

**MEMORANDO
20251400127533**

GD-F-010 V.20

Página 1 de 1

Bogotá D.C., 29/09/2025 10:35:02

PARA Doctor ELMER FELIPE DURÁN CARRÓN
Superintendente de Servicios Públicos Domiciliarios

DE JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

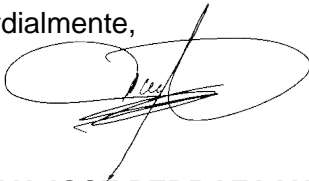
ASUNTO: Informe de Seguimiento Gestión de Riesgos de la vigencia 2025

Respetado doctor,

El presente informe se rinde en cumplimiento al decreto 648 de 2017 en el numeral 2.4 El Rol de Evaluación de la Gestión del Riesgo, mediante la evaluación independiente que realiza la tercera línea de defensa.

En este informe se resume la evaluación de la gestión de riesgos de la entidad con corte a 30/09/2025.

Cordialmente,



JUAN JOSÉ PEDRAZA VARGAS
Jefe Oficina de Control Interno

Este documento está suscrito con firma mecánica, autorizada mediante Resoluciones Nos. 20201000057315 y 20201000057305 del 09 de diciembre y modificada parcialmente mediante Resolución No.20201000057965 del 14 de diciembre de 2020, por las cuales se adopta y autoriza el uso de la firma digital y mecánica, respectivamente, para la expedición de resoluciones, memorandos, comunicaciones, oficios y documentos relacionados con el trámite de notificaciones.

Anexo: Anexo 1: Informe de Gestión de Riesgos 2025
 Anexo 2: Evaluación de controles de los riesgos Institucionales

Copia: Andrea Paola Sandra Beatriz Prieto Mosquera, Jefe OAPII.

Proyectó: Angelo Maurizio Díaz Rodríguez – Contratista
Revisó: Juan José Pedraza Vargas – Jefe OCI

Informe de Gestión de riesgos 2025

Octubre 2025

Juan José Pedraza Vargas
Jefe de Oficina de Control Interno

Angelo Maurizio Díaz Rodríguez
Auditor



Contenido

1	Introducción.....	2
2	Alcance	2
3	Marco normativo	3
4	Metodología	4
5	REVISIÓN DE LA GESTIÓN DE RIESGOS 2025	5
5.1	POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS	5
5.1.1	Revisión de la política	5
5.2	IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS	6
5.2.1	Análisis de clasificación de riesgos en los procesos de la SSPD	6
5.2.2	Identificación de los puntos de riesgo	8
1.1	Identificación de áreas de impacto	8
5.2.3	Identificación de áreas de factores de Riesgo	9
5.2.4	Descripción del Riesgo	9
5.3	VALORACIÓN DE RIESGOS	11
5.3.1	Análisis de riesgos y Evaluación del riesgo	11
5.3.2	Estrategias para combatir el riesgo.....	12
5.3.3	Herramientas para la gestión del riesgo	19
5.3.4	Monitoreo y revisión	19
5.4	RIEGOS DE CORRUPCIÓN.....	20
5.5	RIESGOS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN.....	20
6	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20

1 Introducción

La Oficina de Control Interno de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios presenta el Informe de Gestión de Riesgos, en cumplimiento de la función de evaluar de manera independiente y objetiva, la efectividad del Sistema de Control Interno y la capacidad institucional para anticipar, prevenir y mitigar los riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos estratégicos de la Entidad.

En el marco de la tercera línea de defensa, se consolidan los resultados del seguimiento realizado a los riesgos que inciden en la operación y sostenibilidad institucional, aportando recomendaciones orientadas al fortalecimiento del sistema de gestión del riesgo y a la mejora continua de los controles implementados.

Este documento constituye un insumo fundamental para la alta dirección y los comités institucionales de gestión y desempeño y de control interno, al brindar información confiable y oportuna para la toma de decisiones, la prevención de eventos adversos y la promoción de una cultura organizacional basada en la gestión preventiva, la integridad y el control efectivo.

2 Alcance

El presente Informe de Gestión de Riesgos 2025 de la Oficina de Control Interno de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (Superservicios) abarca el periodo comprendido entre el 1 de enero y al 30 de septiembre de 2025, e incluye la evaluación integral del proceso de gestión de riesgos institucional implementado durante este periodo.

El documento considera los riesgos de gestión, corrupción y de seguridad de la información identificados en la entidad.

El análisis comprende:

- La revisión de la política institucional de gestión integral de riesgos, su alineación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y el Modelo Estándar de Control Interno (MECI).

- La evaluación del diseño de los controles diseñados e implementados por las dependencias responsables en los procesos estratégicos, misionales y de apoyo.
- El seguimiento a las acciones de tratamiento y mitigación de riesgos priorizados durante la vigencia.
- La verificación del cumplimiento de las recomendaciones emitidas por la Oficina de Control Interno y otras instancias de aseguramiento.

El alcance cubre todas las dependencias de la entidad y los procesos institucionales definidos en el modelo de operación por procesos adoptado por la Superservicios.

En conjunto, este informe proporciona una visión consolidada sobre la madurez, eficacia y oportunidad de la gestión del riesgo en la Superservicios durante 2025, como base para la mejora continua del Sistema de Control Interno y la sostenibilidad de la gestión pública con enfoque preventivo y de valor público.

3 Marco normativo

- **Constitución Política de Colombia (1991)** – Artículos 209 y 269: establecen los principios de la función administrativa y la obligación de las entidades públicas de diseñar, implementar y mantener sistemas de control interno.
- **Ley 87 de 1993:** por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado, definiendo las responsabilidades de la administración en materia de control y gestión del riesgo.
- **Ley 489 de 1998:** que regula la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional y dispone la adopción de sistemas de control y evaluación de la gestión pública.
- **Ley 1474 de 2011** (Estatuto Anticorrupción): que refuerza las obligaciones institucionales en materia de prevención de riesgos de corrupción y fortalecimiento del control interno.
- **Ley 2195 de 2022:** por medio de la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción, y se dictan otras disposiciones aplicables a los Programas de Transparencia y Ética Pública

(PTEP).

4 Metodología

La evaluación de la gestión de riesgo se realiza, entre otros, sobre los siguientes aspectos y referentes:

-Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas
DAFP - V4 2018 y V.6 de 2022.

-Código de Buen Gobierno de la
Superservicios DE-M-002, Versión 19 y 20.

-Instructivo Para La Administración De
Riesgos DE-I-004, Versión 5 y 6.

-SIGME módulo de riesgos.

Análisis muestral de
riesgos.

Análizar y validar la
información.

Emitir informe de la
gestión de riesgos de
la SSPD de acuerdo
con lo evidenciado
durante la evaluación.

Imagen 1 - Pasos para el desarrollo del informe 2025 de gestión de riesgos.

De acuerdo con la Guía para la administración del riesgo DAFP - V.6 estos son los pasos para seguir en la administración de riesgos:

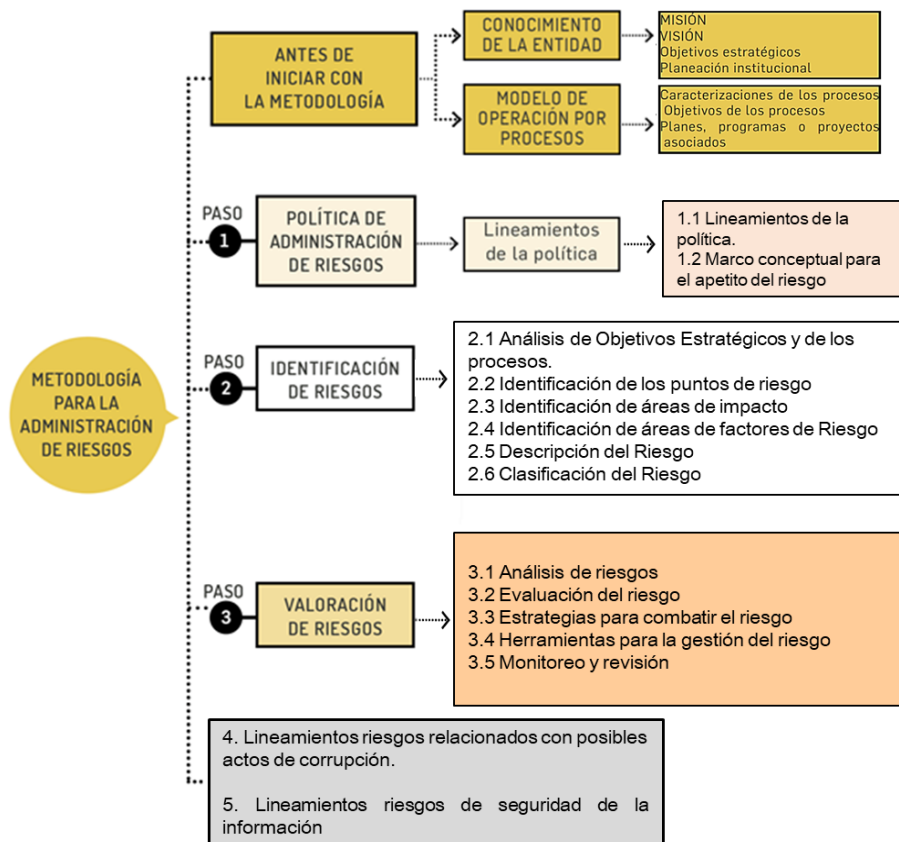


Imagen 2 - Pasos para la gestión de riesgos – Fuente: Guía de administración de riesgos del DAFP versión 6 -2022.

5 REVISIÓN DE LA GESTIÓN DE RIESGOS 2025

5.1 POLÍTICA DE GESTIÓN DE RIESGOS¹

La Alta Dirección de la Superservicios establece el marco de referencia para la gestión de los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los Objetivos Estratégicos, del Sistema Integrado de Gestión y Mejora - SIGME, de Corrupción incluyendo el soborno, fraude y daño fiscal; de los procesos y de la seguridad de la información, a través de la definición de lineamientos que orienten las acciones para la valoración y el tratamiento de riesgos y prevenir o minimizar su impacto en la gestión institucional.

Este marco se define desde el establecimiento del contexto, pasando por la identificación de los riesgos, la implementación de las acciones que minimicen el impacto o la probabilidad de ocurrencia de estos, hasta el monitoreo y finalizando con la comunicación de los riesgos identificados y el seguimiento y monitoreo ejecutado.

5.1.1 Revisión de la política

Se verifico que la política de gestión de riesgos de la SSPD tenga definidos los siguientes componentes: Objetivo, alcance, niveles de aceptación de riesgos, niveles para calificar el impacto, tratamiento de riesgos y periodicidad para el seguimiento de riesgos, cumpliendo con el contenido de Política de Administración de riesgos de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas DAFP - V.6 de 2022 (En adelante guía de riesgos DAFP v6).

Se observa que la política de Gestión de Riesgos de la SSPD contenida en el Código de Buen Gobierno DE-M-002 V20 fue aprobada en la sesión 4 del 2023 del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), realizado el 21 de diciembre de 2023.

Alerta preventiva: De la misma manera se observa que basado en la Guía de riesgos DAFP v6 y v7, los riesgos de daño fiscal tienen controles correctivos y posibilidad de desplazamientos en la calificación de impacto y se valoran y gestionan como riesgo de gestión, por tal motivo, deben gestionarse en el módulo de riesgos de gestión y no en el

¹ Código de Buen Gobierno DE-M-002 V19 y v20.

de corrupción ya que la única corrección posible en riesgos de corrupción son procesos disciplinarios, fiscales, administrativos y penales, mientras que en los riesgos de daño fiscal se pueden usar otras estrategias de mitigación.

5.2 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

5.2.1 Análisis de clasificación de riesgos en los procesos de la SSPD

Los riesgos en la entidad quedaron identificados de la siguiente manera:

Proceso	Riesgos de gestión					Riesgos de Corrupción			Riesgos de seguridad de la información		
Adquisición de bienes y servicios	2					3	1	2			
Comunicaciones		2				4			1		
Control disciplinario interno	3					4		1	1		
Defensa judicial			2			1					
Direccionamiento estratégico				3		2			1		
Evaluación de la gestión institucional		1				1		1			
Fortalecimiento del control social				1		1					
Gestión administrativa y logística	3					2	2			1	
Gestión de la información y el conocimiento	1			2		4					
Gestión de tecnologías de la información	1								2	1	
Gestión del talento humano	1					5		1			1
Gestión documental	3					1			1		
Gestión financiera			4			1	3		1		
Medidas para el control	1				1	8	1	1	2		
Mejora e innovación				2	1				1	1	
Normativa					2	2					
Protección al usuario	1				1	3		1	1		
Riesgos y metodologías	1			1		2		1	1		
Seguimiento y medición				1							
Vigilancia e inspección	4	1		1		1		2			
Total	21	4	6	11	5	45	7	10	12	3	1
	47					62			16		

Tabla 1 - Cantidad de riesgos por tipo de riesgo o tipo de activo – Fuente: Módulo de Riesgos 2025 SIGME

Como se muestra en la *tabla 1*, la entidad ha identificado 47 riesgos de gestión, 62 de corrupción (45 riesgos antisoborno) y 16 de seguridad de la información.

Se observa que la clasificación de los *tipos de riesgos* de riesgos de gestión y de corrupción identificados en el *módulo de riesgos* en el Sistema de Información SIGME, no guarda correspondencia con lo que está documentado en el numeral 3.7.2. *Clasificación de riesgos tabla 5 del Instructivo para la gestión de riesgos DE-I-004* (en adelante *instructivo de riesgos*).

Clasificación del Riesgo:*	- Seleccione -
	- Seleccione -
	Estratégico
	Imagen
	Operativos
Probabilidad:	Financieros
	Cumplimiento
	Tecnología
Impacto:	Nivel (del im

Clasificación del Riesgo:*	- Seleccione -
	Corrupción
	Corrupción
	Daños a activos fijos/eventos externos
	Ejecución y administración de procesos
	Fallas Tecnológicas
	Fiscales
	Fraude
	Fraude externo
	Fraude interno
	Relaciones laborales
	Riesgo de soborno
	Riesgos con dardo fiscal
	Riesgos con dardo fiscal
	Riesgos de corrupción
	Soborno
	Usuarios, productos y prácticas
Probabilidad:	Nivel (de la probab
	Descriptor (de la pr
Impacto:	Nivel (del impacto)
	Descriptor (del imp
Descripción del Control (?) :	

Tabla 5. Clasificaciones de riesgos

Tipo	Descripción
Ejecución y administración de procesos	Pérdidas derivadas de errores en la ejecución y administración de procesos.
Fraude externo	Pérdida derivada de actos de fraude por personas ajenas a la organización (no patricia personal de la entidad).
Fraude interno	Pérdida debido a actos de fraude, actuaciones irregulares, comisión de hechos delictivos abusos de confianza, apropiación indebida, incumplimiento de regulaciones legales o internas de la entidad en las cuales está involucrado por lo menos 1 patricia interno de la organización, son realizadas de forma intencional y/o con ánimo de lucro para sí mismo o para terceros.
Fallas Tecnológicas	Errores en hardware, software, telecomunicaciones, interrupción de servicios básicos.
Relaciones laborales	Pérdidas que surgen de acciones contrarias a las leyes o acuerdos de empleo, salud o seguridad, del pago de demandas por daños personales o de discriminación
Usuarios, productos y practicas	Fallas negligentes o involuntarias de las obligaciones frente a los usuarios y que impiden satisfacer una obligación profesional frente a éstos.
Daños a activos fijos/ eventos externos	Pérdida por daños o extravíos de los activos fijos por desastres naturales u otros riesgos/eventos externos como atentados, vandalismo, orden público.
Riesgo de seguridad de la información	Posibilidad de que una amenaza concreta pueda explotar una vulnerabilidad para causar una pérdida o daño en un activo de información. Suele considerarse como una combinación de la probabilidad de un evento y sus consecuencias. (ISO/IEC 27000).
Soborno	Posibilidad de ofrecer, prometer, entregar, aceptar o solicitar una ventaja indebida de cualquier valor (que puede ser de naturaleza financiera o no financiera), directa o indirectamente, e independiente de su ubicación, en violación de la ley aplicable, como incentivo o recompensa para que una persona actúe o deje de actuar en relación con el desempeño de esa persona
Riesgos de corrupción	Posibilidad de que, por acción u omisión, se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado.
Riesgos con daño fiscal	Posibilidad de sobrecostos injustificados en la contratación por necesidad de ajustes precios.

Imagen 3 - Comparación de clasificadores de riesgos de gestión y corrupción del SIGME vs instructivo de riesgos – Fuente: Módulo de Riesgos 2025 SIGME

Se evidencia que la gestión de riesgos está incluyendo la identificación de riesgos fiscales dentro de la gestión de riesgos de corrupción, siendo posible también identificarlos como riesgos de gestión; también se observa que durante la valoración de riesgos de corrupción a 7 riesgos se le respondió “sí” a la pregunta 6 y 13 del numeral 3.8.2. *Calificación del impacto del instructivo de riesgos*, valorando el posible impacto fiscal de estos riesgos, articulando la gestión de riesgos de corrupción de forma parcial con lo descrito en el Decreto 403 de 2020.

- **Reiteración recomendación 1 (informe de riesgos de 2023 y 2024):** Se recomienda que los tipos de riesgos del módulo de riesgos de SIGME estén acordes con los tipos de riesgos identificados en el *instructivo de riesgos*.
- **Recomendación 2:** Se recomienda que se sigan las buenas prácticas descritas en la *guía de riesgos DAFP v7* en el **Capítulo 4** con el fin de demostrar una completa articulación con el decreto 403 de 2020.
- **Reiteración recomendación 3 (informe de riesgos de 2023 y 2024):** Se recomienda revisar, en la gestión de riesgos de corrupción vs riesgos de soborno, que no se estén duplicando esfuerzos para gestionar riesgos y sus reportes.

5.2.2 Identificación de los puntos de riesgo

REITERACION (Informe de riesgos 2022, 2023 y 2024): Se observa que la *cadena de valor* se conceptualiza para la identificación de controles y no para la identificación de riesgos.

También se observa que en el módulo de riesgos de SIGME existe un parámetro llamado *actividad crítica* la cual no se explica en ninguno de los documentos internos de riesgos de la entidad (*Política de riesgos o instructivo de riesgos*) y tampoco se explica dentro de los puntos de ayuda de SIGME en el módulo de riesgos, siendo ambiguo su entendimiento.

- **Reiteración recomendación 4 (informe de riesgos de 2023 y 2024):** Se recomienda hacer extensivo el concepto de *cadena de valor* como criterio para la identificación de riesgos, con el fin de hacer claridad y dar instrucciones en la identificación de puntos de riesgo dentro del flujo de actividades del proceso.
- **Reiteración recomendación 5 (informe de riesgos de 2023 y 2024):** Se recomienda revisar y documentar los parámetros dispuestos para la *identificación de riesgos de SIGME* que no estén actualmente explicados en los documentos de la gestión de riesgos en la entidad, como lo es *actividad crítica*.

1.1 Identificación de áreas de impacto

Si bien la política de riesgos identifica y da parámetros para la valoración con afectación reputacional o económica, la parametrización en el módulo de riesgos de SIGME contempla otras 5 variables o “áreas de impacto” que fueron parametrizadas y valoradas en el aplicativo, las cuales no se explican en la política de riesgos ni en el instructivo de riesgos, además, en la matriz de riesgos se identifican otras no parametrizadas para su valoración en la escala de impacto.

Consecuencia:*	- Seleccione -	1. AFECTACIÓN ECONÓMICA 2. REPUTACIONAL
Grado de Impacto:*	- Seleccione -	Afectación del presupuesto anual de la entidad Impacto que afecte la ejecución presupuestal Incumplimiento Investigaciones
Clasificación del Riesgo:*	1. AFECTACIÓN ECONÓMICA 2. REPUTACIONAL	Pago de indemnizaciones a terceros por acciones legales que pueden afectar Reproceso de actividades y aumento de carga operativa Sanción parte del ente
	Afectación de Integridad Afectación del presupuesto anual de la entidad Afectación medioambiental Aumento en la severidad de la accidentalidad Impacto que afecte la ejecución presupuestal	

Imagen 4 - Comparación de áreas de impacto SIGME vs Matriz de riesgos 2025 – Fuente: Módulo de Riesgos 2025 SIGME

- **Reiteración recomendación 6 (informe de riesgos de 2023 y 2024):** se recomienda revisar y estandarizar las áreas de impacto de la gestión de riesgos de la entidad y documentarlo en la *política de riesgos o instructivo de riesgos*, manteniendo las áreas de impacto descritas en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas DAFP - V.6 de 2022 y V.4 de 2018 (sólo para riesgos de corrupción y de soborno).

5.2.3 Identificación de áreas de factores de Riesgo

Se evidencia que en el *instructivo de riesgos* se cuenta con los criterios desagregados de factores internos y externos que dan una guía de qué aspectos considerar para la identificación de riesgos.

5.2.4 Descripción del Riesgo

La Oficina de Control Interno con el fin de realizar un análisis representativo de varios de los criterios de los riesgos (entre estos la descripción del riesgo), seleccionó una muestra de 29 controles de riesgos de gestión, 9 controles de riesgos de seguridad de la información y 26 controles de los riesgos de corrupción/soborno **los cuales se encuentran analizados detalladamente en el Anexo 1.**

En los controles de riesgos de corrupción y de soborno (que son riesgos de corrupción), al todavía estar asociados a Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas DAFP - V.4 de 2018, se revisó la conformidad de la redacción de los riesgos de corrupción y el diseño y la ejecución de los controles así:

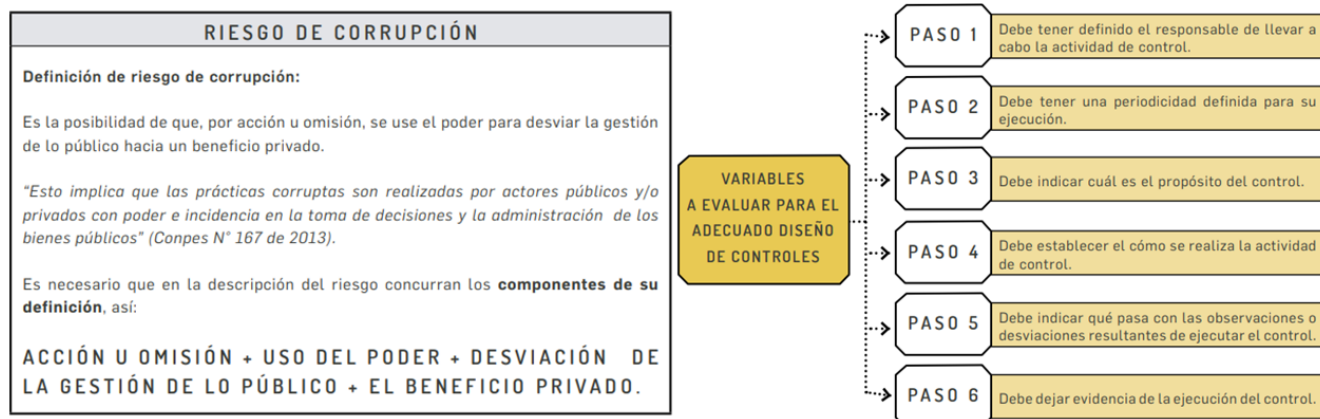


Imagen 5 - Criterios de redacción de riesgos de corrupción y soborno; criterios de redacción de controles de corrupción y soborno – Fuente: Guía de riesgos DAFP v4 2018

Se evidencia que de la muestra de riesgos de corrupción revisada (20 riesgos de 80, y sus 26 controles), el 5% (1/20) cumple con los criterios de la *Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 4* completamente, la cual especifica que la redacción del riesgo deberá determinar la acción u omisión, el uso del poder, la desviación de la gestión de lo público y el beneficio privado, y el 76% de los controles revisados (20 controles) cumplen total o parcialmente con los 6 pasos para la redacción de controles.

- **Recomendación 7:** Se recomienda que se sigan las recomendaciones del anexo del presente informe en cuanto a redacción de riesgos y controles. Además de las observaciones realizadas al seguimiento.

Para ver el detalle de riesgos de gestión, corrupción y seguridad de la información se sugiere ver la calificación del anexo 1, al igual que las observaciones de los informes de las auditorías realizadas en 2025, junto con el informe de gestión de riesgos de primer cuatrimestre.

5.3 VALORACIÓN DE RIESGOS

5.3.1 Análisis de riesgos y Evaluación del riesgo

A continuación, se analiza el impacto de los controles identificados en la gestión de riesgos de gestión, de corrupción, de soborno y de seguridad de la información:

Procesos	Severidad antes de controles				Severidad después de controles			
	Extremo	Alto	Moderado	Bajo	Extremo	Alto	Moderado	Bajo
Adquisición de bienes y servicios	2	4	2		2	4		2
Comunicaciones		1	6				5	2
Control disciplinario interno			9				5	4
Defensa judicial		1	1	1		1		2
Direccionamiento estratégico		3	1	2		2	1	3
Evaluación de la gestión institucional		2	1			2		1
Fortalecimiento del control social		1	1			1		1
Gestión administrativa y logística	1	4	3		1	3	1	3
Gestión de la información y el conocimiento			2	1				3
Gestión de tecnologías de la información		4	4			4	1	3
Gestión del talento humano		5	2	1		5	1	2
Gestión documental		2	3			1		4
Gestión financiera		15	1	2		13	2	3
Medidas para el control		9	3	2		9	2	3
Mejora e innovación		2	1	2			3	2
Normativa	2	1	1		2		2	
Protección al usuario		6		1		4	2	1
Riesgos y metodologías		3	2	1		3		3
Seguimiento y medición				1				1
Vigilancia e inspección	3	11	3	1	3	9	4	2
Total	8	74	46	15	8	61	29	45
	143				143			

Tabla 2 - Severidad de riesgos antes de controles vs después de controles, por proceso - Fuente: Módulo de Riesgos 2025 SIGME

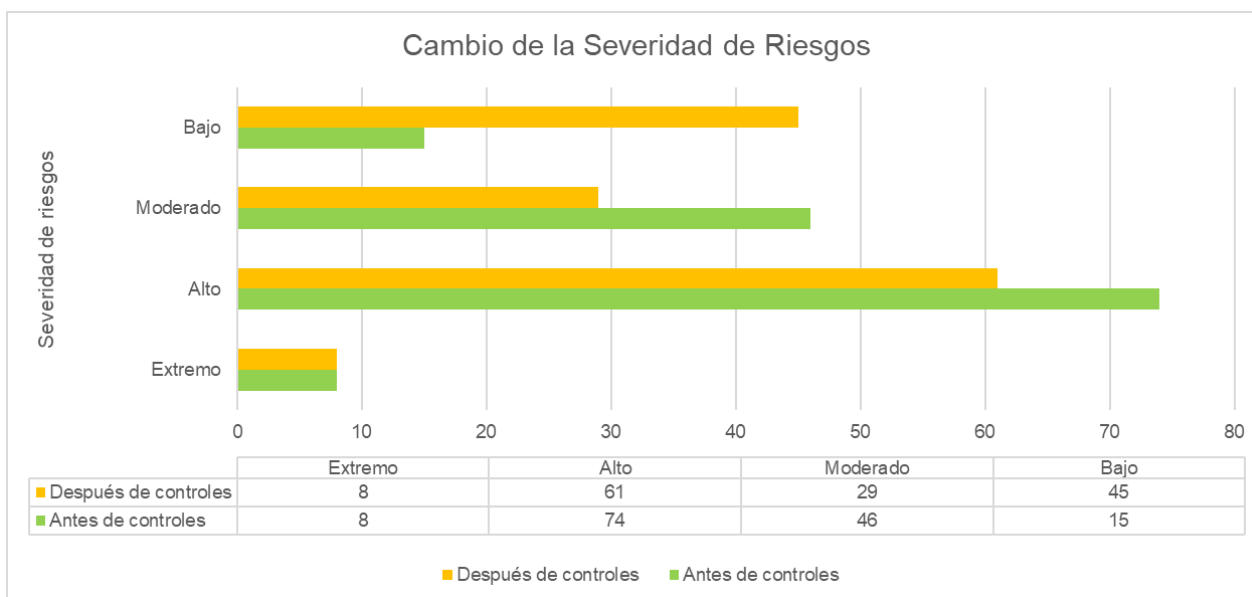


Imagen 6 - Severidad de riesgos antes y después de controles – Fuente: OCI SSPD 2025

Tras la aplicación de controles, se mantiene el mismo número de riesgos en la categoría “Extremo” (8 riesgos antes y después de controles), lo que sugiere que los riesgos más críticos no fueron mitigados o con probabilidad reducida; sin embargo, se observa una reducción significativa en la severidad “Alto” (de 74 a 61) y “Moderado” (de 46 a 29), acompañada de un notable incremento en la categoría “Bajo” (de 45 a 15), lo que indica que, si bien no se lograron controlar adecuadamente los riesgos más severos, sí se consiguió desplazar una buena proporción de riesgos altos y moderados hacia niveles más manejables, mejorando en conjunto el panorama de riesgos en la organización.

5.3.2 Estrategias para combatir el riesgo

De los 143 riesgos de los procesos de la SSPD, 29 están en zona moderada, 61 en alta y 8 en extremo, es decir 98 cumplen con los criterios para establecer planes de tratamiento para la creación de controles, fortalecimiento de controles existentes o fortalecimiento de la cultura de control (cuando la probabilidad residual es mínima en riesgos de corrupción). Se selecciona una muestra de 21 riesgos con planes de tratamiento, dejando la salvedad que 2 de los 98 riesgos, no establecieron planes de tratamiento:

Tipo de riesgo	Proceso / Subproceso	Severidad: Riesgo
Gestión	NORMATIVA	Moderado: Posibilidad de Contestar las solicitudes por fuera de términos legales o no contestarlas.
Seguridad de la Información	MEJORA E INNOVACIÓN	Moderado: Posibilidad de acceso a la plataforma SIGME debido a una inadecuada gestión de contraseñas, cuentas de usuario generadas por sistema cuyas contraseñas permanecen sin modificación, falta de desactivación de cuentas de usuario luego de finalizado el empleo o información disponible para personas no autorizadas, lo que podría generar una afectación a la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información.

Tabla 3 - Riesgos a los que no se les formularon planes de tratamiento, cumpliendo criterios de severidad
– Fuente: Módulo de Riesgos 2025 SIGME

A continuación, se presenta la revisión de las actividades de tratamiento realizada en los riesgos de gestión, aquellos en los que el riesgo residual estuvo en severidad moderada y alta:

Proceso	Riesgo	Tratamiento	Observaciones
Gestión administrativa y logística	Gestión: Posibilidad de que se presente la pérdida o hurto de un bien de propiedad de la entidad	AC-GA-062	Para la ACPM AC-GA-062 se formularon las actividades ACT-2018-6634, ACT-2018-6632 y ACT-2018-7010, la primera actividad "Solicitar a los Directores Territoriales realizar inspección periódica de los bienes ubicados en los PAS" implica la creación de un control que se debe documentar como control dentro del proceso y dentro del riesgo, con el fin de disminuir la probabilidad (control detectivo); y la tercera actividad "Realizar informe semestral con el consolidado de la verificación de los bienes ubicados en los PAS, realizada por las direcciones territoriales" se debe documentar en el proceso. Se evidencia que las actividades fueron cumplidas y el riesgo fue tratado. Se recomienda documentar los controles dentro del riesgo.
Gestión financiera	Gestión: Posibilidad de presentar la información exógena y los impuestos de forma extemporánea incumpliendo con los tiempos establecidos de acuerdo con los requerimientos de la normatividad vigente.	AC-GF-069	Las actividades de la ACPM AC-GF-069 terminaron el 30/12/2024, por tanto, no sirven como el tratamiento del riesgo, pues no disminuyen la probabilidad o el impacto de la materialización de riesgos, no fortalecen controles existentes y no crean nuevos controles para la vigencia 2025. Incumpliendo la política y el instructivo de riesgos.
Comunicaciones	Corrupción: Posible pérdida reputacional de la entidad por comunicar información institucional alterada y no confiable.	AP-CO-010	Para la ACPM AP-CO-010 se formularon las actividades ACT-2018-6987, ACT-2018-6988 y ACT-2018-6991. De Las actividades: - "Informar a los contratistas de la OAC para la vigencia 2025 los alcances del Sistema de Gestión Antisoborno de la entidad, de las cláusulas contractuales relacionadas, y la matriz de riesgos de soborno del proceso de Comunicaciones con el fin de asegurar el conocimiento de los controles que realiza la entidad para evitar la materialización de hechos de soborno", -"Diseñar e implementar una campaña de sensibilización sobre el Sistema de Gestión Antisoborno dirigida a funcionarios, contratistas y usuarios con el fin de promover una cultura de integridad y fortalecer el conocimiento del Sistema de Gestión Antisoborno" y

Proceso	Riesgo	Tratamiento	Observaciones
			<p>"Seguimiento trimestral de las aprobaciones de los comunicados de prensa e información para medios de comunicación y público externo"</p> <p>Sólo la tercera contribuye a tratar el riesgo del proceso y no se evidencia ningún avance. Se recomienda que este control sea documentado dentro del riesgo del proceso cumpliendo los 6 pasos de redacción de controles.</p>
Direccionamiento estratégico	Posibilidad de una afectación económica por asignación de recursos a dependencias que no justifiquen técnicamente la necesidad en beneficio de un tercero.	AC-DE-062	<p>El riesgo abarca recursos de funcionamiento e inversión, la ACPM AC-DE-062 sólo incluye acciones para proyectos de inversión, por tanto es insuficiente para el tratamiento del riesgo, y más sabiendo que en los últimos años se ha tenido baja ejecución en funcionamiento e inversión.</p> <p>Para la ACPM AC-DE-062 se formularon las actividades ACT-2018-7037, ACT-2018-7038, ACT-2018-7036 y ACT-2018-7088. De estas actividades sólo una no representa un nuevo control y en ninguna se ha reportado avances.</p> <p>Se recomienda que los controles que se creen sean incluidos en el riesgo, con el fin de disminuir su probabilidad.</p>
Gestión de tecnologías de la información	Posibilidad afectación reputacional por pérdida de integridad en las bases de datos institucionales	AP-TI-020	<p>Para la ACPM AP-TI-020 se formularon las actividades ACT-2018-6863 y ACT-2018-6862. Para la OCI, ninguna de las dos actividades "Realizar Informatic con divulgación de política relacionada al uso TI F 048" y "Realizar la relación de casos de los casos de gestión de bases de datos casos Aranda" representan un nuevo control o el mejoramiento de uno existente, sin embargo, la probabilidad residual está en 1, es decir, no se puede mejorar, por tanto las estrategias de "mejorar la Cultura del control" son admitidas (actividad 1).</p> <p>Se evidencia reporte de actividades.</p>
Gestión del talento humano	Posible afectación económica por asignación de beneficios en las actividades del PIC o del Fondo SSPD – ICETEX, impactando el cumplimiento de los objetivos del proceso	AP-GH-017	<p>Para la ACPM AP-GH-017 se formularon las actividades ACT-2018-7004, ACT-2018-7002 y ACT-2018-7003. Se identifican las actividades "Documentar en el instructivo para el trámite de solicitud de viáticos y gastos de desplazamiento la periodicidad de la verificación de los tickets no utilizados", "Socializar el código de ética e integridad y lineamientos del SGAS" y la "Revisar el reporte de los tickets no utilizados de manera mensual y solicitar la justificación al colaborador del no uso o el reembolso del valor del mismo para los casos que aplique"; para la OCI ninguna de las tres actividades tratan al riesgo, ya que están relacionadas con otro riesgo (Posible afectación económica por detrimento patrimonial de los recursos asignados para las comisiones y gastos de desplazamiento de la entidad, en beneficio propio o de un tercero). Por tanto, no se está tratando el riesgo en 2025, ya que no fortalece los controles asociados al riesgo, ni crea nuevos controles. Si bien existe una actividad que impacta en la cultura del control, la probabilidad residual es de 2, por tanto se deben mejorar los controles del riesgo.</p> <p>Se evidencia reporte de actividades.</p>
Gestión financiera	Corrupción: Posibilidad de impacto reputacional por la manipulación de informes financieros generando una subestimación o sobrevaloración en los informes que se presentan a la CGN,	AP-GF-027	<p>Las actividades de la ACPM AP-GF-027 terminaron el 27/12/2024, por tanto, no sirven como el tratamiento del riesgo, pues no disminuyen la probabilidad o el impacto de la materialización de riesgos, no fortalecen controles existentes y no crean nuevos controles para la vigencia 2025. Incumpliendo la política y el instructivo de riesgos.</p>

Proceso	Riesgo	Tratamiento	Observaciones
	faltando con el cumplimiento de los objetivos.		
Gestión financiera	Corrupción: Posible afectación económica por afectar recursos que corresponden a otro rubro.	AP-GF-030	Las actividades de la ACPM AP-GF-030 terminaron el 27/12/2024, por tanto, no sirven como el tratamiento del riesgo, pues no disminuyen la probabilidad o el impacto de la materialización de riesgos, no fortalecen controles existentes y no crean nuevos controles para la vigencia 2025. Incumpliendo la política y el instructivo de riesgos.
Gestión financiera	Corrupción: Posible afectación reputacional por legalizar la caja menor en el Aplicativo de SIIF sin los requisitos y afectación presupuestal correspondiente	AP-GF-030	Las actividades de la ACPM AP-GF-030 terminaron el 27/12/2024, por tanto, no sirven como el tratamiento del riesgo, pues no disminuyen la probabilidad o el impacto de la materialización de riesgos, no fortalecen controles existentes y no crean nuevos controles para la vigencia 2025. Incumpliendo la política y el instructivo de riesgos.
Gestión financiera	Corrupción: Posibilidad de que se genere presiones al funcionario encargado de tesorería con el fin de realizar una destinación indebida de los recursos públicos en beneficio de terceros	AP-GF-028	Las actividades de la ACPM AP-GF-028 terminaron el 27/12/2024, por tanto, no sirven como el tratamiento del riesgo, pues no disminuyen la probabilidad o el impacto de la materialización de riesgos, no fortalecen controles existentes y no crean nuevos controles para la vigencia 2025. Incumpliendo la política y el instructivo de riesgos.
Normativa	Posible pérdida reputacional y efectos disciplinarios por falta de unidad de criterio frente a una posición institucional	AP-NT-002	Las actividades de la ACPM AP-NT-002 terminaron el 30/11/2016, por tanto, no sirven como el tratamiento del riesgo, pues no disminuyen la probabilidad o el impacto de la materialización de riesgos, no fortalecen controles existentes y no crean nuevos controles para la vigencia 2025. Incumpliendo la política y el instructivo de riesgos.
Protección al usuario	Corrupción: Posibilidad de afectación económica cuando el proceso de notificación de un fallo se retrase u omita favoreciendo los intereses de un tercero (peticionario o empresa).	AP-PU-008	Para la ACPM AP-PU-008 se formularon las actividades ACT-2018-6871 y ACT-2018-6870. Las actividades "Dar a conocer a los notificadores el Protocolo para atender presuntos actos de soborno o corrupción en Superservicios, así como los riesgos de corrupción identificados" y "Actualizar el procedimiento de Gestión de Trámites individualizando cada trámite gestionado por la SDPUGT y las Direcciones Territoriales identificando los respectivos controles", sólo la segunda contribuye a disminuir la probabilidad residual de 4 del riesgo, si y sólo si los controles propuestos en la actualización son incluidos como nuevos controles de este riesgo. No se evidencia reporte de la actividad. Se recomienda que se incluyan los controles propuestos como controles de este riesgo.
Protección al usuario	Corrupción: Posibilidad de afectación económica cuando el fallo sea favorable a un tercero por generar una respuesta a las PQR'S sin que esta coincida con el análisis fáctico y jurídico.	AP-PU-007	Para la ACPM AP-PU-007 se formularon las actividades ACT-2018-6868, ACT-2018-6869 y ACT-2018-6927. Las actividades "Actualizar el procedimiento de Gestión de Trámites individualizando el trámite de Peticiones, Quejas y Reclamos PQR identificando los respectivos controles", "Aprobar el procedimiento actualizado de trámites de Peticiones, Quejas y Reclamos y publicar en el SIGME" y "Socializar los puntos de control establecidos en los procedimientos individualizados", sólo las 2 primera implican la creación de nuevos controles. Se evidencia reporte de las actividades uno y dos, en la cual se reporta que se crearon 2 puntos de control, en la actividad 6 y 8, del documento PU-P-007. Se evidencia que las actividades 6 y 9 se marcaron como punto de control.

Proceso	Riesgo	Tratamiento	Observaciones
			Se recomienda documentar los dos controles dentro del riesgo cumpliendo los 6 pasos de la guía de riesgos.
Vigilancia e Inspección	Corrupción: Posible afectación reputacional por pérdida de credibilidad ante los usuarios de servicios públicos, por omitir la inclusión de un prestador de servicio en el programa de vigilancia e inspección de la SDAAA, para beneficio propio o de un tercero	AP-VI-013	Para la ACPM AP-VI-013 se formularon las actividades ACT-2018-6888, ACT-2018-6889 y ACT-2018-6890. De las 3 actividades sólo la "Actualizar la documentación del proceso de Vigilancia e Inspección identificando nuevos puntos críticos de control" contribuye a tratar el riesgo correctamente. No se evidencia reporte de la actividad. Se recomienda documentar los controles que se establezcan dentro del riesgo cumpliendo los 6 pasos de la guía de riesgos.
Vigilancia e Inspección	Corrupción: Posibilidad de afectación reputacional por pérdida de credibilidad en la información aportada en los sistemas de información administrados por la Entidad debido a la aceptación de inscripción, actualización o cancelación en el RUPS por parte de los prestadores de servicios públicos domiciliarios con el cumplimiento por fuera de los requisitos como prestadores de servicios públicos ante la Superservicios.	AP-VI-014	Para la ACPM AP-VI-014 se formularon las actividades ACT-2018-6980 y ACT-2018-6981. Las dos actividades están relacionadas con mejorar la cultura del control "Socializar aspectos importantes sobre el Código de Ética e Integridad y las consecuencias del inadecuado cargue de información en el SUI" y "Generar píldoras trimestrales sobre los Valores Institucionales", estrategias que son administradas sólo cuando la probabilidad residual es 1.
Vigilancia e Inspección	Corrupción: Posibilidad de afectación reputacional por mala imagen de la Entidad debido a la programación de acciones de inspección y vigilancia de los prestadores de AAA y EG&C por fuera de los criterios de priorización definidos, en pro de modificar, cargar o eliminar información del programa de vigilancia o inspección a favor de un prestador de servicios públicos domiciliarios	AP-VI-012	Para la ACPM AP-VI-012 se formularon las actividades ACT-2018-6872, ACT-2018-6873 y ACT-2018-6874. Las actividades "Actualizar el procedimiento de Gestión de Trámites individualizando el trámite de Peticiones, Quejas y Reclamos PQR identificando los respectivos controles", "Aprobar el procedimiento actualizado de trámites de Peticiones, Quejas y Reclamos y publicar en el SIGME" y "Socializar los puntos de control establecidos en los procedimientos individualizados", sólo las 2 primera implican la creación de nuevos controles. Se evidencia reporte de las actividades uno y dos, en la cual se reporta que se crearon 2 puntos de control, en la actividad 6 y 8, del documento PU-P-007. Se evidencia que las actividades 6 y 9 se marcaron como punto de control. Se recomienda documentar los dos controles dentro del riesgo cumpliendo los 6 pasos de la guía de riesgos.
Vigilancia e Inspección	Corrupción: Posible afectación reputacional por la omisión de acciones de control, debido al favorecimiento de los prestadores de servicios públicos domiciliarios que no actualicen la información en el RUPS en los tiempos definidos	AP-VI-013	Para la ACPM AP-VI-013 se formularon las actividades ACT-2018-6888, ACT-2018-6889 y ACT-2018-6890. De las 3 actividades sólo la "Actualizar la documentación del proceso de Vigilancia e Inspección identificando nuevos puntos críticos de control" contribuye a tratar el riesgo correctamente. No se evidencia reporte de la actividad. Se recomienda documentar los controles que se establezcan dentro del riesgo cumpliendo los 6 pasos de la guía de riesgos.

Proceso	Riesgo	Tratamiento	Observaciones
Vigilancia e Inspección	Posible afectación reputacional por omitir deliberadamente la apertura de una investigación a pesar de tener conocimiento de un presunto incumplimiento normativo por parte de un prestador, para ocultar la falta o proteger al prestador	AP-VI-013	Para la ACPM AP-VI-013 se formularon las actividades ACT-2018-6888, ACT-2018-6889 y ACT-2018-6890. De las 3 actividades sólo la "Actualizar la documentación del proceso de Vigilancia e Inspección identificando nuevos puntos críticos de control" contribuye a tratar el riesgo correctamente. No se evidencia reporte de la actividad. Se recomienda documentar los controles que se establezcan dentro del riesgo cumpliendo los 6 pasos de la guía de riesgos.
Vigilancia e Inspección	Posibilidad de afectación reputacional por aceptar las solicitudes de reversiones de la información reportada al Sistema Único de Información (SUI) por fuera de los requisitos normativos de la SSPD	AP-VI-011	Las actividades de la ACPM AP-VI-011 terminaron el 30/12/2024, por tanto, no sirven como el tratamiento del riesgo, pues no disminuyen la probabilidad o el impacto de la materialización de riesgos, no fortalecen controles existentes y no crean nuevos controles para la vigencia 2025. Incumpliendo la política y el instructivo de riesgos.
Vigilancia e Inspección	Posibilidad de afectación reputacional por pérdida de credibilidad en el cargue y consulta de información en el Sistema Único de Información (SUI) debido a la generación de una respuesta que favorezca a un prestador de servicios públicos, en una solicitud de soporte o reversión del SUI por fuera del llenado de requisitos.	AP-VI-014	Para la ACPM AP-VI-014 se formularon las actividades ACT-2018-6980 y ACT-2018-6981. Las dos actividades están relacionadas con mejorar la cultura del control "Socializar aspectos importantes sobre el Código de Ética e Integridad y las consecuencias del inadecuado cargue de información en el SUI" y "Generar píldoras trimestrales sobre los Valores Institucionales", estrategias que son administradas sólo cuando la probabilidad residual es 1.
Mejora e Innovación	Seguridad de la información: posibilidad de acceso a la plataforma SIGME debido a una inadecuada gestión de contraseñas, cuentas de usuario generadas por sistema cuyas contraseñas permanecen sin modificación, falta de desactivación de cuentas de usuario luego de finalizado el empleo o información disponible para personas no autorizadas, lo que podría generar una afectación a la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información.	No formulado	No se formuló ACPM de tratamiento pese a cumplir con los criterios.

Tabla 4 - Seguimiento de ACPM de planes de tratamiento de riesgos de gestión – Fuente: OCI SSPD 2025

Según se detalla en la Tabla 4, en la muestra de 21 riesgos seleccionados aleatoriamente con una severidad residual igual o superior a moderado se evidenció que, si bien se asociaron planes de tratamiento (ACPM de tratamiento) a 20 de ellos, siete de estas

acciones estaban relacionadas con vigencias anteriores (33%), lo que implica que el riesgo no fue tratado en el año 2025. A pesar de esto, se registró una mejora significativa en la comprensión del alcance de los planes de tratamiento en 2025: el porcentaje de planes que no cumplían los criterios de conformidad se redujo drásticamente del 88% (16/18) en 2024 a solo un 9.5% (2/21) en 2025. Esta mejora se sustenta en que el 57% (12/21) de los planes de tratamiento se enfocaron en la creación o fortalecimiento de controles existentes, o en el fortalecimiento de la cultura del control (particularmente en riesgos de corrupción con probabilidad residual de 1).

Se evidencia que la OAPII, como segunda línea de defensa, está dejando pasar riesgos con planes de tratamiento mal formulados, planes de tratamiento de vigencias anteriores, duplicación de riesgos (Proceso Normativa, se publicó versión 1 y 2 del riesgo de gestión, donde a la versión 1 le asociaron la ACPM de 2024 y a la versión 2 ACPM de 2022 y 2023) además de la inadecuada redacción de riesgos de corrupción y redacción de controles de corrupción.

El riesgo de corrupción “*Posibilidad que se genere un abuso de poder con el fin de modificar o ajustar la información registrada en el aplicativo de cuentas por cobrar y contribuciones para el beneficio de un tercero*” del proceso *gestión financiera* tiene identificado uno de sus controles como *correctivo*, lo que es metodológicamente incorrecto ya que los únicos controles correctivos en riesgos de corrupción son iniciar procesos disciplinarios, fiscales, administrativos y/o penales.

Debido a lo anterior, se reiteran las mismas observaciones del informe de 2023 y 2024, que siguen presentes en 2025.

ID (#)	Descripción de la observación o situación encontrada (Condición)	Criterios Parámetros, requisitos o condiciones	Posibles causas identificadas por la OCI	Consecuencias Riesgos - