 1:** Se realizaron los Reportes Semanales de PQRSD para seguimiento y control de tickets pendientes. **CONTROL 2**: En el marco del Plan Anticorrupciòn, durante el mes de Abril 2021 se remitió Comunicación Interna firmada por el Secretario General con cronograma de mesas de trabajo por dependencia para socializar generalidades del Proceso (canales de atenciòn disponibles, atenciòn de primer y segundo nivel, protocolo de atenciòn al ciudadano), entre otros aspectos. Como resultado de las reuniones se genera el compromiso de actualizaciòn de los protocolos para las dependencias que lo consideren necesario. **CONTROL 3:** Desde el mes de Abril/2021, las consultas de segundo nivel de atenciòn continúan radicándose también por SIGOB, como mecanismo adicional de control para generar mayor compromiso de respuesta por parte del àrea consultada.	**CONTROL 1:** Se realizaron los Reportes Semanales de PQRSD para seguimiento y control de tickets pendientes. Se adjunta reporte de seguimiento con corte a 25 de agosto/2023. **CONTROL 2:** En el marco del Plan Anticorrupciòn, durante el mes de Abril 2021 se remitió Comunicación Interna firmada por el Secretario General con cronograma de mesas de trabajo por dependencia para socializar generalidades del Proceso (canales de atenciòn disponibles, atenciòn de primer y segundo nivel, protocolo de atenciòn al ciudadano), entre otros aspectos. Como resultado de las reuniones se genera el compromiso de actualizaciòn de los protocolos para las dependencias que lo consideren necesario. Para esta vigencia únicamente se requirió la actualización de los Protocolos correspondientes a Cooperación Internacional y Manejo de Desastres. Se adjuntan correos electrónicos y Protocolos actualizados. **CONTROL 3:** Desde el mes de Abril/2021, las consultas de segundo nivel de atenciòn continúan radicándose también por SIGOB, como mecanismo adicional de control para generar mayor compromiso de respuesta por parte del àrea consultada. Se adjuntan correos electrónicos de seguimiento con corte a 25 de agosto/2023.		**1. Evidencias:** en mesa de trabajo con la responsable del proceso ella nos informa: el proceso genero tres controles en el **Control 1:** que aportan la base de datos que contiene el reporte Semanal PQRSD, correos electrónicos de seguimiento a las diferentes dependencias y comunicación interna radicada por SIGOB, **Control 2:** El proceso aporta como evidencia la comunicación interna dirigida a los jefes de procesos, para la realización de la mesa de trabajo de actualización de los protocolos de atención de primer nivel. **Control 3:** el proceso aporta el seguimiento de las radicaciones en SIGOB y correos electrónicos efectuados a segundo nivel, en mesa de trabajo con la responsable del proceso de atención al ciudadano, informa que "desde el mes de Abril/2021, las consultas de segundo nivel de atención continúan radicándose también por SIGOB, como mecanismo adicional de control para generar mayor compromiso de respuesta por parte del área consultada". **2. Diseño de los controles:** El diseño del Control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. **3. Efectividad de los controles:** Los controles no son efectivos, mientras no se involucren a los demás procesos que deben dar respuesta a los requerimientos de 2º nivel, de lo contrario dicho riesgo se materializará. **4. Materialización del riesgo:** El riesgo se ha materializado, pues a pesar del seguimiento que se hace desde atención al ciudadano, los tickets trasladados a 2º nivel siguen siendo contestados fuera de término legal o algunos no se contestan; en mesa de trabajo con la responsable de Servicio al ciudadano, nos informa que solicitó formalmente mediante correo electrónico del 02/05/2023 dirigido a SIPLAG para que la responsabilidad de evitar que el riesgo se materialice sea compartida **5. Recomendación:** Se recomienda verificar el cumplimiento de la solicitud hecha a SIPLAG por la responsable Atención al ciudadano, respecto a la responsabilidad de evitar la materialización del riesgo ID 99 por partes de los procesos a los cuales se les trasladan los tickets de 2º nivel. **6. Plan de tratamiento (si aplica):** El proceso genera un plan de tratamiento que consiste en desarrollar las mismas actividades contenidas en los controles.	