

1. CONTEXTO ESTRATÉGICO			2. IDENTIFICACIÓN DE RIESGO			3. VALORACIÓN DE RIESGO U OPORTUNIDAD					4. MONITOREO LÍDER DE PROCESO. Evaluación de la eficacia		5. SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO		
ID.	PROCESO	FACTOR INTERNO	FACTOR EXTERNO	CONSECUENCIAS	RIESGO U OPORTUNIDAD	TIPO	SUBTIPO	PROBABILIDAD	IMPACTO	PERFIL RIESGO U OPORTUNIDAD	ZONA DE RIESGO U OPORTUNIDAD	3° CUATRIMESTRE		3° CUATRIMESTRE	
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.	* 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. Impresión 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	Eficacia del proceso	1	3	12	ZONA RIESGO MODERADA	<p>Control 1. Entrega y validación de Información El jefe de la Oficina Asesora de comunicaciones recibió desde el 01 de septiembre al 20 de diciembre de 2023 112 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.</p> <p>En el periodo de 01 de septiembre al 20 de diciembre se realizaron a la OAC 112 solicitudes, las cuales fueron atendidas por los periodistas, quienes diligenciaron el formato FR-1500-OAC-21 "Entrega y validación de información"</p> <p>Ruta: Z:\TRO_OAC\INST_REG_CONTROL\1500_20_2_INST_REG_REP_PRE\2023\Comunicados de prensa\VR_Entrega_Validacioninformacion</p> <p>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.</p> <p>Septiembre: 0 Octubre: 7 monitoreos Noviembre: 16 monitoreos Diciembre: 2 monitoreos total: 25 monitoreos enviados por correo electrónico a planta y contratista con 325 noticias relacionadas en el Excel</p> <p>De acuerdo al seguimiento relacionado por la Oficina de Control Interno en la matriz de recomendaciones se adiciona la desviación para cuando no haya jefe encargado de la oficina Asesora de Comunicaciones</p>		<p>Control No. 1: 1. Evidencias: De acuerdo a la evidencia relacionada en la ruta compartida se evidencia Formato FR-1500-OAC-21 ENTREGA Y VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN, que contiene el seguimiento desarrollado por el jefe de la Oficina Asesora de Comunicaciones frente a la atención de 112 requerimientos entre los meses de septiembre al 20 de diciembre de 2023, documento sobre el cual reposa firma de aprobación del jefe a cada uno de los requerimientos desarrollados. 2. Diseño de los controles: el control cumple con los criterios definidos por el DAFP (responsable, periodicidad, propósito, cómo se realiza, desviación, evidencia). 3. Efectividad de los controles: El control se desarrolla de manera adecuada por cuanto es efectivo y previene la posible materialización del riesgo. 4. Materialización del riesgo: no se presenta la materialización del riesgo. 5. Plan de tratamiento (si aplica): no aplica. 6. Recomendación: es importante que el proceso considere frente a la ejecución del control actualmente definido, la inclusión de un control que tenga relación con el VoBo dado previamente por el líder de proceso del que provenga dicho requerimiento, garante de que la información solicitada por el colaborador, es conocida y aprobada por el jefe de cada área o proceso.</p> <p>Control No. 2: 1. Evidencias: Se evidencia monitoreo a medios desarrollado por parte del proceso de Gestión de Comunicaciones, reporte emitido al correo institucional de los colaboradores de la UNGRD. Por cuanto se comprueba la realización de 25 monitoreos realizados así: septiembre (0), octubre (7), noviembre (16) y diciembre (3). La OAC dejó evidencia de los monitoreos desarrollados y del seguimiento llevado a cabo a través del formato FOR-1500-OAC-25 MONITOREO DE MEDIOS y de los correos remitidos a los colaboradores. 2. Diseño de los controles: el control cumple con los criterios definidos por el DAFP, no obstante frente a la desviación del control si es importante precisar que si no se presentan noticias en medios relacionados con la Unidad no se hace el monitoreo, lo que no es cierto, se entiende que la OAC desarrolla el monitoreo diariamente y si no se encuentra noticia relacionada, no se emite correo electrónico. En caso contrario lo pertinente sería ajustar la periodicidad con la que se ejecuta el control "diario" sino "cuando se requiera" dependiendo de la emisión o publicación de noticias que se den por parte de los medios sobre la UNGRD (responsable, periodicidad, propósito, cómo se realiza, desviación, evidencia). 3. Efectividad de los controles: El control se desarrolla de manera adecuada por cuanto es efectivo y previene la posible materialización del riesgo. 4. Materialización del riesgo: no se presenta la materialización del riesgo. 5. Plan de tratamiento (si aplica): no aplica. 6. Recomendación: no se identifica recomendación adicional sobre el control evaluado.</p>	
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.	* 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	Eficacia del proceso	3	5	15	ZONA RIESGO MODERADA	<p>Control 1. Entrega y validación de información El jefe de la Oficina Asesora de comunicaciones recibió entre el 01 de septiembre al 20 de diciembre de 2023 recibió 112 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.</p> <p>En el periodo de 01 de septiembre a 20 de diciembre se realizaron a la OAC 112 solicitudes, las cuales fueron atendidas por los periodistas, quienes diligenciaron el formato FR-1500-OAC-21 "Entrega y validación de información"</p> <p>Ruta: Z:\TRO_OAC\INST_REG_CONTROL\1500_20_2_INST_REG_REP_PRE\2023\Comunicados de prensa\VR_Entrega_Validacioninformacion</p> <p>Plan de tratamiento - Realización y revisión de boletines de prensa El jefe de la Oficina Asesora de Comunicaciones recibió a fecha de 20 de diciembre 112 solicitudes por parte de las áreas, las solicitudes fueron remitidas a los periodistas para la realización de boletines de prensa.</p> <p>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 boletín emitido).</p> <p>En el periodo de 01 de septiembre a 20 de diciembre se realizaron 112 boletines de prensa, los cuales se relacionan en formato de entrega y validación de información.</p> <p>Ruta fr: Z:\TRO_OAC\INST_REG_CONTROL\1500_20_2_INST_REG_REP_PRE\2023\Comunicados de prensa\VR_Entrega_Validacioninformacion</p> <p>De acuerdo al seguimiento relacionado por la Oficina de Control Interno en la matriz de recomendaciones se adiciona la desviación para cuando no haya jefe encargado de la oficina Asesora de Comunicaciones</p>		<p>Control No. 1: 1. Evidencias: De acuerdo a la evidencia relacionada en la ruta compartida se evidencia Formato FR-1500-OAC-21 ENTREGA Y VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN, que contiene el seguimiento desarrollado por el jefe de la Oficina Asesora de Comunicaciones frente a la atención de 112 requerimientos entre los meses de septiembre al 20 de diciembre de 2023, documento sobre el cual reposa firma de aprobación del jefe a cada uno de los requerimientos desarrollados. 2. Diseño de los controles: el control cumple con los criterios definidos por el DAFP (responsable, periodicidad, propósito, cómo se realiza, desviación, evidencia). 3. Efectividad de los controles: El control se desarrolla de manera adecuada por cuanto es efectivo y previene la posible materialización del riesgo. 4. Materialización del riesgo: no se presenta la materialización del riesgo. 5. Plan de tratamiento (si aplica): aunque la actividad definida se encuentra establecida como una acción de contingencia, este a su vez podría ser un control adicional aplicado por el proceso de Gestión de Comunicaciones, por cuanto desde la OC se recomienda analizar su correspondencia en el mapa de riesgos del proceso con el acompañamiento de los profesionales del SIPLA. Adicionalmente, sobre las evidencias allegadas por el proceso se identifica la ejecución adecuada de la actividad definida dentro del plan de tratamiento, evidencia sobre la cual se observa el sello de aprobación desarrollado por el jefe de la OAC, de los 112 requerimientos allegados a la OAC desde el mes de septiembre al 20 de diciembre de 2023. 6. Recomendación: es importante que el proceso considere frente a la ejecución del control actualmente definido, la inclusión de un control que tenga relación con el VoBo dado previamente por el líder de proceso del que provenga dicho requerimiento, garante de que la información solicitada por el colaborador, es conocida y aprobada por el jefe de cada área o proceso (esta es la misma recomendación dada sobre el control 1 del riesgo de gestión, dado que el control definido es el mismo)</p>	
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). * El archivo de Control disciplinario, se encuentra bajo llave pero de acceso al público.		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	Eficacia del proceso	1	3	12	ZONA RIESGO MODERADA	<p>Control No. 1: 1. Evidencias: pese a realizar solicitudes al proceso, la información no fue cargada en la ruta dispuesta por la OCJ para tal fin; así las cosas, no fue posible evaluar la ejecución del control. 2. Diseño de los controles: el control cumple con los criterios definidos por el DAFP (responsable, periodicidad, propósito, cómo se realiza, desviación, evidencia); sin perjuicio de lo anterior, es pertinente evaluar incluir dentro de las evidencias un archivo compilatorio de los expedientes (archivo excel). 3. Efectividad de los controles: el control no pudo ser corroborado, dado que las evidencias no fueron aportadas por el proceso; sin embargo, en el monitoreo realizado por el proceso indica haber realizado la digitalización de los expedientes para lo cual no indican el número de expedientes digitalizados. Por otro lado, pese a que el proceso indica haber implementado actuaciones adicionales estas no son aportadas a efectos de corroborarlas. 4. Materialización del riesgo: dado que no fue posible verificar la implementación de los controles, no se puede verificar la materialización o no del riesgo. 5. Plan de tratamiento (si aplica): no se tiene definido plan de tratamiento y la tratarse de un riesgo de gestión, no es obligatorio su definición. 6. Recomendación: frente a la descripción del riesgo, se considera importante que el proceso atienda los lineamientos de la Guía de Administración de Riesgos del DAFP, esto es no describir como riesgos como omisiones ni desviaciones del control, esto es, identificar el impacto (qué), seguido de la causa (cómo?) y la causa raíz (¿por qué?). Así mismo, se recomienda al proceso revisar la causa descrita en el riesgo, dado que la situación se puede ocasionar por situaciones diferentes al caso fortuito o fuerza mayor. En lo que respecta al impacto descrito, se recomienda revisar dado que se pueden identificar otros impactos más relevantes que afectarían al proceso.</p>		<p>Control No. 1: 1. Evidencias: pese a realizar solicitudes al proceso, la información no fue cargada en la ruta dispuesta por la OCJ para tal fin; así las cosas, no fue posible evaluar la ejecución del control. 2. Diseño de los controles: el control cumple con los criterios definidos por el DAFP (responsable, periodicidad, propósito, cómo se realiza, desviación, evidencia); sin perjuicio de lo anterior, es pertinente revisar los siguientes aspectos: periodicidad, debería establecerse una revisión permanente con la frecuencia que el proceso considere pertinente para evitar el vencimiento de los términos; propósito, dado que su finalidad es la garantía del debido proceso y el cumplimiento de los términos, no solamente el vencimiento de procesos; cómo se realiza, dado que no es clara a quien se generan las alertas ni quien hace el seguimiento a su cumplimiento; desviación, no se establece una acción sobre una eventual desviación, así las cosas es pertinente incluir plan de tratamiento donde el líder o coordinador revise el diligenciamiento de la herramienta por parte del profesional designado; evidencia, no se relacionan por lo que se recomienda al proceso indicar cuáles son los registros que se dejarán de la ejecución del control.</p>	
6	CONTROL DISCIPLINARIO	* Se lleva el control periódico de los procesos disciplinarios adelantados por la Secretaría General dentro de los parámetros establecidos.	* Auditorías 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	Eficacia del proceso	1	3	12	ZONA RIESGO MODERADA	<p>En el periodo comprendido entre Septiembre y diciembre de 2023, para el 3 cuatrimestre el proceso de Control Interno Disciplinario, realizó el control periódico de los procesos que se tienen custodiados por el profesional especializado(Custodia oficina 5 piso de la entidad). El control se realiza en el cuadro de seguimiento que lo alimenta periódicamente la Funcionaria a cargo del proceso. La evidencia por ser procesos de reserva están en la carpeta en el enlace procesales. evidencia que se podrá verificar en una mesa de trabajo con la funcionaria delegada por parte de la Oficina de Control Interno. Por otra parte, desde el mes de septiembre se empezó con los trámites y la realización de gestión del cambio, con el fin de implementar en la entidad la división de la instrucción y el juzgamiento y poder cumplir con la normatividad disciplinaria (Ley 1952 de 2019 y 2094 de 2021). Para garantizar la transparencia y el debido proceso mediante Resolución 0964 del 04 de octubre de 2023, se suspendieron los terminos en todos los procesos disciplinarios adelantados por esta oficina. De igual manera mediante Resolución 1237 del 04 de diciembre de 2023, se prorrogó la suspensión hasta que queden en firme los actos administrativos de creación, traslado de personal y designación de Coordinaciones.</p>		<p>Control No. 1: 1. Evidencias: pese a realizar solicitudes al proceso, la información no fue cargada en la ruta dispuesta por la OCJ para tal fin; así las cosas, no fue posible evaluar la ejecución del control. 2. Diseño de los controles: el control cumple con los criterios definidos por el DAFP (responsable, periodicidad, propósito, cómo se realiza, desviación, evidencia); sin perjuicio de lo anterior, es pertinente evaluar los siguientes aspectos: periodicidad, debería establecerse una revisión permanente con la frecuencia que el proceso considere pertinente para evitar el vencimiento de los términos; propósito, dado que su finalidad es la garantía del debido proceso y el cumplimiento de los términos, no solamente el vencimiento de procesos; cómo se realiza, dado que no es clara a quien se generan las alertas ni quien hace el seguimiento a su cumplimiento; desviación, no se establece una acción sobre una eventual desviación, así las cosas es pertinente incluir plan de tratamiento donde el líder o coordinador revise el diligenciamiento de la herramienta por parte del profesional designado; evidencia, no se relacionan por lo que se recomienda al proceso indicar cuáles son los registros que se dejarán de la ejecución del control.</p>	

1. CONTEXTO ESTRATÉGICO			2. IDENTIFICACIÓN DE RIESGO			5. VALORACIÓN DE RIESGO U OPORTUNIDAD					MONITOREO LÍDER DE PROCESO. Evaluación de la eficacia	SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	
ID.	PROCESO	FACTOR INTERNO	FACTOR EXTERNO	CONSECUENCIAS	RIESGO U OPORTUNIDAD	TIPO	SUBTIPO	PROBABILIDAD	IMPACTO	PERFIL RIESGO U OPORTUNIDAD	ZONA DE RIESGO U OPORTUNIDAD	3° CUATRIMESTRE	3° CUATRIMESTRE
8	CONTROL DISCIPLINARIO	* Inadecuado 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 PUEDEN GENERAR que el archivo de las actuaciones disciplinarias se encuentren sin un debido proceso que rija las actuaciones administrativas, absolviendo conductas disciplinables.	RIESGO_CORRUPCIÓN	No aplica.	1	20	20	ZONA RIESGO MODERADA	En el periodo comprendido entre septiembre y diciembre de 2023, se realizó la debida sustanciación de las quejas presentadas, expidiéndose autos de archivo, decisiones inhibitorias, aperturas de indagaciones preliminares e investigaciones disciplinarias, para dar credibilidad al proceso de control interno disciplinario hasta el mes de septiembre, toda vez que se suspendieron terminos para garantizar el debido proceso y la transparencia hasta que queden en firme los actos administrativos de creación del Grupo Interno de Trabajo, la revisión de dicha información se podrá realizar con mesa de trabajo para verificar la información. 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.	Control No. 1: 1. Evidencias: pase a realizar solicitudes al proceso, la información no fue cargada en la ruta dispuesta por la OCI para tal fin; así las cosas, no fue posible evaluar la ejecución del control. 2. Diseño de los controles: el control establecido no cumple con los lineamientos de la Guía de Administración de Riesgos del DAFP, dado que la aplicación del código de Ética a través de las jornadas de socialización se debe contemplar como plan de tratamiento dado que no es una actividad de control. Así mismo, se debe replantear todo el control desde su descripción hasta las evidencias, atendiendo los lineamientos de la mencionada Guía. 3. Efectividad de los controles: el control no pudo ser corroborado, dado que las evidencias no fueron aportadas por el proceso; sin embargo, en el monitoreo realizado por el proceso indican haber realizado la digitalización de los expedientes para lo cual no indican el número de expedientes digitalizados. Por otro lado, pese a que el proceso indica haber implementado actuaciones adicionales estas no son aportadas a efectos de corroborarlas. 4. Materialización del riesgo: dado que no fue posible verificar la implementación de los controles, no se puede verificar la materialización o no del riesgo. 5. Plan de tratamiento (si aplica): de acuerdo con el monitoreo realizado por el proceso, se realizaron las jornadas de inducción y reinducción, lo cual fortalece la prevención de la materialización del riesgo; sin embargo, no fue posible verificar esta información dado que el proceso no aportó las respectivas evidencias. 6. Recomendación: frente a la descripción del riesgo, se considera importante que el proceso atienda los lineamientos de la Guía de Administración de Riesgos del DAFP; esto no describe como riesgos como omisiones ni desviaciones del control, esto es: identificar el impacto (qué), seguido de la causa (cómo), y la causa raíz (por qué?). Así mismo, se recomienda al proceso revisar las causas descritas en el riesgo dado que le limitan a la existencia del conflicto de interés. En lo que respecta al impacto descrito, se recomienda revisar dado no puede implicar solamente el archivo sino el inicio.
9	FINANCIERA	* Competencia, formación y experiencia del talento humano	Ninguno		No registrar oportunamente los hechos economicos generados y reportados por las áreas en el periodo contable. 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 PUEDEN GENERAR o dar lugar a sanciones y suministrar una información sin las cualidades requeridas en el objetivo del proceso de gestión financiera.	RIESGO	Eficacia del proceso	4	3	48	ZONA RIESGO ALTA	Para el ultimo cuatrimestre del año, se realizo un cambio en el riesgo, enfocandolo en el registro oportuno de los hechos economicos, lo anterior por medio del seguimiento de las conciliaciones a las areas que se involucran en el proceso (Talento humano, en cuanto a incapacidades y provisiones, Judicial y Administrativa para las depreciaciones), el cronograma de actividades es una herramienta que permite tener las fechas establecidas para la entrega de información y de tal manera generar los Estados Financieros.	1. Evidencias: a. Para el control 1: CONCILIACIONES: Se realizan conciliaciones con: GTH, GAA y OAI, por lo tanto deben adjuntarse por lo menos tres conciliaciones de cada uno de los procesos y no es así. Sólo adjuntan dos conciliaciones de GTH y dos conciliaciones del GAA, de la OAI no adjuntaron evidencias. b. Control 2: ESTADO S FINANCIEROS: El GAFC adjunta la publicación oportuna de los Estados financieros de los meses septiembre y octubre; llama la atención que el mes de noviembre no adjunto dicha publicación. 2. Diseño de los controles: No cumple toda vez el control no mitiga el riesgo identificado, el registro de las operaciones no depende de una conciliación; las conciliaciones se hacen por lo general al finalizar el mes es decir después de haber hecho los registros; de otra parte, si fuera así, el componente "propósito" no atiende lo que plantea el control. El término conciliación hace referencia a la comparación de dos conjuntos de datos diferentes para detectar discrepancias, cuya finalidad debe ser asegurarse de que los datos que figuran en un proceso sean precisos, estén completos y sean coherentes. Este debería ser el propósito principal, sin embargo, el propósito aquí planteado es: "Registrar oportunamente los hechos económicos" Por lo tanto se sugiere replantear el propósito del control. 3. Efectividad de los controles: No es efectivo toda vez que el diseño del control no cumple. 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 den valor agregado a los objetivos de la entidad; riesgos permitan detectar posibles problemas o desajustes y de esta manera hacer un diagnóstico de la situación financiera de la Entidad 6. Plan de tratamiento: No aplica
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 SIF. 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 PUEDEN GENERAR : 1. Hallazgos de auditoría o de entes de control que pueden dar lugar a sanciones. 2. Fuga de información errada que podrían dar lugar a sanciones. 3. Fuga de información errada que podrían dar lugar a sanciones.	RIESGO	Eficacia del proceso	1	2	8	ZONA RIESGO BAJA	Como se ha mencionado anteriormente, el GAFC registra en el SIF la información reportada con el fin de realizar la conciliación de bienes e inmuebles y de ese modo encontrar diferencias en el cálculo de los valores de la depreciación, provisión, amortización y valorización entre el software del proceso que es lo que establece el riesgo.	1. Evidencias: Las evidencias corresponden a lo planteado en el diseño de los controles 2. Diseño de los controles: Cumplen con la guía del DAFP versión 5 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: Si riesgo de materialización 5. Recomendación: Se reitera revisar el riesgo identificado ya que hacen mención a depreciaciones, provisiones, amortizaciones y valorizaciones; sin embargo, ni en los controles, ni en el monitoreo se hace mención a ninguno de estos ítems 6. Plan de tratamiento: No aplica
11	FINANCIERA	* Competencia, formación y experiencia del talento humano	Ninguno		No registro en el aplicativo de SIF Nación de las solicitudes de modificación de PAC en las fechas establecidas según 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 PUEDEN 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	Eficacia del proceso	1	1	4	ZONA RIESGO BAJA	Se suministran las solicitudes y modificaciones de PAC en estado aprobado y registrado del tercer cuatrimestre de la vigencia 2023, donde se evidencia el correcto registro en el aplicativo de SIF 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, adicional se adjuntan las actas de consolidación de PAC	1. Evidencias: Se suministran las solicitudes y modificaciones de PAC en estado aprobado y registrado del tercer cuatrimestre de la vigencia 2023, donde se evidencia el correcto registro en el aplicativo de SIF 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. Plan de tratamiento: n/a
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 antijudicial que busca la reducción de la litigiosidad. * Liderazgo del líder del proceso que apoya el equipo de trabajo. * La contumacia en las líneas de defensa judicial. * El control y seguimiento a los procesos judiciales. * Atención oportuna a los trámites de la OAI. * 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 acciones judiciales y ejercer la correcta	* La implementación del Modelo Óptimo de Gestión de la Defensa jurídica - MOD para disminuir decisiones adversas a la entidad y gestionar de manera eficiente el proceso de gestión jurídica. * Desconocimiento e interpretación equivocada 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 involucrados 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 PUEDEN GENERAR posible deterioro patrimonial, sanciones de índole disciplinario y/o penal y fallos condenatorios.	RIESGO	Eficacia del proceso	1	3	12	ZONA RIESGO MODERADA	Se realiza el seguimiento al cuadro de control "SEGUIMIENTO PROCESOS JUDICIALES UNGRD_semafor", 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 evidencian desactualización de las bases de datos. Se han recibido 268 fallos favorables para la entidad.	1. Evidencias: el proceso aporta genero dos controles Control 1: donde aporta como evidencias tres carpetas: 1. Contiene el reporte de las audiencias de septiembre a diciembre de 2023; 2. Procesos judiciales: correos judiciales, Bases de datos de procesos judiciales de septiembre a diciembre 2023 y el seguimiento hecho a los procesos; Control 2. Contiene la política de prevención del Daño antijudicial 2022-2023 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 endigan. 2. Diseño de los controles: El diseño de los controles corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 6 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 suficientes. 5. Recomendación: NA. 6. Plan de tratamiento (si aplica): NA	

1. CONTEXTO ESTRATÉGICO			2. IDENTIFICACIÓN DE RIESGO			3. VALORACIÓN DE RIESGO U OPORTUNIDAD					MONITOREO LÍDER DE PROCESO. Evaluación de la eficacia		SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO
ID.	PROCESO	FACTOR INTERNO	FACTOR EXTERNO	CONSECUENCIAS	RIESGO U OPORTUNIDAD	TIPO	SUBTIPO	PROBABILIDAD	IMPACTO	PERFIL RIESGO U OPORTUNIDAD	ZONA DE RIESGO U OPORTUNIDAD	3° CUATRIMESTRE	3° CUATRIMESTRE
16	JURÍDICA	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> La utilización del eSogui 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 PUEDEN GENERAR sanciones por incumplimiento e inasistencia de los usuarios especialmente de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado.	RIESGO	Eficacia del proceso	2	2	16	ZONA RIESGO BAJA	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 – eKOGUI, con el fin de que este cuente con la información completa y actualizada. Se han recibido 31 procesos judiciales y 33 conciliaciones extrajudiciales los cuales se han registrado en el sistema y se han terminado 31 procesos judiciales.	<ol style="list-style-type: none"> Evidencias: el proceso aporta genero dos controles Control 1: donde aporta como evidencias seguimiento realizado en el cuadro de control de cargo 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: No aporta evidencias. Diseño de los controles: El diseño de los controles corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 6 los cuales fueron adoptados por la Entidad como estructura de los controles. Cumple Efectividad del control: Los controles son efectivos, mitigan la materialización del riesgo. Materialización del riesgo: No se han materializado los riesgos, pues los controles son suficiente.
17	JURÍDICA	<ul style="list-style-type: none"> 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 través del establecimiento de mesas de estudios jurídicos. 	<ul style="list-style-type: none"> 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. 		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 intermas.	OPORTUNIDAD	Eficacia del proceso	5	4	80	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 realizó 1 capacitación para el tercer cuatrimestre de 2023.	<ol style="list-style-type: none"> Evidencias: el proceso aporta como evidencia las listas de asistencia a una capacitación Fundamentos Legales en las acciones laborales, aporta el registro fotográfico de la capacitación, la presentación de la capacitación, y el correo invitación a la capacitación. Diseño de los controles: a pesar de que estamos frente a una oportunidad el diseño de los controles corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 6 los cuales fueron adoptados por la Entidad como estructura de los controles. Cumple. Efectividad de los controles: El control es efectivo, pues previene la materialización del riesgo. Materialización del riesgo: No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización.
18	JURÍDICA	<ul style="list-style-type: none"> 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 líder del proceso que apoya el equipo de trabajo. La calidad profesional y ética del equipo OAI. 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 través del establecimiento de mesas de estudios jurídicos. 	<ul style="list-style-type: none"> 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	Eficacia del proceso	5	3	60	ZONA OPORTUNIDAD EXTREMA	El día 19 de diciembre de 2023 se realizó la tercera mesa de estudios jurídicos del año, instancia que se genera para compartir, unificar y mejorar los conocimientos de los abogados al interior del proceso.	<ol style="list-style-type: none"> Evidencias: Aporta como evidencia la mesa de estudios jurídicos No. 20 de fecha 19 de diciembre de 2023, Listado de asistencia. Diseño de los controles: a pesar de que estamos frente a una oportunidad el diseño de los controles corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 6 los cuales fueron adoptados por la Entidad como estructura de los controles. Cumple. Efectividad de los controles: El proceso genero un control, lo que previene que la oportunidad se convierta en un riesgo y este se materialice. Materialización del riesgo: NA. Recomendación: NA Plan de tratamiento (si aplica): NA
19	JURÍDICA	<ul style="list-style-type: none"> Liderazgo del líder del proceso que apoya el equipo de trabajo. La calidad profesional y ética del equipo OAI. 	<ul style="list-style-type: none"> 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 PUEDEN OCASIONAR cohecho propio o impropio y prácticas ilegales entre abogados y funcionarios judiciales en el ejercicio del derecho, así como sanciones disciplinarias y/o penales.	RIESGO_CORRUPCIÓN	No aplica.	2	10	20	ZONA RIESGO MODERADA	Se realiza la revisión por parte del jefe de la OAI 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 1506 documentos desde el 01 de septiembre 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 están debatiendo en los diferentes medios de control y también conocer la posición jurídica que el apoderado plantea como defensa judicial dentro del proceso. Para el tercer cuatrimestre de 2023 se han realizado 7 sesiones de comité de conciliación en las cuales se han analizado 52 casos. Así mismo, de acuerdo a las acciones para tratar este riesgo, se realizó la socialización de 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-OAI-01, Defensa judicial por activa PR-1200-OAI-04_5 y Atención De Las Acciones De Tutela PR-1200-OAI-09_1 en cada una de las acciones judiciales desplegadas para el tercer cuatrimestre de 2023. Adicionalmente teniendo en cuenta lo recomendado por la OCI se decide socializar el riesgo y sus implicaciones en la mesa de estudios jurídicos realizada el 19 de diciembre de 2023.	<ol style="list-style-type: none"> 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. De los periodos Noviembre a Diciembre de 2023 Diseño de los controles: El diseño de los controles corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía No. 6 los cuales fueron adoptados por la Entidad como estructura de los controles. Cumple. Efectividad de los controles: El control es efectivo, pues previene la materialización del riesgo. 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. Recomendación: NA. Plan de tratamiento (si aplica): Genero un plan de tratamiento el cual consiste en el acta de mesa de estudios No. 20 y los correos de socialización de documentos de la OAI.
20	REDUCCIÓN DEL RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> Hay capacidades al interior de la unidad y existe el interés de realizar convenios y trabajos con diferentes entidades públicas y privadas como parte de la implementación de la GRD. PMIGD: Permite coordinar la formulación y efectuar el seguimiento a la evaluación del componente de reducción del riesgo de desastres. Equipo de profesionales, multidisciplinario, contratado para la asistencia técnica en territorios/sectores 	<ul style="list-style-type: none"> Las comunidades que no están empoderadas frente a la GRD tienen mayores niveles de vulnerabilidad y menor posibilidad de participar y de establecer vínculos constructivos con la institucionalidad. No existe la suficiente participación en la GRD de los grupos más 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 adultas mayores, niñas). 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 los entes municipales y departamentales en hacer una planificación a mediano y largo plazo que tenga en cuenta la GRD como determinante para planificar el territorio. Continuar con la desarticulación entre lo que se dispone en los Planes 		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 PUEDEN GENERAR un aumento en la vulnerabilidad de los territorios al no implementar la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres.	RIESGO	Percepción del usuario	1	2	8	ZONA RIESGO BAJA	Para continuar con la mitigación del riesgo, se han realizado nuevos ajustes de manera formal conforme a lo establecido en el procedimiento de Formulación y Seguimiento al Plan de Acción y aprobadas por la OAI. Así mismo, algunas de las actividades trazadas se han dejado para ejecutar durante el último bimestre de la vigencia 2023. Se realiza seguimiento bimensual a las actividades de la SRB a través del Plan de Acción el cual es reportado a la OAI y OCI. Se envió el último reporte de seguimiento del PA en el mes de noviembre, correspondiente al V Bimestre. Para ello se adjuntan los respectivos comunicados. Las matrices de plan de acción se encuentran ubicadas en la página web de la UNGRD https://portal.gestionderiesgo.gov.co/Paginas/Plan-de-Accion.aspx y de paso, se adjuntan las remitidas en su momento a la OAI. Finalmente, se aclara que las evidencias que soportan los avances de las actividades se encuentran en la ruta establecida por la OG y la OAI.	<ol style="list-style-type: none"> Evidencias: el proceso allega documentos que evidencian ajustes en el IV Bimestre de 2023 del plan de acción, respuesta a requerimientos Subdirección General, el plan de acción ajustado en formato excel y el seguimiento plan de acción quinto bimestre en formato excel, lo cual se encuentra acorde con lo definido en el control. Diseño de los controles: el control cumple con los criterios establecidos en la Guía de Administración de Riesgos del DAFP, contando con un diseño adecuado para prevenir la materialización del riesgo. Efectividad de los controles: el control es efectivo ya que se observa la ejecución, en la frecuencia establecida, lo cual permite disminuir el impacto y probabilidad de ocurrencia del riesgo; lo anterior si perjuicio de las recomendaciones dadas. Materialización del riesgo: de acuerdo con la información proporcionada por el proceso, no se evidencia materialización del riesgo Plan de tratamiento (si aplica): el riesgo no presenta plan de tratamiento Recomendación: continuar con la ejecución del control a efectos de mitigar la materialización del riesgo.

1. CONTEXTO EXTRATEGICO			2. IDENTIFICACIÓN DE RIESGO			5. VALORACIÓN DE RIESGO U OPORTUNIDAD					MONITOREO LIDER DE PROCESO. Evaluación de la eficacia	SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	
ID.	PROCESO	FACTOR INTERNO	FACTOR EXTERNO	CONSECUENCIAS	RIESGO U OPORTUNIDAD	TIPO	SUBTIPO	PROBABILIDAD	IMPACTO	PERFIL RIESGO U OPORTUNIDAD	ZONA DE RIESGO U OPORTUNIDAD	3° CUATRIMESTRE	3° CUATRIMESTRE
21	REDUCCIÓN DEL RIESGO	* Definición de productos y servicios de la SRR: Están enmarcados dentro del Manual SIPLAG de la UNGRD * Cambio de Gobierno y Políticas Públicas que definen planes, programas, proyectos y políticas de gobierno. * Políticas de Gobierno orientadas a la Gestión del Riesgo.	* Cambio en legislación aplicable * Cambio de Gobierno y Políticas Públicas que definen planes, programas, proyectos y políticas de gobierno. * Políticas de Gobierno orientadas a la Gestión 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	Conformidad producto/servicio	4	4	64	ZONA OPORTUNIDAD EXTREMA	En esta oportunidad, se adjunta como evidencias la participación a todas las sesiones sectoriales convocadas por la OAP y en algunos casos, con seguimiento correspondiente a las fichas sectoriales correspondientes a cada entidad (ministerios) y en otros casos, la matriz con necesidades de recuperación y matriz de identificación de acciones, con el fin de verificar el cumplimiento o la continuidad de la implementación de las acciones encaminadas sobre el Objetivo No. 2. Reducir la construcción de nuevas condiciones de riesgo en el desarrollo territorial, sectorial y ambiental sostenible. Las fichas de seguimiento del año de la SRR solamente se entregarán después del 20 de enero de 2024, donde se tiene en cuenta todos los factores de actualización y seguimientos sectoriales a la fecha.	Control No. 1: 1. Evidencias: el proceso allega evidencias sobre las mesas de seguimiento efectuadas a todas las sesiones sectoriales, la matriz con necesidades de recuperación y matriz de identificación de acciones, con lo cual se buscó verificar el cumplimiento o la continuidad de la implementación de las acciones encaminadas sobre el objetivo No. 2. 2. Diseño de los controles: el control cumple con los criterios establecidos en la Guía de Administración de Riesgos del DAFP, contando con un diseño adecuado para prevenir la materialización del riesgo. 3. Efectividad de los controles: el control es efectivo ya que se observa la ejecución, en la frecuencia establecida, lo cual permite disminuir el impacto y probabilidad de ocurrencia del riesgo; lo anterior sin perjuicio de las recomendaciones dadas. 4. Materialización del riesgo: de acuerdo con la información proporcionada por el proceso, no se evidencia materialización del riesgo. 5. Plan de tratamiento (si aplica): se evidencia una adecuada ejecución, al ejecutar las actividades dispuestas. 6. Recomendación: continuar con la ejecución del control a efectos de mitigar la materialización del riesgo.
22	REDUCCIÓN DEL RIESGO	* Equipo de profesionales, multidisciplinario, contratado para la asistencia técnica en los 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 DNI. * 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	No aplica.	3	5	15	ZONA RIESGO MODERADA	Control 1 Banco de Proyectos: Mediante correo electrónico de fecha 11 de diciembre de 2023, dirigido a la Coordinación del grupo de Tecnologías de la información, se relaciona el listado de profesionales que ya no hacen parte del equipo del Banco de proyectos para que los usuarios les quede deshabilitado el acceso al SINGRD. 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, se vienen asumiendo por la Subdirectora para la Reducción del Riesgo, para la cual se solicitó permanentemente al GGC, la elaboración de las designaciones de supervisión. También se continúa con las designaciones de apoyo a la supervisión desde el componente técnico, financiero y jurídico con base en las instrucciones de la Subdirectora para la Reducción del Riesgo, lo que permite mantener un control integral para evitar la materialización del riesgo. Como evidencia se carga 1. Designaciones de supervisión. 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. (se adjunta matriz)	1. Evidencias: Control No. 1: el proceso allega correo electrónico de cancelación de acceso a aplicativo BANCO DE PROYECTOS, a efecto de los usuarios sean deshabilitados. Control 2: se remite información de los contratos, incluyendo la designación de la supervisión y el apoyo a la supervisión 3. Diseño de los controles: los Controles cumplen con los criterios establecidos en la Guía de Administración de Riesgos del DAFP, contando con un diseño adecuado para prevenir la materialización del riesgo. 3. Efectividad de los controles: los controles son efectivos dado que se observa la ejecución, en la frecuencia establecida, lo cual permite disminuir el impacto y probabilidad de ocurrencia del riesgo. 4. Materialización del riesgo: de acuerdo con la información proporcionada por el proceso, no se evidencia materialización del riesgo. 5. Plan de tratamiento (si aplica): se evidencia una adecuada ejecución, al ejecutar las actividades dispuestas, para lo cual se allega matriz denominada "Obras para el futuro", así como copia digital de los expedientes. 6. Recomendación: continuar con la ejecución del control a efectos de mitigar la materialización del riesgo.
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	Eficacia del proceso	2	3	24	ZONA RIESGO MODERADA	En el marco de las acciones de mitigación y control del Riesgo No. 35 se adelantó mesa de trabajo con miembros del equipo de la SMD, para concertar aquellas actividades que generen la coordinación de la respuesta de la UNGRD en cabeza de la SMD en situaciones declaradas de desastre, donde se ha evidenciado la necesidad de realizar la estandarización de los procesos logísticos de la preparación para la respuesta y la atención de emergencias Como resultado de la mesa de conlujó la necesidad de generar un procedimiento de atención a emergencias, el cual se pretende dejar debidamente cargado en neogestión en el mes de enero de la vigencia 2024. Se anexa: Acta de reunión, asistencia y presentación.	Control No. 1: 1. Evidencia: el proceso de Manejo de desastres comparte como evidencia mesa de trabajo desarrollada el pasado 20 de noviembre de 2023 en el que se efectuó un análisis del riesgo (contexto interno y externo, efecto sobre su materialización, análisis de las funciones del proceso enmarcado desde el decreto 4147 de 2011, análisis de las actividades desarrolladas por el proceso) lo que lleva a concluir la necesidad de concluir un procedimiento único, de coordinación de las emergencias y articulación institucional, que permita generar una respuesta sistemática y articulada desde la Subdirección para el Manejo de Desastres como responsables de la coordinación de las respuestas, dejando compromisos a efectuar el correspondiente seguimiento al 15 de diciembre de 2023. No obstante, es preciso indicar que la evidencia no da cuenta de la ejecución del control sino de los avances y gestiones desarrolladas sobre la actividad definida en el plan de tratamiento. 2. Diseño de controles: Contiene los criterios definidos por Función Pública en la "Guía de Administración de riesgos y diseño de controles". 3. Efectividad del control: no es posible evaluar la efectividad del control conforme la evidencia proporcionada no da cuenta de su ejecución. 4. Materialización del riesgo: no es posible determinar la materialización del riesgo por cuanto para el periodo evaluado no se proporciona evidencia de su ejecución. 5. Plan de tratamiento: frente al desarrollo del plan de tratamiento se allega evidencia del análisis desarrollado por el proceso para determinar la necesidad de elaborar un documento único, dejando compromisos a efectuar el correspondiente seguimiento al 15 de diciembre de 2023 frente a su elaboración. Si embargo, la fecha de cumplimiento de la actividad estaba definida para el 22 de diciembre de 2023 y se indica de acuerdo al seguimiento desarrollado por el proceso que el documento quedará formulado y publicado en el mes de enero 2024. Por tanto se debe indicar que de acuerdo al periodo evaluado la actividad de plan de tratamiento no se ha cumplido. Recomendación: el proceso no deja evidencia de la ejecución del control para el 3er cuatrimestre de 2023 y sobre el plan de tratamiento aunque se evidencian acciones adelantadas al respecto estas aún no han concluido para poder determinar que la actividad se ha cumplido por lo que es necesario revisar y ajustar la fecha inicialmente definida de cumplimiento.
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	Conformidad producto/servicio	3	3	36	ZONA OPORTUNIDAD ALTA	En el marco de la estructuración de la Estrategia Nacional para respuesta a Emergencias, en el tercer bimestre de la vigencia, se tienen avances significativos lo cual se relaciona a continuación: A la fecha se ha integrado la información correspondiente a los siguientes apartados: 1. Generalidades (principios, enfoques y objetivos) 2. Componentes (Marco conceptual, antecedentes, instancias de coordinación) 3. Marco de actuación para la respuesta. 4. Organización para la respuesta 5. Cooperación internacional	Oportunidades: desde la OCI no se considera pertinente evaluar las oportunidades dentro de la matriz de riesgos de los procesos. Desde su misma definición (ISO 9001) las oportunidades se traducen en estrategias y estas se llevan a iniciativas, que llevadas a un plan, programa o proyecto el proceso debe determinar los riesgos de su implementación, riesgos que podrán llevarse al mapa de riesgos del proceso para efectuar su correspondiente seguimiento impidiendo su posible materialización. Con base en lo anterior, la oportunidad referida en el mapa de riesgos del proceso se describe como una actividad no como un riesgo, por lo que no cumple su diseño. ¿Cuál es el riesgo de esta oportunidad? De otra parte lo identificado como control no cumple con la totalidad de criterios definidos por el DAFP, no se presenta la acción a frente a posibles desviaciones. Control No. 1:

1. CONTEXTO ESTRATÉGICO			2. IDENTIFICACIÓN DE RIESGO				5. VALORACIÓN DE RIESGO U OPORTUNIDAD				MONITOREO LÍDER DE PROCESO. Evaluación de la eficacia		SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO		
ID.	PROCESO	FACTOR INTERNO	FACTOR EXTERNO	CONSECUENCIAS	RIESGO U OPORTUNIDAD	TIPO	SUBTIPO	PROBABILIDAD	IMPACTO	PERFIL RIESGO U OPORTUNIDAD	ZONA DE RIESGO U OPORTUNIDAD	3° CUATRIMESTRE		3° CUATRIMESTRE	
37	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	* Desconocimiento de la normatividad vigente * Desconocimiento en la misonalidad 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 PUEDA GENERAR deficiencia en asuntos misionales que ocasionen el incumplimiento de los objetivos institucionales y de los requerimientos normativos vigentes.	RIESGO	Eficacia del proceso	1	3	12	ZONA RIESGO MODERADA	Control 1: Para el tercer cuatrimestre de la vigencia 2023, teniendo en cuenta las acciones adelantadas en el primer periodo, por medio del cual se consolidó y formuló el Anteproyecto de Presupuesto; a la fecha no se presenta ninguna acción adicional, teniendo en cuenta que el control establecido tiene periodicidad anual. En este sentido, considerando que este proceso ya surtió efecto, únicamente se realizan los correspondientes seguimientos que surjan necesarios para la asignación presupuestal vigencia 2024. NOTA: Teniendo en cuenta la madurez de la entidad en relación a la gestión y disposición de recursos, se considerará para el análisis de riesgos de la vigencia 2024 (Proceso Planeación Estratégica), establecer un nuevo riesgo y sus respectivos controles encaminados a la gestión de la ejecución presupuestal, evaluando la posibilidad de que se controle a través de la presentación del mismo en instancias como el Comité de Gestión y Presupuesto. Control 1: Durante el periodo, la OAPI, a través del profesional asignado de la dependencia para el seguimiento adelantó la respectiva solicitud de seguimiento al quinto (sep- oct) bimestre de 2023, en coordinación de las instrucciones impartidas por la Jefe de la OAPI. Se anexa el reporte de seguimiento del quinto bimestre de 2023. El informe correspondiente al sexto (nov-dic) bimestre de 2023 está en proceso de preparación para solicitud a la OAPI y entrega a la OAPI a más tardar el 22 de enero de 2024. Como evidencia de la gestión realizada, se soporta con: 1. Solicitud de reporte Plan de Acción, quinto bimestre. Control 1: De forma general, en el presente cuatrimestre se han venido realizando mesas de trabajo con sectores y territorios, socializando el estado del PNGRD y corte del segundo semestre del 2022, donde se evidencia el avance tanto físico como financiero a los diferentes proyectos a cargo de los entes territoriales y los sectores del orden nacional. En dichos espacios también se ha solicitado el nuevo reporte para la vigencia 2023. A nivel sectorial: durante el cuatrimestre se realizaron un total de 15 mesas de trabajo presenciales con los sectores de Relaciones exteriores, Ambiente, Vivienda, Justicia, Función Pública, Interior, Hacienda, Ciencia, Trabajo, Tics, Deporte, Comercio, Agricultura, Inteligencia y Salud. A nivel territorial: se han realizado un total de 31 mesas de trabajo (presencial y virtual) con los departamentos del	Control No. 1: 1. Evidencias: no hay registro de evidencia en la ruta compartida, conforme el proceso de Planeación estratégica indica dentro de su seguimiento que la ejecución del control es anual y tiene relación con la planeación del presupuesto para la vigencia 2024 y que se desarrolla una vez al año. 2. Diseño de los controles: aunque el control actualmente definido da cumplimiento a los criterios referidos por el DAFP es importante indicar que específicamente el control diseñado no es suficiente para evitar la materialización del riesgo identificado (responsable, periodicidad, propósito, cómo se realiza, desviación, evidencia). 3. Efectividad de los controles: aunque el control existente cubre una de las etapas principales para desarrollar la planeación presupuestal de cada vigencia, no es suficiente para garantizar que con solo la ejecución del este control el riesgo no se va materializar, por cuanto el proceso debe definir controles complementarios que permitan llevar seguimiento periódico al cumplimiento de la planeación presupuestal y por tanto el cumplimiento complementariamente debe ser ajustado en su redacción. Control No. 1: 1. Evidencias: de acuerdo a la evidencia compartida por parte del proceso de Planeación Estratégica, se identifica el seguimiento desarrollado por el proceso como 204 líneas de defensa al cumplimiento en la entrega de la información y resultados de los indicadores de plan de acción por parte de cada una de las dependencias, dando cuenta de la ejecución del control definido. 2. Diseño de los controles: aunque el control actualmente definido da cumplimiento a los criterios referidos por el DAFP es importante indicar que específicamente el control diseñado no es suficiente para evitar la materialización del riesgo identificado (responsable, periodicidad, propósito, cómo se realiza, desviación, evidencia). 3. Efectividad de los controles: aunque el control existente permite desarrollar seguimiento frente a la oportunidad en la entrega de la información en términos de tiempo, no es suficiente para evitar la materialización del riesgo, conforme no se definen controles orientados a atender las desviaciones presentadas frente al posible incumplimiento de las metas definidas en los indicadores de plan de acción.			
38	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	* Entrega de la información (informos) por parte de las áreas de la entidad * Ejecución y desarrollo de planes para cumplir con objetivos misionales. * Gestión de información para control y seguimiento a planes, programas y/o proyectos	* Pérdida 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 PUEDA GENERAR , retrasos en el desarrollo adecuado de las actividades en marco del plan de acción y demás instrumentos de planificación articulados a este; y por ende el cumplimiento oportuno de los objetivos institucionales y de los indicadores de gestión.	RIESGO	Eficacia del proceso	2	3	24	ZONA RIESGO MODERADA	Control No. 1: 1. Evidencias: conforme la evidencia aportada por parte del proceso de Planeación Estratégica se observa la ejecución de las diferentes mesas de trabajo adelantadas en territorio, en materia de reporte de avance de los proyectos del Plan Nacional de Gestión de Riesgos de Desastres - PNGRD, lo que da cuenta de la ejecución de la actividad definida como control. 2. Diseño de los controles: el control definido cuenta con un responsable, una periodicidad, un propósito, define como se realiza a través de la ejecución de mesas sectoriales y evidencia de las mesas. No obstante, frente a las desviaciones no es claro el actuar de la OAPI, por cuanto es pertinente revisar el diseño del control definido (responsable, periodicidad, propósito, cómo se realiza, desviación, evidencia). 3. Efectividad de los controles: aunque el control existente permite efectuar seguimiento al avance de los proyectos del Plan Nacional de Gestión de Riesgos de Desastres, este no permite identificar cuál es el actuar desde el proceso de Planeación Estratégica ante posibles desviaciones presentadas en los proyectos, conforme el control en su diseño no cumple con este criterio por cuanto es recomendable revisar y ajustarlo.				
39	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	* Informe anual realizado con base en 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 * Direccionamiento Estratégico	* El PNGRD fue adoptado mediante Decreto Presidencial 308 de 2016, luego de un proceso de formulación con responsabilidades en el PNGRD, de los comités nacionales de gestión del riesgo de Desastres y de los consejos territoriales de gestión del riesgo). * Adopción del Decreto 3478 de 2022, por el cual se adopta la primera * Cambio de Gobierno y Políticas Públicas que definen planes, programas, proyectos y políticas de gobierno. * Cambio en legislación aplicable * Implementación de la política de gestión del riesgo de desastres por el PNGRD. * Disponibilidad presupuestal	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 PUEDA 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	Eficacia del proceso	1	4	16	ZONA RIESGO ALTA	Control No. 1: 1. Evidencias: conforme la evidencia aportada por parte del proceso de Planeación Estratégica se observa la ejecución de las diferentes mesas de trabajo adelantadas en territorio, en materia de reporte de avance de los proyectos del Plan Nacional de Gestión de Riesgos de Desastres - PNGRD, lo que da cuenta de la ejecución de la actividad definida como control. 2. Diseño de los controles: el control definido cuenta con un responsable, una periodicidad, un propósito, define como se realiza a través de la ejecución de mesas sectoriales y evidencia de las mesas. No obstante, frente a las desviaciones no es claro el actuar de la OAPI, por cuanto es pertinente revisar el diseño del control definido (responsable, periodicidad, propósito, cómo se realiza, desviación, evidencia). 3. Efectividad de los controles: aunque el control existente permite efectuar seguimiento al avance de los proyectos del Plan Nacional de Gestión de Riesgos de Desastres, este no permite identificar cuál es el actuar desde el proceso de Planeación Estratégica ante posibles desviaciones presentadas en los proyectos, conforme el control en su diseño no cumple con este criterio por cuanto es recomendable revisar y ajustarlo. A nivel sectorial: durante el cuatrimestre se realizaron un total de 15 mesas de trabajo presenciales con los sectores de Relaciones exteriores, Ambiente, Vivienda, Justicia, Función Pública, Interior, Hacienda, Ciencia, Trabajo, Tics, Deporte, Comercio, Agricultura, Inteligencia y Salud. A nivel territorial: se han realizado un total de 31 mesas de trabajo (presencial y virtual) con los departamentos del				
40	GERENCIAL Dirección General	* Direccionamiento Estratégico	* Cambio en legislación aplicable. * Cambio de Gobierno y Políticas Públicas que definen planes, programas, proyectos y políticas de gobierno. * Implementación de la política de gestión del riesgo de desastres por el PNGRD. * 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 PUEDA 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	Eficacia del proceso	1	3	12	ZONA RIESGO MODERADA	Control No. 1: 1. Evidencias: No fueron suministradas las evidencias del control. Frente a este riesgo y mediante correo electrónico de fecha 04 de enero de 2023, el proceso SIPLAG informa que la Dirección General remitió el mapa de riesgos y oportunidades de manera extemporánea. Sin embargo, no presenta como tal un monitoreo a sus controles y que en el espacio de monitoreo del tercer cuatrimestre la Dirección General expresó lo siguiente: (Teniendo en cuenta el seguimiento realizado al riesgo de gestión número 40 por parte de la Oficina de Control Interno durante el 1° y 2° Cuatrimestre de 2023, la Dirección General se encuentra en la revisión de los controles a su cargo y definidos en el Mapa de Riesgos y Oportunidades, con el objetivo de establecer si dichas acciones mitigan efectivamente la causa que genera el denominado riesgo: "Inadecuada implementación de la Política de Gestión del Riesgo en el territorio nacional". En este contexto, la Dirección General se encuentra atenta a la convocatoria de la Oficina Asesora de Planeación, para participar en la jornada de revisión y actualización de los controles establecidos en el Mapa de Riesgos y Oportunidades, durante el primer trimestre de la vigencia 2024. Este encuentro representa una oportunidad crucial para definir estrategias que contribuyan verdaderamente a la reducción del impacto asociado al riesgo mencionado.). Dado lo anterior, la Oficina de Control Interno tomará en cuenta para el próximo seguimiento la observación realizada por la Dirección General. No obstante, se deja la alerta relacionada con la falta de monitoreo a los riesgos identificados por parte de la Dirección durante toda la vigencia 2023, incrementando la probabilidad de ocurrencia de la situación definida en el riesgo y los efectos que puede tener sobre la Entidad, al no documentar ni hacer monitoreo con la aplicación de los controles definidos. Cabe mencionar que, esta situación conlleva a una posible materialización del riesgo, debido a la ausencia de controles. NO CUMPLE . Finalmente, se indica que la Oficina de Control Interno desde su rol de asesoría y acompañamiento estará dispuesta, a efectos de fortalecer todos aquellos aspectos en donde el proceso y la administración lo requiera, esto tendiente a una adecuada identificación de riesgos y evaluación de la efectividad de los controles. 2. Diseño de controles: El control diseñado no está funcionando. 3. Efectividad del control: No es efectivo . 4. Materialización del riesgo: Se evidencia posible materialización del riesgo debido a que no se realiza un adecuado control que pueda asegurar que el riesgo relacionado se mitigue . 5. Recomendación: Frente al riesgo # 40, se recomienda a la Dirección General, monitorear permanentemente la gestión del riesgo y la efectividad de los controles establecidos. Teniendo en cuenta que los riesgos en cualquier momento se pueden materializar y sus causas pueden afectar el cumplimiento de los objetivos de la				
41	GERENCIAL Dirección General	* Direccionamiento Estratégico	* Cambio en legislación aplicable. * Cambio de Gobierno y Políticas Públicas que definen planes, programas, proyectos y políticas 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 PUEDA OCASIONAR : 1. Duplicidad de esfuerzos y recursos para un mismo fin. 2. 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	Eficacia del proceso	1	4	16	ZONA RIESGO ALTA	Control No. 1: 1. Evidencias: No fueron suministradas las evidencias del control. Frente a este riesgo y mediante correo electrónico de fecha 04 de enero de 2023, el proceso SIPLAG informa que la Dirección General remitió el mapa de riesgos y oportunidades de manera extemporánea. Sin embargo, no presenta como tal un monitoreo a sus controles y que en el espacio de monitoreo del tercer cuatrimestre la Dirección General expresó lo siguiente: (Teniendo en cuenta el seguimiento realizado al riesgo de gestión número 41 por parte de la Oficina de Control Interno durante el 1° y 2° Cuatrimestre de 2023, la Dirección General se encuentra en la revisión del control a su cargo y definido en el Mapa de Riesgos y Oportunidades, con el objetivo de establecer si dicha acción mitiga efectivamente la causa que genera el denominado riesgo: "Desarticulación de las entidades del Sistema Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres". En este contexto, la Dirección General se encuentra atenta a la convocatoria de la Oficina Asesora de Planeación, para participar en la jornada de revisión y actualización de los controles establecidos en el Mapa de Riesgos y Oportunidades, durante el primer trimestre de la vigencia 2024. Este encuentro representa una oportunidad crucial para definir estrategias que contribuyan verdaderamente a la reducción del impacto asociado al riesgo mencionado.). Dado lo anterior, la Oficina de Control Interno tomará en cuenta para el próximo seguimiento la observación realizada por la Dirección General. No obstante, se deja la alerta relacionada con la falta de monitoreo a los riesgos identificados por parte de la Dirección durante toda la vigencia 2023, incrementando la probabilidad de ocurrencia de la situación definida en el riesgo y los efectos que puede tener sobre la Entidad, al no documentar ni hacer monitoreo con la aplicación de los controles definidos. Cabe mencionar que, esta situación conlleva a una posible materialización del riesgo, debido a la ausencia de controles. NO CUMPLE . Finalmente, se indica que la Oficina de Control Interno desde su rol de asesoría y acompañamiento estará dispuesta, a efectos de fortalecer todos aquellos aspectos en donde el proceso y la administración lo requiera, esto tendiente a una adecuada identificación de riesgos y evaluación de la efectividad de los controles. 2. Diseño de controles: El control diseñado no está funcionando. 3. Efectividad del control: No es efectivo . 4. Materialización del riesgo: Se evidencia posible materialización del riesgo debido a que no se realiza un adecuado control que pueda asegurar que el riesgo relacionado se mitigue . 5. Recomendación: Frente al riesgo # 41, se recomienda a la Dirección General, monitorear permanentemente la gestión del riesgo y la efectividad de los controles establecidos. Teniendo en cuenta que los riesgos en cualquier momento se pueden materializar y sus causas pueden afectar el cumplimiento de los objetivos de la				

1. CONTEXTO ESTRATÉGICO			2. IDENTIFICACIÓN DE RIESGO				5. VALORACIÓN DE RIESGO U OPORTUNIDAD				MONITOREO LÍDER DE PROCESO. Evaluación de la eficacia		SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO
ID.	PROCESO	FACTOR INTERNO	FACTOR EXTERNO	CONSECUENCIAS	RIESGO U OPORTUNIDAD	TIPO	SUBTIPO	PROBABILIDAD	IMPACTO	PERFIL RIESGO U OPORTUNIDAD	ZONA DE RIESGO U OPORTUNIDAD	3° CUATRIMESTRE	3° CUATRIMESTRE
42	GERENCIAL Dirección General	* Intereses individuales en la UNGRD en la implementación de acciones	* Factores políticos que afectan planes, programas, proyectos y políticas 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 algún conflicto de interés, lo que PUEDE GENERAR un detrimento patrimonial y pérdida de la imagen de la UNGRD.	RIESGO_CORRUPCIÓN	No aplica.	1	20	20	ZONA RIESGO MODERADA		<p>1. Evidencias: No fueron suministradas las evidencias del control. Frente a este riesgo y mediante correo electrónico de fecha 04 de enero de 2023, el proceso S/PLAG informa que la Dirección General remitió el mapa de riesgos y oportunidades de manera extemporánea. Sin embargo, no presenta como tal un monitoreo a sus controles y que en el espacio de monitoreo del tercer cuatrimestre la Dirección General expresó lo siguiente: (Teniendo en cuenta el seguimiento realizado al riesgo de gestión número 42 por parte de la Oficina de Control Interno durante el 1° y 2° Cuatrimestre de 2023, la Dirección General se encuentra en la revisión del control a su cargo y definido en el Mapa de Riesgos y Oportunidades, con el objetivo de establecer si dicha acción mitiga efectivamente la causa que genera el denominado riesgo: "Malversación de los recursos que son destinados a la implementación de la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres". En este contexto, la Dirección General se encuentra atenta a la convocatoria de la Oficina Asesora de Planeación, para participar en la jornada de revisión y actualización de los controles establecidos en el Mapa de Riesgos y Oportunidades, durante el primer trimestre de la vigencia 2024. Este encuentro representa una oportunidad crucial para definir estrategias que contribuyan verdaderamente a la reducción del impacto asociado al riesgo mencionado.)</p> <p>Dado lo anterior, la Oficina de Control Interno tomará en cuenta para el próximo seguimiento la observación realizada por la Dirección General. No obstante, se deja la alerta relacionada con la falta de monitoreo a los riesgos identificados por parte de la Dirección durante toda la vigencia 2023, incrementando la probabilidad de ocurrencia de la situación definida en el riesgo y los efectos que puede tener sobre la Entidad, al no documentar ni hacer monitoreo con la aplicación de los controles definidos.</p> <p>En consecuencia, el líder del proceso al no realizar el monitoreo y revisión de los riesgos de corrupción, puede incurrir por omisión en un actuar que podría considerarse reprochable por parte de los entes de control, dado que con la gestión y efectividad de los controles establecidos se busca minimizar la probabilidad de materialización del riesgo y el impacto del mismo. NO CUMPLE.</p> <p>Ahora bien, si el proceso ha ejecutado los controles definidos y no ha hecho el reporte o remitido las respectivas evidencias, se deja de presente lo indicado en el artículo 151 del decreto 403 de 2020, que establece: "Deber de entrega de información para el ejercicio de las funciones de la unidad u oficina de control interno. Los servidores responsables de la información requerida por la unidad u oficina de control interno deberán facilitar el acceso y el suministro de información confiable y oportuna para el debido ejercicio de sus funciones, salvo las excepciones establecidas en la ley. Los requerimientos de información deberán hacerse con la debida anticipación a fin de garantizar la oportunidad y completitud de la misma. El incumplimiento reiterado al suministro de la información solicitada por la unidad u oficina de control interno dará lugar a las respectivas investigaciones disciplinarias por la autoridad competente."</p> <p>Finalmente, se indica que la Oficina de Control Interno desde su rol de asesoría y acompañamiento estará dispuesta, a efectos de fortalecer todos aquellos aspectos en donde el proceso y la administración lo requiera, esto tendiente a una adecuada identificación de riesgos y evaluación de la efectividad de los controles.</p>
45	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	<p>* Que el personal de la Oficina de Control Interno no cuente con las competencias, formación o experiencia en procesos auditivos.</p> <p>* Incumplimiento, por acción u omisión de la responsabilidad que como contratistas o funcionarios se tiene frente al PAAGI.</p> <p>* Inportunidad en la entrega de evidencias por parte de las áreas, que retrasan el proceso de análisis de la información y posterior liberación de los informes de la Oficina de Control Interno.</p> <p>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:</p> <p>* Dependencia de la VPN para acceder a la información de los servidores.</p> <p>*No contar con los permisos para acceso a la información.</p>	<p>* Que no se cuente con la disponibilidad presupuestal para la contratación del personal de la Oficina de Control Interno.</p> <p>* 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 periódicamente en temas relacionados con el sistema de Control Interno y las funciones de los jefes de control interno</p>		Incumplimiento del programa anual de auditorías de gestión independiente - PAAGI y/o de las funciones establecidas en la normatividad legal vigente, 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	Eficacia del proceso	2	4	32	ZONA RIESGO ALTA	<p>Control 1: Se anexa:</p> <p>1. El Plan Anual de Auditoría de Gestión Independiente con el reporte de los informes que se liberaron dentro del periodo comprendido entre septiembre y diciembre de 2023.</p> <p>2. Listado de los informes publicados en la página web de la Entidad dentro del III cuatrimestre 2023 (resaltados en amarillo).</p> <p>Enlace de publicación: https://portal.gestionderiesgo.gov.co/Paginas/Informes-Control-Interno.aspx</p> <p>Plan de tratamiento: Correo donde se les recordó o reiteró a las áreas, el suministro de la información para llevar a cabo las evaluaciones por parte de la OCI.</p> <p>Por otro lado, y de acuerdo con la recomendación de la Oficina de Planeación en el II cuatrimestre 2023, se revisó y ajustó el riesgo agrégandole en su descripción (y/o de las funciones establecidas en la normatividad legal vigente), lo anterior, teniendo en cuenta que, el Plan debe ser presentado en el seno del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para su aprobación y quien preside este comité es el Director General.</p> <p>Adicionalmente, se revisó y ajustó la descripción del control 1 y las evidencias del control. También se realizó ajuste al plan de tratamiento, el cual será ejecutado a partir de la siguiente vigencia.</p>	<p>Evidencias Control 1: Plan Anual de Auditoría de Gestión Independiente con reporte de 31 informes publicados en la página web de la entidad, dentro del III cuatrimestre 2023, adicionalmente incluidos certificados obras inconclusas o sin uso Sireci.</p> <p>Plan de Tratamiento: Se evidencian dos correos reiterativos a Subdirección General y a GAA y cambios en el riesgo y plan de tratamiento.</p> <p>Atendiendo recomendaciones, desde la OAPI en el segundo monitoreo al mapa de riesgos para ejecutarse desde la vigencia 2024, es importante resaltar que con fecha 14/09/2023, se registró una acción correctiva en el proceso de Evaluación y Seguimiento a raíz de la materialización del riesgo en cuanto a la aprobación del Plan de Auditoría de Gestión Independiente que se realiza a través del CICCI.</p>
47	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	<p>* Conflicto de intereses entre el auditor y el proceso a auditar.</p> <p>* Falta de ética en el ejercicio de la evaluación.</p> <p>* Desconocimiento de las responsabilidades del servidor público: (disciplinario, fiscal, penal).</p>	* Ninguno		No reportar a los organismos de vigilancia y control internos y externos las situaciones o actos de incumplimiento, identificados en las evaluaciones y seguimientos llevados a cabo por la Oficina de Control Interno DEBIDO A coacción o cohecho lo que PUEDE GENERAR sanciones administrativas, disciplinarias, fiscales y penales.	RIESGO_CORRUPCIÓN	No aplica.	2	10	20	ZONA RIESGO MODERADA	<p>Se ajustó la descripción del riesgo 47, quedando de la siguiente manera: "No reportar a los organismos de vigilancia y control internos y externos las situaciones o actos de incumplimientos legales de corrupción y fraude, identificados en las evaluaciones y seguimientos llevados a cabo por la Oficina de Control Interno DEBIDO A coacción o cohecho lo que PUEDE GENERAR sanciones administrativas, disciplinarias, fiscales y penales."</p> <p>Control 1: Se anexan las actas y listados de asistencia de las reuniones de seguimiento realizadas por el jefe de la OC y su equipo de trabajo, donde se revisaron los avances de las actividades y las dificultades que se han presentado en el ejercicio de las evaluaciones realizadas.</p> <p>Control No.2 De acuerdo con la recomendación dejada por la OAPI en el segundo cuatrimestre de 2023, la Oficina de Control Interno decide eliminar el control 2, toda vez que, no siempre se ejecuta este control a través del boletín. Se organizó TRD del Grupo de Cooperación Internacional</p>	<p>Evidencias Control 1: Actualización del Mapa de Riesgos y Oportunidades fecha 20/12/2023, soporte correo electrónico a Siplag donde se registran los cambios en los riesgos y en los controles para su ejecución en la nueva vigencia, de igual manera se demuestra el compromiso del jefe de la OCI, con el acompañamiento a su equipo en reuniones de seguimiento de las actividades y/o novedades en la gestión, registros de asistencia y actas de reunión en el tercer cuatrimestre 2023.</p> <p>Control 2: Se evidencia que, se acogió la recomendación de la OAPI al eliminar lo relacionado con el boletín de Aprendizajes de Control Interno y se espera para el primer cuatrimestre 2024 el nuevo diseño del control 2.</p> <p>Plan de tratamiento. Se anuncia el presente riesgo lo relacionado con el tema de las causas de la materialización del riesgo # 45.</p>
49	COOPERACIÓN	* Articulación entre las áreas de la UNGRD, sobre todo las áreas 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	Eficacia del proceso	1	2	8	ZONA RIESGO BAJA	<p>Acordó a la información soporte presentada se pudo verificar lo siguiente:</p> <p>1. Evidencias: Control No.1 El proceso aporta la carpeta compartida en la cual se evidencia la organización de los archivos de acuerdo con las TRD del proceso.</p> <p>2. Diseño de los controles: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía VR. 6. Cuple</p> <p>3. Efectividad de los controles: El control es efectivo, pues previene la materialización del riesgo.</p> <p>4. Materialización del riesgo: No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización.</p> <p>5. Recomendación: NA.</p> <p>6. Plan de tratamiento (No aplica): NA</p>	

1. CONTEXTO EXTRATEGICO			2. IDENTIFICACIÓN DE RIESGO				3. VALORACIÓN DE RIESGO U OPORTUNIDAD				MONITOREO LÍDER DE PROCESO. Evaluación de la eficacia		SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	
ID.	PROCESO	FACTOR INTERNO	FACTOR EXTERNO	CONSECUENCIAS	RIESGO U OPORTUNIDAD	TIPO	SUBTIPO	PROBABILIDAD	IMPACTO	PERFIL RIESGO U OPORTUNIDAD	ZONA DE RIESGO U OPORTUNIDAD	3° CUATRIMESTRE	3° CUATRIMESTRE	
50	COOPERACION	* Articulación con el Grupo de Apoyo Administrativo para el proceso de ingresos 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 PUED ocasionar complicaciones de tipo legal y técnico, así como retrasos en la recepción y entrega de donaciones internacionales para el país.	RIESGO	Eficacia del proceso	2	3	24	ZONA RIESGO MODERADA	El riesgo no se ha materializado, ya que se ha aplicado correctamente el proceso de cumplimiento del protocolo de donaciones. Para el Control 1: NO se adjuntan evidencias ya que todas donaciones estan en proceso no se han suscrito actas de entrega de donaciones, se adjuntan evidencias de las donaciones entregadas en contextos de emergencias a otros Estados (Palestina- México) , todas las donaciones estan en proceso ACCIO, EEUU. Todavía no se ha culminado el proceso, es decir no se han suscrito las actas de entrega de las donaciones.	Acorde a la información soporte presentada se pudo verificar lo siguiente: 1. Evidencias: Control No. 3 El proceso anexa como evidencias: 1. Acta de Donación a la Franja de Gaza; 2. Acta de recibo de donaciones; 3. Aceptación de ofrecimiento de donación; 4. Listado de necesidades; en resumen, el proceso anexa las evidencias que corresponden a la aplicación de la Guía del Protocolo de Donaciones Internacionales PT-1602C-02. Control No.2: el proceso aporta las siguientes evidencias: 1. Acta protocolaria de entrega de ayuda humanitaria para emergencia, por el paso del huracán Otis en Acapulco municipio de el estado de Guerrero en México; entrega de donaciones, Manifiesto de carga, etc. 2. Diseño de los controles: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía VR. Cumple 3. Efectividad de los controles: El proceso genero 2 controles los cuales son efectivos pues 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 y aporta las evidencias correspondientes a la actividad.	
52	COOPERACION	* Prioridades establecidas en la misión 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 PUED ocasionar pérdida de credibilidad y sanciones.	RIESGO_CORRUPCIÓN	No aplica.	4	5	20	ZONA RIESGO MODERADA	El riesgo no se ha materializado ya que el PEI ya esta terminado y fue reglamentado mediante resolución firmada por el Director General.	Acorde a la información soporte presentada se pudo verificar lo siguiente: 1. Evidencias: Control preventivo No.1 El proceso anexa como evidencias: 1. El plan estratégico de cooperación internacional; 2. La resolución por la cual se adopta el plan estratégico No 1154 del 22 de noviembre 2023, correo que contiene el documento borrador PEI UNGRD 2023-2026; Control Preventivo No.2: el proceso aporta las siguientes evidencias: 1. Documento con diseño metodológico detallado para la recolección de información necesaria para la formulación participativa del proyecto de fecha noviembre de 2023; 2. Plan de trabajo para la formulación participativa de un proyecto para la Gestión y Prevención del Riesgo de Desastres con enfoque de género e interaccional en el Departamento del Chocó de octubre de 2023; 3. Reunión entre el gobierno nacional y el fondo humanitario para la paz de las mujeres - WPMF; 4. Reunión con Coordinador Departamental de Gestión del Riesgo del Chocó y Coordinador municipal de gestión del riesgo de Quibá. 2. Diseño de los controles: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía VR. 6. cumple 3. Efectividad de los controles: El proceso genero 2 controles los cuales son efectivos pues mitigan la materialización del riesgo.	
53	COOPERACION	* 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	Eficacia del proceso	4	5	80	ZONA OPORTUNIDAD EXTREMA	El riesgo no se ha materializado ya que con la formulación del PEI y los proyectos especiales formulados se da cumplimiento. No se adjuntan evidencias sobre el plan de tratamiento ya que apenas en el mes de noviembre se suscribio la resolución del PEI.	Acorde a la información soporte presentada se pudo verificar lo siguiente: 1. Evidencias: Control Preventivo No.1 el proceso genera un control para mantener la oportunidad, y para ello aporta las evidencias: 1. El plan estratégico de cooperación internacional; 2. La resolución por la cual se adopta el plan estratégico No 1154 del 22 de noviembre 2023; correo que contiene el documento aprobado por cancelería PEI UNGRD 2023-2026 2. Diseño de los controles: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAFP contenidos en la Guía VR. 6. cumple 3. Efectividad de los controles: El proceso genero 1 control con el cual pretende que la oportunidad no se convierta en un posible riesgo y que se materialice. 4. Materialización del riesgo: NA 5. Recomendación: NA 6. Plan de tratamiento (si aplica): NA	
55	SIPLAG	* Control y administración documental. * Acompañamiento con los procesos. * Articulación de los sistemas de calidad y ambiental con el SG-SSY y el SGGI. * 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 inconsistencia, lo que PUED ocasionar afectación económica y/o de imagen.	RIESGO	Eficacia del proceso	1	3	12	ZONA RIESGO MODERADA	CONTROL 1. Se planteó la estrategia de articulación de procesos donde se modificó el esquema de Líderes SIPLAG, por Líderes Estratégicos de cada dependencia. Con este grupo y liderado por la OAPI se hicieron las siguientes reuniones: 1. 29/09/2023 Reunión Activación Líderes Estratégicos 2. 06/10/2023 Primera Reunión de Líderes Estratégicos 3. 30/11/2023 Espacio de Retroalimentación Líderes Estratégicos Evidencias: 1. Listado de Asistencia Reunión Activación Líderes Estratégicos - 29/09/2023 2. Listado de Asistencia Primera Reunión de Líderes Estratégicos - 06/10/2023 3. Listado de Asistencia Espacio de Retroalimentación Líderes Estratégicos - 30/11/2023 CONTROL 2. Este control NO APLICA para el tercer 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.	Control No.1 1. Evidencias: el proceso del SIPLAG aporta como evidencia listados de asistencia de mesas de trabajo realizadas con líderes estratégicos, en los que se observa dentro de los objetivos de estas sesiones realizar apertura a los líderes estratégicos, seguimiento retroalimentación de los retos de la UNGRD y demás temas transversales, mesas realizadas en el mes de septiembre, octubre y noviembre 2023. 2. Diseño de los controles: teniendo en cuenta los criterios del DAFP para el diseño de controles se puede indicar que este cumple con los mismos (responsable, periodicidad, propósito, cómo se realiza, desviación, evidencia). No obstante, se debe fortalecer el cómo se realiza? entre tanto no se aline a las metodologías o lineamientos existentes definidos por la OAPI para el SIPLAG, solo a través de estos encuentros. De otra parte frente a la evidencia se definen las "actas de la reunión bimestral y las actas de socialización de los líderes SIPLAG en sus dependencias", para indicar su ejecución, aunque con las listas de asistencia se entiende que estos espacios se dieron, o se conocen cuales fueron los aspectos presentados o cual fue el seguimiento realizado a los procesos, para dar cumplimiento y lograr el fortalecimiento del SIPLAG en la entidad. De otra parte, ante la posible desviación del control como resultado del seguimiento no es claro el proceder, teniendo en cuenta que la acción de remitir la información vista en estas reuniones al líder SIPLAG, no mitiga la posibilidad de que el riesgo se materialice. También conforme el rol de Líder estratégico se ha definido es importante actualizar el Líder SIPLAG y ECOSIPLAG. Respecto de la periodicidad de ejecución del control "bimestral", la evidencia no guarda relación de esta periodicidad por tanto se deba contar con evidencia de los bimestres sep oct y nov-dic 2023. 3. Efectividad de los controles: aunque el control definido tiene una tendencia a minimizar la posibilidad de materialización del riesgo, la ejecución de estas actividades de socialización y seguimiento en temas transversales de la Unidad con los Líderes estratégicos no necesariamente corresponde a un control y por ende si podría considerarse una actividad definida como plan de tratamiento complementaria que minimice la posibilidad de materialización del riesgo señalado, por tanto su efectividad depende de que se definan controles específicos frente al cumplimiento y despliegue de lineamientos del SIPLAG. 4. Materialización del riesgo: la evidencia compartida no da cuenta de la existencia de una posible materialización del riesgo por tanto desde la OC no se puede indicar si el riesgo se materializó. 5. Recomendación: conforme lo analizado por parte de la OC se identifica la necesidad de revisar el diseño del control definido por tanto no es posible determinar su ejecución ni permite identificar si mitiga la materialización del riesgo y por el contrario lo que se considera actualmente como control podría ser una actividad a definir como plan de tratamiento. Así mismo ante la evidencia concretamente no es posible identificar las actas de las mesas de trabajo desarrolladas en las que se garantiza la divulgación y seguimiento a las actividades estratégicas del SIPLAG y retos dado que la evidencia compartida corresponde a listados de asistencia. Control No. 2: 1. Evidencias: no cuenta con evidencia por tanto el proceso SIPLAG indica que esta es una actividad que se desarrolla una vez al año la cual fue ejecutada en el 1er cuatrimestre de 2023. Control No.3 1. Evidencias: frente a la evidencia proporcionada se observan certificaciones de seguimiento a indicadores socio-ambientales que para el periodo evaluado se toman los de los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2023, no obstante estos no tienen relación con la evidencia determinada para la ejecución del control dado que refiere a correos electrónicos en respuesta a la solicitud realizada y asistencia a mesas técnicas de seguimiento. 2. Diseño de los controles: frente al diseño del control no se presenta dentro de su redacción que se hace ante la posible desviación del control por tanto es importante revisar su diseño (responsable, periodicidad, propósito, cómo se realiza, desviación, evidencia). 3. Efectividad de los controles: se entiende que el control como está diseñado podría ser efectivo para evitar la materialización del riesgo. No obstante, respecto a la evidencia compartida, está no da cuenta de su ejecución por tanto se recomienda esta sea revisada. Adicionalmente, el periodo objeto de seguimiento corresponde al 3er cuatrimestre de 2023 y el proceso carga evidencia de otros meses que no corresponde al evaluado. 4. Materialización del riesgo: la evidencia compartida no da cuenta de la existencia de una posible materialización del riesgo por tanto desde la OC no se puede	
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 trabajable 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 PUED generar incumplimiento del numeral 8.3 de la norma ISO 14001:2015 en cuanto a planificación y control operacional, además de las no conformidades que afecten su certificación.	RIESGO	Desempeño ambiental	3	3	36	ZONA RIESGO ALTA	Control 1: Se realizó la asistencia y acompañamiento en los diferentes contratos que generan impactos ambientales. Se solicitaron los certificados de disposición final de los contratos de mantenimiento de vehículos. Evidencia: Ver certificados y permisos ambientales	Control No.1 1. Evidencias: frente a la evidencia proporcionada se observan certificaciones de seguimiento a indicadores socio-ambientales que para el periodo evaluado se toman los de los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2023, no obstante estos no tienen relación con la evidencia determinada para la ejecución del control dado que refiere a correos electrónicos en respuesta a la solicitud realizada y asistencia a mesas técnicas de seguimiento. 2. Diseño de los controles: frente al diseño del control no se presenta dentro de su redacción que se hace ante la posible desviación del control por tanto es importante revisar su diseño (responsable, periodicidad, propósito, cómo se realiza, desviación, evidencia). 3. Efectividad de los controles: se entiende que el control como está diseñado podría ser efectivo para evitar la materialización del riesgo. No obstante, respecto a la evidencia compartida, está no da cuenta de su ejecución por tanto se recomienda esta sea revisada. Adicionalmente, el periodo objeto de seguimiento corresponde al 3er cuatrimestre de 2023 y el proceso carga evidencia de otros meses que no corresponde al evaluado. 4. Materialización del riesgo: la evidencia compartida no da cuenta de la existencia de una posible materialización del riesgo por tanto desde la OC no se puede	

1. CONTEXTO EXTRATEGICO			2. IDENTIFICACIÓN DE RIESGO			5. VALORACIÓN DE RIESGO U OPORTUNIDAD					MONITOREO LÍDER DE PROCESO. Evaluación de la eficacia	SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	
ID.	PROCESO	FACTOR INTERNO	FACTOR EXTERNO	CONSECUENCIAS	RIESGO U OPORTUNIDAD	TIPO	SUBTIPO	PROBABILIDAD	IMPACTO	PERFIL RIESGO U OPORTUNIDAD	ZONA DE RIESGO U OPORTUNIDAD	3° CUATRIMESTRE	3° CUATRIMESTRE
37	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 reglamentos 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 PUEDEN GENERAR sanciones legales por incumplimiento o hallazgos de auditoría.		RIESGO	Requisitos legales ambientales	1	3	12	ZONA RIESGO MODERADA	Control 1: Durante el tercer cuatrimestre de 2023 se realizó la revisión de la matriz legal ambiental FR-1300-SIPG-03, no generando ninguna modificación en la normativa. Sin embargo, se incluyó la LEY 55 DE 1993. Por medio de la cual se aprueba el "Convenio No. 170 y la Recomendación número 177 sobre la Seguridad en la Utilización de los Productos Químicos en el trabajo", adoptados por la 77a. Reunión de la Conferencia General de la O.I.T., Ginebra, 1990": Art. 7, Art. 8, Art. 10, Art. 11, Art. 12, Art. 13, Art. 14, Art. 15	Control No.1 1. Evidencias: el proceso proporciona como evidencia Ley 55 de 1993, indicando que frente al formato FR-1300-SIPG-03 se desarrolla su inclusión. Al respecto se valida dicho formato en Neogestión evidenciando su inclusión. 2. Diseño de los controles: frente al diseño del control no se presenta dentro de su redacción que se hace ante la posible desviación del control por tanto es importante evaluar su propósito, periodicidad, propósito, cómo se realiza, desviación, evidencia). 3. Efectividad de los controles: el control es efectivo tal como está formulado teniendo en cuenta se revisa de manera permanente la inclusión de requisitos aplicables al sistema ambiental. 4. Materialización del riesgo: no se determina una materialización del riesgo por cuanto no hay evidencia de que se haya presentado desviación ante la ejecución del control. 5. Recomendación: conforme lo analizado por parte de la OCI se identifica la necesidad de revisar el diseño del control definido dado que no cuenta con la
38	SIPLAG	Enlace con las áreas a través del equipo de líderes SIPLAG y ECOSIPLAG para coordinar 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	Eficacia del proceso	1	3	12	ZONA RIESGO MODERADA	CONTROL 1 Se adelantó: 1. Tercer Comité Institucional de Gestión y Desempeño el día 08/11/2023. Evidencia: Acta, Registro de asistencia y Presentación. 2. Cuarto Comité Institucional de Gestión y Desempeño el día 13/12/2023. Evidencia: Acta (en construcción), Registro de asistencia y Presentación.	Control No.1 1. Evidencias: el proceso SIPLAG proporciona actas del CIGD del 8 de noviembre y 13 de diciembre de 2023, en el que se realiza seguimiento y se comunica información clave para la toma de decisiones frente al SIPLAG. 2. Diseño de los controles: frente al diseño, es importante no supeditar la desviación del control exclusivamente a la presentación errónea de información en el marco del comité, también debe relacionarse al incumplimiento en la presentación clave para la toma de decisiones, incumplimiento de compromisos (responsable, periodicidad, propósito, cómo se realiza, desviación, evidencia). 3. Efectividad de los controles: el control es efectivo tal como está formulado. 4. Materialización del riesgo: no se determina una materialización del riesgo por cuanto el control se ejecutó de manera adecuada y dando cumplimiento en la periodicidad definida para desarrollar el seguimiento correspondiente al SIPLAG. 5. Recomendación: conforme lo analizado por parte de la OCI se identifica la necesidad de revisar el diseño del control definido dando alcance dentro de su desviación otras posibles situaciones que pueden presentarse al no ejecutarse el control de manera adecuada. En general el proceso SIPLAG cuenta con varios riesgos que podrían revisar su pertinencia y agrupar, enfocando esfuerzos a mitigar los riesgos del proceso clave para el logro de los objetivos del SIPLAG. Plan de tratamiento (si aplica): el riesgo no cuenta con plan de tratamiento definido.
39	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 esenciales 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 la UNGRD por 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 instalaciones 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 ejecución de los controles definidos en los programas ambientales, LO QUE PUEDE GENERAR agotamiento y contaminación de los recursos naturales.		RIESGO	Aspecto ambiental	2	2	16	ZONA RIESGO BAJA	Control 1: A través del seguimiento a la ejecución de las acciones planeadas y consolidadas dentro del Plan de Trabajo SGA 2023, se identifica a corte 21 de diciembre de 2023, un avance global del 87% sobre el total de actividades planeadas. Las actividades realizadas fueron: - Inspecciones institucionales - simulacro de derrames en CNL - Jornada de orden y aseo - capacitación sobre emergencias ambientales y ecoconducción	Control No.1 1. Evidencias: se realiza la entrega de evidencias por parte del proceso SIPLAG que tiene relación con el desarrollo de capacitaciones de respuesta ante emergencia y uso de extintores desarrolladas en el mes de noviembre de 2023. Lo que no da cuenta de la ejecución del control conforme este tiene relación con "desarrollo de" inspecciones a las instalaciones de la UNGRD, con el fin de identificar, evitar, minimizar, corregir y controlar posibles aspectos ambientales que afecten el medio ambiente", y que como soporte debe entregarse el formato FR-1601-GTH-81 Inspección Locativa - Orden y Aseo diligenciado. 2. Diseño de los controles: el proceso debe revisar el diseño del control en cuanto no tiene identificado el que hacer ante su posible desviación (responsable, periodicidad, propósito, cómo se realiza, desviación, evidencia). 3. Efectividad de los controles: no es posible determinar por parte de la OCI si el control es efectivo por cuanto no se proporcionó evidencia requerida para determinar si se desarrollaron las inspecciones correspondientes y si como resultado de las inspecciones se tomaron acciones ante las desviaciones, mitigando su posible materialización. 4. Materialización del riesgo: no se puede determinar la posible materialización del riesgo por cuanto el proceso no allegó evidencia que soporte la ejecución del control. 5. Recomendación: conforme lo analizado por parte de la OCI se identifica la necesidad de revisar el diseño del control definido en lo que corresponde a la "desviación". De otra parte el proceso no allega evidencia que de cuenta de su ejecución tal y como este está definido por tanto no se puede concluir frente a su efectividad. Es posible que la evidencia proporcionada para este seguimiento por parte del proceso pueda ser una actividad que se determine complementaria para la mitigación del riesgo por tanto podría ser una actividad definida como plan de tratamiento. Control No.2 La actividad identificada como Control No. 2 no corresponde propiamente a un control, es una actividad complementaria, por tanto corresponde a una actividad de plan de tratamiento, por lo que se recomienda por parte de la OCI se desarrolle su revisión y ajuste. De este control no se proporciona evidencia. Plan de tratamiento (si aplica): el riesgo no cuenta con plan de tratamiento definido.
60	BIENES MUEBLES E INMUEBLES		Ninguno	Pérdida y/o deterioro de bienes DEBIDO A hurto, falta de seguimiento de los inventarios, fallas en los sistemas de seguridad, lo que PUEDEN 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 decantados en la Ley 734 de 2002 y demás normas que lo adicionen, modifiquen o reglamenten.		RIESGO	Eficacia del proceso	1	1	4	ZONA RIESGO BAJA	Control #1: A la fecha se ha ejecutado en un 91,58% la verificación de inventarios según el cronograma establecido para la Vigencia 2023. Se ha realizado la verificación física y levantamiento de inventarios individualizados en un 91,58% , conforme a lo establecido en el Cronograma para los meses de Enero al 20 de diciembre del presente año, es de aclarar que para el 3er Cuatrimestre se desarrollo un 79,65% 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 cierre de la vigencia por lo que estamos a la espera de recibir inventarios firmados por parte de los distintos comités departamentales, municipales y resignación de los bienes ubicados en las distintas áreas de la Entidad.	Control No.1: 1. Evidencias: El proceso adjunta los inventarios de los meses de septiembre y diciembre 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 DAPP contenidos en la Guía. 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: no se efectúan recomendaciones adicionales. 6. Plan de tratamiento (no aplica): no cuenta con plan de tratamiento.
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 PUEDEN 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	Eficacia del proceso	1	1	4	ZONA RIESGO BAJA	Control #1: Durante el tercer cuatrimestre de 2023 se registraron 529 movimientos de entradas y traslados de bienes, los cuales fueron actualizados en el aplicativo Know IT, de los cuales 329 corresponden a movimientos de FNGRD y 200 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 Administrativa. Control #2: sobre el reporte de KNOWIT se generaron los informes de los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre de 2023, los cuales fueron presentados al área financiera. El reporte correspondiente al mes de Diciembre, no se genera si no hasta la primera semana del mes de Enero de 2024 junto con el cierre de vigencia.	Control No.1: 1. Evidencias: El proceso adjunta matriz de movimientos en Know IT de los meses de septiembre a diciembre de 2023, indicando que se registraron 529 movimientos de entradas y traslados de bienes, los cuales fueron actualizados en el aplicativo Know IT, de los cuales 329 corresponden a movimientos de FNGRD y 200 a bienes de la UNGRD. 2. Diseño de los controles: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAPP contenidos en la Guía. 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: no se efectúan recomendaciones adicionales. 6. Plan de tratamiento (no aplica): no cuenta con plan de tratamiento. Control No.2: 1. Evidencias: El proceso adjunta sobre el reporte de KNOWIT informes de los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre de 2023, los cuales fueron presentados al área financiera. A su vez indica que el mes de Diciembre, no se genera si no hasta la primera semana del mes de Enero de 2024 junto con el cierre de vigencia, por cuanto no se cuenta con la evidencia para la fecha de corte del seguimiento desarrollado por parte de la OCI. 2. Diseño de los controles: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAPP contenidos en la Guía. 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: no se efectúan recomendaciones adicionales. 6. Plan de tratamiento (no aplica): no cuenta con plan de tratamiento.

1. CONTEXTO ESTRATÉGICO			2. IDENTIFICACIÓN DE RIESGO			5. VALORACIÓN DE RIESGO U OPORTUNIDAD				MONITOREO LÍDER DE PROCESO. Evaluación de la eficacia		SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	
ID.	PROCESO	FACTOR INTERNO	FACTOR EXTERNO	CONSECUENCIAS	RIESGO U OPORTUNIDAD	TIPO	SUBTIPO	PROBABILIDAD	IMPACTO	PERFIL RIESGO U OPORTUNIDAD	ZONA DE RIESGO U OPORTUNIDAD	3° CUATRIMESTRE	3° CUATRIMESTRE
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 * 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 canalización del SIGOB para el manejo de las comunicaciones oficiales de la entidad.	* Falta del internet para uso de la herramienta, desde el trabajo en casa * Falta de Conectividad para los funcionarios 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 PUEDA GENERAR la disminución de la credibilidad de los documentos y autenticidad de la información. (afectación económica y de la imagen institucional)	RIESGO	Eficacia del proceso	2	3	24	ZONA RIESGO MODERADA	Se realizó la generación de reportes de las comunicaciones que no tenían cargados los documentos en la plataforma SIGOB, realizando la revisión al 100% por cada mes (septiembre, octubre, noviembre y diciembre), evidenciado que en algunos casos no se cargó el respectivo documento. Se generó el reporte por cada una de las dependencias, los cuales fueron enviados mediante correo electrónico. El reporte de control de calidad se remitió a cada una de las áreas para que validaran los radicados de acuerdo con el reporte remitido y se realizara su subsanación correspondiente.	Control No.1: 1. Evidencias: El proceso aporta comunicaciones internas a las diferentes áreas frente al estado en el aplicativo SIGOB y matriz con su seguimiento de la documentación de los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 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. 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: no se tienen recomendaciones sobre el control identificado. 6. Plan de tratamiento (no aplica): no cuenta con plan de tratamiento.
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 préstamos y consulta de documentos que hacen parte del archivo central de la entidad. Lo que PUEDA 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 económica y de la imagen institucional)	RIESGO	Eficacia del proceso	1	3	12	ZONA RIESGO MODERADA	Durante el cuatrimestre se realizaron 316 préstamos de expedientes, sin embargo es pertinente mencionar que adicional quedaron 7 expedientes listos en el Archivo Central para su respectiva entrega, quedando pendiente por parte del Área solicitante.	Control No.1: 1. Evidencias: El proceso aporta evidencias Excel con el control y préstamo de expedientes de los meses de octubre y noviembre de 2023 indicando que se realizaron 316 préstamos de expedientes, quedando 7 expedientes listos para su respectiva entrega al Archivo Central. 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. 3. Efectividad de los controles: El control es efectivo, toda vez que permite verificar a través del formato FR-1603-GD-04, el seguimiento a la devolución y renovación de documentos entregados en calidad de préstamo. 4. Materialización del riesgo: No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. 5. Recomendación: no se tienen recomendaciones sobre el control identificado. 6. Plan de tratamiento (no aplica): no cuenta con plan de tratamiento.
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 mandatos territoriales * Intereses políticos sociales en la región.		Ineficaz ejecución de los Programas/proyectos. DEBIDO A inadecuado seguimiento y deficiencias en la supervisión ID QUE PUEDE GENERAR un impacto negativo en la imagen de la entidad y/o pérdidas económicas asociadas.	RIESGO	Eficacia del proceso	2	3	24	ZONA RIESGO MODERADA	Para el tercer cuatrimestre de la vigencia 2023 (SEPTIEMBRE - DICIEMBRE) 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. Nombre de la matriz: Seguimiento General de Proyectos UNGRD 2023 nva Enlace de la matriz: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1hLuNIGGg8X2mFmY08n_3EkkEwW5IA/edit?usp=sharing&ouid=108539520490764786994&fpof=true&sd=true	1. Evidencias: Las evidencias suministradas por el proceso no demuestran un adecuado seguimiento a los proyectos. La matriz de seguimiento a los proyectos no permite verificar el seguimiento periódico que se le hace a los proyectos, pues no cuenta con una fecha de corte financiero y físico que muestre los avances. Se revisó la información en la página de SIENTE y se observó que la información no se encuentra actualizada. No se evidenciaron informes con información actualizada del estado de los proyectos. No se evidenciaron correos o comunicaciones internas donde se solicitó el seguimiento o actualización de la matriz con los avances de cada proyecto. 2. Diseño de controles: El control diseñado no está funcionando. Las evidencias suministradas no demuestran que el control se ejecute conforme a su diseño, debido a que no se observó que se realice con la periodicidad definida en el control y con el rigor que este mecanismo requiere. 3. Efectividad del control: No es Efectivo. 4. Materialización del riesgo: Se evidencia posible materialización del riesgo debido a que no se realiza un adecuado control que pueda asegurar que el riesgo relacionado se mitigue. 5. Recomendación: Respecto al riesgo de gestión # 64; Se recomienda: * Revisar y reestructurar el control diseñado y definir claramente cómo se ejecuta el control e incluir dentro de las evidencias del control, los informes periódicos 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, los correos o comunicaciones internas donde se solicita a las áreas responsables la actualización de la matriz en su avance físico, financiero, estados, etc., igualmente la actualización periódica en el sistema SIENTE. Lo anterior, debido a que la matriz por sí sola no es un control efectivo para mitigar el riesgo. * Incluir dentro de la matriz de seguimiento, la fecha de corte financiero y físico (mensual, quincenal, ...) el cual permitirá tener mayor control del estado de los proyectos y un mejor seguimiento. * Revisar la zona en la que se ubica el riesgo, dándole la valoración que corresponde, de acuerdo a su importancia y teniendo en cuenta que en caso de llegarse a materializar puede tener impacto negativo en la imagen de la Entidad y/o pérdidas económicas asociadas. Para lo anterior, es necesario solicitar al proceso SIPLAG capacitación o asesoría en el tema. 6. Plan de tratamiento: De acuerdo con los lineamientos de la Política de Administración de Riesgos de la Entidad, literal a), indica que los Riesgos valorados como MODERADO o BAJO, no será necesario la formulación de planes de acción o de mitigación. Sin embargo, es necesario replantear la valoración y de ser necesario establecer un plan que ayude a contener las causas que generan el riesgo.
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 mandatos territoriales * Políticas de Gobierno orientadas a la gestión 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 PUEDA OCASIONAR un impacto negativo en la imagen de la entidad y/o pérdidas económicas asociadas.	RIESGO	Eficacia del proceso	2	3	24	ZONA RIESGO MODERADA	Para el tercer cuatrimestre de la vigencia 2023 (SEPTIEMBRE - DICIEMBRE) Se realizó el registro y revisión de las solicitudes de desembolso radicadas en la SDG para la aprobación del Subdirector General. dicha revisión contó con la participación del equipo técnico, jurídico y financiero, como complemento a la matriz de seguimiento se implementaron dos herramientas de control adicionales uno que tiene que ver con la recopilación de los documentos de cada solicitud y la otra con una ficha de control en donde los equipos responsables de la revisión dan su aval para dar continuidad al trámite, dichas evidencias se encuentran relacionadas en la matriz adjunta a este reporte (columna 3). La información fue registrada en la matriz "Inventario Procesos SDG", ubicada en el siguiente enlace: Enlace de la revisión: https://docs.google.com/spreadsheets/d/1o48of2XgtpuFeQjapNCS-blMB8HcI-ma8RYfRue36g/edit?usp=sharing Nombre del archivo: Inventario Procesos SDG	1. Evidencias: Frente a este riesgo, el proceso suministró el inventario de procesos de la Subdirección General. En la revisión realizada por la Oficina de Control Interno a este documento, se observó que los trámites que se vienen gestionados están relacionados con actos administrativos, novedades contractuales, novedades financieras, órdenes de proveeduría, solicitudes de CDP, designaciones, entre otros. Ninguno que tenga que ver con el seguimiento a las solicitudes de desembolso a cargo de la SDG. 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. 2. Diseño de controles: El control diseñado no está funcionando. 3. Efectividad del control: No es efectivo. La evidencia suministrada por la Subdirección General, no muestra el seguimiento a las solicitudes de desembolso a cargo de la SDG. 4. Materialización del riesgo: No se ha evidenciado materialización. 5. Recomendaciones: Respecto al riesgo de gestión # 65, se recomienda revisar la pertinencia de continuar administrando el riesgo, toda vez que la Subdirección tiene a cargo algunos proyectos que debe seguir haciendo seguimiento. En caso de no ser de su competencia, notificar a los administradores del SIPLAG al correo siplag@gestondelriesgo.gov.co la necesidad de inactivar justificando las razones que llevan a hacer este cambio. Lo anterior, teniendo en cuenta lo establecido en el numeral 5.5 literal d) de la Política de Administración de Riesgos. Por otra parte, es importante informar a la Dirección General sobre la existencia de este riesgo para que sea acogido y desde esta instancia se establezcan los controles y se realicen los monitoreos correspondientes. 6. Plan de tratamiento: De acuerdo con los lineamientos de la Política de Administración de Riesgos de la Entidad, literal e), indica que los Riesgos valorados como MODERADO o BAJO, no será necesario la formulación de planes de acción o de mitigación. Sin embargo, es necesario replantear la valoración y de ser necesario establecer un plan que ayude a contener las causas que generan el riesgo. 7. Valoración del control: Se mantiene en zona moderada, pero es necesario evaluar nuevamente el riesgo y su valoración, teniendo en cuenta las situaciones evidenciadas en este seguimiento.

1. CONTEXTO EXTRATEGICO			2. IDENTIFICACIÓN DE RIESGO				5. VALORACIÓN DE RIESGO U OPORTUNIDAD				MONITOREO LIDER DE PROCESO. Evaluación de la eficacia		SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	
ID.	PROCESO	FACTOR INTERNO	FACTOR EXTERNO	CONSECUENCIAS	RIESGO U OPORTUNIDAD	TIPO	SUBTIPO	PROBABILIDAD	IMPACTO	PERFIL RIESGO U OPORTUNIDAD	ZONA DE RIESGO U OPORTUNIDAD	3° CUATRIMESTRE	3° CUATRIMESTRE	
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 * Fallos en hardware (fuentes, servidores). * Fallos 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 PUEDER 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	Eficacia del proceso	3	2	24	ZONA RIESGO MODERADA	<p>CONTROL 1. Se realizan copias incrementales y totales durante el tercer cuatrimestre del año con lo que se tiene en caso de pérdida o eliminación la posibilidad de recuperación de la información. Evidencia: Anexo Informes de copia mensual de los meses de septiembre, octubre, noviembre, diciembre.</p> <p>CONTROL 2. Presentación de charlas sobre sistema gestión seguridad de la información, ataques y ciberseguridad, interoperabilidad las jornadas de inducción y en las reuniones SIPLAG. Evidencia: Piezas gráficas</p> <p>CONTROL 3. Para el tercer cuatrimestre se realiza este control con la herramienta PCSECURE que esta configurada en cada estación cliente y con la que se dispone de bloqueos para la ejecución de programas indebidos, acceso a USB, unidades DVD y otras políticas para el manejo de la seguridad de la información que evita el ingreso de las posibles vulnerabilidades que se presentan en los diferentes sistemas y equipos de red de la UNGRD. Evidencia: Pantalla con configuración de bloqueos en la Herramienta PCSECURE.</p>	<p>1. Evidencias: Control 1: se allegan los informes de copias mensuales de los meses septiembre, octubre, noviembre y diciembre, donde se reporta el Backup realizado. Control 2: el proceso allega evidencias de las socializaciones realizadas sobre sistema gestión seguridad de la información, ataque y ciberseguridad, interoperabilidad de las jornadas de inducción realizadas dentro de la inducción y en las reuniones SIPLAG. Control 3: el proceso allega documento denominado "APLICATIVO PC-SECURE" que, de acuerdo con lo indicado en el monitoreo, hace referencia a pantalla con configuración de bloqueos en la Herramienta PCSECURE, sin embargo el documento no corresponde al informe que se define en el control como evidencia de su ejecución, por lo que se recomienda al proceso revisar el control o si falta información por allegar.</p> <p>2. Diseño de los controles: Control 1 y 3: el control cumple con los criterios establecidos en la Guía de Administración de Riesgos del DAPP, contando con un diseño adecuado para prevenir la materialización del riesgo. Control 2: la descripción del control obedece a un plan de tratamiento y no a un control, así mismo no cumple con los criterios definidos en la Guía de Administración de Riesgos del DAPP, por tanto se recomienda al proceso incluirlo como un plan de tratamiento.</p> <p>3. Efectividad de los controles: los tres (3) controles son efectivos ya que se observa la ejecución, en la frecuencia establecida, lo cual permite disminuir el impacto y probabilidad de ocurrencia del riesgo; lo anterior sin perjuicio de las recomendaciones dadas.</p> <p>4. Materialización del riesgo: de acuerdo con la información proporcionada por el proceso, no se evidencia materialización del riesgo</p> <p>5. Plan de tratamiento (si aplica): el riesgo no presenta plan de tratamiento</p> <p>6. Recomendación: Control 1 y 3: el control descrito hace referencia a una actividad y no a un control, y pese a que se incluyen algunos criterios, este no cumple con lo dispuesto en la Guía de Administración de Riesgos del DAPP por tanto se recomienda incluirlo como plan de tratamiento dentro del mapa de riesgos. Control 3: frente a las evidencias allegadas, se recomienda al proceso presentar un informe tal como se define en el control o, si el proceso lo considera, modificarlo para que atienda a la realidad.</p>		
67	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 * 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 fallo en los controles de seguridad en los equipos y sistemas informáticos lo que PUEDER 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	No aplica.	2	10	20	ZONA RIESGO MODERADA	<p>CONTROL 1. Se tienen por cada estación cliente configurada la herramienta PCSECURE con la que se dispone de bloqueos para la ejecución de programas indebidos, acceso a USB, unidades DVD y otras políticas para el manejo de la seguridad de la información que evita el ingreso de las posibles vulnerabilidades que se presentan en los diferentes sistemas y equipos de red de la UNGRD. Evidencia: Pantalla con configuración de bloqueos en la Herramienta PCSECURE.</p> <p>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 informáticos los cuales se bloquean por medio de las políticas implementadas. Evidencia: Informe Log Fortinet, informe PCSECURE</p>	<p>1. Evidencias: Control 1: el proceso allega documento denominado "APLICATIVO PC-SECURE" que, de acuerdo con lo indicado en el monitoreo, hace referencia a pantalla con configuración de bloqueos en la Herramienta PCSECURE, sin embargo el documento no corresponde al informe que se define en el control como evidencia de su ejecución, por lo que se recomienda al proceso revisar el control o si falta información por allegar. Control 2: el proceso allega evidencia el documento denominado "EVIDENCIA INFORME LOG FORTINET", sobre el cual se presentan las siguientes observaciones: 1) no es posible determinar si se trata de un documento aprobado o un borrador; 2) la información analizada, corresponde al mes de diciembre dejando de lado los meses de septiembre, octubre y noviembre; lo anterior considerando que el control contempla una frecuencia diaria.</p> <p>Control 3: 2. Diseño de los controles: Control 1 y 2: el control cumple con los criterios establecidos en la Guía de Administración de Riesgos del DAPP, contando con un diseño adecuado para prevenir la materialización del riesgo.</p> <p>3. Efectividad de los controles: los dos (2) controles son efectivos ya que se observa la ejecución, en la frecuencia establecida, lo cual permite disminuir el impacto y probabilidad de ocurrencia del riesgo; lo anterior sin perjuicio de las recomendaciones dadas.</p> <p>4. Materialización del riesgo: de acuerdo con la información proporcionada por el proceso, no se evidencia materialización del riesgo</p> <p>5. Plan de tratamiento (si aplica): el plan de tratamiento no fue objeto de monitoreo por parte del proceso; sin perjuicio de lo anterior, se allegan evidencias del registro de la inspección de equipos del mes de diciembre, dejando sin evidencias los meses restantes al tercer cuatrimestre, por lo que se recomienda al proceso documento su ejecución de manera completa.</p> <p>6. Recomendación: Control 1: frente a las evidencias allegadas, se recomienda al proceso presentar un informe tal como se define en el control o, si el proceso lo considera, modificarlo para que atienda a la realidad. Control 2: se recomienda al proceso, revisar las evidencias contempladas en el control y allegar las evidencias correspondiente o, si lo consideran, ajustar el control de acuerdo con realidad. Plan de tratamiento: se recomienda documentar todas las inspecciones realizadas durante el cuatrimestre y remitirlas para que sean objeto seguimiento por parte de la OCI.</p>		
68	TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	* Variedad de aplicaciones montadas o soportadas bajo la misma plataforma SharePoint. * Intersoperabilidad de los Sistemas de Información existentes. * Fallos 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 conllevan a reportes no acorde a la realidad, los cuales no permitirán contar con información de apoyo verídicos que permitan la correcta toma de decisiones.	RIESGO_CORRUPCIÓN	No aplica.	1	20	20	ZONA RIESGO MODERADA	<p>CONTROL 1. Durante el tercer cuatrimestre se atendió la solicitud de asignación de usuarios para el aplicativo del Simulacro Nacional de Evacuación (aplicación soportada en sharepoint). Evidencia: Correo - Asignación de usuarios simulacro nacional</p> <p>Plan de tratamiento: Se realizan inspecciones periódicas para verificar el cumplimiento de políticas de seguridad. Evidencia: Registro inspecciones.</p>	<p>1. Evidencias: Control 1: el proceso allega documento denominado "Correo - Usuarios departamentales para simulacro 2023" el cual evidencia la gestión por parte del proceso respecto de la asignación y configuración de acceso a usuarios.</p> <p>2. Diseño de los controles: Control 1: el control cumple con los criterios establecidos en la Guía de Administración de Riesgos del DAPP, contando con un diseño adecuado para prevenir la materialización del riesgo.</p> <p>4. Materialización del riesgo: de acuerdo con la información proporcionada por el proceso, no se evidencia materialización del riesgo</p> <p>5. Plan de tratamiento (si aplica): de acuerdo con la descripción del plan de tratamiento, se deben realizar inspección de equipos de computo de manera mensual, pero únicamente se allega evidencia de la inspección efectuada en diciembre por lo que se recomienda al proceso documentar las inspecciones con la frecuencia indicada en el plan de tratamiento; finalmente, se recomienda incluir un plan de tratamiento adicional, que se relacione con el monitoreo de usuarios y roles existentes en las diferentes aplicaciones o sistemas de información.</p> <p>6. Recomendación: Plan de tratamiento: se recomienda documentar todas las inspecciones realizadas durante el cuatrimestre y remitirlas para que sean objeto seguimiento por parte de la OCI, así mismo, se recomienda al proceso estudiar la posibilidad de incluir un plan de tratamiento adicional relacionado con el monitoreo periódico de los usuarios y roles existentes en las diferentes aplicaciones y/o sistemas de información existentes.</p>		

1. CONTEXTO EXTRATEGICO			2. IDENTIFICACIÓN DE RIESGO				5. VALORACIÓN DE RIESGO U OPORTUNIDAD				MONITOREO LIDER DE PROCESO. Evaluación de la eficacia		SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO		
ID.	PROCESO	FACTOR INTERNO	FACTOR EXTERNO	CONSECUENCIAS	RIESGO U OPORTUNIDAD	TIPO	SUBTIPO	PROBABILIDAD	IMPACTO	PERFIL RIESGO U OPORTUNIDAD	ZONA DE RIESGO U OPORTUNIDAD	3° CUATRIMESTRE		3° CUATRIMESTRE	
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	Eficacia del proceso	3	2	24	ZONA RIESGO MODERADA	<p>CONTROL 1. Se han realizado copias incrementales y totales durante el tercer cuatrimestre del año con lo que se garantiza en caso de pérdida o eliminación la posibilidad de recuperación de la información. Evidencia: Anexo informes de copias mensuales de los meses de septiembre, octubre, noviembre, diciembre.</p> <p>CONTROL 2. Para el tercer cuatrimestre se viene realizando el control a través de la herramienta PCSECURE con la que se tiene la posibilidad de detectar e identificar amenazas como malware, script maliciosos y software que pueda ser instalado en los equipos. Lo anterior se realiza a través de la parametrización que se tiene configurada a través de la consola de administración y Evidencia: Pantalla PCSECURE con configuración de bloqueos</p>	<p>1. Evidencias: Control 1: se allegan los informes de copias mensuales de los meses septiembre, octubre, noviembre y diciembre, donde se reporta el BackUp realizado. Control 2: el proceso allega evidencia el documento denominado "EVIDENCIA INFORME LOG FORTINET", sobre el cual se presentan las siguientes observaciones: 1) no es posible determinar si se trata de un documento aprobado o un borrador; 2) la información analizada, corresponde al mes de diciembre dejando de lado los meses de septiembre, octubre y noviembre, lo anterior considerando que el control contempla una frecuencia diaria. 2. Diseño de los controles: Control 1 y 2: el control cumple con los criterios establecidos en la Guía de Administración de Riesgos del DAFP, contando con un diseño adecuado para prevenir la materialización del riesgo. 3. Efectividad de los controles: los dos (2) controles son efectivos ya que se observa la ejecución, en la frecuencia establecida, lo cual permite disminuir el impacto y probabilidad de ocurrencia del riesgo; lo anterior sin perjuicio de las recomendaciones dadas. 4. Materialización del riesgo: de acuerdo con la información proporcionada por el proceso, no se evidencia materialización del riesgo 5. Plan de tratamiento (si aplica): no se tiene determinado plan de tratamiento. 6. Recomendación: Control 2: se recomienda al proceso, revisar las evidencias contempladas en el control y allegar las evidencias correspondiente o, si lo consideran, ajustar el control de acuerdo con realidad.</p>		
70	TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	* Documentación inadecuada (débil) la configuración de hardware/software	* Cambios en la infraestructura o cambios en los servicios de TI establecidos con terceros.		Afectación negativa en la prestación de servicios de TI, DEBIDO A una documentación de configuración débil. GENERANDO dificultades en la prestación de los servicios de TI	RIESGO	Eficacia del proceso	1	3	12	ZONA RIESGO MODERADA	<p>CONTROL 1. Durante el periodo no se requirió la modificación ni generación de manuales, procedimientos ni protocolos. Evidencia: N/A</p>	<p>1. Evidencias: Control 1: el proceso no allega evidencias de la ejecución del control. 2. Diseño de los controles: Control 1 y 2: el control cumple con los criterios establecidos en la Guía de Administración de Riesgos del DAFP, contando con un diseño adecuado para prevenir la materialización del riesgo. 3. Efectividad de los controles: los dos (2) controles son efectivos ya que se observa la ejecución, en la frecuencia establecida, lo cual permite disminuir el impacto y probabilidad de ocurrencia del riesgo; lo anterior sin perjuicio de las recomendaciones dadas. 4. Materialización del riesgo: de acuerdo con la información proporcionada por el proceso, no se evidencia materialización del riesgo 5. Plan de tratamiento (si aplica): no se tiene determinado plan de tratamiento. 6. Recomendación: Control 2: se recomienda al proceso, revisar las evidencias contempladas en el control y allegar las evidencias correspondiente o, si lo consideran, ajustar el control de acuerdo con realidad.</p>		
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	Eficacia del proceso	1	3	12	ZONA RIESGO MODERADA	<p>Se realiza inspección por medio de formato para las inspecciones de seguridad de los vehículos.</p> <p>Ademas 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 agosto hasta el mes de Noviembre (los soportes del mes de diciembre se entregan a final del mes para ser digitalizados en las TRO 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.</p> <p>De acuerdo al seguimiento del segundo cuatrimestre, se adjuntan los soportes del mes de agosto.</p>	<p>Control No. 1: 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, diligenciado mediante el cual el proceso garantiza y controla el uso y mantenimiento de los vehículos. 2. Diseño de los controles: frente al diseño es indispensable definir entre la redacción del mismo que hacer ante la su desviación, esto no se encuentra definido en la redacción del riesgo. 3. Efectividad de los controles: el control tiende a ser efectivo, por tanto se identifica que a través del seguimiento desarrollado sobre el formato FR-1603-SA-21 se controla el uso y mantenimiento de los vehículos. 4. Materialización del riesgo: no se identifica la materializa el riesgo. 5. Recomendación: revisar el diseño de control por tanto no se define en su redacción que sucede ante la posible desviación del control. 6. Plan de tratamiento (no aplica): no cuenta con plan de tratamiento.</p>		
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 SIF 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 PUEDEN OCASIONAR la interrupción del normal desarrollo de los procesos de la Unidad, sanciones Penales, disciplinarias y fiscales.	RIESGO_CORRUPCIÓN	Eficacia del proceso	2	10	20	ZONA RIESGO MODERADA	<p>Para el 3 cuatrimestre se aprobaron las solicitudes de caja menor por los funcionarios responsables requeridas por los procesos, dando cumplimiento con el formato FR-1603-SA-09 versión 6 adjuntando los soportes respectivos como facturas electrónicas y tickets de peajes, cumpliendo con la normatividad vigente y efectuando los registros contables en el SIF Nación. Se adjuntan evidencias al riesgo No.73</p>	<p>Control No. 1: 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: frente al diseño es indispensable definir entre la redacción del mismo que hacer ante la su desviación, esto no se encuentra definido. Frente a su periodicidad importante indicar dentro del seguimiento si esto realmente se efectúa de manera semanal dado que la evidencia no permite identificar si el seguimiento se desarrolla de manera semanal. 3. Efectividad de los controles: el control definido tiende a ser efectivo sin embargo es importante revisar en su diseño la definición del que hacer en caso de desviación y revisar si la periodicidad en su ejecución es semanal. 4. Materialización del riesgo: no se identifica la materializa el riesgo. 5. Recomendación: revisar el diseño de control por tanto no se define en su redacción que sucede ante la posible desviación del control y determinar si la periodicidad de medición en efecto es semanal. 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, la actividad definida no puede ser la misma evidencia del control definido por tanto el proceso debe determinar una actividad complementaria que impida su materialización.</p>		

