



# Informe Seguimiento Mapa de Riesgos y Oportunidades II cuatrimestre 2024

OFICINA DE CONTROL INTERNO

Septiembre 2024



Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres

## Tabla de contenido

1. Introducción .....	2
2. Objetivos.....	2
1. Generales .....	3
2. Específicos .....	3
3. Alcance.....	3
4. Metodología.....	4
5. Marco Legal.....	4
6. Verificación de Antecedentes.....	5
7. Desarrollo del Informe.....	5
7.1. Mapa de Riesgos y Oportunidades .....	5
7.2. Riesgos de Corrupción por proceso:.....	6
7.2.1 Grupo de Control Disciplinario Interno .....	7
7.2.2 Oficina Asesora Jurídica .....	9
7.2.3 Subdirección de Reducción de Riesgo.....	10
7.2.4. Dirección General .....	12
7.2.5. Grupo de las Tecnologías de la Información .....	13
7.2.6. Grupo de Apoyo Administrativo.....	16
7.2.7. Grupo de Talento Humano.....	17
7.2.8. Grupo de Gestión Contractual.....	19
8. Controles Establecidos .....	20
9. Riesgos Identificados.....	20
10. Conclusiones .....	21
11. Recomendaciones .....	21
12. Salvaguardas .....	23

## **1.Introducción**

La Oficina de Control Interno de la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD) presenta el Informe de Seguimiento al Mapa de Riesgos y Oportunidades correspondiente al II cuatrimestre de 2024, con corte a 30 de agosto de 2024. Este informe se realiza en cumplimiento de lo establecido en el artículo 73 de la Ley 1474, así como en el Decreto 124 de 2016 y el Decreto 648 del 19 de abril de 2017 del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). Este documento busca proporcionar una visión actualizada sobre la identificación, análisis, gestión y mitigación de riesgos, así como sobre las oportunidades que contribuyen al logro de los resultados estratégicos.

A través de este seguimiento, se revisan los avances en las acciones implementadas, las posibles desviaciones detectadas y las recomendaciones para fortalecer la gestión integral de riesgos. Asimismo, se identifican oportunidades que puedan potenciar la eficiencia, efectividad y transparencia en los procesos institucionales, garantizando una administración pública alineada con los principios de buen gobierno.

El informe se estructura en secciones que abarcan el análisis de riesgos críticos, las oportunidades estratégicas, las acciones correctivas realizadas y las propuestas de mejora, con el fin de brindar información clave para la toma de decisiones informada y oportuna.

Que permitan dilucidar los aspectos que puedan representar una amenaza para el logro de los objetivos misionales de la entidad, conforme a la Política de Administración de Riesgos vigente. Esto se alinea con la Guía para la Gestión de Riesgo y Diseño de Controles de la Administración Pública del DAFP, versión 6.

## **2.Objetivos**

### **General:**

Realizar un seguimiento integral al Mapa de Riesgos y Oportunidades de la entidad pública, con el fin de evaluar el avance, identificar brechas y proponer medidas de mejora para garantizar una gestión efectiva, alineada con los objetivos estratégicos y los principios de buen gobierno.

### Específicos:

1. Monitorear las oportunidades detectadas: Verificar los avances en la materialización de oportunidades que promuevan la eficiencia, innovación y mejora de los procesos institucionales.
2. Identificar nuevos riesgos y oportunidades: Actualizar el mapa con base en los cambios en el entorno interno y externo de la entidad, garantizando su relevancia y efectividad.
3. Evaluar la evolución de los riesgos identificados: Analizar el estado actual de los riesgos críticos y estratégicos, considerando su impacto y probabilidad, así como la efectividad de las acciones de mitigación implementadas
4. Proponer medidas correctivas y preventivas: Ofrecer recomendaciones para fortalecer la gestión de riesgos y maximizar el aprovechamiento de oportunidades, en función de los hallazgos del seguimiento.
5. Fomentar la toma de decisiones informada: Proveen información clave para apoyar la toma de decisiones estratégicas que contribuyan al cumplimiento de los objetivos institucionales y la sostenibilidad de la entidad.

### 3. Alcance

El seguimiento se realizó al Mapa de Riesgos y Oportunidades, con el fin de verificar las políticas la ejecución de controles asociados a los riesgos de corrupción, validando que los controles fueran efectivos y estén funcionando de manera oportuna y efectiva.

Este documento recoge los resultados del seguimiento a la ejecución de las acciones planteadas por los responsables de los procesos de las diferentes áreas de la UNGRD en la matriz de Riesgos y Oportunidades II Cuatrimestre 2024, en esta matriz se incorpora solamente los Riesgos de Corrupción.