**1. Evidencias**: El proceso aporta las siguientes evidencias en cada control así: Control 1: No aporta evidencia, Control 2: El proceso aporta como evidencia las comunicaciones internas dirigidas a los jefes de procesos las cuales contiene: Socialización de generalidades de Servicio al ciudadano y Ley antitramite, actualización de documentos Neogestión, Protocolo Primer nivel Cooperación Internacional. Control 3: el proceso aporta el seguimiento de las radicaciones en SIGOB y correos electrónicos efectuados a segundo nivel, las consultas de segundo nivel de atención continúan radicándose también por SIGOB, como mecanismo adicional de control para generar mayor compromiso de respuesta por parte del área consultada, de igual forma se reportan los correos de los siguientes ticket N° GSC-2022-82910, N° GSC-2023-94168, N° GSC-2023-101284, N° GSC-2023-102773, N° GSC-2023-108717, N° GSC-2023-108726, N° GSC-2023-111757. **2. Diseño de los controles:** El diseño del Control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. **3. Efectividad de los controles:** Los controles no son efectivos, mientras no se involucren a los demás procesos que deben dar respuesta a los requerimientos de 2º nivel, de lo contrario dicho riesgo se materializará; esta observación se viene reiterando en los últimos seguimientos por parte de la Oficina de Control Interno teniendo en cuenta la poca o nula efectividad de los controles, se recomienda que desde la Alta Dirección se generen acciones tendientes a mitigar la materialización reiterada del Riesgo. **4. Materialización del riesgo:** El riesgo se ha materializado, pues a pesar del seguimiento que se hace desde atención al ciudadano, los tickets trasladados a 2º nivel siguen siendo contestados fuera de término legal o algunos no se contestan; desde el seguimiento efectuado en el primer cuatrimestre donde la responsable del proceso informa que solicitó formalmente mediante correo electrónico del 02/05/2023 dirigido a SIPLAG que la responsabilidad de evitar la materialización sea compartida; la oficina de Control Interno no encuentra efectiva esta medida pues se continua materializando este riesgo. **5. Recomendación:** Se reitera la recomendación de verificar el cumplimiento de la solicitud hecha a SIPLAG por la responsable Atención al ciudadano, respecto a la responsabilidad de evitar la materialización del riesgo ID 99 por partes de los procesos a los cuales se les trasladan los tickets de 2º nivel, además que se generen actividades a fin de evitarla.		ACTIVO
100	SERVICIO AL CIUDADANO	* Alto nivel de rotación entre los miembros del equipo de apoyo a canales de atenciòn en la Oficina de Atenciòn al Ciudadano. * Falta de competencias laborales en algùn miembro del equipo de trabajo asignado a la Oficina de Atenciòn al Ciudadano. * Falta de apropiaciòn de la cultura de respuesta en todas las dependencias de la entidad. (La responsabilidad de responder al ciudadano no es exclusiva de la Oficina de Atenciòn al Ciudadano). *Crecimiento exponencial del nùmero de requerimientos gestionados desde la Oficina de Atenciòn al Ciudadano. * Falta de actualizaciòn y/o mantenimiento del sistema PQRSD generando fallas que afectan su rendimiento. * Falta de apropiaciòn de recursos presupuestales destinados para		Pérdida de información y/o inconsistencias en la trazabilidad de la gestión y respuesta emitida en la plataforma PQRSD. **DEBIDO A:** 1. Las dependencias cuando responden consultas de Segundo Nivel no remiten la respuesta a la Oficina de Atención al Ciudadano sino directamente al ciudadano generando inconsistencias en el cierre de los requerimientos y afectando la trazabilidad. 2. Errores u omisiones en el diligenciamiento de la informaciòn en el Sistema PQRSD por parte del equipo de trabajo de la Oficina de Atenciòn al Ciudadano. 3. Fallas en la herramienta PQRSD al momento del cargue y/o reporte de la información. Lo anterior **PUEDE OCASIONAR** pérdida de trazabilidad dificultando las consultas para entes de control, otras áreas de la entidad y usuarios lo que podría generar acciones legales contra la entidad y/o sanciones.	RIESGO	EVITAR EL RIESGO	1	4	**ZONA RIESGO ALTA**	1. Realizar Reporte Semanal de PQRSD para seguimiento y control a los tickets pendientes. 2, Realizar Back Up del sistema PQRSD para garantizar la seguridad de la informaciòn y mantener actualizadas las Tablas de Retenciòn Documental.	13/04/2021	30/11/2021	Secretario(a) General	**CONTROL 1:** Se realizaron los Reportes Semanales de PQRSD para seguimiento y control de tickets pendientes. **CONTROL 2**: El Back up del sistema PQRSD se realiza de manera automática en el servidor y es monitoreado desde el Grupo de Tecnologìas de la Informaciòn.	**CONTROL 1:** Se realizaron los Reportes Semanales de PQRSD para seguimiento y control de tickets pendientes. **CONTROL 2:** El Back up del sistema PQRSD se realiza de manera automática en el servidor y es monitoreado desde el Grupo de Tecnologìas de la Informaciòn.		