1. CONTEXTO EXTRATEGICO				2. IDENTIFICACIÓN DE RIESGO			3. VALORACIÓN DE RIESGO U OPORTUNIDAD				MONITOREO LÍDER DE PROCESO. Evaluación de la eficacia		SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO		
ID.	PROCESO	FACTOR INTERNO	FACTOR EXTERNO	CONSECUENCIAS	RIESGO U OPORTUNIDAD	TIPO	SUBTIPO	PROBABILIDAD	IMPACTO	PERFIL RIESGO U OPORTUNIDAD	ZONA DE RIESGO U OPORTUNIDAD	3° CUATRIMESTRE		3° CUATRIMESTRE	
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 Fiduciaria 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	Eficacia del proceso	1	3	12	ZONA RIESGO MODERADA	<p>Control 1: Durante el cuatrimestre no se evidenciaron novedades en las conciliaciones bancarias. Durante el tercer cuatrimestre de 2023, fueron elaboradas las conciliaciones bancarias y los reportes de ejecución presupuestal, correspondientes a los Préstamos BID 3610/OC-CO, BIRF 8649-CO y BIRF 8798-CO para los meses de agosto y septiembre de 2023. Para los reportes de los meses octubre noviembre y diciembre, manifestó que "Debido al retiro del Líder Financiero y el Especialista Financiero, no se cuenta con las conciliaciones bancarias de agosto y septiembre de 2023. Debido al retiro del Líder Financiero y el Especialista Financiero, no se cuenta con las conciliaciones bancarias de los meses de octubre y noviembre de 2023; estas serán remitidas una vez se cuente con alguno de estos consultores vinculados en el mes de enero/2024." El informe correspondiente al mes de diciembre/2023, requiere de las conciliaciones frente al extracto bancario, por lo que solo podrá estar disponible hasta el 15 de enero de 2024.</p>		<p>1. Evidencias: El proceso suministró las conciliaciones bancarias y los reportes de ejecución presupuestal, correspondientes a los Préstamos BID 3610/OC-CO, BIRF 8649-CO y BIRF 8798-CO para los meses de agosto y septiembre de 2023. Para los reportes de los meses octubre noviembre y diciembre, manifestó que "Debido al retiro del Líder Financiero y el Especialista Financiero, no se cuenta con las conciliaciones bancarias de los meses de octubre y noviembre de 2023; estas serán remitidas una vez se cuente con alguno de estos consultores vinculados en el mes de enero/2024. El informe correspondiente al mes de diciembre/2023, requiere de las conciliaciones frente al extracto bancario, por lo que solo podrá estar disponible hasta el 15 de enero de 2024." Frente a esta situación se genera una alerta indicando que el FTSP debe establecer un plan de tratamiento que le ayude a mitigar estas causas que pueden conllevar a una posible materialización del riesgo que puede traer como consecuencias reprocesos y errores en los estados financieros exigidos por la banca multilateral.</p> <p>2. Diseño de controles: El control diseñado no está funcionando. Las evidencias suministradas no demuestran que el control se ejecute conforme a su diseño, debido a que no se observó que se realice con la periodicidad definida en el control y con el rigor que este mecanismo requiere.</p> <p>3. Efectividad del control: No es efectivo.</p> <p>4. Materialización del riesgo: Se evidencia posible materialización del riesgo debido a que no se realiza un adecuado control que pueda asegurar que el riesgo relacionado se mitigue.</p> <p>5. Recomendaciones: Frente al riesgo # 74, se recomienda al FTSP, establecer dentro de sus políticas administrativas, contar con personal suficiente que pueda suplir las necesidades en el evento de término o retiro de uno de los funcionarios y/o contratistas, como es éste el caso, toda vez que para el riesgo # 74 se evidencia una posible materialización, ya que no se pudo evidenciar la veracidad y confiabilidad de la información financiera y presupuestal del FTSP por no contar con los informes de conciliación de los meses octubre, noviembre del 2023, debido al retiro del Líder Financiero y el Especialista Financiero.</p> <p>6. Plan de tratamiento: De acuerdo con los lineamientos de la Política de Administración de Riesgos de la Entidad, literal e), indica que los Riesgos valorados como MODERADO o BAJO: no será necesario la formulación de planes de acción o de mitigación. Sin embargo, es necesario replantear la valoración y de ser necesario establecer un plan que ayude a contener la causas que generan el riesgo.</p> <p>7. Valoración del control: Se mantiene en zona moderada, pero es necesario evaluar nuevamente el riesgo y su valoración, teniendo en cuenta las situaciones evidenciadas en este seguimiento.</p>	
75	PAZCÍFICO	*Falta de socialización 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	Eficacia del proceso	3	3	36	ZONA OPORTUNIDAD ALTA	<p>Durante el cuatrimestre se socializaron vía correo electrónico las siguientes novedades sobre formatos/procedimientos: - ATENCIÓN EQUIPO EJECUTOR... IMPLEMENTAMOS FORMATOS DE ADQUISICIONES FTSP - ACTUALIZACIÓN DE FORMATOS FINANCIEROS FTSP NOV - INFORMACIÓN IMPORTANTE FORMATOS DE ADQUISICIONES FTSP</p>		<p>1. Evidencia: Se evidenciaron copia de tres correos donde se socializa con el equipo ejecutor del FTSP los formatos financieros y de adquisiciones actualizados.</p> <p>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.</p> <p>3. Efectividad del control: Es eficaz. El control se ejecuta conforme a su diseño.</p> <p>4. Materialización del riesgo: N/A</p> <p>5. Recomendaciones: Frente a la oportunidad # 75, se recomienda al FTSP, establecer estrategias de socialización o mecanismos que le permitan medir su efectividad, porque el solo socializar los formatos y/o procedimientos a través de correo electrónico no se garantiza que se conozcan y apropien dichos documentos y que con esto, se agilice la gestión precontractual, contractual y de pagos o no se generen reprocesos.</p> <p>6. Plan de tratamiento: N/A</p> <p>7. Valoración del control: N/A</p>	
76	TALENTO HUMANO	* Debilidades en la Transferencia de Conocimiento			Cambios organizacionales que afecte la permanencia del personal DEBIDO A cambios o movimientos, lo que PUEDE GENERAR pérdida de información, conocimiento y la continua dinámica del proceso, afectando la memoria institucional.	RIESGO	Eficacia del proceso	1	3	12	ZONA RIESGO MODERADA	<p>Control 1: Para el tercer cuatrimestre se desvincularon los siguientes exservidores: 1. Zulay Daza: Renuncia aceptada a partir del 06 de septiembre del 2023 (Informe recibido) 2. Iván Fernando Fajardo Daza: Renuncia a partir del 29 de septiembre del 2023 (Informe recibido sin firma del jefe inmediato) 3. Martha Ximena Martínez Vidarte: Renuncia a partir del 04 de octubre del 2023 (Informe recibido) 4. Luis Fernando Montes Usta Renuncia a partir del 05 de diciembre de 2023 (Cuenta con el tiempo establecido para la respectiva entrega de su informe conforme al Procedimiento De Desvinculación De Funcionarios (PR-1601-GTH-133_01) 5. Bleydi Marcela Herrera Mayorga Renuncia a partir del 11 de diciembre de 2023 (Cuenta con el tiempo establecido para la respectiva entrega de su informe conforme al Procedimiento De Desvinculación De Funcionarios (PR-1601-GTH-133_01)</p> <p>Plan de tratamiento: Durante el periodo evaluado no se ha remitido carta de reiteración a los exfuncionarios.</p> <p>De acuerdo a la observación realizada por la Oficina de Control Interno en el seguimiento del segundo cuatrimestre con relación al pago de las liquidaciones de prestaciones sociales es importante mencionar lo siguiente: No es posible retener la liquidación teniendo en cuenta el Decreto 2150 de 1995, dispone: "ARTÍCULO 15. PROHIBICIÓN DE PAZ Y SALVOS INTENCOS. En las actuaciones administrativas queda prohibida la exigencia de cualquier tipo de paz y salvo interno." Adicionalmente se encuentra para consulta los siguientes conceptos emitidos por función pública Concepto 095021 de 2023 Departamento Administrativo de la Función Pública Concepto 123421 de 2021 Departamento Administrativo de la Función Pública</p>		<p>1. EVIDENCIAS: De las 5 personas que se retiraron durante el cuatrimestre únicamente adjuntan informe María Ximena Martínez y Zulay Daza; queda pendiente Iván Fernando Fajardo Daza, Luis Fernando Montes Usta y Bleydi Marcela Herrera Mayorga.</p> <p>2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DMP versión 5</p> <p>3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: No es efectivo toda vez que los informes no reposan en su totalidad, ni en los tiempos establecidos</p> <p>4. MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO: Se materializa toda vez que personas de cuatrimestres anteriores más 3 personas de este cuatrimestre no entregan informe.</p> <p>5. Plan de tratamiento: El plan de tratamiento no tiene establecido el diseño como tal, por lo tanto es imposible ponerlo en marcha y/o hacerle seguimientos tal es que el mismo proceso a sabiendas que tiene varios exfuncionarios sin el informe correspondiente manifiesta: "Durante el periodo evaluado no se ha remitido carta de reiteración a los exfuncionarios".</p> <p>6. RECOMENDACIONES: GTH - ID76: El riesgo se materializó toda vez que no adjuntan informes de exfuncionarios cuyos plazos ya vencieron: Diego Vargas, Sandra Sotomonte, Nelsy Chancagua, Cristhian Joaqui, David Valdés, Jennifer Peña, Selma Asprilla, Iván Fernando Fajardo Daza, Luis Fernando Montes Usta y Bleydi Marcela Herrera Mayorga; por lo tanto se recomienda diseñar de manera correcta el Plan de tratamiento y ponerlo en marcha ya que en este momento la materialización del riesgo recae sobre el funcionario a cargo del Subproceso.</p>	

1. CONTEXTO EXTRATEGICO			2. IDENTIFICACIÓN DE RIESGO			3. VALORACIÓN DE RIESGO U OPORTUNIDAD					4. MONITOREO LIDER DE PROCESO. Evaluación de la eficacia		5. SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO
ID	PROCESO	FACTOR INTERNO	FACTOR EXTERNO	CONSECUENCIAS	RIESGO U OPORTUNIDAD	TIPO	SUBTIPO	PROBABILIDAD	IMPACTO	PERFIL RIESGO U OPORTUNIDAD	ZONA DE RIESGO U OPORTUNIDAD	3° CUATRIMESTRE	3° CUATRIMESTRE
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 capacitación sin importar el lugar en el que se encuentren los colaboradores.		Las capacitaciones de manera virtual ha permitido tener mayor acceso de los colaboradores a los procesos de formación DEBIDO A la facilidad de conexión lo que PUEDEN OCASIONAR tener una mayor cobertura del PIC.	OPORTUNIDAD	Eficacia del proceso	3	1	12	ZONA OPORTUNIDAD BAJA	Durante el tercer cuatrimestre se han ejecutado 29 capacitaciones de manera virtual, las cuales se mencionan a continuación: 1. Análisis y construcción de indicadores: con una asistencia de 17 colaboradores. 2. Manejo del tiempo libre: con una asistencia de: 5 colaboradores 3. Talleres que fortalezcan la Eficiencia, eficacia y efectividad: con una asistencia de 18 colaboradores 4. Evacuación: Módulos virtual- Práctico: con una asistencia de 12 colaboradores. 5. Riesgo Público: con una asistencia de 22 colaboradores. 6. Ciclo de vida de productos y servicios en marco de los aspectos e impactos ambientales: con una asistencia de: 21 colaboradores. 7. Gerencia de proyectos públicos: con una asistencia de 35 colaboradores. 8. Desarrollo de procesos, herramientas y estrategias de control para cada una de las líneas de defensa del NECI: con una asistencia de 24 colaboradores. 9. Intergenerabilidad: con una asistencia de 16 colaboradores. 10. Manejo del tiempo libre (octubre): con una asistencia de 18 colaboradores. 11. Manejo del estrés: con una asistencia de 21 colaboradores. 12. Calidad convivencial: con una asistencia de: 26 colaboradores. 13. Higiene postural e Higiene del sueño: con una asistencia de 16 colaboradores. 14. Alimentación saludable: con una asistencia de 13 colaboradores 15. Funciones y Responsabilidades según normatividad vigente: con una asistencia de 10 colaboradores. 16. Capacitación Ley 1010 del 2006: con asistencia de: 37 colaboradores. 17. Herramientas para estructurar el conocimiento: con una asistencia de 21 colaboradores 18. Procesamiento de datos e información: con una asistencia de 14 colaboradores. 19. Orientación y vocación al servicio: con una asistencia de 17 colaboradores. 20. Trabajo en equipo: con una asistencia de 14 colaboradores 21. Prevención, control y respuesta ante emergencias para el hogar/trabajo: con una asistencia de 36 colaboradores.	1. Evidencias: El GTH adjunta evidencias la asistencia de 29 capacitaciones realizadas durante el III cuatrimestre. 2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5 3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: ES EFECTIVO 4. MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO: NO 5. RECOMENDACIONES: N/A 6. Plan de tratamiento: N/A
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 los constantes cambios de dirección, líderes de procesos, modificaciones, actualizaciones y cambios en la normatividad aplicable, lo que PUEDEN OCASIONAR incumplimiento de las normas o perjuicios a los colaboradores de la entidad y sanciones legales.	RIESGO	Eficacia del proceso	1	4	16	ZONA RIESGO ALTA	Control 1: El riesgo 78 se materializo en el segundo cuatrimestre de 2023 debido a la no conformación de los comités, ya que no se recibieron postulaciones voluntarias por parte de los funcionarios de la UNGRD. A finales de septiembre, se establecieron los comités para el periodo 2023-2025. También se incumple con el requisito del curso de 50 horas por parte de los miembros de estos comités, sin embargo, desde el equipo de SST se está consolidando la información para inscripción de los miembros. Adicional se realiza revisión de la matriz de requisitos legales donde se incluye la resolución 3094 del 2023 (casilla 449 - por la cual se actualizan los mecanismos preventivos y correctivos de conducta de acoso laboral) resolución 555 del 2023 (casilla 450 - uso obligatorio de tapabocas y medidas de autocuidado) Circular 026 del 2023 (casilla 451 - Prevención y atención del acoso laboral y sexual), violencia basada en género contra las mujeres) circular 15 del 2022 (casilla 452 - Costo de las evaluaciones médicas ocupacionales y de las pruebas o valoraciones complementarias) resolución 5178 (casilla 453 - por la cual se adiciona el Ítem VI a la circular única de infraestructura y transporte y se dictan otras disposiciones). Plan de tratamiento: Se realiza revisión de la matriz de requisitos legales donde se actualiza el cumplimiento a las normas de los comités, aplicación de la batería de riesgo psicosocial y realización de los exámenes médicos ocupacionales.	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: Es efectivo 4. MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO: No. Se tiene acción de mejora la cual ya se cerro 5. Plan de tratamiento: El plan de tratamiento es muy débil. 6. Recomendación ID78 GTH: Dentro del monitoreo el proceso se debe mencionar las acciones de mejora levantadas y el avance de las mismas; también se debe mencionar los cambios que tuvo cada uno de los riesgos identificados si es el caso.
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 PUEDEN OCASIONAR pagos erróneos, afectación en el bienestar económico de los funcionarios, incumplimiento en las normas y afectación en el PAC.	RIESGO	Eficacia del proceso	1	4	16	ZONA RIESGO ALTA	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 implementó 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: Se realizó mesa de trabajo el día 01/12/2023, con el fin de actualizar el Plan de Tratamiento el cual dará inicio en el mes de febrero 2024; lo anterior a que se requiere intervención por el Grupo de Tecnologías de la Información y se requiere de la actualización normativa de cada año	EVIDENCIAS: Control 1: Las evidencias que aportan no son coherentes; en el control 1 adjuntan una lista de chequeo, pero no hay manera de corroborar si esta lista es cierta. En el control 2 adjuntan las pre nóminas, de igual manera no se puede corroborar con nada. De otra parte estos formatos vienen sin firma ni visto bueno del líder del proceso. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5 EFECTIVIDAD DEL CONTROL: NO MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO: SI, se han levantado varios hallazgos a lo largo del año 2022 y 2023 RECOMENDACIONES: ID79 – GTH: • Adjuntar como evidencia el cuadro control de novedades, No una lista de chequeo; el mismo debe estar avalado por el líder del proceso; de esta manera se puede corroborar contra las preminimas y el RP. De otra parte, no aparece por ninguna parte el visto bueno de la persona delegada por parte de la Secretaría General para la revisión de la nómina antes de que pase al GAFIC. • Rediseñar el plan de tratamiento toda vez que no cumple con las características propias: ¿que se va a hacer? ¿Cómo se va a hacer? ¿Cuál es el propósito? ¿Que desviación tiene? Etc. • No se evidencia planes de mejoramiento producto de los hallazgos dejados en los informes de auditoría realizados al proceso de nómina; por lo tanto, se recomienda allegar los mismos como evidencia para que la OCI pueda hacer la evaluación de la eficacia de las acciones establecidas.

1. CONTEXTO EXTRATEGICO			2. IDENTIFICACIÓN DE RIESGO				5. VALORACIÓN DE RIESGO U OPORTUNIDAD				MONITOREO LIDER DE PROCESO. Evaluación de la eficacia		SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO		
ID.	PROCESO	FACTOR INTERNO	FACTOR EXTERNO	CONSECUENCIAS	RIESGO U OPORTUNIDAD	TIPO	SUBTIPO	PROBABILIDAD	IMPACTO	PERFIL RIESGO U OPORTUNIDAD	ZONA DE RIESGO U OPORTUNIDAD	3° CUATRIMESTRE		3° CUATRIMESTRE	
80	TALENTO HUMANO	* Revisión del perfil conforme al manual de funciones establecido			Involución 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	No aplica.	5	20	100	ZONA RIESGO EXTREMA	<p>Control 1: Durante el tercer cuatrimestre del 2023, se llevó a cabo la vinculación del funcionario Oscar Javier Castro León. Para iniciar su vinculación, se completaron los siguientes formatos: FR-1601-GTH-36 Lista de Chequeo para Verificación de Requisitos de Nombramiento y Vinculación a la UNGRD. Además, se verificó en el SNIES el cumplimiento del núcleo básico del conocimiento.</p> <p>Control 2: En el proceso de vinculación del funcionario Oscar Castro León, se realizó la validación de sus estudios y experiencia mediante los formatos FR-1601-GTH-174 Validación de Documentos de Estudios y Experiencia, así como FR-1601-GTH-76 Verificación de Estudios y Experiencia. Estos documentos se encuentran en la historia laboral del funcionario.</p> <p>Plan de tratamiento: Se llevará a cabo una actualización del plan de tratamiento, específicamente en lo relacionado con la capacitación. Este proceso se enfocará en dos aspectos fundamentales: proporcionar formación continua a los responsables del proceso de vinculación de personal acerca de la normativa vigente y sensibilizar al personal involucrado en el proceso de selección acerca de los riesgos asociados con la vinculación de personal no idóneo y las posibles consecuencias para la entidad.</p> <p>La solicitud de dichas capacitaciones se realizará al plan institucional de capacitación, con el objetivo de incluirlos de manera efectiva en la vigencia del año 2024.</p> <p>Materialización del riesgo: De acuerdo a la materialización presentada, se llevaron a cabo diversas acciones, entre las cuales se destaca la actualización del Procedimiento de Vinculación y Permanencia (PR-1601-134_1). En esta revisión, se definieron claramente las responsabilidades asociadas a cada actividad. Además, se organizó una mesa de trabajo con las personas responsables del proceso con el propósito de compartir y discutir detalladamente sus respectivas responsabilidades.</p>	<p>1. EVIDENCIAS: Las evidencias que se adjuntan no son suficientes para verificar que no se siga materializando el riesgo; se deben adjuntar los requerimientos de cada una de las vacantes ocupadas durante el cuatrimestre y al mismo tiempo el cortejo que se hace antes de su vinculación; de otra parte estos formatos deben tener el visto bueno al menos del coordinador de Talento Humano.</p> <p>2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5</p> <p>3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: Es efectivo, la materialización del riesgo es un presunto error humano.</p> <p>4. MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO: SI</p> <p>RECOMENDACIONES IDRB - GTH: "El líder del proceso de Talento Humano debe delegar de manera clara las funciones de cada uno de los servidores que integran el proceso de vinculación; al mismo tiempo de revisar que cada uno de ellos cumpla a cabalidad con sus funciones y emitir el certificado de idoneidad el cual debe adjuntarse como evidencia."</p> <p>*IDRB-GTH: Presentar la materialización del riesgo ante el OCC</p> <p>* Revisar cada uno de los formatos y procedimientos que se tienen implementados para el proceso de vinculación de personal; pues al evaluarlo es un poco disperso.</p> <p>* Rediseñar el plan de tratamiento ya que no cumple con las características mínimas; ¿qué se va a hacer?, como se va a hacer? ¿Responsable?, periodicidad?</p> <p>¿Propósito? ¿Desviación?, ETC.</p> <p>* Revisando las evidencias la OIC observa el plan de mejoramiento #279 sin embargo el proceso de Talento Humano no analiza nada al respecto; se recomienda delegar la actividad de seguimiento al interior del área de talento humano; la misma debe hacer alusión al Plan de tratamiento acotado en el numeral anterior el cual como ya se mencionó no tiene el diseño apropiado y podría ser esta la causa por la cual al hacer el monitoreo no se acota nada.</p>	
84	TALENTO HUMANO	La entidad se encuentra certificada bajo la ISO 45001:2018.	Al estar certificada mejora los estándares 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 cumple con las actividades programadas en el plan de trabajo del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. LD PUEDE GENERAR que se cumplió con los requerimientos y se aumente la productividad y bienestar laboral.	OPORTUNIDAD	Eficacia del proceso	4	4	64	ZONA OPORTUNIDAD EXTREMA	<p>Control 1: Para el tercer cuatrimestre se realiza seguimiento al plan de trabajo de Seguridad y Salud en el Trabajo evidenciando un cumplimiento 81% del queda pendiente la ejecución del mes de diciembre debido a que se realiza el cierre en la primera semana de enero.</p>	<p>1. EVIDENCIAS: Se adjunta matriz de seguimiento con un avance del 81%</p> <p>2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen con el diseño de la guía del DAFP</p> <p>3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: ES EFECTIVO</p> <p>4. MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO: NO</p> <p>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.</p> <p>6. PLAN DE TRATAMIENTO: N/A</p>		
85	TALENTO HUMANO	La entidad cuenta con los 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 SINGRD para capacitar a los brigadistas. Evento natural, tecnológico o antropogénico que pueda afectar a la entidad.		Atención inadecuada en situaciones de emergencia, DEBIDO A la falta de desarrollo de Capacitación 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	Eficacia del proceso	2	4	32	ZONA RIESGO ALTA	<p>Control 1: Para el tercer cuatrimestre se realizó capacitaciones a los brigadistas en los siguientes temas; Capacitación de brigada de emergencias en evacuación, Insarmentos para el simulacro distrital y nacional de la UNGRD, socialización del guin del simulacro, se realiza socialización de resultados del simulacro con los brigadistas, Capacitación de primeros auxilios (Toma de signos vitales), Capacitación en generalidades de la emergencia, Taller de trabajo en equipo, conformación del comité técnico de la brigada de emergencias. Adicionalmente se realiza actualización de base de brigadistas activos 2023 y actualización de la guía de operación de la brigada de emergencias.</p> <p>Plan de Tratamiento: Se realiza seguimiento a las hojas de vida de los brigadistas, se realiza taller de trabajo en equipo para reforzar el trabajo en equipo y comunicación asertiva y se realiza un compartir con los brigadistas.</p>	<p>1. EVIDENCIAS: Se aporta registro de asistencia a las diferentes capacitaciones.</p> <p>2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5</p> <p>3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: SI</p> <p>4. MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO: NO</p> <p>5. RECOMENDACIONES: N/A</p> <p>6. PLAN DE TRATAMIENTO: Cumple con lo planteado</p>		
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 SG-SST.		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	Eficacia del proceso	5	1	20	ZONA OPORTUNIDAD ALTA	<p>Control 1: Se evidencia un cumplimiento de los Indicadores que se reportan de manera mensual y el respectivo reporte en Neogestión se adjunta evidencia de cumplimiento.</p>	<p>1. EVIDENCIAS: Adjuntan pantallazo de los indicadores subidos a neogestión.</p> <p>2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5</p> <p>3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: SI</p> <p>4. MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO: NO</p> <p>5. RECOMENDACIONES: N/A</p> <p>6. PLAN DE TRATAMIENTO: n/a</p>		
89	TALENTO HUMANO	Se actualizó el procedimiento de investigación 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	Eficacia del proceso	2	4	32	ZONA RIESGO ALTA	<p>Control 1: Para el tercer cuatrimestre se presentaron 7 accidentes los cuales se les realizó el reporte oportuno a la ARL y la investigación en los tiempos establecidos, se determinaron los planes de acción y están en ejecución para el respectivo cierre, al igual que el reporte ante la EPS.</p> <p>Plan de Tratamiento: Se socializa en las inducciones mensuales el procedimiento para el reporte de incidentes, accidentes y enfermedades laborales. Adicionalmente a los miembros del Comité se les realiza capacitación en investigación de accidentes y enfermedades laborales.</p>	<p>1. EVIDENCIAS: Seguimiento a cierre de planes de acción de investigación de accidentes; Se adjuntan 7 accidentes los cuales se les realizó el reporte oportuno a la ARL y la investigación en los tiempos establecidos, se determinaron los planes de acción y están en ejecución para el respectivo cierre, al igual que el reporte ante la EPS.</p> <p>2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5</p> <p>3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: ES EFECTIVO</p> <p>4. MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO: NO</p> <p>5. RECOMENDACIONES: Rediseñar el plan de tratamiento</p> <p>6. PLAN DE TRATAMIENTO: Cumplen con lo planteado</p>		

1. CONTEXTO ESTRATÉGICO			2. IDENTIFICACIÓN DE RIESGO				5. VALORACIÓN DE RIESGO U OPORTUNIDAD				MONITOREO LÍDER DE PROCESO. Evaluación de la eficacia		SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO		
ID.	PROCESO	FACTOR INTERNO	FACTOR EXTERNO	CONSECUENCIAS	RIESGO U OPORTUNIDAD	TIPO	SUBTIPO	PROBABILIDAD	IMPACTO	PERFIL RIESGO U OPORTUNIDAD	ZONA DE RIESGO U OPORTUNIDAD	3° CUATRIMESTRE		3° CUATRIMESTRE	
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 Epidemiológica 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	Eficacia del proceso	5	3	60	ZONA OPORTUNIDAD EXTREMA	<p>Control 1: Para el tercer cuatrimestre, a corte del 20 de diciembre, se han desarrollado diferentes actividades dirigidas a los colaboradores incluidos en los programas de vigilancia epidemiológica, se cuenta con un cumplimiento en las actividades en un 86% programadas, donde se realizaron las siguientes acciones:</p> <p>PVE DME (69%): Se realiza inspección de puestos de trabajo, masajes terapéuticos y capacitación en higiene postural.</p> <p>PVE Visual (86%): Se realiza taller de higiene visual.</p> <p>PVE Psicosocial (100%): Se realiza capacitaciones en los siguientes temas: sustancias psicoactivas, manejo de estrés, trabajo en equipo y tips de sana convivencia.</p> <p>PVE Cardiovascular (78%): Se realiza actividad de aeróbicos y capacitación de alimentación saludable.</p>		<ol style="list-style-type: none"> EVIDENCIAS: Adjuntan registro fotográfico de cada una de las actividades DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5 EFFECTIVIDAD DEL CONTROL: ES EFECTIVO MATERIALIZACION DEL RIESGO: NO RECOMENDACIONES: n/a PLAN DE TRATAMIENTO: N/A 	
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	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 PUEDA GENERAR no atención oportuna, pérdidas económicas y sanciones por incumplimiento de la legislación.	RIESGO	Eficacia del proceso	4	3	48	ZONA RIESGO ALTA	<p>Control 1: Se realiza solicitud de 47 cambios de nivel de riesgo mes a mes de los colaboradores que lo solicitan mediante correo a SST, según procedimiento de salida a terreno, se realizó seguimiento a las condiciones de salud de 194 colaboradores, durante los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre.</p> <p>Plan de Tratamiento: Se realiza socialización del procedimiento de salida a terreno en capacitación de comisiones y desplazamientos, en la inducción institucional.</p> <p>NOTA: Este riesgo tiene alta probabilidad de materialización, debido a que no se cuenta con una gestión oportuna de parte del FNGRD o Fiduprevisora, con el cambio de nivel de riesgo. Adicional se continúan con falencias de reportes en CITEI por colaboradores nuevos.</p>		<ol style="list-style-type: none"> EVIDENCIAS: Formatos, bases de registro, correos electrónicos solicitando el cambio de nivel del riesgo. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5 EFFECTIVIDAD DEL CONTROL: NO ES EFECTIVO MATERIALIZACION DEL RIESGO: EN RIESGO DE MATERIALIZACION RECOMENDACIONES: GTH – ID91: Rediseñar el plan de tratamiento; en su propósito debería contemplarse concientizar a la alta gerencia sobre las posibles sanciones a la Entidad en casos de siniestro a alguno de los colaboradores, esto por falta de Gestión por parte del FNGRD. PLAN DE TRATAMIENTO: Debe ser replanteado y rediseñado 		
92	TALENTO HUMANO	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 identificación de peligros.	Las herramientas tecnológicas 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	Eficacia del proceso	2	5	40	ZONA RIESGO EXTREMA	<p>Control 1: Se realiza actualización de la matriz de identificación de peligros y valoración de riesgos y controles de la oficina principal, se realizó actualización de la matriz de identificación de peligros según consulta con personal de Cartagena, se realizó seguimiento al cierre de ICAJ, se socializaron piezas con medidas preventivas de los riesgos identificados, se realizó capacitación con proveedor de seguridad de Riesgo público, se dio seguimiento a las acciones para cierre de las recomendaciones del estudio de carga ocupacional, se realizó la aplicación de la batería de riesgo psicosocial, programación de piezas de peligros identificados, encuesta de clima organizacional y seguimiento a capacitaciones</p> <p>Plan de Tratamiento: Se realizaron las inspecciones de seguridad de extintores, botiquín y camilla, así como de áreas locativas según la programación y programa de protección colectiva individual.</p> <p>Nota: Seguimos en espera de la notificación del funcionamiento de los sitios temporales y un enlace con el que se pueda programar las actividades.</p>		<ol style="list-style-type: none"> Evidencias: Se adjunta Seguimiento a cumplimiento de matriz de peligros DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAFP versión 5 EFFECTIVIDAD DEL CONTROL: ES efectivo MATERIALIZACION DEL RIESGO: En riesgo de materialización RECOMENDACIONES: GTH – ID92: A Rediseñar el plan de tratamiento e incluir a la alta Gerencia para que tome cartas en el asunto en lo referente a posibles actos inseguros a los cuales no se les da pronta solución. Plan de tratamiento: No se puede verificar el monitoreo efectuado toda vez que no adjuntaron evidencias correspondientes; sin embargo, en la auditoría interna S/PLAG hubo varias observaciones al respecto. 		
94	CONTRATACIÓN	* Inadecuada estructuración de los documentos previos por no contar con el debido sustento técnico, jurídico y financiero. Lo cual implica procesos y tiempos adicionales e 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 PUEDA GENERAR demoras en el trámite, incumplimiento del Plan Anual de Adquisiciones - PAA (solo para UNGRD), y el no cumplimiento oportuno de las necesidades identificadas para la respectiva vigencia, derivando en posibles sanciones.	RIESGO	Eficacia del proceso	3	2	24	ZONA RIESGO MODERADA	<p>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, así como la validación y verificación de la documentación allegada a la UNGRD por terceros interesados en el marco de dichos procesos.</p> <p>Para la verificación de los controles del presente riesgo, se adjunta documentación respectiva del tercer cuatrimestre de la vigencia 2023, con fecha corte 11 de diciembre de 2023.</p>		<ol style="list-style-type: none"> Evidencias: Control No. 1: el proceso allega evidencias del envío a FIDUPREVISORA, la publicación de SECCOP de los contratos de la UNGRD, y de las devoluciones, lo cual evidencia la ejecución del control. Diseño de los controles: el Control cumple con los criterios establecidos en la Guía de Administración de Riesgos del DAFP, contando con un diseño adecuado para prevenir la materialización del riesgo. Efectividad de los controles: los controles son efectivos dado que se observa la ejecución, en la frecuencia establecida, lo cual permite disminuir el impacto y probabilidad de ocurrencia del riesgo. MaterIALIZACION del riesgo: de acuerdo con la información proporcionada por el proceso, no se evidencia materialización del riesgo Plan de tratamiento (si aplica): el riesgo no contempla plan de tratamiento. Recomendación: continuar con la ejecución del control a efectos de mitigar la materialización del riesgo. 		

1. CONTEXTO ESTRATÉGICO			2. IDENTIFICACIÓN DE RIESGO				5. VALORACIÓN DE RIESGO U OPORTUNIDAD				MONITOREO LIDER DE PROCESO. Evaluación de la eficacia		SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO		
ID.	PROCESO	FACTOR INTERNO	FACTOR EXTERNO	CONSECUENCIAS	RIESGO U OPORTUNIDAD	TIPO	SUBTIPO	PROBABILIDAD	IMPACTO	PERFIL RIESGO U OPORTUNIDAD	ZONA DE RIESGO U OPORTUNIDAD	3° CUATRIMESTRE		3° CUATRIMESTRE	
95	CONTRATACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> * Perfil técnico 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. 	<ul style="list-style-type: none"> * 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 intempestiva de documentos de los procesos de selección y/o contractuales, en sus diferentes etapas en la plataforma SECOPI DEBIDO A fallas en la misma o demoras en la entrega de la documentación soporte por parte de las áreas, supervisor encargado o Fidupreviora, lo que PUEDE GENERAR que la Unidad incurra en incumplimiento legal y se le impongan sanciones a la entidad.	RIESGO	Eficacia del proceso	1	2	8	ZONA RIESGO BAJA	<p>Para el tercer cuatrimestre del 2023 el Grupo de Gestión Contractual de manera permanente actualiza 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 SECOPI y SECOPI II de los documentos del expediente contractual en físico.</p> <p>En la carpeta correspondiente al riesgo número 95 se encuentra la base de datos con la información de procesos adjudicados a la fecha del periodo de seguimiento.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Evidencias: El proceso aporta como evidencia 3 bases de datos que contienen la información de procesos contractuales del tercer 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, lo cual denota la ejecución del control. Diseño de los controles: el Control cumple con los criterios establecidos en la Guía de Administración de Riesgos del DAPP, contando con un diseño adecuado para prevenir la materialización del riesgo. 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. Materialización del riesgo: No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. Plan de tratamiento (si aplica): el riesgo no contempla plan de tratamiento. Recomendación: continuar con la ejecución del control a efectos de mitigar la materialización del riesgo. 		
96	CONTRATACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> * Inaplicabilidad u omisión de las disposiciones normativas en materia de contratación Estatal, así 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	No aplica.	1	20	20	ZONA RIESGO MODERADA	<p>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, así como la validación y verificación de la documentación allegada a la UNGRD por terceros interesados en el marco de dichos procesos.</p> <p>Para la verificación de los controles del presente riesgo, se adjunta documentación respectiva del tercer cuatrimestre de la vigencia 2023, con fecha corte 11 de diciembre de 2023.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Evidencias: Control 1: aporta como evidencia tres carpetas que contienen: Carpeta 1: Las comunicaciones del trámite en Fidupreviora en el caso de los contratos con recursos del FNGRD, Carpeta 2: La publicación de las minutas en el SECOPI 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 devoluciones de Trámite contractual efectuada por el grupo de gestión contractual al proceso de origen Control 2: Aportó dos carpetas que contienen los mismos documentos enviados a la fidupreviora y los contratos de la UNGRD que se evidencian en la carpeta 1 y 2 del control 1. Diseño de los controles: los controles, pese a cumplir con los criterios establecidos en la Guía de Administración de Riesgos del DAPP, contando con un diseño adecuado para prevenir la materialización del riesgo, se recomienda revisar su finalidad dado que el control 1 es una actividad y el control 2 es el manejo de la documentación por lo que son complementarios y no se deben manejar de manera independiente. 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. Materialización del riesgo: No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. Plan de tratamiento (si aplica): el proceso genero un plan de mantenimiento que a la luz de este seguimiento la Oficina de Control Interno son las mismas actividades de los controles 1 y 2, y que no genera valor en cuanto a la prevención de la materialización del riesgo. Recomendación: se recomienda al proceso revisar los controles y se complementen, junto con el plan de tratamiento, dado que las actividades son las mismas. 		
97	CONTRATACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> * 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 áreas. 	Ninguno		Fortalecimiento del conocimiento en temas de contratación Estatal en las diferentes áreas de la Entidad, a través de capacitaciones en temas contractuales en sus diferentes etapas para todos los funcionarios, contratistas y supervisores que hacen parte de la UNGRD/FNGRD.	OPORTUNIDAD	Eficacia del proceso	5	4	80	ZONA OPORTUNIDAD EXTREMA	<p>Para el tercer cuatrimestre de 2023, se realizó por parte del GGC dos capacitaciones a nuestros clientes internos, para el fortalecimiento del conocimiento en temas de contratación, en las temáticas de "estructuración de contratos en el marco de la ley 1523-2012 y Supervisión de contratos".</p> <p>Las anteriores capacitaciones se efectuaron los días 26 y 29 de septiembre de 2023, respectivamente.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Evidencias: Control 1: aporta como evidencia tres carpetas que contienen Carpeta 1 Capacitación en estructuración de procesos, contiene diapositiva y lista de asistencia de fecha 26/09/2023, Carpeta 2 listado de asistencia a capacitación llamada REGISTRO-TALLER-CONTRATACION de fecha 29/09/2023. 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 convertirse en un riesgo. Efectividad de los controles: El proceso genero un control, lo que previene que la oportunidad se convierta en un riesgo y este se materialice. Materialización del riesgo: No se materializa el riesgo, pues el control es suficiente para evitar su materialización. Plan de tratamiento (si aplica): no se genera plan de tratamiento. Recomendación: se recomienda adelantar acciones con miras a prevenir que la oportunidad se convierta en un riesgo. 		

1. CONTEXTO ESTRATÉGICO			2. IDENTIFICACIÓN DE RIESGO				5. VALORACIÓN DE RIESGO U OPORTUNIDAD				MONITOREO LÍDER DE PROCESO. Evaluación de la eficacia	SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	
ID.	PROCESO	FACTOR INTERNO	FACTOR EXTERNO	CONSECUENCIAS	RIESGO U OPORTUNIDAD	TIPO	SUBTIPO	PROBABILIDAD	IMPACTO	PERFIL RIESGO U OPORTUNIDAD	ZONA DE RIESGO U OPORTUNIDAD	3° CUATRIMESTRE	3° CUATRIMESTRE
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.	*Direcciones nacionales para la sustentación del gasto. *Falta de incorporación de recursos al final de la vigencia lo que afecta la medición por mensual ejecutada durante el año por hechos sobrevinientes que afectan la planeación presupuestal. *Falta de oportunidad en la remisión por parte de fiduciarios 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	Eficacia del proceso	3	4	48	ZONA RIESGO EXTREMA	Se adjunta soporte de la actualización del Formato FR-1100-DG-16 Informe de Ordenación del Gasto Se cambia la periodicidad del control de trimestre a bimestre Se adjunta Informe de Ordenación del Gasto de 4to bimestres	Control No. 1: 1. Evidencias: el proceso adjuntó el informe de ordenación del gasto para el periodo entre julio y agosto, así como el formato de dicho informe el cual tiene como fecha de actualización el 29 de agosto de 2023; ambas evidencias, corresponden al monitoreo del segundo cuatrimestre. 2. Diseño de los controles: el control establecido no cumple con los lineamientos de la Guía de Administración de Riesgos del DAFP, dado que el Informe de Ordenación del Gasto es el insumo para el control en sí, en este caso se podría decir que es la evaluación de la gestión por la Alta Dirección o la instancia que se considere competente; lo anterior, por otro lado, el proceso debe revisar quien es el responsable de la emisión del informe dado que allí radica el control y determinar la desviación que se puede presentar (errores en el informe) y que hacer ante dicha desviación (devolver al profesional para su corrección). 3. Efectividad de los controles: el control no pudo ser corroborado, dado que las evidencias remitidas corresponden al monitoreo del segundo cuatrimestre. 4. Materialización del riesgo: no se evidencia materialización del riesgo. 5. Plan de tratamiento (si aplica): de acuerdo con el monitoreo realizado por el proceso, el plan de tratamiento descrito obedece a una actividad que debería estar en el monitoreo, dado que fue una acción realizada y no una acción para gestionar los riesgos inaceptables. Lo anterior, se ve reflejado en el monitoreo efectuado y en las respectivas evidencias. 6. Recomendación: frente a las evidencias, se recomienda al proceso realizar el respectivo monitoreo para los periodos correspondientes así como aportar las evidencias respectivas de su ejecución, a efectos de que la OCJ pueda realizar su rol de evaluador de la gestión del riesgo. Frente al diseño de control, se recomienda al proceso evaluar su diseño de acuerdo con la Guía de Administración de Riesgos del DAFP, para que es la actividad de control contribuyan a garantizar que se lleven a cabo las instrucciones de la dirección para mitigar los riesgos con impacto potencial en los objetivos. Respecto al plan de tratamiento, se recomienda al proceso revisar y reformular un plan de tratamiento para que se gestione el riesgo.
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 Atención al Ciudadano. * Falta de personal asignado como apoyo a la Oficina de Atención al Ciudadano. * Falta de apropiación 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 Atención al Ciudadano). *Crecimiento exponencial del número de requerimientos gestionados desde la Oficina de Atención 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 Antirámiles (Ley 2052 de 2020). * Cambios en la normativa y disposiciones del DAFP relacionadas con el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, Políticas de Servicio al Ciudadano, Participación Ciudadana, Rendición 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 de competencia de la entidad que son de interés general para la comunidad. * Designación a la entidad para		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. Regresamiento de requerimientos y/o picos de atención derivados de la operatividad propia de la gestión. 3. Falta de información actualizada para atención de consultas de primer nivel. Así mismo, cuando la entidad genera información institucional relevante que puede ser de interés para la comunidad, la Oficina de Atención al Ciudadano no es informada al respecto. 4. Incumplimiento del Procedimiento establecido para atención de consultas de segundo nivel por parte de las dependencias consultadas (remiten la respuesta directamente al ciudadano y se pierde la trazabilidad de la gestión), lo que PUEDE OCASIONAR acciones disciplinarias para funcionarios, acciones legales contra la entidad por parte de los ciudadanos, afectación de la imagen y credibilidad de la entidad. 5. Falta de personal asignado como apoyo a la Oficina de Atención al Ciudadano, lo que puede ocasionar disminución en la capacidad de respuesta de la entidad frente a los picos de atención que se presenten. 6. Incumplimiento en los Procedimientos para gestión de respuestas, por parte de los miembros del equipo de trabajo de la oficina de atención al ciudadano. Este riesgo se comparte con todos los procesos de la UNGRD para que en caso de materializarse se haga responsable al proceso que no cumplió con los tiempos de respuesta a los requerimientos de los ciudadanos.	RIESGO	Eficacia del proceso	2	4	32	ZONA RIESGO ALTA	CONTROL 1: Se realizaron los Reportes Semanales de PQRSO para seguimiento y control de tickets pendientes. Se adjunta reporte de seguimiento con corte a 15 de diciembre/2023. CONTROL 2: Durante el tercer cuatrimestre no se requirieron actualizaciones adicionales de Protocolos de Atención de primer nivel. Las mismas se realizaron y fueron reportadas en el seguimiento al 2° cuatrimestre. CONTROL 3: Desde el mes de Abril/2023, 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. Se adjuntan correos electrónicos de seguimiento con corte a 15 de diciembre/2023.	Control No.1 1. Evidencias: el proceso comparte evidencia que da cuenta del vencimiento de los requerimientos con No. de Radicado GSC-2023-113816, GSC-2023-111757, GSC-2023-106818 y GSC-2023-102773 a través de herramienta de seguimiento de tickets. Derechos de petición allegados desde los meses de febrero, marzo, abril y agosto 2023 y que conforme a la normatividad aplicable vigente se tenían 15 días hábiles para su respuesta. De otra parte se debe indicar que como evidencia el proceso no proporcionó reporte semanal ni correos de seguimiento a las diferentes dependencias o comunicación SIGOB en caso de consultas de segundo nivel. 2. Diseño de los controles: El diseño del Control corresponde a los Criterios del DAFP, no obstante frente a la "desviación" respecto a la falta de oportunidad se debe indicar como el proceso actúa, por tanto se debe reforzar la redacción. 3. Efectividad de los controles: se considera pertinente indicar por parte de la Oficina de Control Interno que el control no es efectivo, teniendo en cuenta que la evidencia da cuenta de su materialización, se recomienda desde la Alta Dirección se generen acciones tendientes a prevenir que este riesgo continúe materializándose. Control No. 2 No es posible evaluar el control conforme el proceso no proporciona evidencia que da cuenta de su ejecución, dado que indican no a ver desarrollada esta actividad para el periodo evaluado. Control No. 3 1. Evidencias: el proceso de Servicio al ciudadano proporciona evidencia de los casos que se encuentran en estado vencido sobre el seguimiento desarrollado desde correo electrónico y su radicación en SIGOB dando cuenta de la ejecución del control. 2. Diseño de los controles: El diseño del Control corresponde a los Criterios del DAFP. 3. Efectividad de los controles: el control no es efectivo, dado que aun así este se ejecute el seguimiento tiende a ser inefectivo por cuanto existen PQRSO que se encuentran en estado "vencido" desde meses de febrero, marzo, abril y agosto de 2023, se recomienda que desde la Alta Dirección se generen acciones tendientes a prevenir que este riesgo continúe materializándose. 4. Materialización del riesgo: El riesgo se ha materializado, a pesar del seguimiento desarrollado por parte del proceso. Recomendación: con el apoyo de la Alta Dirección el proceso debe adelantar acciones que permitan mitigar el impacto de la materialización de este riesgo por tanto durante a lo largo de toda la vigencia 2023 se ha venido materializando, llevando a un incumplimiento normativo y acarreado para la entidad posibles sanciones por su inopuntualidad en la atención de las necesidades de los ciudadanos o partes interesadas. Aun así también es pertinente revisar hasta que punto este control mitiga el riesgo presentado dado que este control se encuentra definido para realizar seguimiento a la oportunidad en la atención de las PQRSO no para evitar pérdidas de información relacionadas con la atención de PQRSO.
III	SERVICIO AL CIUDADANO	* Falta de apropiación 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 Atención al Ciudadano). *Crecimiento exponencial del número de requerimientos gestionados desde la Oficina de Atención al Ciudadano. * Falta de actualización y/o mantenimiento del sistema PQRSO generando fallas que afectan su rendimiento. * Falta de apropiación de recursos presupuestales destinados para	* Cambios en la normativa y disposiciones del DAFP relacionadas con el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, Políticas de Servicio al Ciudadano, Participación Ciudadana, Rendición 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.		Pérdida de información y/o inconsistencias en la trazabilidad de la gestión y respuesta emitida en la plataforma PQRSO. 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 información en el Sistema PQRSO por parte del equipo de trabajo de la Oficina de Atención al Ciudadano. 3. Falta en la herramienta PQRSO al momento del cargue y/o reporte de la información. Lo anterior PUEDE OCASIONAR pérdidas 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	Eficacia del proceso	1	4	16	ZONA RIESGO ALTA	CONTROL 1: Se realizaron los Reportes Semanales de PQRSO para seguimiento y control de tickets pendientes. CONTROL 2: El Back up del sistema PQRSO se realiza de manera automática en el servidor y es monitoreado desde el Grupo de Tecnologías de la Información.	Control No.1 1. Evidencias: el proceso comparte evidencia que da cuenta del vencimiento de los requerimientos con No. de Radicado GSC-2023-113816, GSC-2023-111757, GSC-2023-106818 y GSC-2023-102773 a través de herramienta de seguimiento de tickets. Derechos de petición allegados desde los meses de febrero, marzo, abril y agosto 2023 y que conforme a la normatividad aplicable vigente se tenían 15 días hábiles para su respuesta. De otra parte se debe indicar que como evidencia el proceso no proporcionó reporte semanal ni correos de seguimiento a las diferentes dependencias o comunicación SIGOB en caso de consultas de segundo nivel. 2. Diseño de los controles: El diseño del Control corresponde a los Criterios del DAFP, no obstante frente a la "desviación" respecto a la falta de oportunidad se debe indicar como el proceso actúa, por tanto se debe reforzar la redacción. 3. Efectividad de los controles: se considera pertinente indicar por parte de la Oficina de Control Interno que el control no es efectivo, teniendo en cuenta que la evidencia da cuenta de su materialización, se recomienda desde la Alta Dirección se generen acciones tendientes a prevenir que este riesgo continúe materializándose. 4. Materialización del riesgo: El riesgo se ha materializado, a pesar del seguimiento desarrollado por parte del proceso. Recomendación: con el apoyo de la Alta Dirección el proceso debe adelantar acciones que permitan mitigar el impacto de la materialización de este riesgo por tanto durante a lo largo de toda la vigencia 2023 se ha venido materializando, llevando a un incumplimiento normativo y acarreado para la entidad posibles sanciones por su inopuntualidad en la atención de las necesidades de los ciudadanos o partes interesadas. Aun así también es pertinente revisar hasta que punto este control mitiga el riesgo presentado dado que este control se encuentra definido para realizar seguimiento a la oportunidad en la atención de las PQRSO no para evitar pérdidas de información relacionadas con la atención de PQRSO.
III	SERVICIO AL CIUDADANO	* Falta de apropiación de recursos específicos para el mantenimiento del Sistema. * Fallas en el suministro de internet. *Crecimiento exponencial del número de requerimientos gestionados desde la Oficina de Atención al Ciudadano.	* Cambios en la normativa y disposiciones del DAFP relacionadas con el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, Políticas de Servicio al Ciudadano, Participación Ciudadana, Rendición 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 PQRSO DEBIDO A: 1. Falta de actualización y/o mantenimiento. 2. Falta en los servidores que soportan la operación del sistema. 3. Falta en el suministro de internet. LO QUE PUEDE OCASIONAR colapso en la operación de los canales de atención al ciudadano generando afectaciones en la imagen institucional y/o sanciones económicas por acciones legales contra la entidad.	RIESGO	Eficacia del proceso	2	5	40	ZONA RIESGO EXTREMA	CONTROL 1: Durante el periodo en mención no se requirió la verificación de canales asociados al sistema PQRSO.	Control No.1 1. Evidencias: el proceso de Servicio al Ciudadano no allega evidencia correo electrónico a GTI con el formato de solicitud correspondiente a GTI a través de correo electrónico, aún cuando se indica que el control se ejecuta de manera cuatrimestral. 2. Diseño de los controles: Frente al diseño del control no es claro que hacer ante una desviación, que sucede si se presenta una contingencia o falla en el sistema de información y registro de PQRSO. Por tanto es indispensable hacer una revisión su diseño. 3. Efectividad de los controles: no es posible determinar su efectividad por tanto el proceso no proporciona evidencia de su ejecución. 4. Materialización del riesgo: no es posible determinar su materialización dado que el proceso no reporta evidencia de su ejecución de manera cuatrimestral. Recomendación: se recomienda por parte de la OCJ revisar el diseño del control por parte del proceso y su adecuada implementación, conforme no se encuentra evidencia de su ejecución en la periodicidad definida. Plan de tratamiento: aunque cuenta con plan de tratamiento el proceso no aporta evidencia de su ejecución para el periodo evaluado.

1. CONTEXTO EXTRATEGICO			2. IDENTIFICACIÓN DE RIESGO			5. VALORACIÓN DE RIESGO U OPORTUNIDAD					MONITOREO LIDER DE PROCESO. Evaluación de la eficacia	SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	
ID.	PROCESO	FACTOR INTERNO	FACTOR EXTERNO	CONSECUENCIAS	RIESGO U OPORTUNIDAD	TIPO	SUBTIPO	PROBABILIDAD	IMPACTO	PERFIL RIESGO U OPORTUNIDAD	ZONA DE RIESGO U OPORTUNIDAD	3° CUATRIMESTRE	3° CUATRIMESTRE
III	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 ejecución de los procesos y procedimientos establecidos para el mantenimiento preventivo, correctivo, calibración y/o verificación de los bienes de la entidad.			Tener bienes en condiciones inadecuadas para su uso DEBIDO A uso inadecuado y al no cumplimiento del plan de mantenimiento de la Entidad LO CUAL NOS PUEDE GENERAR afectaciones económicas de oficina	RIESGO	Eficacia del proceso	1	3	12	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 Diciembre. Control No.1 1. Evidencias: el proceso de bienes de muebles e inmuebles como evidencia suministra inspecciones de mantenimiento por área firmados con corte diciembre de 2023. 2. Diseño de los controles: el diseño del control corresponde a los Criterios del DAP contenidos en la Guía. 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: no se efectúan recomendaciones adicionales. 6. Plan de tratamiento (no aplica): no cuenta con plan de tratamiento.	
III	MANEJO DE DESASTRES	*El CNL cuenta con infraestructura física adecuada para el almacenamiento y disposición del material requerido para la atención de emergencias. *Alta 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	Conformidad producto/servicio	2	3	24	ZONA RIESGO MODERADA	De acuerdo a las acciones de control y contención del riesgo de la referencia, se remite lo siguiente de acuerdo a los respectivos controles. Control 1: Se anexa el inventario de equipo disponibles para la atención de emergencias, y formatos de mantenimientos los cuales son insumo para a la dependencia de GAA en su diseño del plan de mantenimiento de equipos. Control 2: Se realizó la inspecciones periódicas de los equipos disponibles. Control No. 1: 1. Evidencia: el proceso comparte evidencia del inventario de equipos del mes de agosto 2023 y formato de seguimiento mantenimientos los cuales son insumo para a la dependencia de GAA en su diseño del plan de mantenimiento de equipos. 2. Diseño de controles: Contiene los criterios definidos por Función Pública en la "Guía de Administración de riesgos y diseño de controles", no obstante es importante dentro de su diseño describir que hacer en caso de desviación dado que no se encuentra identificado. 3. Efectividad del control: el control es efectivo por tanto permite de manera preventiva efectuar mantenimiento de los equipos. 4. Materialización del riesgo: no se identifica la materialización del riesgo. 5. Plan de tratamiento: el proceso no cuenta con plan de tratamiento para el riesgo identificado. Recomendación: no se tienen recomendaciones para el periodo evaluado. Control No. 2: 1. Evidencia: el proceso comparte evidencia inspección periódica de equipos en el CNL de noviembre y diciembre 2023, sobre los cuales se realiza mantenimiento correctivo. 2. Diseño de controles: Contiene los criterios definidos por Función Pública en la "Guía de Administración de riesgos y diseño de controles", no obstante es importante dentro de su diseño describir que hacer en caso de desviación dado que no se encuentra identificado. 3. Efectividad del control: el control es efectivo por tanto permite de manera correctiva efectuar mantenimiento de los equipo, aunque el diseño debe reforzarse por su mismo objetivo el control es claro como medida correctiva. 4. Materialización del riesgo: no se identifica la materialización del riesgo. 5. Plan de tratamiento: el proceso no cuenta con plan de tratamiento para el riesgo identificado. Recomendación: revisar el diseño del control en términos de "desviación", dado que no está identificado en su diseño.	
III	SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	*Mala operatividad del vehículo *Imprudencia del conductor	*Fallas mecánicas *Malas condiciones de las vías *Imprudencia por parte de otros conductores *Condiciones 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, Condiciones climáticas lo que PUEDE OCASIONAR demoras en la prestación del servicio, lesiones físicas, pérdidas materiales.	RIESGO	Eficacia del proceso	1	3	12	ZONA RIESGO MODERADA	Para el siguiente cuatrimestre se realizó la capacitación dirigida al personal conductor que maneja la flota de vehículos de la entidad, así como el día de seguridad vial, medidas preventivas en bioseguridad, dirigido a conductores y colaboradores de la UNGRD, con el fin de generar conciencia y prevención en la ocurrencia de accidentes e incidentes viales: - Capacitación Emergencias Ambientales y Conducción Sostenible - Semana de la salud, concientización actores viales - Medidas preventivas en bioseguridad. Control No. 1: 1. Evidencias: la evidencia soportada por el proceso corresponde a capacitaciones desarrolladas en los meses de noviembre y diciembre de 2023 relacionadas con medidas de prevención y capacitación actores viales. Conforme a como está diseñado el control debería dejarse como evidencia solo las capacitaciones relacionadas con seguridad vial, dado que el riesgo está definido hacia "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, Condiciones climáticas lo que PUEDE OCASIONAR demoras en la prestación del servicio, lesiones físicas, pérdidas materiales". 2. Diseño de los controles: frente al diseño es indispensable definir entre la redacción del mismo que hacer ante la su desviación, esto no se encuentra descrito en la redacción del riesgo. 3. Efectividad de los controles: el control tiende a ser efectivo, por tanto a través de la sensibilización recurrente se espera concientizar frente al tema de seguridad vial. No obstante, el proceso debe efectuar acciones concretas frente a los resultados de estas capacitaciones, lo que podría tener relación con la atención de la desviación del control o simplemente con la efectividad de su ejecución. 4. Materialización del riesgo: no se identifica la materialización del riesgo. 5. Recomendación: revisar el diseño de control por tanto no se define en su redacción que sucede ante la posible desviación del control. A su vez frente a los reportes compartidos se debe tener en cuenta que el control está dirigido a temas de seguridad vial. 6. Plan de tratamiento (no aplica): no cuenta con plan de tratamiento.	
III	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 afectación económica	RIESGO	Eficacia del proceso	3	4	48	ZONA RIESGO EXTREMA	Control No. 1 A lo largo del cuatrimestre, se llevaron a cabo cinco 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 incluyó la necesidad de la plataforma digital de comisiones y desplazamiento en el plan de adquisiciones a través de las TICs. 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 actualmente está en proceso de aprobación por parte de la Secretaría General. Hasta que esta resolución no sea aprobada, no podrá dar inicio a la actualización del procedimiento en cuestión. Control No. 1 Desde septiembre hasta el 12 de diciembre, se han remitido un total de 1.374 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 tickets 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 1: Debido a que se está realizando el seguimiento antes de finalizar el mes de diciembre se envían evidencias desde el 01 de septiembre al 12 de diciembre, las evidencias correspondientes al periodo 13 a 31 de diciembre de 2023 serán enviadas en el próximo seguimiento. Nota 2: De acuerdo a la recomendación de la sistematización del proceso de tickets se dará continuidad al desarrollo de la herramienta.	1. EVIDENCIAS: Registro fotográfico de los 5 seguimientos; La evidencia no es suficiente para mitigar el riesgo identificado. 2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAP versión 5 3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: No es efectivo 4. MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO: Si (ver informe de seguimiento de la OC) 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
III	TALENTO HUMANO	*Personal insuficiente para el proceso			Error en la emisión de los tickets 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	Eficacia del proceso	2	3	24	ZONA RIESGO MODERADA	Control No. 1 Desde septiembre hasta el 12 de diciembre, se han remitido un total de 1.374 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 tickets 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 1: Debido a que se está realizando el seguimiento antes de finalizar el mes de diciembre se envían evidencias desde el 01 de septiembre al 12 de diciembre, las evidencias correspondientes al periodo 13 a 31 de diciembre de 2023 serán enviadas en el próximo seguimiento. Nota 2: De acuerdo a la recomendación de la sistematización del proceso de tickets se dará continuidad al desarrollo de la herramienta.	1. EVIDENCIAS: la trabajabilidad del correo electrónico enviado a los colaboradores que solicitan tickets aéreos; Las evidencias no mitigan el riesgo identificado 2. DISEÑO DE LOS CONTROLES: Cumplen según la guía del DAP versión 5 3. EFECTIVIDAD DEL CONTROL: No es efectivo 4. MATERIALIZACIÓN 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 tickets 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. CONTEXTO EXTRATEGICO			2. IDENTIFICACIÓN DE RIESGO				5. VALORACIÓN DE RIESGO U OPORTUNIDAD				MONITOREO LIDER DE PROCESO. Evaluación de la eficacia	SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO	
ID.	PROCESO	FACTOR INTERNO	FACTOR EXTERNO	CONSECUENCIAS	RIESGO U OPORTUNIDAD	TIPO	SUBTIPO	PROBABILIDAD	IMPACTO	PERFIL RIESGO U OPORTUNIDAD	ZONA DE RIESGO U OPORTUNIDAD	3° CUATRIMESTRE	3° CUATRIMESTRE
III	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 Subproceso 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	Desempeño ambiental	2	4	32	ZONA RIESGO ALTA	Como avance en el tercer cuatrimestre y debido a la incorporación a la entidad del 4to piso para la gestión de las diferentes dependencias, el SGA ha acompañado dicha actividad y se encuentra de la estructuración del protocolo para la articulación de procesos, el cual tiene un especial enfoque hacia la gestión integral de residuos y pretende ser considerado como parámetro en la gestión de este tipo de cambios, los cuales se consideran relevantes en la UNGRD Debido a lo anterior y a la revisión del Mapa de Riesgos 2024, se pretende revisar tanto el riesgo y el protocolo mencionado, durante el primer trimestre de 2024. Además, el programa incorporará responsables para asegurar el cumplimiento del mismo.	Desde la Oficina de Control Interno no se evaluará el riesgo solo hasta que el proceso cuente con sus controles definidos y estos estén debidamente identificados (que se encuentren presentes y funcionando). De otra parte se considera pertinente no incluirlo en la matriz de riesgos ni presentarlo como activo solo hasta que este este definido y completo de acuerdo a la metodología definida.
III	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 con Austeridad 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	Eficacia del proceso	2	3	24	ZONA RIESGO MODERADA	Se adjunta el informe de austeridad del gasto correspondiente al tercer trimestre de 2023 Se plantea Plan de acción	Control No. 1: 1. Evidencias: el proceso no allega evidencias de la ejecución de controles. 2. Diseño de los controles: dado que el riesgo no cuenta con controles definidos, la OCI no realizará el seguimiento del control hasta tanto el proceso defina su valoración, responsable, periodicidad, propósito, como se realiza, evidencia, desviación; entre tanto, se recomienda al proceso eliminar del mapa de riesgos dado que se trataría de un riesgo que no cuenta con un control definido. 3. Efectividad de los controles: la OCI no pudo verificar la efectividad del control, dada su inexistencia. 4. Materialización del riesgo: no fue posible verificar la implementación de los controles, dado que no se remitieron evidencias. 5. Plan de tratamiento (si aplica): el plan de tratamiento no se encuentra definido dentro del mapa de riesgos, así mismo no se adjuntan evidencias de ejecución de actividades relacionadas con el plan de tratamiento. 6. Recomendación: se recomienda al proceso, adelantar gestionar la remisión de las evidencias a efectos de que la OCI realice el seguimiento, así mismo se recomienda que se formule plan de tratamiento, se incluya en el mapa de riesgos y se realicen las actividades correspondientes, las documenten y remitan las evidencias a la OCI, a efectos de que se realice el seguimiento.
III	CONOCIMIENTO DEL RIESGO	* Desarrollo del proceso de Conocimiento del Riesgo a través de los Procedimientos establecidos, Plan de Acción y Proyectos priorizados según la misionalidad de la SCR.	* Falta de celeridad para atender los requerimientos de los territorios, entidades y demás integrantes del SNGRD.		EVENTO: Retrasos en la legalización de contratos y pólizas que afecta la ejecución contractual de los profesionales seleccionados, DEBIDO A la ineficiente gestión de seguimiento ante las dependencias de la UNGRD, lo que PUEDE GENERAR incumplimientos por la baja ejecución de la misionalidad.	RIESGO	Eficacia del proceso					Se realiza un análisis y evaluación de las actividades que impactan la misionalidad de la SCR, como resultado de esto se identifica un nuevo riesgo:	Acorde a la información soporte presentada se pudo verificar lo siguiente: 1. Evidencias: El proceso no aporta evidencias, se trata de un nuevo riesgo el cual no apunta a los objetivos del proceso. 2. Diseño de los controles: El proceso no ha diseñado controles 3. Efectividad de los controles: no es efectivo. No cumple 4. Materialización del riesgo: no se ha materializado 5. Recomendación: El proceso debe diseñar riesgos que le apunten a los objetivos del proceso. 6. Plan de tratamiento (No aplica): NA