MEMORANDO

(150)
Bogotá, 29 de mayo de 2025

PARA: **Dr. GUSTAVO QUINTERO ARDILA**
Secretario Distrital de Gobierno

DE: **JEFE DE CONTROL INTERNO**

ASUNTO: Socialización Informe Final de Seguimiento a la Gestión del Riesgo.

Cordial saludo,

De manera atenta, en cumplimiento con lo establecido en el Plan Anual de Auditoría Interna - PAAI, aprobado para la vigencia 2025, atentamente me permito remitir informe final de seguimiento a la gestión del riesgo, con el fin de que sea socializado con su equipo de trabajo analizando su contenido y se tomen las respectivas acciones de mejora que a su consideración apliquen para el proceso evaluado.

Este informe se da a conocer al señor Secretario en cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 338 de 2019 "Por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Control Interno y se crea la Red Anticorrupción ARTÍCULO 1. PARÁGRAFO 1. Los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones tendrán como destinatario principal el representante legal de la entidad y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y/o Comité de Auditoría y/o Junta Directiva, y deberán ser remitidos al nominador cuando este lo requiera".

Por lo anterior, la segunda línea de defensa dentro de su gestión de auto control deberá realizar el monitoreo y seguimiento a las observaciones producto de los informes generados por esta Oficina a fin de que se propongan las acciones para aprovechar las oportunidades de mejora y concretar medidas respecto recomendaciones sugeridas para cerrar las brechas identificadas, lo cual será objeto de verificación respecto de su adopción

Finalmente, me permito informar que el informe se comunicó a la Oficina Asesora de Planeación mediante comunicación **No. 20251500202013** y se encuentran publicada en la página web https://www.gobiernobogota.gov.co/transparencia/planeacion-presupuesto-informes/informes-oficina-control-interno

Agradecemos su oportuna gestión, con el objetivo de fortalecer el Sistema de Control Interno de la Entidad.

Cordialmente,

(ORIGINAL FIRMADO)
LADY JOHANNA MEDINA MURILLO
Jefe Oficina de Control Interno

Anexos: Informe Final de Seguimiento a la Gestión del Riesgo
Anexo No.1 análisis descripción de controles.

Elaboró: José de Jesús Gutiérrez Villalba – Contratista OCI
Revisó/Aprobó: Lady Johanna Medina Murillo – Jefe OCI

MEMORANDO

(150)

Bogotá D.C, 29 de mayo de 2025

PARA: **DIEGO FERNANDO FIGUEROA GUERRA**
Jefe Oficina Asesora de Planeación

COMITE INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO

DE: **JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO**

ASUNTO: Remisión Informe de Seguimiento a la Gestión del Riesgo.

Reciba un cordial saludo.

En cumplimiento de las funciones establecidas en la Ley 87 de 1993, el Decreto 648 de 2017 y en atención a las actividades previstas en el Plan Anual de Auditoría Interna para la vigencia 2025, atentamente me permito remitir el informe de seguimiento a la gestión del riesgo, el cual muestra los resultados que se encuentran en el contenido del informe, cuyo propósito esta enfatizado en servir de insumo para el establecimiento de las acciones que contribuyan a solventar las causas de las situaciones detectadas con el objetivo de mejorar la gestión institucional y toma de decisiones acertadas.

Este informe se da a conocer al señor Secretario en cumplimiento de lo establecido en el Decreto 338 de 2019 *"(…) Por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de la Función Pública en lo relacionado con el Sistema de Control Interno y se crea la Red Anticorrupción, artículo 1 parágrafo 1. Los informes de auditoría, seguimientos y evaluaciones tendrán como destinatario principal el representante legal de la entidad y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y/o Comité de Auditoría y/o Junta Directiva, y deberán ser remitidos al nominador cuando este lo requiera (…)".*

Por consiguiente, la segunda línea de defensa en su gestión de autocontrol debe realizar seguimiento y monitoreo a las observaciones que se presentan por esta Oficina como resultado de la evaluación y seguimiento, con el fin de que se establezcan acciones que coadyuven a la mejora continua.

Agradecemos la disposición y colaboración brindada durante el desarrollo de este proceso de seguimiento, reiterando nuestro compromiso permanente de asesoría y acompañamiento a todos los procesos de la entidad.

Cordialmente,

(ORIGINAL FIRMADO)
LADY JOHANNA MEDINA MURILLO
Jefe Oficina de Control Interno

Anexo: Informe de Seguimiento a la Gestión del Riesgo.
Anexo No.1 Análisis Descripción de Controles.

Elaboró: José de Jesús Gutiérrez Villalba - Contratista OCI
Aprobó/Revisó: Lady Johanna Medina Murillo – Jefe OCI

INFORME DE SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DEL RIESGO

1. Objetivos

1.1. Objetivo General

Realizar seguimiento a la gestión del riesgo de los procesos de la Secretaría Distrital de Gobierno de acuerdo con los lineamientos establecidos en la "Guía para la administración del riesgos y diseño de controles en entidades públicas" del DAFP - V6 /2022.

1.2. Objetivos Específicos

- Realizar verificación y análisis de la información aportada por la Oficina Asesora de Planeación producto de la ejecución de las diferentes etapas de la gestión del riesgo.
- Emitir observaciones y/o recomendaciones con relación a los resultados obtenidos en el seguimiento de la gestión del riesgo en la entidad.

2. Alcance

El presente informe abarca el análisis de la política, procedimientos, metodologías y resultados en las etapas de identificación, evaluación, tratamiento y monitoreo de los riesgos de gestión durante la vigencia 2024 y 2025.

3. Marco Normativo o criterio del informe

- Ley 87 de 1993
- Decreto 648 de 2017
- Guía para la administración del riesgos y diseño de controles en entidades públicas" del DAFP - V6 /2022.
- Manual de gestión del riesgo Código: PLE-PIN-M001 / Versión 09
- Administración y monitoreo de riesgos de gestión y corrupción Código: PLE-PIN-P015/ Versión 02
- Gestión de los Riesgos de Seguridad de la Información Código: PLE-PIN-P013/ Versión 01.

4. Equipo Auditor

Auditor Líder: José de Jesús Gutiérrez Villalba - Contratista Oficina de Control Interno
Apoyo: Deissy Liliana Sotelo Torres - Contratista Oficina de Control Interno
Sandra Yoleida Bello Mojica - Contratista Oficina de Control Interno

5. Metodología

Para el seguimiento al informe de la gestión del riesgo la Oficina de Control Interno desarrolló la siguiente metodología:

- Mediante memorando No. 20251500137883 se realizó la solicitud de la siguiente información a la Oficina Asesora de Planeación:
- Política de gestión del riesgo.
- Manual y/o procedimientos relacionados con la gestión del riesgo.
- Relación de procesos en los que se identifique la última fecha de modificación de las matrices de riesgos
- Matrices actualizadas de gestión del riesgo del Nivel Central y Alcaldías Locales.
- Monitoreo realizado por la primera y segunda línea de defensa.
- Relacionar la Cantidad de riesgos por tipo de riesgo con los que cuenta la entidad.
- Acceso a las carpetas que contengan los monitoreos y evidencia de la ejecución de los controles para todos los procesos del nivel central y local.
- Remitida la información por parte de la Oficina Asesora de Planeación, se procede a la consulta de los documentos: Manual de gestión del riesgo Código: PLE-PIN-M001 / Versión 09; Administración y monitoreo de riesgos de gestión y corrupción Código: PLE-PIN-P015/ Versión 02 y Gestión de los Riesgos de Seguridad de la Información Código: PLE-PIN-P013/ Versión 01.
- Posteriormente, se realizó la consulta de los mapas de riesgos, se analizaron las diferentes etapas de: Identificación y valoración del riesgo, controles y Matrices de monitoreo.
- Por último, como resultado del seguimiento y análisis de la información se generaron las observaciones, conclusiones y recomendaciones presentadas en el actual documento.

6. Periodo de ejecución

Desde el 01 de marzo hasta el 30 de mayo 2025.

7. Resultados de seguimiento

La gestión de riesgos consiste en identificar y valorar los riesgos que pueden afectar a una entidad, tanto en lo financiero como en su reputación, con el fin de establecer planes de control y mitigación. Este proceso requiere analizar estrategias, formular objetivos y aplicarlos en la toma de decisiones, adoptando un enfoque preventivo que proteja los recursos, mejore los resultados y optimice la prestación de servicios. Todo ello es clave para generar valor público, objetivo central de la administración pública. En este contexto, y con base en la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas" (DAFP, versión 6, 2022), la Oficina de Control Interno llevó a cabo el seguimiento correspondiente a la gestión de riesgos.

Contexto Institucional

La Secretaría Distrital de Gobierno, opera bajo el Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG que busca promover una visión integral, articulando de forma transversal su modelo de gestión del riesgo con su mapa de procesos, el cual se presenta en la siguiente ilustración:

Ilustración 1. Mapa de Riesgos

Fuente: Página Web Secretaría Distrital de Gobierno

Se observar que, actualmente la entidad cuenta con 19 procesos distribuidos de la siguiente forma:

5 procesos Estratégicos:

- Planeación Institucional
- Planeación y Gestión Sectorial
- Gerencia de TIC
- Gestión del Patrimonio Documental
- Comunicación Estratégica

7 Procesos Misionales:

- Gestión pública territorial local
- Inspección, vigilancia y control
- Acompañamiento a la gestión local
- Relaciones estratégicas
- Convivencia y dialogo social
- Fomento y protección de los derechos étnicos
- Fomento y protección de los DD HH

4 Procesos de Apoyo:

- Gestión corporativa institucional
- Gerencia del talento humano
- Control interno disciplinario
- Gestión Jurídica

2 Procesos de Evaluación y Mejora:

- Gestión de la mejora
- Evaluación independiente

1 Proceso Transversal:

- Servicio a la ciudadanía

En el seguimiento realizado, se evidenció que, de los 19 procesos identificados, 4 cuentan con matrices de riesgos con alcance a Nivel Local. Estos procesos son: Gestión Pública Territorial Local, Inspección, Vigilancia y Control, Gestión Corporativa Institucional, y Acompañamiento a la Gestión Local.

Para la elaboración del presente informe, la Oficina de Control Interno tomó como referencia el modelo de operación por procesos previamente descrito, así como las fases de ejecución establecidas para la gestión del riesgo ilustradas a continuación.

Ilustración 2. Fases de seguimiento gestión del riesgo

Fuente: Elaboración propia OCI

Para evaluar el nivel de cumplimiento frente a los requisitos definidos en la "Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas" del DAFP - V6 /2022", se utilizó una escala de calificación con 3 criterios: "Cumple", "Parcialmente" y "No Cumple", donde:

Cumple: Significa que se ha logrado el cumplimiento de la totalidad de los requisitos.

Parcialmente: Indica que se ha avanzado en requisito, pero no en su totalidad.

No Cumple: Significa que no se ha cumplido ninguno de los requisitos

A continuación, se presentan los resultados del seguimiento y la calificación de los criterios definidos en la guía del DAFP por cada una de las fases identificadas en la ilustración No. 2.