**1. Evidencias**: en mesa de trabajo con la responsable del proceso ella nos informa: el proceso genero dos controles en el Control 1: que aportan la Reporte Semanal PQRSD, correos electrónicos de seguimiento a las diferentes dependencias, Control 2: El proceso aporta como evidencia los pantallazos del registro automático de Back ups monitoreado por el Grupo TIC. **2. Diseño de los controles**: El diseño de los Controles corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. **3. Efectividad de los controles**: Los controles son efectivos, mitigan la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo**: No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. **5. Recomendación**: NA. **6. Plan de tratamiento (si aplica)**: El proceso genera un plan de tratamiento que consiste en desarrollar las mismas actividades contenidas en los controles.	**1. Evidencias:** El proceso genero dos controles en el **Control 1**: que aportan la Reporte Semanal de tickets que refleja el seguimiento y control de tickets pendientes.; **Control 2:** El proceso aporta como evidencia la Vista Programación Copias Incrementales agosto, que nos muestra ll Back up del sistema PQRSD el cual se realiza de manera automática. **2. Diseño de los controles:** El diseño de los Controles corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. **3. Efectividad de los controles**: Los controles son efectivos, mitigan la materialización del riesgo. 4. Materialización del riesgo: No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. **5. Recomendación:** NA. **6. Plan de tratamiento (si aplica):** El proceso genera un plan de tratamiento que consiste en desarrollar las mismas actividades contenidas en los controles.		ACTIVO
101	SERVICIO AL CIUDADANO	* Falta de apropiaciòn de recursos especificos para el mantenimiento del Sistema. * Fallas en el suministro de internet. *Crecimiento exponencial del nùmero de requerimientos gestionados desde la Oficina de Atenciòn al Ciudadano.	* Cambios en la normativa y disposiciones del DAFP relacionadas con el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, Politicas de Servicio al Ciudadano, Participaciòn Ciudadana, Rendiciòn de Cuentas, competencias laborales y relacionamiento con el ciudadano (Res 667 de 2018 , Decreto 815 de 2018) y MIPG. * Lineamientos de entes de control. * Lineamientos MINTIC.	Falla general del Sistema PQRSD **DEBIDO A**: 1. Falta de actualizaciòn y/o mantenimiento. 2. Falla en los servidores que soportan la operaciòn del sistema. 3. Falla en el suministro de internet. **LO QUE PUEDE OCASIONAR** colapso en la operaciòn de los canales de atenciòn al ciudadano generando afectaciones en la imagen institucional y/o sanciones econòmicas por acciones legales contra la entidad.	RIESGO	REDUCIR EL RIESGO	2	5	**ZONA RIESGO EXTREMA**	1. Solicitar periòdicamente al Grupo TIC el mantenimiento y/o actualizaciòn del Sistema PQRSD.	13/04/2021	30/11/2021	Secretario(a) General	**CONTROL 1:** Se realizó solicitud de verificación de canales de atención asociados al sistema PQRSD.	**CONTROL 1:** Durante el período en mención no se requirió la verificación de canales asociados al sistema PQRSD.		**1. Evidencias:** en mesa de trabajo con la responsable del proceso ella nos informa: que aportan el Correo electrónico de verificación de canales virtuales enviado a GTI el cual contiene el formato de solicitud correspondiente. **2. Diseño de los controles:** El diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. **3. Efectividad del control:** el control es efectivo, mitiga la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. **5. Recomendación:** NA. **6. Plan de tratamiento (si aplica):** El proceso genera un plan de tratamiento que consiste en desarrollar las mismas actividades contenidas en el control.	**1. Evidencias:** El proceso No aporta evidencia. **2. Diseño de los controles:** El diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. **3. Efectividad del control:** la OCI no puede verificar la efectividad del riesgo toda vez que el proceso no aporto evidencias. **4. Materialización del riesgo:** la OCI no puede verificar la materialización del riesgo toda vez que el proceso no aporto evidencias **5. Recomendación**: NA. **6. Plan de tratamiento (si aplica):** la OCI no puede verificar la efectividad del riesgo toda vez que el proceso no aporto evidencias		ACTIVO

102	BIENES MUEBLES E INMUEBLES	* Uso inadecuado de los bienes por parte del personal de la Entidad, lo cual genera un deterioro en la vida normal de los bienes. * No ejecucion de los procesos y procedimientos esabaleciodos para el mantenimeoto preventivo, correctivo, calibracion y o verificacion de los bienes de la entidad.		Tener bienes en condicones inadecuasds para su uso **DEBIDO A**L uso inadecuado y al no cumplimiento del plan de mantenimiento de la Entidad LO CUAL NOS **PUEDE GENERAR** afectaciones economicas de oficina	RIESGO	REDUCIR EL RIESGO	1	3	**ZONA RIESGO MODERADA**					Control # 1, se realizó la verificación física de los bienes dispuestos para el desarrollo de las actividades de los diferentes colaboradores de la Entidad y se generaron los formatos de Inspección firmados por quién corresponde, se encuentran pendientes de cierre los correspondientes al mes de Abril.	Control # 1, se realizó la verificación física de los bienes dispuestos para el desarrollo de las actividades de los diferentes colaboradores de la Entidad y se generaron los formatos de Inspección firmados por quién corresponde, se encuentran pendientes de cierre los correspondientes al mes de Agosto.		1. **Evidencias**: La evidencia Si el proceso aporta como evidencia la base de datos de las Inspecciones de Mantenimiento por área y/o dependencia firmado por los responsables. 2. **Diseño de los controles:** Verifique si cumplen con el diseño: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. 3. **Efectividad de los controles:** El control es efectivo, toda vez que permite Identificar el estado de los bienes, garantizando la oportuna intervención de mantenimiento de los mismos, lo que previene la materialización del riesgo. 4. **Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. 5. **Recomendación:** NA 6. **Plan de tratamiento (si aplica)**: NA.	**1.Evidencias:** El proceso adjunta inspecciones de Mantenimiento por área y/o dependencia de los meses de mayo, junio y julio del 2023 **2. Diseño de los controles:** el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía vrs 4. **3. Efectividad de los controles:** El control es efectivo, pues previene la materialización del riesgo. **4. Materialización del riesgo**: No se materializa el riesgo, pues los controles son suficiente para evitar su materialización. **5. Recomendación:** NA **6. Plan de tratamiento (no aplica):** NA		ACTIVO
103	MANEJO DE DESASTRES	*El CNL cuenta con infraestructura física adecuada para el almacenamiento y disposición del material requerido para la atención de emergencias. *Falta de lineamientos para la operación logística y funcionamiento del CNL.	* Alta demanda en las solicitudes de apoyo y destinación de ayudas.	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. **QUE PUEDE GENERAR** Afectaciones económicas y de imagen.	RIESGO	REDUCIR EL RIESGO	2	3	**ZONA RIESGO MODERADA**					Se realizó la verificación física y se procedió a la firma del inventario parcial por parte de los responsables de los bienes. Adjunto inventarios y de igual manera remito acta de verificación. Por otro lado se adelantó la inspección periodica de los equipos para garantizar el funcionamiento o programar mantenimientos preventivos. Se adjunta formato de inspecciones periodicas.	Control 1: Se anexa el inventario de equipo disponibles para la atención de emrgencias. A la fecha no se tienen equipos para calibrar, puesto que según el programa de mantenimientos estos ya se encuentran calibrados y otros en espera de comité de bienes para dar de baja. Control 2: Se realizó la inspecciones periodicas de los equipos disponibles.		**Evidencia Control 1:** El proceso anexó copia del inventario físico de los bienes ubicados en el CNL; acta de fecha 14 al 17 de marzo de 2023 del levantamiento realizado por el Subproceso de Gestión de Bienes Muebles e Inmuebles y carta de responsabilidad a los contratistas que tienen a cargo bienes de la Entidad y el formato de inspecciones con fecha 16 de febrero; 10 y 21 de marzo de 2023. **Evidencia Control 2:** Frente a este control, el proceso no manifestó nada y tampoco anexo evidencias de su ejecución, sin embargo, según los resultados de la verificación, se concluye que todos los bienes revisados se encuentran en buen estado por lo tanto no fue necesario ejecutar el control 2. **2. Diseño de controles:** Cumple. **Efectividad del control 1:** Efectividad del control: Se observó relación entre el diseño del control y las evidencias suministradas, las cuales son consistentes para ayudar a contener el riesgo. El control es efectivo. **Efectividad del control 2**: No se ejecutó. **4. Materializacion del riesgo:**No se ha evidenciado materialización. **5. Recomendación:** Respecto al riesgo # 103 se recomienda al proceso Manejo de Desastres informar a través del monitoreo la ejecución de cada uno de los controles para que quede la trazabilidad de las acciones ejecutadas frente al riesgo. Lo anterior, teniendo en cuenta que para el control 2 el proceso no presentó evidencias y tampoco reportó en su monitoreo si este fue ejecutado o no. **6. Plan de tratamiento**: N/A 7. **Valoración del control:** De acuerdo con la valoración del control, se observó que la probabilidad de ocurrencia del riesgo disminuyo dos cuadrantes, pasando de nivel de riesgo alto a nivel moderado.	**1. Evidencia:** Frente a este riesgo, se tienen establecidos dos (2) controles. **Evidencia Control 1 - Verificación de equipos:** El proceso entrega archivo en excel denominado "INVENTARIO CNL - AGOSTO 09 (1)" el cual contiene el registro de placa, responsable, elemento, ubicación, fecha de adquisición de los equipos, costo histórico entre otros campos, pero no cuenta con un campo donde se registre la fecha de verificación de los equipos. La OCI, considera que la evidencia entregada no es soporte suficiente para validar que el control se este ejecutando adecuadamente y que se garantice que los equipos se encuentran disponibles para atender las emergencias en el país. La evidencia NO CUMPLE. **Evidencia Control 2 - Mantenimiento correctivo de los equipos dañados:** El proceso entrega archivo en pdf denominado "Inspección de equipos", el cual contiene la relación del estado de congeladores, condensadores y equipos de aire acondicionado. De los (49) equipos inspeccionados, solo tres (3) requieren mantenimiento correctivo, según el reporte. En relación a lo anterior, la OCI considera que el proceso de Manejo de Desastres, no entregó la evidencia establecida en el control y que el documento suministrado no atiende el propósito del control que es "reparar los equipos dañados para garantizar la disponibilidad en caso de emergencia", por lo tanto, la evidencia del control NO CUMPLE. **2. Diseño de controles:** Contiene los criterios definidos por Función Pública en la "Guía de Administración de riesgos y diseño de controles v4", los cuales fueron adoptado por la Entidad como estructura de los controles. Cumple. **3. Efectividad del control:** No Efectivos **4. Materializacion del riesgo**: Al no evidenciar los documentos que demuestren que los controles se están cumpliendo, se observa una posible materialización del riesgo. **5. Recomendaciones:** Respecto al riesgo # 103, se recomienda a la Subdirección de Manejo de Desastres, revisar las evidencias de los controles establecidos, toda vez que éstos no son garantía para validar que las acciones establecidas se estan cumpliendo y que las mismas aportan a reducir las causas que generan el riesgo. **6. Plan de tratamiento**: N/A		ACTIVO
108	SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	*Mala operatividad del vehículo *Imprudencia del conductor	*Fallas mecánicas *Malas condiciones de las vías *Imprudencia por parte de otros conductores *Condiiones climáticas	Accidentes o incidentes viales por prestar el servicio de transporte en la Entidad **DEBIDO A** Mala operatividad del vehículo, Imprudencia del conductor, *Fallas mecánicas, Malas condiciones de las vías, Imprudencia por parte de otros conductores, Condiiones climáticas lo que **PUEDE OCASIONAR** demoras en la prestación del servicio, lesiones físicas, pérdidas materiales.	RIESGO	EVITAR EL RIESGO	1	3	**ZONA RIESGO MODERADA**					Se realizan las siguientes capacitaciones orientadas al correcto manejo y al control sobre el uso del parque automotor de la entidad; lo anterior con el fin de minimizar el riesgo de accidentes o mitigarlo al momento de su ocurrencia: - Capacitación de manejo defensivo, programado por la ARL Positiva - Capacitación sobre la funcionalidad de los dispositivos GPS, instalados en los vehículos de la entidad. - Inducción institucional, que le permite a los conductores conocer el manejo de la información y los procedimientos institucionales.	Para el siguiente cuatrimestre se realizaron las siguientes capacitaciones dirigidas al personal conductor que opera la flota de vehículos de la entidad, con el fin de generar conciencia y prevención en la ocurrencia de accidentes e incidentes viales: - Capacitación importancia del alistamiento e inspección vehicular y elementos de seguridad activa y pasiva del vehículo. - Capacitación higiene del Sueño.		1. **Evidencias:** La evidencia Si el proceso aporta como evidencia los listados de asistencia a dos capacitaciones. 2. **Diseño de los controles:** Verifique si cumplen con el diseño: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 5. 3. **Efectividad de los controles:** El Control es Efectivo, pues garantiza el Fortalecimiento de las competencias y medidas de prevención de accidentes viales, además, previene que el riesgo se materialice. 4. **Materialización del riesgo**: No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. 5. **Recomendación:** NA 6. **Plan de tratamiento (si aplica):** NA	**1. Evidencias:** El proceso aporta como evidencia los listados de asistencia a dos capacitaciones en la importancia del alistamiento e inspección vehicular y elementos de seguridad activa del 31/05/2023 y pasiva del vehículo y higiene del Sueño 28/07/2023 **2. Diseño de los controles**: Verifique si cumplen con el diseño: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía vr 4 **3. Efectividad de los controles:** El Control es Efectivo, pues garantiza el Fortalecimiento de las competencias y medidas de prevención de accidentes viales, además, previene que el riesgo se materialice. **4. Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. **5. Recomendación:** NA **6. Plan de tratamiento (no aplica):** NA		ACTIVO
109	TALENTO HUMANO	*Personal insuficiente para el proceso *Falta de sistematización del proceso		Que se presente una doble radicación en las legalizaciones **DEBIDO A** la no actualización de la base de datos de comisiones y desplazamientos, por errores humanos o que se borre la información lo que **PUEDE GENERAR** afectacion economica	RIESGO	REDUCIR EL RIESGO	3	4	**ZONA RIESGO EXTREMA**	Evaluar la posibilidad de sistematizar el proceso de comisiones y desplazamientos con Tecnologías de la Información. Documentar el control de la verificación de las comisiones pendientes por legalizar en el procedimiento de trámites y comisiones de desplazamientos (al interior y exterior del país).	30/04/2023	31/12/2023	Coordinador(a) Talento Humano	Teniendo en cuenta que este riesgo, fue diseñado y formulado en el ultimo mes, a la fecha no tiene evidencias , para el proximo cuatrimestre contaremos con evidencias	**Control No. 1** A lo largo del cuatrimestre, se llevaron a cabo cuatro seguimientos con el propósito de ejercer un control y verificar el estado de las comisiones pendientes de legalización dentro del proceso de tramitación de comisiones y desplazamientos a nivel nacional. Estos seguimientos se realizaron mediante el envío de correos electrónicos a todas las dependencias involucradas. Además, se adjuntaron los respectivos documentos justificativos correspondientes a cada caso. **Plan de tratamiento** Se consultó con la Oficina de TICs acerca de la posibilidad de sistematizar los procesos de comisiones y desplazamientos. Sin embargo, lamentablemente no es factible implementar en este momento la aplicación que se ha estado desarrollando durante el último año. Esto se debe a que la entidad aún no ha completado el desarrollo integral de la herramienta requerida. La actualizaciòn de procedimiento En la actualidad, se encuentra a la espera de llevar a cabo la actualización del procedimiento de Comisiones y Desplazamientos. Esto se debe a que la Resolución 638 del 12 de julio de 2022 está en proceso de aprobación por parte de la Secretaria General. Hasta que esta resolución no sea aprobada, no podrá dar inicio a la actualización del procedimiento en cuestión.		1. EVIDENCIAS: "Correo electrónico enviado a la profesional reponsable de comisiones y desplazamientos donde se expresa la verificación de las comisiones registradas en la TRD y la base de datos"; La evidencia no es suficiente para mitigar el riesgo identificado. 2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5 3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: No es efectivo 4. MATERIALIZACION DEL RIESGO: En riesgo de materializarse 5. RECOMENDACIONES: Replantear el control toda vez que el simple hecho de manejar este proceso en una hoja de cálculo es correr un riesgo demasiado grande; se debe implementar un control más efectivo como por ejemplo ser muy estrictos en los tiempos de legalización; un servidor no viaja si no ha legalizado. 6. PLAN DE TRATAMIENTO: No se evidencian avances	1. EVIDENCIAS: "Correo electrónico enviado a la profesional reponsable de comisiones y desplazamientos donde se expresa la verificación de las comisiones registradas en la TRD y la base de datos"; La evidencia no es suficiente para mitigar el riesgo identificado. 2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5 3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: No es efectivo 4. MATERIALIZACION DEL RIESGO: SI (ver informe de seguimiento de la OCI en el mes de agosto de 2023 y las evidencias aquí identificadas sobre su materialización). 5. RECOMENDACIONES: Replantear el control toda vez que el simple hecho de manejar este proceso en una hoja de cálculo es correr un riesgo demasiado grande; se debe implementar un control más efectivo como por ejemplo ser muy estrictos en los tiempos de legalización; un servidor no viaja si no ha legalizado. 6. PLAN DE TRATAMIENTO: No se evidencian avances		ACTIVO
110	TALENTO HUMANO	*Personal insuficiente para el proceso		Error en la emisión de los tiquetes **DEBIDO A** las solicitudes realizadas por los colaboradores fuera del tiempo estipulado en la resolución 0638 del 12 de julio de 2022 lo que **PUEDE GENERAR** afectación económica y de imagen	RIESGO	EVITAR EL RIESGO	2	3	**ZONA RIESGO MODERADA**					Durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2023 se realizó la gestión de 154 solicitudes de tiquetes y cambios, los cuales fueron emitidos previa aprobación por parte de los pasajeros.	**Control No. 1** Desde mayo hasta agosto, se han remitido un total de 613 correos de solicitud de aprobación a los colaboradores que han solicitado comisiones y/o desplazamientos. Estos correos tienen como finalidad permitir una revisión detallada de la información antes de proceder con la emisión de los tiquetes correspondientes. Este proceso tiene como objetivo principal evitar posibles errores en la información y, por ende, prevenir la generación de costos adicionales debido a diferencias tarifarias y penalidades. Adicionalmente, hemos completado la carga de estos correos en la carpeta designada específicamente para este propósito, garantizando así un manejo organizado y eficiente de la documentación relacionada. **Nota:** Durante el segundo cuatrimestre se dictaron 5 capacitaciones para las áreas de la Entidad de forma virtual y presencial para reforzar los conocimientos básicos sobre las comisiones y los desplazamientos con el fin de minimizar los errores a la hora de realizar las solicitudes y consientizar a los colaboradores del impacto negativo que producen los errores en las emisiones de los tiquetes.		1. EVIDENCIAS: la trazabilidad del correo electrónico enviado a los colaboradores que solicitan tiquetes aéreos; Las evidencias no mitigan el riesgo identificado 2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5 3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: No es efectivo 4. MATERIALIZACION DEL RIESGO: En riesgo de materializarse 5. RECOMENDACIONES: Replantear el control toda vez que no tiene nada que ver con el reisgo idetificado; "Error en la emisión de los tiquetes DEBIDO A las solicitudes realizadas por los colaboradores fuera del tiempo estipulado en la resolución 0638 del 12 de julio de 2022 lo que PUEDE GENERAR afectación económica y de imagen" , el control aquí expuesto no mitiga el riesgo. 6. PLAN DE TRATAMIENTO: N/A	1. EVIDENCIAS: la trazabilidad del correo electrónico enviado a los colaboradores que solicitan tiquetes aéreos; Las evidencias no mitigan el riesgo identificado 2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5 3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: No es efectivo 4. MATERIALIZACION DEL RIESGO: En riesgo de materializarse 5. RECOMENDACIONES: Replantear el control toda vez que no tiene nada que ver con el riesgo identificado; "Error en la emisión de los tiquetes DEBIDO A las solicitudes realizadas por los colaboradores fuera del tiempo estipulado en la resolución 0638 del 12 de julio de 2022 lo que PUEDE GENERAR afectación económica y de imagen" , el control aquí expuesto no mitiga el riesgo. 6. PLAN DE TRATAMIENTO: N/A		ACTIVO
111	SIPLAG	* Desconocimiento de la existencia y/o falta de aplicación de los programas y políticas ambientales de la UNGRD por parte de los líderes de proceso y sus colaboradores. * Cambios de personal (contratistas) en las dependencias que apoyan directamente al SGA tales como el Grupo de Gestión Administrativa y el Suproceso de Infraestructura Tecnológica. * Afectación del desempeño ambiental de las operaciones en las instalaciones de la UNGRD por situaciones de emergencia. * Cambios en los productos y servicios de la UNGRD (procesos misionales) y en los procesos de apoyo * Inclusión de nuevos o cambios en los sitios temporales de operación de la UNGRD en el país. * Cambios o falta de contratación, del personal que realiza el seguimiento a la generación de residuos y consumo de papel en sitios temporales.	* Situaciones de emergencia que puedan afectar el desempeño ambiental de las operaciones de la UNGRD.	Incumplimiento de las metas fijadas por los indicadores ambientales, **DEBIDO A** la falta de procedimientos y delimitación de responsabilidades de las dependencias que directamente apoyan a su logro desde la ejecución, seguimiento y control de actividades en el marco del Sistema de Gestión Ambiental, **LO QUE PUEDE GENERAR** impactos negativos significativos y el incumplimiento de políticas y normatividad ambiental.	RIESGO	REDUCIR EL RIESGO	2	4	**ZONA RIESGO ALTA**	Como acción de mejora se deberá formular, de forma articulada e integral, un protocolo para definir actividades, responsables, controles y el alcance de las dependencias en marco de los diferentes programas implementados por la UNGRD. Desde el liderazgo del SGA se presentará una primera versión de dicho protocolo para que sea revisado, retroalimentado, articulado y adoptado por las dependencias que directamente aportan al seguimiento de los indicadores y cumplimiento de las políticas ambientales. Es importante mencionar que a partir de la próxima vigencia, se espera que los controles adoptados a través de dicho protocolo sean incluidos como actuales controles de presente riesgo de gestión.	2/03/2023	30/06/2023	Jefe Oficina Asesora de Planeación e Información	Como avance en el primer cuatrimestre, y teniendo en cuenta la acción de mejora proyectada para el primer semestre del año, se presenta una versión preliminar del protocolo para la articulación de procesos, el cual tiene un especial enfoque hacia la gestión integral de residuos. Es importante mencionar que el riesgo es nuevo y que debido a ello, no se presentan controles establecidos para este corte. Una vez dicho protocolo se adopte oficialmente, se procederá a operacionalizar y realizar seguimiento a los controles que se definan.	Como avance en el segundo cuatrimestre, se ha continuado con la construcción del protocolo para la articulación de procesos, el cual tiene un especial enfoque hacia la gestión integral de residuos. Es importante mencionar que el riesgo es nuevo y que debido a ello, no se presentan controles establecidos para este corte. Una vez dicho protocolo se adopte oficialmente, se procederá a operacionalizar y realizar seguimiento a los controles que se definan.		**1. Evidencias**: aporta como evidencia un borrador aun no apribado de un protocolo, pero no han definido el control luego esa evidencia no se acepta. **2. Diseño de los controles**: no cumple pues no genero control. **3. Efectividad de los controles**: no se pues verificar si el control es efectivo, pues el proceso informa que por ser un nuevo riesgo aún no han generado controles para mitigar su materialización. **4. Materialización del riesgo:** Se materializa el riesgo, pues el proceso identifica el riesgo, pero no genero los controles que mitiguen su materialización. **5. Recomendación:** La oficina de control Interno considera que a pesar de que el proceso apenas identifico el riesgo, debe de manera inmediata generar controles que mitiguen la materialización del riesgo. **6. Plan de tratamiento (si aplica):** la oficina de control interno no puede identificar si para este riesgo se hace necesario un plan de tratamiento, teniendo en cuenta que el proceso no ha generado un control que mitigue la materialización del riesgo.	**1. Evidencias:** Se aporta borrador de protocolo del SGA por dos cuatrimestres, es importante indicar que esta evidencia no es válida debido a que no está definida en los controles **2. Diseño de los controles**: no cumple pues no genero control. **3. Efectividad de los controles**: no se puede verificar si el control es efectivo, pues el proceso informa que por ser un nuevo riesgo aún no han generado controles para mitigar su materialización. **4. Materialización del riesgo:** Se continúa materializando el riesgo para este cuatrimestre, ya que no se define controles que mitiguen su materialización. **5. Recomendación:** La oficina de control Interno considera al identificarse el riesgo, de manera inmediata se debe generar controles que mitiguen la materialización de este. **6. Plan de tratamiento** (si aplica): la oficina de control interno no puede identificar si para este riesgo se hace necesario un plan de tratamiento, teniendo en cuenta que el proceso no ha generado un control que mitigue la materialización del riesgo.		ACTIVO
113	GERENCIAL Secretaría General	*Seguimiento inadecuado de la ejecución presupuestal de la UNGRD *Desconocimiento de las directrices impartidas para la aplicación de la Austeridad del Gasto	*Demora en las directrices nacionales para la austeridad del gasto. *Cambio de Gobierno y Políticas Públicas relacionadas con temas de austeridad.	Posibilidad de no llevar a cabo un seguimiento a la ejecución presupuestal, ignorando los lineamientos de las Directivas Presidenciales relacionadas conAusteridad del Gasto **DEBIDO A** Falta de conocimiento de los funcionarios y/o contratistas, incumplimiento de las actividades asignada **LO QUE PUEDE OCASIONAR** gastos desmedidos de los recursos públicos, afectaciones económicas e incumplimiento de requisitos legales	RIESGO	REDUCIR EL RIESGO	2	3	**ZONA RIESGO MODERADA**					N/A	Se incluye riesgo relacionado con la Austeridad del Gasto siguiendo las recomendaciones de la OCI, se adjunta soporte correspondiente.			**1. Evidencias:** El proceso adjunto INFORME DE AUSTERIDAD DEL GASTO II TRIMESTRE 2023. **2. Diseño de los controles:** Cumple con el diseño del control establecido en la guía del DAFP. **3. Efectividad de los controles:** El control es efectivo tal como se plantea; sin embargo, el insumo proporcionado no atiendo el objetivo de un adecuado seguimiento austeridad. **4. Materialización del riesgo:** Si, se han materializado por la falta del adecuado seguimiento- véase informe de austeridad del gasto I y II trimestre 2023. Seguimiento gastos de viaje primer semestre 2023 a cajas menores primer semestre 2023. **5. Recomendación: SG - ID113**El informe de austeridad no está generando alertas a la Alta Dirección con respecto a los ítems contenidos en el decreto de austeridad del gasto; Por lo tanto, se recomienda a la SG revisar nuevamente el riesgo y sus controles toda vez que lo que se busca es hacer seguimiento al buen uso de los recursos para lograr el cumplimiento de metas, reducir gastos sin afectar el buen funcionamiento de la Entidad e identificar desviaciones que puedan impactarla; de esta manera se logrará dar cumplimiento a la normatividad aplicable y se generara el insumo (informe) para que la alta Dirección tome decisiones.		ACTIVO

SET UP ↓

SET UP ↑