Así mismo, se verifican los riesgos de seguridad de la información en una matriz independiente

#### 4. Metodología

En la **“Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas”** Versión 6, se presentan las definiciones clave que fueron tenidas en cuenta para aplicación de la metodología y por ende la elaboración del presente informe, por tanto, se recomienda su lectura y apropiación.

La descripción de los controles debe incluir: la periodicidad en que se realizan los controles, el responsable de ejecutarlos, el cómo se realizan, el propósito, las desviaciones u observaciones en la ejecución de los controles, la evidencia y la inclusión de la referencia de los documentos (procedimientos o instructivos del Sistema Integrado de planeación y Gestión, SIPLAG) donde se encuentran especificados.

Para la correcta evaluación se llevaron a cabo mesas de trabajo, se puso a disposición de los procesos carpeta compartida para el reporte de las evidencias, las cuales son insumo necesario para generar valor agregado al seguimiento

#### 5. Marco Legal

- ✓ Ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio de control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones.”
- ✓ Ley 1712 de 2014: Ley de Transparencia y Acceso a la Información.
- ✓ Ley 1474 de 2011: Estatuto Anticorrupción
- ✓ Ley 2195 de 2022 “Por medio de la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones”.
- ✓ Decreto 1122 de 2022 “Por el cual se reglamenta el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, en lo relacionado con los Programas de Transparencia y Ética Pública”
- ✓ Decreto 1083 de 2015: Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública. Decreto 1081 de 2015, relativo al "Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano".
- ✓ Decreto 648 de 2017 “Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública”
- ✓ Decreto 1499 de 2017 “Por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la ley 1753 de 2015”.
- ✓ Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades Públicas – DAFP.
- ✓ Políticas De Administración De Riesgos RG-1300-SIPG-84

## 6. Verificación de Antecedentes

De conformidad con el artículo 73 del Capítulo VI de la Ley 1474 de 2011, *"Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública."*; modificado por el Artículo 31 de la ley 2195 de 2022, impone a las entidades del orden nacional, departamental y municipal, sin importar su régimen de contratación, la obligación a identificar, medir, controlar y monitorear constantemente el riesgo de corrupción en el desarrollo de su misionalidad, mediante la implementación de programas de transparencia y ética pública, para adoptar medidas para prevenir, investigar y sancionar actos de corrupción.

Además, en concordancia con la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, presentada por el Departamento Administrativo de la Función Pública, la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República y el Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, la UNGRD ha revisado su política de administración de riesgos y las herramientas de gestión de riesgos (Mapa de riesgos, matriz de riesgos del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información y el procedimiento de administración de riesgos y oportunidades).

La Oficina de Control Interno ha liderado esta revisión para garantizar que la UNGRD cumpla la obligación impuesta y que además se adecue en uso de las prácticas en la gestión de riesgos, contribuyendo así a fortalecer la transparencia, la eficiencia y la efectividad en la gestión pública.

## 7. Desarrollo del Informe

La Oficina de Control Interno, dando cumplimiento a sus funciones, verificó las acciones adoptadas por cada área, con el fin de cumplir con el programa de Transparencia y Ética Pública con el fin de identificar, medir, controlar y monitorear los riesgos de corrupción que se presentan en el desarrollo de sus funciones, de allí se pudo realizar un mapa de riesgo, con el fin de presenta este informe.

### 7.1. Mapa de Riesgos y Oportunidades

Consultando la página web de NeoGestión, se encontró publicada la matriz RG-1300-SIPG-76\_65, la cual contiene en su estructura, los siguientes componentes:

Identificación de contexto estratégico, Identificación del Riesgo, Valoración riesgos y oportunidades, valoración de Controles, Plan de tratamiento, Monitoreo y Seguimiento. Además, cuenta con fórmulas para establecer la valoración de los riesgos y la valoración de los controles.

Conforme al seguimiento efectuado por la OCI, se evidenció para el II Cuatrimestre 2024 que la matriz cuenta con:

**Tabla No1**

Análisis II cuatrimestre 2024

ITEM	RIESGO/ OPORTUNIDAD	TOTAL
1	RIESGOS DE CORRUPCIÓN ACTIVOS	10
2	RIESGOS DE CORRUPCIÓN INACTIVOS	1
<b>TOTAL</b>		<b>11</b>

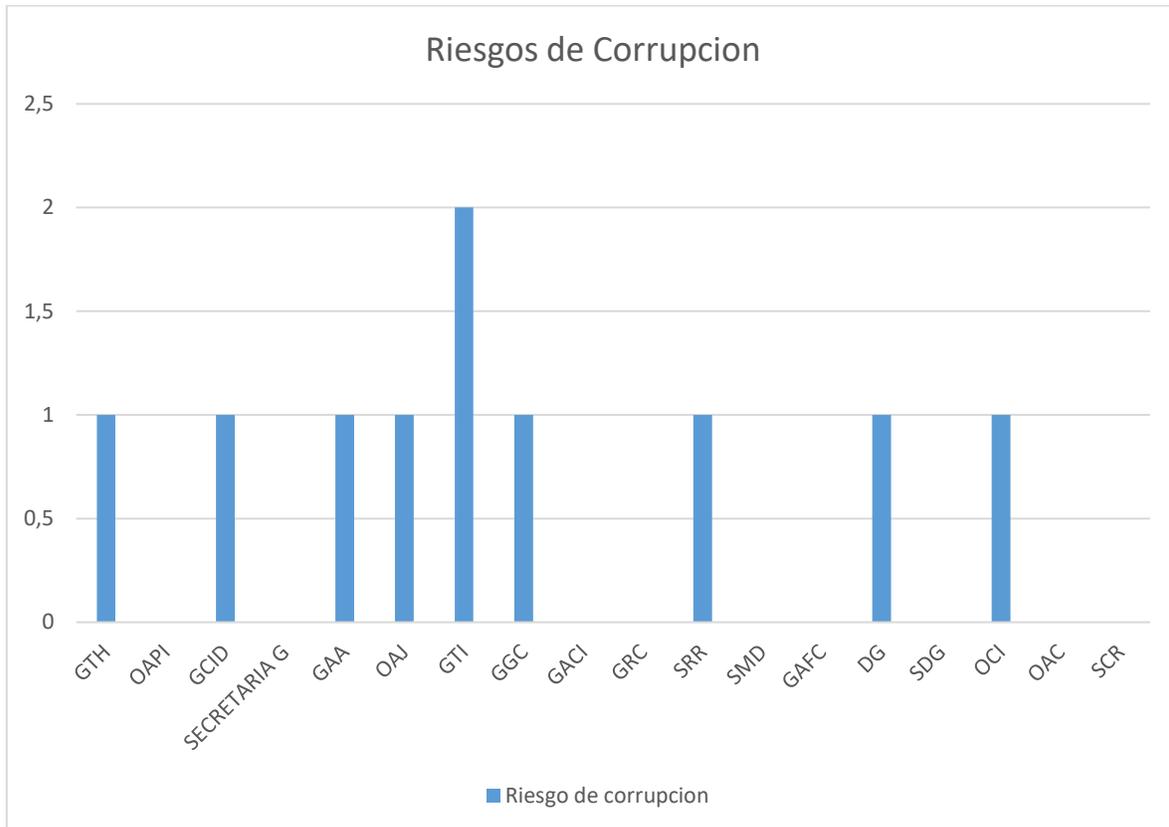
Fuente: Mapa de riesgos y oportunidades versión 76

## 7.2. Riesgos de Corrupción por proceso:

A continuación, podemos observar los Riesgos & oportunidades activas de cada proceso de la UNGRD (ver gráfica 1):

	Riesgo de corrupción	Total
GTH	1	1
OAPI	0	0
GCID	1	0
SECRETARIA G	0	0
GAA	1	1
OAJ	1	1
GTI	2	2
GGC	1	1
GACI	0	0
GRC	0	0
SRR	1	1
SMD	0	0
GAFC	0	0
DG	1	1
SDG	0	0
OCI	1	1
OAC	0	0
SCR	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>10</b>	<b>10</b>

Fuente: Mapa de riesgos y oportunidades versión 76



**Grafica No. 1**

En la gráfica 1 se visualiza que el proceso GTH “Gestión de talento Humano” cuenta con la mayor proporción de riesgos y oportunidades (16) dentro de la entidad, dada su esencia misional y cantidad de servicios diferenciados ofertados.

### **7.2.1 Grupo de Control Disciplinario Interno**

La Oficina de Control Interno pudo evidenciar que se ha dado cumplimiento a la incorporación a la matriz de los riesgos de corrupción, dejando en evidencia que efectivamente existe un riesgo el cual esta calificado en la zona extrema, sin embargo plantea un control y un plan de tratamiento, dando cumplimiento a lo establecido para evitarlo. De acuerdo al siguiente cuadro:

Tabla 2

DESCRIPCION RIESGO	# DE CONTROLES	PLANES DE TRATAMIENTO
Evacuación inadecuada de quejas y o informes en beneficio particular	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Fuente: Mapa de riesgos y oportunidades versión76

### 7.2.1.1. Monitoreo

Desde la evidencia puede demostrarse que, desde el Grupo de Control Disciplinario Interno, se profirieron 29 autos para los diferentes procesos, así:

- 09 Autos de indagación previa
- 06 Autos de remisión por competencia
- 05 Autos de solicitud de pruebas
- 05 Autos de archivo
- 01 Auto de acumulación procesal
- 02 Autos de apertura de investigación
- 01 Auto que reconoce personería jurídica

Los autos realizados por los abogados son revisados y aprobados por la coordinadora del Grupo de Control Disciplinario.

### 7.2.1.2. Seguimiento

Una vez verificados los soportes se pudo verificar lo siguiente:

**1. Evidencia:** El responsable del proceso informa que se han generado 29 autos, distribuidos así: Auto por indagación previa 9 - Auto remisión por competencia 6 - Auto solicitud de pruebas 4 - Auto cierre de investigación 1 - Auto de archivo 5 - Auto acumulación procesal 1 - Auto apertura de investigación 2 - Auto se reconoce personería jurídica 1

**2 Diseño de 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 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.

### 7.2.2 Oficina Asesora Jurídica

De esta manera al verificar la Matriz de riesgo y se evidencio que la Oficina Asesora Jurídica incorporó a la matriz riesgos de corrupción, un riesgo consistente en la “posibilidad de ofrecimiento de dádivas para obtener un beneficio particular en detrimento de la entidad” riesgo que lo califica en la Zona Alta, así las cosas; plantea un control y un plan de tratamiento. De acuerdo al siguiente cuadro:

Tabla 3

DESCRIPCION RIESGO	# DE CONTROLES	PLANES DE TRATAMIENTO
Posibilidad de ofrecimiento de dádivas	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Fuente: Mapa de riesgos y oportunidades versión76

#### 7.2.2.1. Monitoreo

Con respecto al riesgo, el jefe de la OAJ efectúa revisión 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. Según la información, se han revisado TRES MIL CIENTO TRES (3.103) documentos desde el 01 de abril de 2024 hasta la fecha corte.

igualmente los casos en lo que ha sido demandada o convocada a la entidad de los diferentes medios de control son llevados al comité de conciliación, con el fin de garantizar el conocimiento de cada uno de los casos que se están debatiendo en contra de la entidad, y también conocer la posición jurídica que el apoderado plantea como defensa judicial dentro del proceso o conciliación. Para el segundo cuatrimestre de 2024 se han realizado 10 sesiones de comité de conciliación en las cuales se han analizado 97 casos.

Así mismo, de acuerdo a las acciones para tratar este riesgo, se socializaron los procedimientos del proceso a los 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 2024.

### 7.2.2.2 Seguimiento

Al verificar la información presentada mediante soportes, esta oficina pudo verificar lo siguiente:

**1. Evidencia:** El responsable del proceso aporta citaciones a comités de conciliación y el seguimiento en SIGOB de las comunicaciones del cuatrimestre.

**2 Diseño de 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 existe registro

**4 Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización.

### 7.2.3 Subdirección de Reducción de Riesgo

La subdirección de Reducción de Riesgo incorporó a la matriz riesgos de corrupción, un riesgo el cual describe como “El uso de la información generada en la evaluación, estructuración y ejecución de proyectos que realiza el proceso de Reducción para el Beneficio particular” riesgo que lo califica en la Zona Extrema, así las cosas; plantea dos controles y un plan de tratamiento. De acuerdo con el siguiente cuadro:

Tabla 4

DESCRIPCION RIESGO	# DE CONTROLES	PLANES DE TRATAMIENTO
El uso de la información generada en la evaluación, estructuración y ejecución de proyectos que realiza el proceso de Reducción para el Beneficio particular	2	1
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Fuente: Mapa de riesgos y oportunidades  
versión76

### 7.2.3.1. Monitoreo

Al respecto; según la información se evidenció que:

#### Control 1

Para el segundo cuatrimestre de 2024, se ha verificado que el acceso a la plataforma SNIGRD se encuentra autorizado únicamente a los profesionales de Banco de Proyectos que continúan laborando. Se cuenta con seis (06) usuarios activos para el ingreso a la plataforma. En esta oportunidad no se remite correo, teniendo en cuenta la continuidad de la prestación de servicio.

#### Control 2

En lo que refiere a Proyectos de Infraestructura y teniendo en cuenta el control establecido, se continúa realizando las designaciones de supervisión y apoyo a la supervisión para los contratos de interventoría adelantados desde la Subdirección de Reducción 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 y obras para la vida", la cual cuenta con todos los campos establecidos que permiten realizar el seguimiento correspondientes y generar los informes que sean requeridos.

### 7.2.3.2. Seguimiento

De acuerdo con los soportes se verificó:

**1. Evidencia:** El responsable del proceso no aporta evidencia alguna, toda vez que el equipo de banco proyectos continua realizando sus labores puesto que no sea realizado ningún tipo de modificación con nuevos funcionarios o cambio de actividades justificación soporte registro en el sistema SIIF Nación cargue de las solicitudes de modificación de PAC en estado registrado y aprobado

**2. Diseño de 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 existe registro

**4. Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización.

Este se realiza cada vez que se presenta la terminación de los contratos que surten en forma semestral, verificación del aplicativo de Banco de Proyectos juntamente con el Equipo de Infraestructura Tecnológica y solicitando quienes deben tener acceso. Se puede evidenciar con los correos electrónicos de solicitud y/o archivo de Excel que se envía al Grupo de Infraestructura Tecnológica para el debido bloqueo de los profesionales que ya no tendrán a cargo la actividad de evaluar proyectos.

#### 7.2.4. Dirección General

Esta Dirección incorporó a la matriz riesgos de corrupción, “Malversación de los recursos que son destinados a la implementación de la política Nacional de Gestión de Riesgo y Desastre” riesgo que lo califica en la Zona Alta, de esta manera plantea Un control y un plan de tratamiento. De acuerdo con el siguiente cuadro:

Tabla 5

DESCRIPCION RIESGO	# DE CONTROLES	PLANES DE TRATAMIENTO
“Malversación de los recursos que son destinados a la implementación de la política Nacional de Gestión de Riesgo y Desastre”	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Fuente: Mapa de riesgos y oportunidades versión76

##### 7.2.4.1. Monitoreo

La Dirección General, estructura el sistema de control basado en 3 líneas estratégicas desarrolladas para la gestión de riesgos de corrupción estableciendo los lineamientos para la identificación, análisis, valoración, tratamiento, monitoreo y seguimiento de los riesgos que pudieran afectar la misión, el cumplimiento de los objetivos estratégicos y la gestión de los procesos, proyectos y planes institucionales.

Se inicia modificación de procedimiento de pagos de las obligaciones exigibles adquiridas por el Fondo Nacional de Gestión de Riesgo de Desastres FNGRD donde se establecen los lineamientos y puntos de control para evitar el paso informal y sin trazabilidad de documentación referente. PROCEDIMIENTO DE PAGOS PR-1605-GF-24 V3

### 7.2.4.2. Seguimiento

**1.Evidencia:** El responsable del proceso no suministro evidencias y tampoco llevo a cabo el monitoreo respectivo, lo que denota la falta de control sobre los riesgos identificados por esta.

### 7.2.5. Grupo de las Tecnologías de la Información

La Oficina de Control Interno, verifico que este grupo, considera dos riesgos de corrupción, consistentes en “Acceso ilegal a la infraestructura y servicios tecnológicos” “Manipulación indebida de los datos almacenados en los diferentes sistemas de información almacenados por el GTI” los dos riesgos con calificados en la Zona Alta, de esta manera plantea Dos controles y un plan de tratamiento. De acuerdo con el siguiente cuadro:

Tabla 6

DESCRIPCION RIESGO	# DE CONTROLES	PLANES DE TRATAMIENTO
Acceso ilegal a la infraestructura y servicios tecnológicos	2	1
Manipulación indebida de los datos almacenados en los diferentes sistemas de información almacenados por el GT	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>2</b>

Fuente: Mapa de riesgos y oportunidades versión76

#### 7.2.5.1. Monitoreo

Al respecto el monitoreo se realiza en cuanto al riesgo descrito como “Acceso ilegal a la infraestructura y servicios tecnológicos”

#### Control 1:

Mediante el monitoreo que se realiza a diario por parte del SOC-NOC contratado, se han identificado las posibles vulnerabilidades que se presentan en los diferentes sistemas las cuales se han venido tratando mediante el bloqueo de puertos a través de las diferentes políticas implementadas en el Firewall.

**1.Evidencia:** Bitácora Gestión Diaria de vulnerabilidades abril-mayo-junio-julio

**Control 2:**

Se realiza monitoreo a diario a través de los equipos firewall FORTINET con lo que se bloquean los posibles ataques de informáticos por medio de las políticas implementadas. Además, se tienen por cada estación 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 políticas para el manejo de la seguridad de la información.

El área soportó esta actividad as:

**1.Evidencia:**

Informe Log Fortinet.

Informe Pantalla Pcsecure-Pcadmin bloqueos

**2.Plan de Tratamiento:**

Se realizaron inspecciones para validar el cumplimiento de las políticas de seguridad de la Información.

Con respecto al segundo daño el cual se reconoció como “Manipulación indebida de los datos almacenados en los diferentes sistemas de información almacenados por el GTI” se realizaron las siguientes actividades:

**Control 1:**

Se envió correo electrónico a los jefes de área solicitando el listado de las personas que se encuentran actualmente vinculadas a sus procesos con el fin controlar el acceso a la información contenida en los sistemas y aplicativos, en el momento desde el GTI nos encontramos realizando la validación de usuarios para realizar los respectivos cambios.

**1.Evidencia :**

Correo con la solicitud.

**2.Plan de Tratamiento:**

Se realizaron inspecciones para validar el cumplimiento de las políticas de seguridad de la Información.

#### 7.2.5.2. Seguimiento

De acuerdo con la información allegada y soportada se pudo verificar con respecto al primer control lo siguiente:

- 1. Evidencia:** Las evidencias anexas aseguran que la información está protegida contra códigos maliciosos que puedan generar posibles ataques informáticos, evidencias que permiten ser aplicadas conforme a las políticas implementadas.
- 2. Diseño de controles:** Los dos (2) controles establecidos cuentan con una estructura acorde para el cumplimiento de su propósito
- 3. Efectividad de los controles:** El control es efectivo toda vez que existe registro
- 4. Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente.
- 5. 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 cómputos para verificar la seguridad de estos.

Una vez verificados los soportes presentados por el área sobre el control 2 pudo verificar lo siguiente:

- 1. Evidencia:** Las evidencias aportadas corresponden a la indicada en el control; el proceso incluye como evidencia diligenciamiento del formato FR-1603-SA-09 con los soportes correspondientes
- 2. Diseño de 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 existe registro
- 4. Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización
- 5. Plan de tratamiento:** El plan de tratamiento propone el diligenciamiento del formato FR-1603-SA-09, el cual anexa con sus soportes

## 7.2.6. Grupo de Apoyo Administrativo

El grupo de apoyo administrativo incorporó a la matriz riesgos de corrupción, un riesgo que denominó “Uso indebido del dinero en efectivo destinado para la caja menor” riesgo que lo califica en la Zona Alta, el mencionado grupo plantea un control y un plan de tratamiento. De acuerdo con el siguiente cuadro:

Tabla 7

DESCRIPCION RIESGO	# DE CONTROLES	PLANES DE TRATAMIENTO
Uso indebido del dinero en efectivo destinado para la caja menor	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Fuente: Mapa de riesgos y oportunidades  
versión76

### 7.2.6.1. Monitoreo

El área, para el II cuatrimestre impuso que en las solicitudes que se efectuaron de caja menor, se procediera a diligenciar el formato FR-1603-SA-09. Igualmente se tuvo en cuenta que se adjuntaran los respectivos soportes de acuerdo al gasto ocasionado. Así mismo se realizó la respectiva contabilización en el SIIF Nación.

### 7.2.6.2. Seguimiento

De esta manera, una vez revisada la información soporte presentado se pudo verificar lo siguiente:

**1.Evidencia:** Las evidencias aportadas corresponden a la indicada en el control; el proceso incluye como evidencia diligenciamiento del formato FR-1603-SA-09 con los soportes correspondientes

**2. Diseño de 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 existe registro

**4. Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización

**5. Plan de tratamiento:** El plan de tratamiento propone el diligenciamiento del formato FR-1603-SA-09, el cual anexa con sus soportes

### 7.2.7. Grupo de Talento Humano

El grupo de Talento Humano, incorporó a la matriz riesgos de corrupción, un riesgo que denominó “Vinculación de personal no idóneo” riesgo que lo califica en la Zona Alta, el mencionado grupo plantea dos controles y un plan de tratamiento. De acuerdo al siguiente cuadro:

Tabla 8

DESCRIPCION RIESGO	# DE CONTROLES	PLANES DE TRATAMIENTO
Uso indebido del dinero en efectivo destinado para la caja menor	2	1
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Fuente: Mapa de riesgos y oportunidades versión76

#### 7.2.7.1. Monitoreo

Para el segundo cuatrimestre, de mayo a agosto de 2024, se vincularon los siguientes funcionarios:

Juliana Barrera Vargas - 6/05/2024, Auxiliar Administrativo, Grado 11, GCI

José Ricardo Hurtado Chacón - 6/05/2024, Subdirector General de la Subdirección para el Manejo de Desastres, Grado 21, SMD

Diana Marcela Giraldo López - 21/05/2024, Jefe de Oficina Asesora de Comunicaciones, Grado 14, OAC

Ana Milena Prada Uribe - 27/05/2024, Subdirectora General de la Subdirección para el Conocimiento del Riesgo, Grado 21, SCR

Brandonn Sahir Grijalba Roldán - 11/06/2024, Auxiliar Administrativo, Grado 11, SDG

Katherine Andrea Hernández Bohórquez - 5/08/2024, Profesional Especializado, Grado 13, GCI

Para la correcta vinculación de los funcionarios mencionados, se utilizaron los siguientes documentos, que se encuentran en las evidencias:

FR-1601-GTH-36: Lista de Chequeo

FR-1601-GTH-174: Validación de Documentos de Estudios y Experiencia

FR-1601-GTH-76: Verificación de Estudios y Experiencia

#### 7.2.7.2. Seguimiento

Según los soportes presentados por el área, se pudo verificar lo siguiente:

**1. Evidencias:** Para el segundo cuatrimestre de mayo a agosto de 2024 se vincularon los siguientes funcionarios:

-Ana Milena Prada Uribe 27/05/2024 Subdirectora de Conocimiento – Código 0020 Grado 21

-Brandon Sahir Grijalba Roldan 7/06/2024 Auxiliar Administrativo Código 4044 Grado 17

-Diana Marcela Giraldo López 20-05-2024 Código 1045 Grado 14 – Jefe Oficina de Comunicaciones

-José Ricardo Hurtado Chacón – 1-08-2024 – Código 040 Grado 21 – Subdirector General

-Juliana Barrera Vargas 6/05/2024 Auxiliar Administrativo Código 4044 Grado 11

-Katherine Andrea Hernández Bohórquez 19-07-2024 Código 2023 Grado 13

Se anexa:

FR-1601-GTH-36 Lista de Chequeo para Verificación Requisitos de Nombramiento y Vinculación a la UNGRD y soporte de la validación en el SNIES.

Formato FR-1601-GTH-174 Validación de documentos de estudios y experiencia y formato FR-1601-GTH-76 Verificación De Estudios Y Experiencia

**2. Diseño de controles:** Los dos (2) controles establecidos cuentan con una estructura acorde para el cumplimiento de su propósito

**3. Efectividad de los controles:** El control es efectivo toda vez que existe registro

**4. Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización

**5. Plan de tratamiento:** El plan de tratamiento propone anexar certificado de idoneidad formato FR-1601-GTH-177 como soporte

### 7.2.8. Grupo de Gestión Contractual

Se, incorporó por parte de este grupo a la matriz riesgos de corrupción, un riesgo que denominó “Celebración Indevida de Contratos” riesgo que lo califica en la Zona Extrema , el mencionado grupo plantea un control y un plan de tratamiento. De acuerdo con el siguiente cuadro:

Tabla 9

DESCRIPCION RIESGO	# DE CONTROLES	PLANES DE TRATAMIENTO
Uso indebido del dinero en efectivo destinado para la caja menor	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Fuente: Mapa de riesgos y oportunidades  
versión76

#### 7.2.8.1. Monitoreo

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, así 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 del segundo cuatrimestre de la vigencia 2024, con fecha corte 27 agosto 2024.

#### 7.2.8.2. Seguimiento

Los soportes allegados sobre la información fueron verificadas de acuerdo a lo siguiente:

**1.Evidencia:** Las evidencias aportadas anexa matriz de reparto y seguimiento de los contratos tramitados desde la UNGRD / FNGRD elaborados por el GGC, donde se deja la trazabilidad y estado de estos.

**2. Diseño de 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 existe registro

**4. Materialización del riesgo:** No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización

**5. Plan de tratamiento:** El responsable no anexa información para realizar seguimiento al plan

## 8. Controles Establecidos

La Oficina de Control Interno, evidenció que en cuanto a riesgos de corrupción, los procesos generaron 14 controles; y se generaron 9 planes de tratamiento, los cuales se distribuyeron así:

Tabla 10

DESCRIPCION	# DE CONTROLES	PLANES DE TRATAMIENTO
RIESGOS DE CORRUPCION	14	9
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>9</b>

Fuente: Mapa de riesgos y oportunidades  
versión76

## 9. Riesgos Identificados

El seguimiento realizado al cumplimiento de las acciones definidas en la Matriz de Riesgos y oportunidades se encuentran registradas en el documento seguimiento II cuatrimestre 2024 “MAPA DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES, CODIGO FR-1300- SIPG-76\_71 publicada en Neogestión y en la página web de la UNGRD.

La Oficina de Control Interno evidencia que la UNGRD tiene identificados 10 riesgos de Corrupción, tal como se menciona anteriormente, con cada una de las dependencias correspondientes a los procesos.

Sin embargo, la Oficina de Control Interno, llama la atención en cuanto a que los riesgos planteados sobre todo en los procesos de los Grupos de la Tecnología de la Información, y el Grupo de Gestión Contractual, deben ser más cuidadosos en cuando a la incorporación

de los riesgos, ya que, en cumplimiento de su misionalidad, pueden existir muchos más riesgos de corrupción.

Así mismo se pudo evidenciar en las actividades cargadas en la ruta designada, que, 8 procesos subieron la información para cumplir con sus medios y planes de tratamiento, de otro lado se identificó que, ni la Dirección General ni la Oficina de Control Interno no plasmaron dicha información. Situación que genera una alerta ya que la falta de monitoreo y seguimiento no permite evitar los riesgos planteados por estas dos áreas.

## 10. Conclusiones

La Oficina de Control Interno, en cumplimiento de las obligaciones establecidas en la Ley 1474 de 2011 modificado por la Ley 2195 de 2022 y demás decretos reglamentarios, así como en la Ley 1712 de 2014 y conforme a los lineamientos establecidos en la Guía de Administración de Riesgos V6 del DAFP, realizó el seguimiento a la matriz de riesgos y oportunidades del segundo cuatrimestre de 2024. Del análisis efectuado se concluyó que, de los 10 controles establecidos, 9 riesgos de corrupción monitoreados no se materializaron y sus controles son efectivos, aunque con recomendaciones.

Es de resaltar que aunque se evidencian riesgos de corrupción por parte de las áreas que componen la UNDRD, algunas de ellas no tienen en cuenta todos los riesgos que se pueden presentar en el desarrollo de sus actividades.

Asimismo, se observa una repetición de la situación presentada en el primer cuatrimestre de 2024, ya que, debido a la inestabilidad del equipo directivo de la entidad, no se está atendiendo lo establecido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) ni los lineamientos definidos por los organismos de control en materia de riesgos de proceso y de corrupción. Esto se evidencia en la debilidad del monitoreo efectuado por los procesos, sin contar que el proceso de Dirección General no lo realizó.

De igual manera cabe resaltar que la Oficina de Control Interno se abstuvo de dar cumplimiento a subir los soportes que permitan evidenciar que se tomaron acciones frente a los controles y plan de tratamiento por ellos establecido.

## 11. Recomendaciones

De acuerdo con el resultado producto del seguimiento efectuado por la oficina de control Interno se pueden evidenciar las siguientes recomendaciones:

**Grupo de Gestión Contractual ID 96:** Es evidente que la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres (UNGRD) maneja una complejidad de contratos esto teniendo en cuenta la misionalidad de la entidad, lo que puede estar asociados con diferentes tipos de riesgos. Establecer controles específicos y eficientes es fundamental para mitigar la materialización del riesgo. Al implementar controles más efectivos y específicos para cada

tipo de contrato, la UNGRD puede reducir la probabilidad de materialización estos riesgos y mejorar su capacidad para gestionar eficazmente los contratos y proyectos.

Así mismo, la recomendación de la Oficina de Control Interno (OCI) de replantear el análisis de la posible materialización del riesgo y de informar al Comité de Coordinación de Control Interno (CICCI) es muy acertada. Esto permite una revisión continua y una toma de decisiones informada sobre la gestión de riesgos. Además, definir el término de ejecución del plan de Tratamiento de Riesgos es crucial para asegurar que las acciones correctivas se implementen y se mantengan en el tiempo, mitigando así la posible materialización de riesgos.

Igualmente se recomienda tener en cuenta otros riesgos, que se pueden dar en el desarrollo de la Gestión Contractual

**Grupo de Talento Humano ID 80:** La generación de un plan de tratamiento es altamente recomendable cuando se enfrenta un riesgo de corrupción. Un plan de tratamiento de riesgos es una herramienta fundamental para gestionar eficazmente este tipo de riesgos y minimizar su impacto en la organización; este debe incluir medidas preventivas, correctivas y de monitoreo.

**Servicios Administrativos ID73** Revisar el diseño de un control, es esencial definir claramente qué sucede ante la posible desviación del mismo. Esto implica establecer protocolos o procedimientos específicos para abordar cualquier desviación que se detecte durante la implementación del control. Además, es importante validar la periodicidad de la medición para asegurar que efectivamente se está realizando de manera semanal, ya que la frecuencia de las mediciones puede tener un impacto significativo en la efectividad del control y en la detección oportuna de desviaciones.

**Gerencial - Dirección General ID 42** Se hace necesario el constante monitoreo de los riesgos de corrupción, pues su importancia radica en la efectividad de sus controles para mitigar la materialización del riesgo de corrupción. Para ello, es importante tener en cuenta aspectos tales como la mejora continua para garantizar el cumplimiento de las normas. La falta de monitoreo conlleva a una presunta aceptación del riesgo.

**Oficina de Control Interno ID 47.** Se llama la atención que a pesar de evidenciarse que se establecen dos (2) controles y un (1) plan de tratamiento, esta oficina, no evidencio las acciones tomadas, ya que no se encuentran soportes en la carpeta de servidor correspondiente administrada por la Oficina Asesora de Planeación, se recomienda que se tomen las medidas correspondientes para que esta situación no se presente, con el fin de evitar que los riesgos planteados se han realidad.

## 12. Salvaguardas

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

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

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

Cordialmente



03 11

**YESID SALAMANCA**  
Jefe Oficina de Control Interno (e)

Elaborado por:

Guillermo A Arroyo A / Contratista - OCI. *GAAA*

Reviso: Nohora Adriana Botero / Contratista *AB*