7.1. Política de Administración del Riesgo

La política de gestión del riesgo de la entidad fue adoptada mediante el documento ***"****Manual de Gestión del Riesgo Código: PLE-PIN-M001/ Versión: 09 del 30 octubre de 2023"*, numeral 3.3, la cual se describe a continuación:

"La Secretaría de Gobierno se compromete a identificar, analizar, valorar y monitorear los riesgos que impidan el cumplimiento de los objetivos institucionales, con el apoyo de los servidores públicos, contratistas y la participación de la ciudadanía; alcanzando las metas trazadas de manera transparente y eficaz en la gestión de los procesos, la gestión ambiental, seguridad digital y la gestión de seguridad de la información, en pro del mejoramiento continuo de la Entidad"

En concordancia con lo anterior, y según los lineamientos establecidos en la **"Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas" del DAFP, Versión 6 (2022)**, la política de riesgos debe contar con la siguiente estructura:

Tabla 1. Verificación estructura de la política de gestión del riesgo

Lineamiento		Resultados de la verificación	Nivel de cumplimento
¿Qué es?	La política debe ser una declaración de la dirección y las intenciones generales de una organización con respecto a la gestión del riesgo.	Si bien en el *Manual de Gestión del Riesgo*, Código: PLE-PIN-M001, Versión: 09, se incluye la política de gestión del riesgo en su numeral 3, esta no cumple con el criterio de constituirse como una declaración formalmente emitida por la Alta Dirección, tal como lo exige la normativa vigente y las buenas prácticas en gestión del riesgo. Adicionalmente, el documento no evidencia las sesiones del Comité de Coordinación de Control Interno en las cuales se haya aprobado o modificado dicha política, lo cual limita la trazabilidad y el respaldo institucional de su adopción. Esta omisión impide verificar el compromiso explícito de la Alta Dirección con la gestión integral del riesgo, tal como lo establece la "Guía para la administración del riesgo y diseño de controles en entidades públicas" del DAFP, Versión 6 de 2022.	No Cumple
¿Quién la establece?	La Alta dirección de la Entidad, con el liderazgo del Representante Legal, con la participación del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	No se encuentra evidencia que permita verificar que la política de gestión del riesgo haya sido establecida por la Alta Dirección, con el liderazgo del Representante Legal y la participación del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, tal como lo exigen las disposiciones normativas y los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Asimismo, el documento no hace referencia a las sesiones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno en las que se haya discutido, aprobado o modificado dicha política, conforme a lo establecido en el artículo 2.2.21.1.6 del Decreto 1083 de 2015, que define las funciones de esta instancia. Esta omisión compromete la validez formal y la legitimidad del documento como instrumento rector de la gestión del riesgo en la entidad.	No Cumple

Lineamiento		Resultados de la verificación	Nivel de cumplimento
¿Qué se debe tener en cuenta?	Objetivos estratégicos de la entidad.	La Entidad establece su Plan Estratégico Institucional conforme al procedimiento PLE-PIN-P009, Versión 04. No obstante, dicho documento no evidencia de manera clara la correlación entre la política de gestión del riesgo y los objetivos estratégicos institucionales, omisión que impide visualizar cómo se integran ambos elementos dentro del marco de la planeación estratégica. Aunque para la vigencia 2025 se llevó a cabo una reestructuración de la planeación estratégica, esta actualización no estuvo acompañada de un ejercicio de revisión, valoración o ajuste del esquema de gestión de riesgos. En consecuencia, se advierte una desarticulación entre la planeación estratégica y la gestión del riesgo, lo cual limita la efectividad del enfoque preventivo y proactivo que debe caracterizar a una administración pública orientada a resultados y a la mejora continua.	Parcialmente
	Niveles de responsabilidad frente al manejo de riesgos	La Entidad establece en su manual de gestión del riesgo, numeral 1. Los roles y responsabilidades por cada una de las líneas de defensa.	Cumple
	Niveles de comunicación utilizados para dar a conocer la política en todos los niveles de la entidad.	La Entidad establece en su manual de gestión del riesgo, numeral 11. Los lineamientos y los responsables para la comunicación y consulta en las diferentes etapas en el proceso de gestión del riesgo.	Cumple
	Objetivo	El objetivo que cita el manual hace referencia al documento, más no a la política de gestión del riesgo	No cumple

Lineamiento		Resultados de la verificación	Nivel de cumplimento
¿Qué debe contener?	Alcance	La Entidad establece en su *Manual de Gestión del Riesgo* un alcance que abarca todos los procesos del Nivel Central y de las Alcaldías Locales de la Secretaría Distrital de Gobierno, con el propósito de garantizar una gestión adecuada de los riesgos por procesos, así como los relacionados con corrupción, soborno, seguridad digital y medio ambiente. No obstante, se identifica una brecha importante entre el alcance declarado y la aplicación práctica del modelo de gestión del riesgo. Específicamente, no se evidencia la identificación, análisis ni gestión de riesgos asociados al soborno, a la responsabilidad fiscal ni a la seguridad de la información. Esta omisión representa un riesgo institucional, dado que limita la capacidad de la entidad para prevenir y mitigar eventos que puedan comprometer su integridad, legalidad y sostenibilidad operativa	Parcialmente
	Niveles de aceptación	No se han definido niveles de aceptación o apetito del riesgo en el *Manual de Gestión del Riesgo*. Aunque se hace una referencia general a lo establecido en la Guía del DAFP, no se concreta una definición propia para la entidad que permita determinar el nivel de exposición al riesgo que está dispuesta a asumir. Esta omisión limita la capacidad de priorización y toma de decisiones frente a los riesgos identificados.	No Cumple
	Niveles para calificar el impacto	En el numeral 3.5.2 del Manual de Gestión del Riesgo se encuentran definidos los criterios para la calificación del riesgo, lo cual permite valorar de manera estructurada el nivel de impacto que un evento podría tener sobre los objetivos institucionales.	Cumple
	Tratamiento de riesgos	Aunque el manual menciona la Guía del DAFP como referencia, no se establece un procedimiento claro ni detallado que oriente las acciones específicas a seguir para el tratamiento de los riesgos identificados. Esta falta de claridad metodológica dificulta la implementación efectiva de planes de acción y limita el seguimiento de medidas preventivas y correctivas.	No cumple

Fuente: Elaboración propia OCI con base en reporte de la OAP

Finalmente, si bien es válido que la política de administración del riesgo se integre en un documento tipo manual o guía, es fundamental que dicho instrumento cumpla con los criterios establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). Asimismo, debe garantizar la claridad necesaria respecto a cómo se ejecutan los distintos lineamientos, procedimientos y responsabilidades, con el fin de asegurar una implementación efectiva, coherente y alineada con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

7.2 Identificación de riesgos

7.2.1 Clasificación del riesgo

En el seguimiento efectuado por la Oficina de Control Interno, se realizó la verificación del mapa de riesgos del Nivel Central y las Alcaldías Locales, información que fue suministrada por el jefe de la Oficina Asesora de Planeación mediante correo electrónico del 9 de abril de 2025. A través del análisis de la información emitida por la OAP, se observa que los 19 procesos del nivel central tienen un total de ochenta y seis (86) riesgos de gestión para la vigencia 2024, los cuales están identificados por cada proceso, así:

Tabla 2. Identificación Riesgos de Gestión por Proceso

PROCESO	RIESGOS
Control Disciplinario	2
Comunicación Estratégica	4
Convivencia y Diálogo Social	4
Fomento y Protección de los Derechos Étnicos	1
Fomento y Protección de los DDHH	5
Evaluación Independiente	1
Gestión del Conocimiento	4
Gestión Corporativa Institucional - Nivel Central	11
Gerencia del Talento Humano	7
Gestión del Patrimonio Documental	5
Gerencia de TIC	7
Acompañamiento a la Gestión Local	3
Gestión Pública Territorial Local	3
Inspección Vigilancia y Control	10
Gestión Jurídica	3
Planeación y Gestión Sectorial	3
Planeación Institucional	5
Relaciones Estratégicas	6
Servicio a la Ciudadanía	2
TOTAL	**86**

Fuente: Elaboración propia OCI con base en reporte de la OAP

En cuanto a la clasificación de los riesgos del nivel central, se tiene que, de los 86 riesgos identificados:

- Setenta y cinco (75) pertenecen a administración y ejecución de procesos, lo que representa el 87.21% del total de riesgos.

- Diez (10) corresponden a ambientales, equivalentes al 11.63%.

- Uno (1) compete a usuarios, productos y prácticas organizacionales, lo que equivale al 1.16%.

Cabe precisar que, de los ochenta y seis (86) riesgos en mención, trece (13) aplican para el Nivel Central y Alcaldías Locales, de los cuales cuatro (4) conciernen al proceso de inspección, vigilancia y control, tres (3) a gestión corporativa Institucional, tres (3) a gestión pública territorial local y tres (3) acompañamiento a la gestión local.

Tabla 3. Clasificación de Riesgos de Gestión

CLASIFICACIÓN				NIVEL CENTRAL	NIVEL LOCAL
Administración y ejecución de procesos	**Usuarios, productos y prácticas organizacionales**	**Ambiental**	**Corrupción**		
2	0	0	0	2	0
3	0	1	0	4	0
4	0	0	0	4	0
1	0	0	0	1	0
5	0	0	0	5	0
1	0	0	0	1	0
4	0	0	0	4	0
7	0	4	0	8	3
5	1	1	0	7	0
4	0	1	0	5	0
5	0	2	0	7	0
3	0	0	0	0	3
3	0	0	0	0	3
9	0	1	0	6	4
3	0	0	0	3	0
3	0	0	0	3	0
5	0	0	0	5	0
6	0	0	0	6	0
2	0	0	0	2	0
75	**1**	**10**	**0**	**73**	**13**

Fuente: Elaboración propia OCI con base en reporte de la OAP

En lo que compete al nivel local, están conformados por veintinueve (29) riesgos unificados que aplican para las 20 Alcaldías Locales, de los cuales: 22 corresponden a riesgos de gestión (75.86%) y 7 de corrupción (24.14%).

De los veintidós (22) riesgos de gestión, 13 pertenecen a administración y ejecución de procesos (equivalente al 59.09%) y 9 ambientales (40.91%).

Tabla 4. Clasificación de Riesgos Nivel Local

NIVEL LOCAL	CANTIDAD DE RIESGOS	CLASIFICACIÓN			
		Administración y ejecución de procesos	Usuarios, productos y prácticas organizacionales	Ambiental	Corrupción
Alcaldías Locales	**29**	**13**	**0**	**9**	**7**

Fuente: Elaboración propia OCI con base en reporte de la OAP

Identificados los riesgos de gestión del nivel central y teniendo en cuenta la información publicada en la página web institucional relacionada con el mapa de procesos de la Secretaría Distrital de Gobierno, la Oficina de Control Interno la distribución de los riesgos por tipo de procesos, así:

Tabla 5. Riesgo de Gestión por Tipo de Proceso

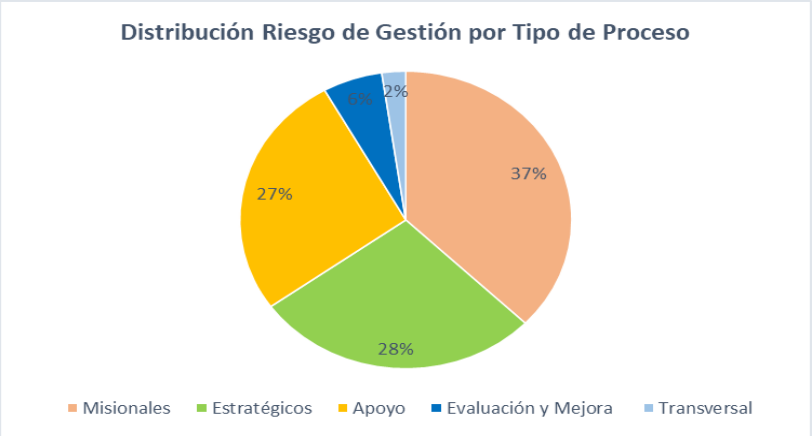
PROCESO	RIESGO POR PROCESO	TOTAL RIESGO POR PROCESO	TIPO DE PROCESO
Convivencia y Diálogo Social	4	**32**	**Misionales**
Fomento y Protección de los Derechos Étnicos	1		
Fomento y Protección de los DDHH	5		
Acompañamiento a la Gestión Local	3		
Gestión Pública Territorial Local	3		
Inspección Vigilancia y Control	10		
Relaciones Estratégicas	6		
Comunicación Estratégica	4	**24**	**Estratégicos**
Gestión del Patrimonio Documental	5		
Gerencia de TIC	7		
Planeación y Gestión Sectorial	3		
Planeación Institucional	5		
Control Disciplinario	2	**23**	**Apoyo**
Gestión Corporativa Institucional - Nivel Central	11		
Gerencia del Talento Humano	7		
Gestión Jurídica	3		
Evaluación Independiente	1	**5**	**Evaluación y Mejora**
Gestión del Conocimiento	4		

PROCESO	RIESGO POR PROCESO	TOTAL RIESGO POR PROCESO	TIPO DE PROCESO
Servicio a la Ciudadanía	2	**2**	**Transversal**

Fuente: Elaboración propia OCI con base en reporte de la OAP y Mapa de Procesos

De acuerdo con los datos que arroja la distribución de riesgo por procesos, se evidencia que de los 86 riesgos de gestión: 42 pertenecen al proceso misional (37%), 24 al proceso estratégico (28%), 23 al proceso de apoyo (27%), 5 al proceso de evaluación y mejora (6%) y 2 al proceso transversal (2%).

Gráfico 1. Distribución riesgo de gestión por tipo de proceso



Fuente: Elaboración propia OCI con base en reporte de la OAP y Mapa de Procesos

Es importante resaltar que, a partir del análisis realizado por la Oficina de Control Interno a la documentación y a las matrices de riesgos enviadas por la Oficina Asesora de Planeación, se identificaron debilidades en la gestión de ciertos tipos de riesgos específicos, como se detalla a continuación:

- **Riesgos de Tipo Fiscal:**

  Si bien el *Manual de Gestión del Riesgo* (Código: PLE-PIN-M001 / Versión 09) **Se incluyen conceptos sobre riesgos fiscales** no se establece una estructura clara para su gestión en las diferentes etapas del ciclo de riesgo (identificación, análisis, valoración, tratamiento y seguimiento). Adicionalmente, no se evidencian matrices en las que estos riesgos estén registrados formalmente, lo cual limita la capacidad de la entidad para prevenir y mitigar posibles afectaciones al patrimonio público.

- **Riesgos de Seguridad de la Información:**

  En relación con los riesgos de **seguridad de la información**, se identificó la existencia del formato **"PLE-PIN-F042 – Matriz Mapa de Riesgos de Seguridad de la Información"**, en el cual se desarrollan algunos aspectos relacionados con la gestión de este tipo de riesgo.

No obstante, es preciso indicar que el **Manual de Gestión del Riesgo** aborda de forma muy general la identificación de activos de información. Sin embargo, no se profundiza en los demás elementos clave del ciclo de gestión del riesgo, tales como la identificación de riesgos específicos, los controles existentes, los tratamientos propuestos, ni los criterios para determinar el *cómo* y el *cuándo* deben ejecutarse estas actividades.

Asimismo, no se identifican con claridad los **responsables del monitoreo**, ni se evidencia que estos riesgos formen parte de los informes periódicos que se presentan ante las distintas instancias de dirección o control, lo cual limita su seguimiento institucional y reduce la eficacia del modelo de gestión de riesgos en esta materia.

Durante el ejercicio de verificación, se evidenció que la labor de revisión y actualización de esta matriz se desarrolla actualmente desde la **Dirección de Tecnología**, sin que exista un canal formal que garantice su integración con el Sistema Institucional de Gestión del Riesgo, ni un mecanismo de articulación con la Oficina de Control Interno o el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

- **Riesgos de Soborno:**

Dentro del *Manual de Gestión del Riesgo* (Código: PLE-PIN-M001 / Versión 09), en su capítulo 12, se establecen los lineamientos generales para la gestión de riesgos relacionados con posibles actos de soborno. Este apartado representa un avance normativo al reconocer la importancia de prevenir este tipo de eventos que afectan la integridad institucional.

No obstante, en el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno no se evidenció la existencia de una matriz específica en la cual se encuentren identificados, evaluados y tratados los riesgos de soborno. Esta ausencia impide verificar el grado de implementación práctica de los lineamientos establecidos en el manual, así como el cumplimiento de estándares asociados a la gestión de riesgos de corrupción y soborno, tales como los establecidos en la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción) y la Norma Técnica ISO 37001 sobre sistemas de gestión antisoborno.

La falta de registros concretos y sistematizados sobre estos riesgos representa una brecha de control, que debe ser atendida con el fin de fortalecer el enfoque preventivo y garantizar la trazabilidad de las acciones institucionales en materia de integridad y ética pública.

Se recomienda a la entidad establecer un procedimiento formal para la incorporación de nuevas tipologías de riesgo al sistema institucional de gestión del riesgo, tanto las ya contempladas en el Manual de Gestión del Riesgo como las que surjan del ejercicio de planeación o de cambios en el entorno operativo.

Este procedimiento deberá definir:

- Los requisitos mínimos y formalidades documentales necesarias.

- Las instancias responsables de su análisis, validación y aprobación.
- Los criterios técnicos que sustenten su inclusión.

Dicho proceso deberá contar con la participación del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y alinearse con las directrices del DAFP y otras normas técnicas aplicables.

La implementación de esta medida permitirá subsanar debilidades actuales, como la falta de desarrollo metodológico o inclusión formal de ciertas fuentes de riesgo (ej. soborno, fiscales, seguridad de la información), fortaleciendo la trazabilidad, consistencia y efectividad del modelo de gestión institucional del riesgo.

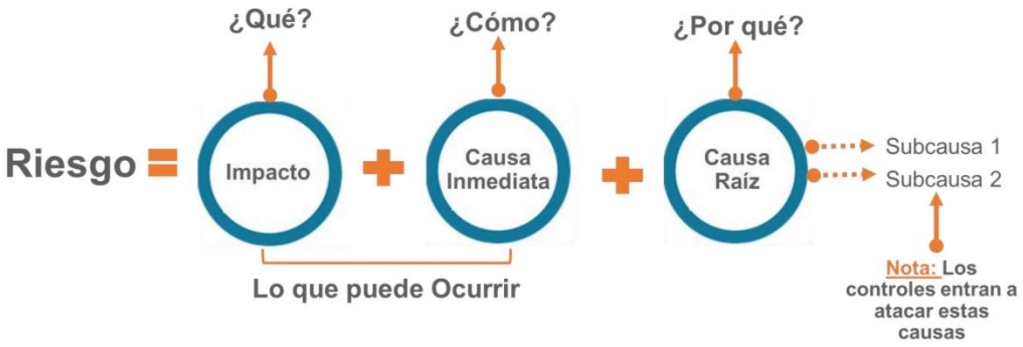
7.2.2. Descripción del Riesgo

De acuerdo con los riesgos establecidos en el mapa de riesgos de la Secretaría Distrital de Gobierno, y en el marco de las actividades de seguimiento, se tomó como muestra tres (3) procesos: Gerencia del Talento Humano (Apoyo), Gestión del Patrimonio Documental (Estratégico) y Servicio a la Ciudadanía (Transversal).

Se efectuó el análisis de la descripción de catorce (14) riesgos asociados a estos procesos, verificando su concordancia con la estructura definida para la formulación del riesgo, según lo establecido en el numeral 2.5 de la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 6. del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP).

Dicha estructura contempla como elementos mínimos: el impacto, la causa inmediata y la causa raíz.

Ilustración 3. Estructura propuesta para la redacción del riesgo



Fuente: Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 6.

De acuerdo con lo anterior, los resultados de este análisis se detallan a continuación:

Tabla 6. Análisis descripción del riesgo

Proceso	Riesgo	Impacto		Causa Inmediata		Causa Raíz	
		¿Qué?	Nivel de Cumplimiento	¿Cómo?	Nivel de Cumplimiento	¿Por qué?	Nivel de Cumplimiento
Gerencia del Talento Humano	Posibilidad de afectación reputacional por vincular servidores públicos sin el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Procedimiento Vinculación a la Planta de Personal de la SDG y la normatividad vigente	Posibilidad de afectación reputacional	Cumple	Por vincular servidores públicos sin el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Procedimiento Vinculación a la Planta de Personal de la SDG y la normatividad vigente.	Cumple	Revisión y verificación inadecuada del cumplimiento de los requisitos al momento de la vinculación del personal por parte de la persona competente y/o responsable.	Parcialmente
	Posibilidad de afectación reputacional por sanciones disciplinarias en razón al incumplimiento del derecho de los(las) servidores(as) de ser evaluados conforme a la normatividad vigente.	Posibilidad de afectación reputacional	Cumple	Por sanciones disciplinarias en razón al incumplimiento del derecho de los(las) servidores(as) de ser evaluados conforme a la normatividad vigente.	Cumple	Desconocimiento de los criterios e instrumentos del "Sistema Tipo de Evaluación del Desempeño establecido por la Comisión Nacional del Servicio Civil" y del "Procedimiento de Evaluación del Desempeño Laboral de Servidores de Carrera" establecido en la SDG tanto por el evaluador como el evaluado.	Parcialmente
	Posibilidad de afectación reputacional por baja participación por parte de los servidores públicos en las actividades de los planes institucionales de bienestar, capacitación y	Posibilidad de afectación reputacional	Cumple	Por baja participación por parte de los servidores públicos en las actividades de los planes institucionales de bienestar, capacitación y estímulos	Cumple	Debilidades en la etapa de formulación y planeación de los Planes Institucionales de Bienestar y Capacitación, que puedan desconocer las necesidades de los servidores	Parcialmente

Proceso	Riesgo	Impacto		Causa Inmediata		Causa Raíz	
		¿Qué?	Nivel de Cumplimiento	¿Cómo?	Nivel de Cumplimiento	¿Por qué?	Nivel de Cumplimiento
	estímulos programados por la DGTH.			programados por la DGTH.		públicos en los diferentes temas de bienestar y capacitación y desconocimiento o de los mismo por parte de los servidores de la SDG.	
	Posibilidad de afectación reputacional por liquidación de la nómina con errores.	Posibilidad de afectación reputacional	Cumple	Por liquidación de la nómina con errores.	Cumple	Falta de verificación de los diferentes pagos a realizar.	Parcialmente
	Posibilidad de afectación reputacional por inoportunidad en los reportes de nómina en relación con el cronograma establecido.	Posibilidad de afectación reputacional	Cumple	Por inoportunidad en los reportes de nómina en relación con el cronograma establecido.	Cumple	Falta de verificación del envío de los respectivos reportes a la Dirección Financiera.	Parcialmente
	Posibilidad de afectación ambiental negativa por la gestión inadecuada de residuos sólidos: convencionales (aprovechables y no aprovechables), peligrosos, hospitalarios y similares (Biosanitarios, anatomopatológicos y cortopunzantes), por parte de los proveedores de los servicios integrales técnicos, operativos y logísticos para la realización de las actividades de bienestar y	Posibilidad de afectación ambiental negativa	Cumple	Por la gestión inadecuada de residuos sólidos: convencionales (aprovechables y no aprovechables), peligrosos, hospitalarios y similares (Biosanitarios, anatomopatológicos y cortopunzantes), por parte de los proveedores de los servicios integrales técnicos, operativos y logísticos para la realización de las actividades de bienestar y realización de	Cumple	Debilidad en la ejecución de las actividades de seguimiento al tratamiento y/o disposición final de los residuos generados en el desarrollo de las actividades del proceso contractual.	Parcialmente

Proceso	Riesgo	Impacto		Causa Inmediata		Causa Raíz	
		¿Qué?	Nivel de Cumplimiento	¿Cómo?	Nivel de Cumplimiento	¿Por qué?	Nivel de Cumplimiento
	realización de exámenes periódicos ocupacionales.			exámenes periódicos ocupacionales.			
	Posibilidad de afectación reputacional por incumplimiento de las funciones por parte de los servidores de la entidad en el desarrollo del Teletrabajo.	Posibilidad de afectación reputacional	Cumple	Por incumplimiento de las funciones por parte de los servidores de la entidad en el desarrollo del Teletrabajo.	Cumple	Incumplimiento a lo establecido en los lineamientos emitidos para la estrategia de Teletrabajo en la SDG	Parcialmente
Gestión del Patrimonio Documental	Posibilidad de afectación reputacional por la inoportuna actualización de los instrumentos archivísticos en que se soporta el proceso documental en la entidad	Posibilidad de afectación reputacional	Cumple	Por la inoportuna actualización de los instrumentos archivísticos en que se soporta el proceso documental en la entidad.	Cumple	No se identifican a tiempo las modificaciones de los documentos producidos por los diferentes procesos y/o dependencias de la SDG y no se actualizan los instrumentos archivísticos	Parcialmente
	Probabilidad de afectación reputacional por la dificultad para garantizar de forma precisa la recuperación y el acceso a la información y su consulta.	Probabilidad de afectación reputacional	Cumple	Por la dificultad para garantizar de forma precisa la recuperación y el acceso a la información y su consulta.	Cumple	Inventarios documentales que no corresponden a la verdadera producción documental	Parcialmente
	Posibilidad de afectación reputacional por el biodeterioro del patrimonio documental de la entidad	Probabilidad de afectación reputacional	Cumple	Por el biodeterioro del patrimonio documental de la entidad.	Cumple	Insuficiencia en la aplicación de controles que garanticen la integridad del patrimonio documental de la entidad frente al biodeterioro	Parcialmente

Proceso	Riesgo	Impacto		Causa Inmediata		Causa Raíz	
		¿Qué?	Nivel de Cumplimiento	¿Cómo?	Nivel de Cumplimiento	¿Por qué?	Nivel de Cumplimiento
	Posibilidad de afectación ambiental por la gestión inadecuada de residuos sólidos aprovechables, provenientes de eliminación documental.	Posibilidad de afectación ambiental	Cumple	Por la gestión inadecuada de residuos sólidos aprovechables, provenientes de eliminación documental.	Cumple	Debilidad en la ejecución de seguimiento al tratamiento y/o disposición final de los residuos generados en el desarrollo de las actividades del proceso de gestión del patrimonio documental.	Parcialmente
	Posibilidad de afectación reputacional Pérdida o deterioro de documentos por el manejo de expedientes fuera de las instalaciones de la SDG.	Posibilidad de afectación reputacional Pérdida o deterioro de documentos	Cumple	Por el manejo de expedientes fuera de las instalaciones de la SDG.	Cumple	Incumplimiento a los lineamientos establecidos en el procedimiento aplicable del sistema de gestión	Parcialmente
Servicio a la Ciudadanía	Posibilidad de afectación reputacional por la extemporaneidad en los tiempos de respuesta de acuerdo con los términos de la Ley 1755-2015 de los Derechos de Petición.	Posibilidad de afectación reputacional	Cumple	Por la extemporaneidad en los tiempos de respuesta de acuerdo con los términos de la Ley 1755-2015 de los Derechos de Petición.	Cumple	Incumplimiento de los términos de ley por parte del responsable funcional de brindar respuesta a las peticiones.	Parcialmente
	Posibilidad de afectación reputacional por la inobservancia de las normas y/o criterios de servicio establecidos para la atención de la ciudadanía.	Posibilidad de afectación reputacional	Cumple	Por la inobservancia de las normas y/o criterios de servicio establecidos para la atención de la ciudadanía.	Cumple	Desactualización de la información que brindan los Servidores Públicos vinculados al proceso de Atención a la Ciudadanía.	Parcialmente

Fuente: Elaboración propia OCI con base en reporte de la OAP

Finalizado el análisis de la muestra, se evidencia que en la redacción de los catorce (14) riesgos revisados, el **impacto** se encuentra claramente definido. En todos los casos, se cumple con el uso adecuado de la estructura iniciando con la frase "**Posibilidad de…**", lo que permite identificar de manera precisa el **¿Qué?** (impacto del riesgo).

En cuanto al **¿Cómo?** (causa inmediata), esta se presenta de forma concreta en la totalidad de los riesgos evaluados, permitiendo una adecuada comprensión del mecanismo de ocurrencia.

No obstante, en relación con el **¿Por qué?** (causa raíz), se identificó que este elemento **no se encuentra incluido en la descripción del riesgo**, aunque sí está presente de forma complementaria en el mapa de riesgos por proceso. La ausencia de la causa raíz dentro de la redacción completa del riesgo limita su comprensión integral y la identificación precisa del origen del evento.

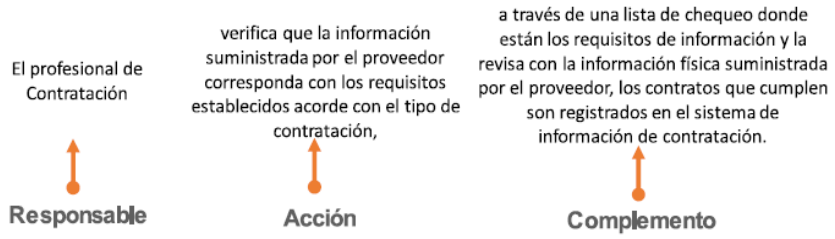
Por tanto, desde la OCI, sugiere incorporar de manera sucinta la **causa raíz** directamente en la descripción del riesgo, utilizando expresiones como: *"a causa de…"*, *"debido a…"* o *"a raíz de…"*. Esto permitirá cumplir con la estructura completa sugerida por las buenas prácticas de gestión del riesgo y facilitará una lectura integral y consistente de cada evento identificado.

7.2. Valoración del Riesgo

7.3.1. Descripción de controles

La Oficina de Control Interno realizó seguimiento a los controles de acuerdo con los lineamientos dados por la *"Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas V6"*, iniciando con la concepción formal del control el cual debe contemplar tres (3) características para la redacción. *"a) responsable de ejecutar el control, b) acción y c) complemento", este último debe aludir la "periodicidad, como se realiza la actividad del control, que pasa con las observaciones o desviaciones y la evidencia de ejecución del control"* y el manual de gestión del riesgo adoptado por la entidad, a continuación, se presenta ilustración tomada de la citada guía:

Ilustración 4. Estructura propuesta para la redacción de controles



Fuente: Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 6.

De acuerdo con los riesgos establecidos en los mapas de riesgos de la Secretaría Distrital de Gobierno, se tomó como muestra tres (3) procesos misionales (Acompañamiento a la Gestión Local, Inspección Vigilancia y Control y Gestión Pública Territorial Local), los cuales tienen registrados 16 riesgos y 21 controles. Efectuado el análisis de la descripción de los 21 controles. Como resultado de la verificación y análisis de la muestra, se

evidenció que, en 5 de los 21 controles evaluados no se incorporan adecuadamente los aspectos de periodicidad y desviaciones en su estructura de redacción, tal como se detalla a continuación:

Tabla 7. Análisis descripción de controles

PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE EJECUCIÓN DE CONTROL	OBSERVACIONES
Gestión Pública Territorial Local	Posibilidad de afectación económica y reputacional por deficiencias en la formulación y gestión de los proyectos de inversión local.	El alcalde local, cada vez que designe el profesional que efectuará el entrenamiento de puesto de trabajo, tendrá en cuenta los requisitos establecidos en el numeral 2.3 del documento de instrucciones para entrenamiento de puesto de trabajo GCO-GTH-IN004. La evidencia de ejecución del control será el formato de entrenamiento de puesto de trabajo GCO-GTH-F029 para servidores públicos o el formato GDI-GPD-F029 Evidencia de reunión, para contratistas.	El alcalde local	El control en la estructura de complemento no define en su redacción la descripción de la desviación.
Inspección Vigilancia y Control	Posibilidad de afectación económica y reputacional por inadecuado registro de la información de las actuaciones administrativas en SI ACTÚA	El profesional designado por el(la) Director(a) para la Gestión Policiva realizará capacitaciones virtuales o presenciales, a solicitud de las Alcaldías Locales, sobre el funcionamiento del aplicativo SÍ ACTÚA y el correcto cargue de la información. Como evidencia queda el formato "GDI-GPD-F029 - Evidencia de Reunión" o el listado de asistencia de la plataforma TEAMS.	El profesional designado por el(la) Director(a) para la Gestión Policiva	El control en la estructura de complemento no define en su redacción la descripción de la desviación.
		El profesional designado por el(la) Director(a) para la Gestión Policiva realizará reuniones periódicas virtuales o presenciales con las Alcaldías Locales relacionadas con el estado de las actuaciones administrativas y su cargue en el aplicativo SI ACTÚA, generando las recomendaciones y alertas tempranas que correspondan. Como evidencia queda el formato "GDI-GPD-F029 - Evidencia de Reunión"	El profesional designado por el(la) Director(a) para la Gestión Policiva	El control en la estructura de complemento no define en su redacción la descripción de la desviación.

PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	RESPONSABLE EJECUCIÓN DE CONTROL	OBSERVACIONES
	Posibilidad de afectación reputacional por no registrar en el "Sistema de Actuaciones Administrativas y Procesos Policivos", las multas impuestas que se encuentren en etapa de cobro persuasivo en las Alcaldías Locales.	El Profesional 222 - 24 del área de Gestión Policiva de la Alcaldía Local y/o su delegado, realiza de forma mensual el seguimiento al registro de las Actuaciones Administrativas en etapa de "Cobro Persuasivo" por parte de los profesionales de la Oficina Jurídica. Como evidencia de ejecución del control quedan las comunicaciones con los pantallazos del registro en el "Sistema de Actuaciones Administrativas y Procesos Policivos" y actas de reunión. Para nivel central el(a) Director(a) para la Gestión Policiva y/o su delegado realiza de forma mensual la consolidación de las Actuaciones Administrativas en etapa de "Cobro Persuasivo". Como evidencia de ejecución del control quedan la información suministrada por la localidad en el formato GET-IVC-F020 "Control de Multas", las actas de reunión de seguimiento que se hacen de manera periódica con los referentes del nivel local.	El Profesional 222 - 24 del área de Gestión Policiva de la Alcaldía Local y/o su delegado	El control en la estructura de complemento no define en su redacción la descripción de la desviación.
	Posibilidad de afectación reputacional por el inadecuado otorgamiento del reconocimiento de Sello Seguro a cargo de la Secretaría Distrital de Gobierno sin el lleno de los requisitos legales.	El Director para la Gestión Policiva o su delegado expedirá la certificación que otorga el beneficio de Sello Seguro a cargo de la Secretaría Distrital de Gobierno teniendo en cuenta el cumplimiento de la normatividad vigente. Como evidencia de la ejecución del control se dejará anexo a la solicitud el registro de verificación firmada por el funcionario responsable, el memorando remitido al solicitante y el certificado de Sello Seguro.	El Director para la Gestión Policiva o su delegado	El control en la estructura de complemento no define en su redacción la descripción de la desviación y periodicidad con la que se aplicará dicho control.

Fuente: Elaboración propia OCI con base en reporte de la OAP

De lo anteriormente se puede observar

- En todos los controles descritos, no se especifica claramente la descripción de la desviación o evento que indica el fallo del control, lo cual dificulta la evaluación del riesgo residual y la respuesta adecuada en caso de incumplimiento.
- Tampoco se evidencia en varios controles la definición de la periodicidad con la que deben aplicarse, monitorearse o actualizarse, lo que puede afectar la efectividad continua del control.

- La documentación de evidencias es clara, pero la falta de formalización en la estructura del control limita su seguimiento y evaluación objetiva.

Se recomienda revisar y ajustar la redacción de los controles incluidos en las matrices para que:

1. Incluyan una descripción clara y específica de la desviación o incumplimiento que el control busca mitigar o detectar. Esto facilitará la identificación de fallas y la toma de decisiones oportunas.
2. Definan la periodicidad con la que se debe ejecutar, monitorear o actualizar cada control, garantizando su efectividad y alineación con los requerimientos normativos y operativos.
3. Se mantenga la documentación formal y evidencias asociadas para soportar la ejecución y seguimiento de los controles.

Con estos ajustes, la entidad fortalecerá su modelo de gestión de riesgos, permitiendo un seguimiento más efectivo y una mayor capacidad de respuesta frente a posibles desviaciones en los procesos.

De igual forma, en el Anexo No. 1, denominado **"Análisis Descripción de Controles"**, se puede apreciar la evaluación realizada por la Oficina de Control Interno, en la cual se confronta la redacción de los veintiún (21) controles correspondientes a las tres dependencias seleccionadas como muestra, frente a la estructura establecida por la guía del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), la cual contempla los elementos de responsable, acción y complemento.

7.3.2. Clasificación por tipología de controles

Cuando se hace referencia a los atributos de eficiencia, el análisis se enfoca hacía los tipos de control (preventivo, detectivo y correctivo) que se aplican en la evaluación de riesgos - valoración de los controles.

Atributos de eficiencia

Tabla 8. Clasificación por tipo de control

PROCESO	CONTROL		
	Preventivo	Detectivo	Correctivo
Control Disciplinario	1	1	0
Comunicación Estratégica	1	2	1
Convivencia y Diálogo Social	13	2	0
Fomento y Protección de los Derechos Étnicos	1	0	0
Fomento y Protección de los DDHH	8	0	0
Evaluación Independiente	1	2	0
Gestión del Conocimiento	2	2	0
Gestión Corporativa Institucional - Nivel Central	8	5	0
Gerencia del Talento Humano	7	1	0
Gestión del Patrimonio Documental	2	4	0

PROCESO	CONTROL		
	Preventivo	Detectivo	Correctivo
Gerencia de TIC	4	2	2
Acompañamiento a la Gestión Local	4	0	0
Gestión Pública Territorial Local	4	1	0
Inspección Vigilancia y Control	6	6	0
Gestión Jurídica	0	3	2
Planeación y Gestión Sectorial	3	2	0
Planeación Institucional	4	2	0
Relaciones Estratégicas	2	4	0
Servicio a la Ciudadanía	2	0	1
TOTAL RIESGOS	**73**	**39**	**6**

Fuente: Elaboración propia OCI con base en reporte de la OAP

La información registrada y consolidada en la tabla anterior muestra que el 62% de los controles aplicados en el mapa de riesgos corresponden a controles preventivos, los cuales actúan directamente sobre la causa, atacando la probabilidad de ocurrencia del riesgo. En segundo lugar, el 33% corresponden a controles detectivos, cuya función principal es identificar la ocurrencia de un evento adverso y devolver el proceso a los controles preventivos, contribuyendo así a mitigar la probabilidad de materialización del riesgo. Finalmente, el 5% restante corresponde a controles correctivos, orientados a mitigar el impacto en caso de que el riesgo se materialice.

Respecto a la tipología de ejecución de los controles, se evidencia que, de los ciento dieciocho (118) controles evaluados, el 93% (100 controles) son manuales, es decir, ejecutados por personas, mientras que el 7% (8 controles) son automáticos, ejecutados de forma sistemática y sin intervención humana, mediante sistemas o aplicativos

Tabla 9. Clasificación de controles por forma de ejecución

PROCESO	CONTROL	
	Manual	Automático
Control Disciplinario	2	0
Comunicación Estratégica	4	0
Convivencia y Diálogo Social	15	0
Fomento y Protección de los Derechos Étnicos	1	0
Fomento y Protección de los DDHH	8	0
Evaluación Independiente	3	0
Gestión del Conocimiento	4	0
Gestión Corporativa Institucional - Nivel Central	11	2
Gerencia del Talento Humano	6	2
Gestión del Patrimonio Documental	6	0

PROCESO	CONTROL	
	Manual	Automático
Gerencia de TIC	6	2
Acompañamiento a la Gestión Local	4	0
Gestión Pública Territorial Local	4	1
Inspección Vigilancia y Control	12	0
Gestión Jurídica	5	0
Planeación y Gestión Sectorial	5	0
Planeación Institucional	5	1
Relaciones Estratégicas	6	0
Servicio a la Ciudadanía	3	0
TOTAL RIESGOS	**110**	**8**

Fuente: Elaboración propia OCI con base en reporte de la OAP

La predominancia de controles **preventivos (62%)** en el mapa de riesgos refleja un enfoque proactivo de la entidad hacia la gestión del riesgo, priorizando la mitigación en la fase inicial, es decir, antes de que los eventos riesgosos puedan materializarse. Este enfoque es positivo porque al atacar la causa de los riesgos, se reduce la probabilidad de ocurrencia, lo que contribuye a una gestión más eficiente y a la protección anticipada de los objetivos institucionales.

Sin embargo, la presencia significativa de controles **detectivos (33%)** indica que la entidad también reconoce la importancia de monitorear y detectar oportunamente eventos adversos cuando las medidas preventivas no son suficientes. Los controles detectivos permiten identificar desviaciones o fallas en tiempo para activar respuestas oportunas, minimizando daños o impactos negativos.

Por otro lado, la baja proporción de controles **correctivos (5%)** podría evidenciar un área de oportunidad para fortalecer las capacidades de reacción y recuperación tras la materialización de riesgos. Si bien es ideal evitar la ocurrencia de riesgos, la naturaleza dinámica de los entornos operativos demanda que las organizaciones estén preparadas para aplicar acciones correctivas efectivas que atenúen impactos cuando suceden eventos no previstos.

En cuanto a la **ejecución de los controles**, el predominio de controles manuales (93%) implica una alta dependencia del factor humano para la efectividad de las medidas implementadas. Esto puede representar una debilidad potencial, ya que la ejecución manual es susceptible a errores, omisiones o falta de consistencia, además de requerir mayor esfuerzo de seguimiento y supervisión.

La baja proporción de controles automáticos (7%) sugiere que existen oportunidades para incorporar más soluciones tecnológicas que automaticen la detección, prevención o corrección de riesgos, lo que puede aumentar la eficiencia, reducir errores y optimizar recursos.

En conclusión, aunque la estructura de controles está orientada a la prevención y detección, la entidad debería considerar fortalecer su capacidad de respuesta correctiva y avanzar en la automatización de controles para mejorar la eficacia y resiliencia de su sistema de gestión del riesgo.

7.3.3. Evaluación del Riesgo

De igual manera, la Oficina de Control Interno en su ejercicio de evaluación y seguimiento realiza el análisis concerniente a las calificaciones de los riesgos por proceso, el cual se relaciona a continuación:

Tabla 10. Calificaciones Riesgos de Gestión

PROCESO	Riesgo Inherente				Riesgo Residual			
	Extremo	Alto	Moderado	Bajo	Extremo	Alto	Moderado	Bajo
Control Disciplinario	0	0	2	0	0	0	2	0
Comunicación Estratégica	2	0	2	0	2	0	2	0
Convivencia y Diálogo Social	0	1	3	0	0	0	4	0
Fomento y Protección de los Derechos Étnicos	0	0	0	1	0	0	0	1
Fomento y Protección de los DDHH	0	0	0	5	0	0	0	5
Evaluación Independiente	0	0	1	0	0	0	1	0
Gestión del Conocimiento	0	0	2	2	0	0	2	2
Gestión Corporativa Institucional - Nivel Central	1	2	8	0	1	1	6	3
Gerencia del Talento Humano	0	0	4	3	0	0	3	4
Gestión del Patrimonio Documental	0	2	1	2	0	2	1	2
Gerencia de TIC	0	0	4	3	0	0	3	4
Acompañamiento a la Gestión Local	0	0	1	2	0	0	1	2
Gestión Pública Territorial Local	0	0	3	0	0	0	3	0
Inspeccion Vigilancia y Control	0	3	7	0	0	1	9	0
Gestión Jurídica	0	1	2	0	0	1	2	0
Planeación y Gestión Sectorial	0	2	1	0	0	2	1	0
Planeación Institucional	0	0	4	1	0	0	3	2
Relaciones Estratégicas	0	1	4	1	0	0	5	1
Servicio a la Ciudadanía	0	2	0	0	0	1	1	0
TOTAL RIESGOS	**3**	**14**	**49**	**20**	**3**	**8**	**49**	**26**

Fuente: Elaboración propia OCI con base en reporte de la OAP

La evaluación comparativa entre los riesgos inherentes y los riesgos residuales reflejada en la tabla y el análisis realizado por la Oficina de Control Interno permite identificar el grado de efectividad de los controles aplicados en los diferentes procesos de la entidad.

Distribución general de riesgos:

- Se identificaron **86 riesgos** en total, con predominancia en niveles moderados (49) y bajos (20 inherentes y 26 residuales).
- La entidad presenta **3 riesgos en nivel extremo inherente**, que se mantienen en la misma categoría residual, y **14 riesgos altos inherentes**, de los cuales 8 permanecen en esta categoría residual.

Efectividad de los controles:

- La aplicación de controles logró desplazar los riesgos de 8 de los 19 procesos a niveles inferiores, lo que representa el **42.10% de los procesos**, indicando que en casi la mitad de los procesos se ha logrado una reducción en el nivel de riesgo residual respecto al inherente.
- Sin embargo, el hecho de que los riesgos extremos no hayan disminuido y que más de la mitad de los riesgos altos se mantengan en la misma categoría, evidencia que los controles implementados no son totalmente efectivos en mitigar los riesgos de mayor gravedad.
- Además, el número de riesgos moderados no muestra reducción significativa, y sólo el 30.23% de los riesgos totales se ubican en niveles bajos, lo que indica una limitada capacidad para minimizar la exposición global al riesgo.

A continuación, se relacionan los 8 procesos que presentaron variaciones en la zona de riesgos como efecto de la ejecución de controles:

1. Convivencia y Diálogo Social:

Un (1) Riesgo Inherente **Alto** pasó a Riesgo Residual **Moderado.**

2. Gestión corporativa Institucional – Nivel Central:
De dos (2) Riesgo Inherente Alto, bajó a un (1) Riesgo Residual Alto. No obstante, uno (1) de los dos (2) riesgos inherentes categorizados como Alto se mantuvo en la misma zona en el riesgo residual.

De ocho (8) Riesgo Inherente Moderado, disminuyó a seis (6) Riesgo Residual Moderado.

Esta situación generó que los tres (3) riesgos de diferencia que se presentan en ambos casos, hayan pasado de Riesgo Inherente **Alto (1)** y **moderado (2)** a **tres (3)** Riesgo Residual **Bajo**.

3. Gerencia del Talento Humano:
De cuatro (4) Riesgo inherente Moderado, bajó a tres (3) Riesgo residual Moderado.
De tres (3) Riesgo inherente Bajo, aumentó a cuatro (4) Riesgo residual Bajo.

Este contexto permitió que un **(1) Riesgo Inherente Moderado**, pasara a **un (1) Riesgo Residual Bajo.**

4. **Gerencia de TIC:**

De cuatro (4) Riesgo inherente Moderado, bajó a tres (3) Riesgo residual Moderado.
De tres (3) Riesgo inherente Bajo, aumentó a cuatro (4) Riesgo residual Bajo.

Este caso es igual al presentado en el proceso anterior, toda vez que, **un (1) Riesgo Inherente Moderado** pasó a **un (1) Riesgo Residual Bajo.**

5. Inspección Vigilancia y Control:

De tres (3) Riesgo Inherente Alto, se redujo a un (1) Riesgo Residual Moderado. Sin embargo, uno (1) de los tres (3) riesgos inherentes categorizados como Alto se mantuvo en la misma zona en el riesgo residual.

De siete (7) Riesgo Inherente Moderado, subió a nueve (9) Riesgo Residual Moderado.

Lo anterior muestra que dos (2) de los tres (3) Riesgo Inherente **Alto** se desplazaran a Riesgo Residual **Moderado**.

6. Planeación Institucional:

De cuatro (4) Riesgo Inherente Moderado, bajó a tres (3) Riesgo Residual Moderado.
De un (1) Riesgo Inherente bajo, aumentó a dos (2) Riesgo Residual bajo.

Esta situación refleja que un (1) Riesgo Inherente **Moderado** pasara a Riesgo Residual **Bajo**.

7. Relaciones Estratégicas:
Un (1) Riesgo Inherente **Alto** pasó a Riesgo Residual **Moderado.**

8. Servicio a la Ciudadanía:

Uno (1) de los dos (2) Riesgo Inherente **Alto** se desplazó a Riesgo Residual **Moderado.** A pesar de eso, uno (1) de los dos (2) riesgos inherentes categorizados como Alto se mantuvo en la misma zona en el riesgo residual.

Como se observa, algunos procesos, tales como Convivencia y Diálogo Social, Gestión Corporativa Institucional, Gerencia del Talento Humano, Gerencia de TIC, Inspección Vigilancia y Control, Planeación Institucional, Relaciones Estratégicas y Servicio a la Ciudadanía, evidencian una reducción parcial en sus niveles de riesgo residual.

No obstante, en estos mismos procesos, ciertos riesgos continúan ubicados en niveles altos o extremos, lo que indica oportunidades claras de mejora en el diseño y aplicación de los controles existentes.

La persistencia de riesgos en niveles altos y extremos refleja una deficiencia en la eficiencia y efectividad del tratamiento de riesgos implementado por la entidad.

Por lo tanto, la gestión del riesgo debe ir más allá de la simple identificación y clasificación, orientándose hacia la implementación de controles que logren reducir efectivamente tanto la probabilidad de ocurrencia como el impacto de los riesgos.

La ausencia de una disminución significativa en los riesgos moderados y altos podría traducirse en pérdidas económicas o afectación reputacional para la entidad, lo cual demanda una atención prioritaria y estrategias de mejora contundentes.

7.3.4. Estrategias para combatir el riesgo

Se realizó la verificación de los tratamientos implementados para mitigar los riesgos identificados en los diferentes procesos de la entidad, como se muestra a continuación:

Tabla 11. Tratamientos por proceso

Proceso	Tratamiento			Observaciones
	Reducir (Mitigar)	Reducir (Transferir)	Aceptar	
Control Disciplinario	2			
Comunicación Estratégica			4	
Convivencia y Diálogo Social			15	
Fomento y Protección de los Derechos Étnicos			1	
Fomento y Protección de los DDHH			8	
Evaluación Independiente			3	
Gestión del Conocimiento			4	
Gestión Corporativa Institucional - Nivel Central		3	10	
Gerencia del Talento Humano			8	
Gestión del Patrimonio Documental			6	
Gerencia de TIC			4	Se evidencian cuatro (04) controles sin tratamiento
Acompañamiento a la Gestión Local			4	
Gestión Pública Territorial Local			5	
Inspección Vigilancia y Control			12	
Gestión Jurídica			5	
Planeación y Gestión Sectorial			5	
Planeación Institucional			6	
Relaciones Estratégicas			6	
Servicio a la Ciudadanía		2	1	
TOTAL	**2**	**5**	**107**	**114**

Fuente: Elaboración propia OCI con base en reporte de la OAP

La revisión de los tratamientos aplicados para mitigar los riesgos en los diferentes procesos de la entidad revela que, de un total de 118 controles evaluados, una gran mayoría —el 91%— se clasifica bajo la estrategia de **aceptación** del riesgo. Esto indica que la entidad asume dichos riesgos y sus consecuencias potenciales sin implementar medidas activas para evitarlos, mitigarlos o transferirlos.

Por otro lado, apenas un 4% de los controles corresponden a la estrategia de **reducción mediante transferencia** y un 2% a la reducción mediante **mitigación**, mientras que un 3% de los controles no cuenta con un tratamiento reportado, lo que representa un área de riesgo potencial por falta de claridad en la gestión.

Este predominio de la aceptación como estrategia de tratamiento de riesgos puede evidenciar una postura pasiva frente a la gestión del riesgo, que podría exponer a la entidad a pérdidas económicas, afectación reputacional u otros impactos negativos no deseados. Desde la perspectiva del análisis costo-beneficio, la aceptación del riesgo debería utilizarse de manera limitada y solo cuando el costo de implementar controles adicionales supere el beneficio de reducir el riesgo.

Adicionalmente, se destaca que la Política de Administración del Riesgo de la entidad no establece actualmente un marco de referencia claro para el tratamiento de riesgos, lo cual dificulta la definición y aplicación consistente de estrategias adecuadas que contribuyan a la efectiva gestión del riesgo.

Por lo tanto, se recomienda que la entidad:

- Defina y formalice en su política un marco claro y coherente para el tratamiento de riesgos, con criterios específicos para la selección y aplicación de estrategias (aceptación, mitigación, transferencia, evitación).
- Realice un análisis costo-beneficio riguroso para determinar cuándo la aceptación es apropiada y cuándo deben implementarse medidas activas de mitigación o transferencia.
- Desarrolle planes de acción para ampliar el uso de estrategias que disminuyan la probabilidad e impacto de los riesgos, fortaleciendo así la capacidad de gestión y minimizando la exposición a eventos adversos.

7.3. Monitoreo y Revisión

La Oficina de Control Interno (OCI), mediante la solicitud formal a la Oficina Asesora de Planeación (OAP), recibió evidencia relativa a los monitoreos realizados durante la vigencia 2024 a los procesos del nivel central y las Alcaldías Locales. Los documentos suministrados incluyen tres informes de monitoreo, así como matrices de seguimiento aplicadas a dichos procesos.

Al comparar la información entre tres fuentes —la matriz mapa de riesgos, el informe de monitoreo y la matriz de monitoreo— se identificaron discrepancias significativas en la cantidad y clasificación de riesgos registrados así:

Tabla 12. Comparativo información clasificación de riesgos

CLASIFICACIÓN DE RIESGOS	MATRIZ MAPA DE RIESGO	INFORME MONITOREO DE RIESGO	MATRIZ MONITOREO DE RIESGO
Administración y ejecución de procesos	75	81	77
Usuarios, productos y prácticas organizacionales	1	0	0
Ambiental	10	18	10
Corrupción	0	23	22
Total	**86**	**122**	**109**

Fuente: Elaboración propia OCI con base en reporte de la OAP

Es importante aclarar que la discrepancia se presenta debido a que en la matriz mapa de riesgo solo se encuentra registrada la información referente a los riesgos de gestión por proceso, la cual fue objeto de verificación, análisis y seguimiento en la parte inicial de este informe. En lo que respecta al informe y matriz de monitoreo, la diferencia de 23 riesgos se debe a que en el informe se relacionan 15 riesgos del proceso gestión corporativa institucional **Nivel Local** (información que no se encuentra en las matrices de monitoreo), entre tanto que en la matriz de monitoreo, los procesos gerencia TIC y gestión del conocimiento tienen registrado 1 riesgo más en cada uno que los inscritos de estos procesos en el informe, presentándose así diferencia de 13 riesgos, para mayor ilustración, a continuación, se relacionan los cuadros comparativos que corrobora lo expresado.

Tabla 13. Comparativo información clasificación de riesgos

MATRIZ MONITOREO DE RIESGO			
PROCESO	**RIESGO POR PROCESO**	**TOTAL RIESGO POR PROCESO**	**TIPO DE PROCESO**
Convivencia y Diálogo Social	6	**35**	**Misionales**
Fomento y Protección de los Derechos Étnicos	1		
Fomento y Protección de los DDHH	5		
Acompañamiento a la Gestión Local	3		
Gestión Pública Territorial Local	3		
Inspección Vigilancia y Control	10		
Relaciones Estratégicas	7		
Comunicación Estratégica	5	**29**	**Estratégicos**
Gestión del Patrimonio Documental	6		
Gerencia de TIC	**8**		
Planeación y Gestión Sectorial	3		
Planeación Institucional	7		
Control Disciplinario	3	**32**	**Apoyo**
Gestión Corporativa Institucional - Nivel Central	**17**		
Gerencia del Talento Humano	9		
Gestión Jurídica	3		
Evaluación Independiente	2	**10**	**Evaluación y Mejora**
Gestión del Conocimiento	**8**		
Servicio a la Ciudadanía	3	**3**	**Transversal**
TOTAL	**109**		

INFORME MONITOREO DE RIESGO			
PROCESO	**RIESGO POR PROCESO**	**TOTAL RIESGO POR PROCESO**	**TIPO DE PROCESO**
Convivencia y Diálogo Social	6	**35**	**Misionales**
Fomento y Protección de los Derechos Étnicos	1		
Fomento y Protección de los DDHH	5		
Acompañamiento a la Gestión Local	3		
Gestión Pública Territorial Local	3		
Inspección Vigilancia y Control	10		
Relaciones Estratégicas	7		
Comunicación Estratégica	5	**28**	**Estratégicos**
Gestión del Patrimonio Documental	6		
Gerencia de TIC	**7**		
Planeación y Gestión Sectorial	3		
Planeación Institucional	7		
Control Disciplinario	3	**47**	**Apoyo**
Gestión Corporativa Institucional - Nivel Central	17		
Gestión Corporativa Institucional - Nivel Local	**15**		
Gerencia del Talento Humano	9		
Gestión Jurídica	3		
Evaluación Independiente	2	**9**	**Evaluación y Mejora**
Gestión del Conocimiento	**7**		
Servicio a la Ciudadanía	3	**3**	**Transversal**
TOTAL	**122**		

Fuente: Elaboración propia OCI con base en reporte de la OAP

La variabilidad en la cantidad y clasificación de riesgos entre las fuentes evidencia una falta de consolidación y estandarización de la información utilizada para la gestión y seguimiento de riesgos en la entidad. Esta situación puede afectar la claridad y efectividad del monitoreo, dificultando la identificación oportuna de brechas, la toma de decisiones informadas y la evaluación precisa del estado de los riesgos.

Para fortalecer el proceso de monitoreo y revisión, es esencial implementar mecanismos que aseguren la armonización de la información entre las diferentes fuentes y documentos, de manera que todas las áreas y niveles reporten datos consistentes y actualizados. Asimismo, se recomienda la definición clara de criterios y formatos uniformes para la consolidación de riesgos y controles, así como la periodicidad y responsabilidad en la actualización de la información.

En conclusión, la existencia de discrepancias entre las diferentes matrices e informes de monitoreo destaca la necesidad de mejorar la gestión documental y el control interno para garantizar una supervisión efectiva y confiable de los riesgos de la entidad.

Una vez aclaradas las diferencias, la Oficina de Control Interno procede a realizar el análisis con la información concerniente a las matrices de monitoreo de riesgos enviadas por la Oficina Asesora de Planeación. De acuerdo con lo anterior, se describe los resultados del seguimiento efectuado a las matrices de monitoreo de riesgos:

7.4.1 Monitoreo Nivel Central

El Nivel Central (representado en los 19 procesos) cuenta con 109 riesgos, de los cuales se establecieron 143 controles, así:

- Setenta y siete (77) pertenecen a administración y ejecución de procesos, equivalente al 71% del total de riesgos.
- Veintidós (22) competen a corrupción, que representan el 20%.
- Diez (10) corresponden a ambientales, lo que equivale al 9%.

Tabla 14. Monitoreo Nivel Central

PROCESO	RIESGOS	CONTROLES
Control Disciplinario	3	3
Comunicación Estratégica	5	6
Convivencia y Diálogo Social	6	19
Fomento y Protección de los Derechos Étnicos	1	1
Fomento y Protección de los DDHH	5	8
Evaluación Independiente	2	5
Gestión del Conocimiento	8	8
Gestión Corporativa Institucional - Nivel Central	17	20
Gerencia del Talento Humano	9	10
Gestión del Patrimonio Documental	6	7
Gerencia de TIC	8	9

PROCESO	RIESGOS	CONTROLES
Acompañamiento a la Gestión Local	3	4
Gestión Pública Territorial Local	3	0
Inspección Vigilancia y Control	10	11
Gestión Jurídica	3	5
Planeación y Gestión Sectorial	3	5
Planeación Institucional	7	8
Relaciones Estratégicas	7	7
Servicio a la Ciudadanía	3	7
TOTAL	**109**	**143**

Fuente: Elaboración propia OCI con base en reporte de la OAP

Con base en la información suministrada por la Oficina Asesora de Planeación (OAP), se realizó la verificación del monitoreo de riesgos correspondiente a la vigencia 2024. Es importante destacar que no se recibió información relacionada con el proceso Gestión Pública Territorial Local, razón por la cual la evaluación se llevó a cabo con base en los datos reportados para 18 procesos institucionales.

Durante los tres ciclos de monitoreo efectuados, se identificaron materializaciones recurrentes de riesgos, especialmente en los procesos Relaciones Estratégicas y Servicio a la Ciudadanía, lo cual refleja deficiencias en el tratamiento y seguimiento de los riesgos previamente identificados. A continuación, se detallan los principales hallazgos por ciclo:

Primer Monitoreo

- Se reporta la materialización de cuatro (4) riesgos asociados a la categoría de *administración y ejecución de procesos*:
    - Tres (3) en el proceso *Relaciones Estratégicas*.
    - Uno (1) en el proceso *Servicio a la Ciudadanía*.
- El riesgo materializado en el proceso *Servicio a la Ciudadanía* es reincidente y permanece en estado abierto, según el plan de mejoramiento asociado (No. 449 al 453).
- Los tres riesgos del proceso *Relaciones Estratégicas* carecen de reporte de plan de mejoramiento.
- Las causas de materialización incluyen: vencimientos en derechos de petición, radicación extemporánea de respuestas, e inasistencia a mesas de gestión territorial.

Segundo Monitoreo

- Se reporta la materialización de dos (2) riesgos:
    - Uno (1) en *Relaciones Estratégicas* por vencimiento de términos de respuesta.
    - Uno (1) en *Servicio a la Ciudadanía* por incumplimiento en los plazos legales para atender peticiones ciudadanas.

- Se confirma la reincidencia de los procesos *Relaciones Estratégicas* y *Servicio a la Ciudadanía*.
- El proceso *Relaciones Estratégicas* no ha formulado ni reportado planes de mejoramiento conforme al Manual GCN-M002, pese al vencimiento del plazo de 15 días hábiles para ello.
- *Servicio a la Ciudadanía* reporta múltiples planes de mejoramiento asociados, todos en estado abierto (Planes No. 457 al 497).
- Además, se identificaron inconsistencias en el diligenciamiento de la matriz de monitoreo, especialmente en *Relaciones Estratégicas*, donde no se completaron las casillas correspondientes a dos riesgos, uno de ellos de naturaleza reputacional por insuficiente coordinación electoral, y otro de tipo corrupción.

Tercer Monitoreo

- Se evidencia la materialización de tres (3) riesgos:
  - Uno (1) en *Acompañamiento a la Gestión Local*, sin plan de mejoramiento formulado.
  - Uno (1) en *Relaciones Estratégicas*, por vencimiento en la respuesta a actores políticos.
  - Uno (1) en *Servicio a la Ciudadanía*, por respuesta tardía o ausente a peticiones ciudadanas.
- Se reitera la reincidencia de materialización en los procesos *Relaciones Estratégicas* y *Servicio a la Ciudadanía*, aunque se reconoce que han implementado acciones de mitigación.
- En contraste, el proceso *Acompañamiento a la Gestión Local* no presenta plan de mejoramiento, a pesar de la materialización del riesgo.
- Se mantiene la falta de diligenciamiento de la matriz en el proceso *Relaciones Estratégicas*, particularmente frente al riesgo reputacional vinculado con los procesos electorales.

De lo anterior se puede evidenciar:

- La reiterada materialización de riesgos en *Relaciones Estratégicas* y *Servicio a la Ciudadanía* sugiere debilidades en el diseño y ejecución de los controles existentes, así como en la efectividad de los mecanismos de seguimiento.
- La ausencia de planes de mejoramiento o el incumplimiento de plazos para su formulación y reporte, constituyen una vulnerabilidad significativa frente a la gestión del riesgo institucional.
- La incompleta o deficiente diligenciamiento de las matrices de monitoreo limita la trazabilidad y control sobre las acciones tomadas ante riesgos materializados.
- La falta de información para el proceso *Gestión Pública Territorial Local* evidencia oportunidades de mejora en la articulación entre áreas responsables del monitoreo y reporte de riesgos.

7.4.2 Monitoreo Nivel Local

En relación con el monitoreo del riesgo en el Nivel Local, se identificaron 29 riesgos y 34 controles registrados en las matrices de los procesos: *Gestión Pública Territorial Local*, *Inspección, Vigilancia y Control*, *Gestión Corporativa Institucional* y *Acompañamiento a la Gestión Local*, todos gestionados desde el nivel central con cobertura a las 20 Alcaldías Locales. No obstante, se evidenció que no existen matrices diferenciadas por cada Alcaldía, que reflejen

un análisis de contexto particular según la probabilidad e impacto de los riesgos. En consecuencia, el seguimiento se realiza exclusivamente desde el nivel central, lo que limita la capacidad de respuesta localizada.

Para la elaboración del presente análisis, se tomaron como referencia las matrices de monitoreo y los tres informes enviados por la Oficina Asesora de Planeación (OAP). A continuación, se describen los principales resultados obtenidos por cuatrimestre:

Primer Monitoreo

- Se materializaron tres (3) riesgos:
  - Chapinero: Riesgo de corrupción por extravío de expediente físico del Área de Gestión Policiva y Jurídica.
  - Tunjuelito: Extracción no autorizada de información del aplicativo *SI ACTÚA*.
  - Teusaquillo: Demora en la conformación del equipo de trabajo, por retrasos en la contratación.
- Ninguna de las tres alcaldías reportó la formulación de planes de mejoramiento, en contravía de lo establecido en el Manual GCN-M002, lo cual denota un bajo nivel de atención al proceso de gestión de riesgos.
- Se identificaron deficiencias en el diligenciamiento de las matrices:
  - Mártires: Matriz sin diligenciar.
  - La Candelaria: Casillas 2, 3, 4, 6, 7 y 8 sin información.
  - Bosa: No diligenciada la casilla de respuesta para riesgo de baja ejecución presupuestal (PAC).

Segundo Monitoreo

- Se reporta la materialización de 29 riesgos, distribuidos así:
  - La Candelaria: 24 riesgos (12 de ejecución, 7 de corrupción, 5 ambientales).
  - Chapinero, Bosa, Engativá, Suba, Rafael Uribe Uribe: 1 cada una.
- La OAP, sin embargo, informa 21 riesgos materializados, lo que genera una inconsistencia crítica en la información. La Oficina de Control Interno (OCI) advierte la necesidad de:
  - Validar si hubo errores en el diligenciamiento de la matriz de La Candelaria.
  - Realizar un alcance aclaratorio, en caso de error.
  - Exigir una verificación detallada por parte de la OAP para determinar si la materialización de los 24 riesgos fue real o producto de error humano.
- Ninguno de los riesgos identificados cuenta con plan de mejoramiento asociado, reiterando el incumplimiento al Manual GCN-M002.
- Adicionalmente, se registraron problemas de acceso a la información por celdas ocultas en las matrices de:
  - Teusaquillo, Mártires, Puente Aranda, Ciudad Bolívar y Sumapaz (18 de 29 celdas ocultas).
- Antonio Nariño: Matriz sin diligenciar.

Tercer Monitoreo

- Se identificaron seis (6) riesgos materializados, ubicados en:
  - Chapinero (corrupción),
  - Bosa (ambientales),
  - Engativá, Antonio Nariño, La Candelaria (ejecución y administración de procesos).
- La información coincide con lo reportado por la OAP, pero se mantiene la ausencia de planes de mejoramiento para todos los casos.
- Persisten fallas de diligenciamiento:
  - La Candelaria: 12 riesgos sin casilla de respuesta diligenciada.
  - Antonio Nariño: 2 riesgos sin respuesta.
- La matriz de Usme presenta 22 de 29 celdas ocultas, lo que impidió su verificación por parte de la OCI

Se concluye que la inexistencia de matrices específicas por cada Alcaldía Local limita significativamente la contextualización y, por ende, la efectividad de la gestión del riesgo en el nivel territorial. Esta falencia impide una adecuada identificación, análisis y tratamiento diferenciado de los riesgos conforme a las particularidades operativas y administrativas de cada localidad.

De igual forma, se evidencian reiteradas materializaciones de riesgos sin la correspondiente formulación de planes de mejoramiento, lo cual refleja una preocupante falta de implementación de medidas correctivas y una débil cultura institucional en la gestión del riesgo, en contravía de lo establecido en el Manual GCN-M002.

La presencia de celdas ocultas y matrices incompletas representa un obstáculo crítico para la trazabilidad, el control y la verificación de la información por parte de la Oficina de Control Interno, afectando la transparencia y eficiencia del seguimiento.

Adicionalmente, la disparidad entre los datos reportados por las Alcaldías y la Oficina Asesora de Planeación (OAP) evidencia deficiencias en los mecanismos de control de calidad y validación interna de la información, lo que pone en entredicho la confiabilidad de los reportes presentados.

8. Conclusiones

- Falta de claridad metodológica: Aunque la entidad cuenta con el "Manual para la Gestión del Riesgo" (PLE-PIN-M001, versión 09 de octubre de 2023), este no detalla con claridad cómo se da cumplimiento a los lineamientos establecidos por el DAFP, lo que genera ambigüedad metodológica y dificulta la implementación homogénea en los diferentes niveles organizacionales.
- Efectividad limitada de los controles: De los 19 procesos analizados, solo 8 (42.10%) mostraron reducción en el nivel de riesgo tras la aplicación de controles, lo que evidencia oportunidades de mejora en el diseño y aplicación de mecanismos de control. No obstante, es positivo el desplazamiento de riesgos de niveles altos a moderados o bajos en algunos procesos clave como Convivencia y Diálogo Social, Relaciones Estratégicas y Servicio a la Ciudadanía.

- Persistencia de riesgos residuales moderados: Algunos procesos como Inspección, Vigilancia y Control presentan concentración de riesgos residuales moderados, lo que indica que los controles actuales aún no son suficientes para reducir el riesgo a niveles aceptables.
- Enfoque preventivo en controles, pero débil en medidas correctivas: Predominan los controles preventivos (62%) y detectivos (33%), lo que muestra una gestión proactiva. Sin embargo, la escasa presencia de controles correctivos (5%) evidencia una limitada capacidad de reacción ante materialización de riesgos.
- Dependencia de controles manuales: El 93% de los controles implementados son manuales, lo cual incrementa la exposición a errores humanos e inconsistencias. La baja adopción de controles automáticos (7%) representa una oportunidad desaprovechada de optimización mediante tecnología.
- Materialización reiterada de riesgos: En el Nivel Central, en tres ejercicios de monitoreo se evidenció la materialización de nueve riesgos relacionados con la administración de procesos. En el Nivel Local, se materializaron riesgos en al menos nueve alcaldías, incluyendo riesgos de corrupción, administrativos y ambientales, lo que refleja debilidades estructurales en la gestión operativa.
- Vulnerabilidades críticas en procesos estratégicos y transversales: Los procesos de Relaciones Estratégicas y Servicio a la Ciudadanía presentan alta recurrencia de riesgos materializados, destacando falencias en el cumplimiento normativo, gestión interinstitucional y atención ciudadana.
- Débil cultura institucional frente a la gestión del riesgo: Se evidencia omisión en el diligenciamiento de matrices de monitoreo, ausencia de planes de mejoramiento tras materialización de riesgos, y fallas en la interacción entre los procesos y la Oficina Asesora de Planeación.
- Desalineación e inconsistencias en la información: Se detectaron diferencias entre los riesgos y controles reportados en las matrices, monitoreos e informes consolidados, así como presencia de celdas ocultas e información incompleta, lo que afecta la trazabilidad, el control y la verificación por parte de la OCI.
- Gestión del riesgo homogénea en lo formal pero no en lo contextual: En el Nivel Local, no se identifican matrices diferenciadas por cada Alcaldía, lo que impide una gestión de riesgos ajustada a su realidad operativa y territorial. Todos los riesgos son gestionados desde el Nivel Central, limitando la pertinencia de las acciones.

  La gestión del riesgo en el Nivel Local presenta una visión institucional homogeneizadora que no reconoce las particularidades operativas, administrativas y territoriales de cada Alcaldía Local. Aunque todas operan bajo procesos institucionales comunes, sus contextos son profundamente distintos, lo cual exige una aproximación metodológica diferenciada. La ausencia de matrices de riesgo específicas por localidad, así como la centralización del análisis y tratamiento de riesgos, limita la capacidad de respuesta efectiva ante amenazas reales en cada territorio. Por tanto, es necesario dejar de concebir a las Alcaldías como extensiones homogéneas del Nivel Central y comenzar a reconocerlas como unidades operativas independientes, cuya gestión del riesgo debe construirse, incorporando su complejidad y particularidad.

9. Recomendaciones

1. Diseñar e implementar un enfoque descentralizado y contextualizado para la gestión del riesgo en el nivel local: Establecer una metodología diferenciada que reconozca a cada Alcaldía Local como una unidad operativa independiente, con capacidad de identificar, analizar y gestionar sus propios riesgos según su contexto territorial, operativo y administrativo. Esta metodología debe incluir la elaboración de matrices de riesgo específicas por localidad, considerando sus particularidades y no únicamente replicando los procesos institucionales de nivel central. Asimismo, se recomienda fortalecer la participación de las Alcaldías en la formulación, monitoreo y seguimiento de sus riesgos, promoviendo una gestión más efectiva, pertinente y alineada con las realidades.
2. Fortalecer el cumplimiento del Manual GCN-M002: Exigir el diligenciamiento completo y obligatorio de matrices de monitoreo, así como la formulación de planes de mejoramiento tras materialización de riesgos, con seguimiento por parte de la alta dirección.
3. Establecer responsabilidades administrativas: Determinar acciones correctivas y/o disciplinarias frente a las alcaldías que omitan la gestión adecuada del riesgo, incumpliendo con los lineamientos del Sistema de Control Interno.
4. Eliminar celdas ocultas y estandarizar formatos: Implementar matrices con estructuras visibles y estandarizadas que garanticen la trazabilidad y verificación por parte de la Oficina de Control Interno.
5. Institucionalizar mecanismos de validación: Solicitar a la OAP la implementación de controles internos para la validación de la información antes de la consolidación de informes, a fin de detectar inconsistencias o errores.
6. Capacitación permanente en gestión del riesgo: Realizar jornadas obligatorias de formación para responsables de los procesos y de las alcaldías, enfocadas en el diligenciamiento correcto de matrices y en el tratamiento integral del riesgo.
7. Ampliar la adopción de controles automáticos: Evaluar y automatizar controles en procesos clave para reducir errores humanos y mejorar la eficiencia y trazabilidad.
8. Reforzar controles correctivos y planes de contingencia: Diseñar controles orientados a mitigar impactos una vez materializado el riesgo, incluyendo protocolos de recuperación y respuesta inmediata, especialmente en procesos críticos.
9. Realizar análisis causa-raíz de los riesgos materializados: Identificar factores estructurales y operativos (falta de talento humano, tecnología, carga laboral, entre otros) que favorecen la recurrencia de los eventos de riesgo.
10. Actualizar el mapa de riesgos periódicamente: Verificar si la combinación actual de controles es adecuada frente a los niveles de probabilidad e impacto, ajustando las estrategias de tratamiento cuando sea necesario.
11. Fortalecer el rol de la OAP: Reforzar el seguimiento al tratamiento de riesgos materializados, impulsando acciones correctivas efectivas y articulación con el Comité Institucional de Control Interno.
12. Incorporar nuevas tipologías de riesgo: Establecer un procedimiento formal para integrar al sistema institucional riesgos emergentes (como soborno, fiscales, seguridad de la información), incluyendo su análisis, evaluación, tratamiento y validación institucional.

13. La entidad debe definir un procedimiento claro que permita incorporar nuevas tipologías de riesgo al sistema institucional, incluyendo aquellas derivadas del ejercicio de planeación o cambios en el entorno. Este procedimiento debe especificar requisitos mínimos, formalidades documentales, responsables del proceso y un mecanismo de validación con participación del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, en línea con las directrices del DAFP. Esta medida fortalecerá la trazabilidad y cobertura del sistema de gestión del riesgo, incluyendo tipologías actualmente poco desarrolladas como los riesgos de soborno, fiscales o de seguridad de la información.

(ORIGINAL FIRMADO)

Elaborado por		**Revisado y Aprobado por**	
JOSÉ DE JESÚS GUTIÉRREZ VILLALBA Contratista Oficina de Control Interno - Líder **DEISSY LILIANA SOTELO TORRES** Contratista Oficina de Control Interno - Apoyo **SANDRA YOLEIDA BELLO MOJICA** Contratista Oficina de Control Interno - Apoyo		**LADY JOHANNA MEDINA MURILLO** Jefe Oficina de Control Interno	
Fecha:	27-05-2025	**Fecha:**	29-05-2025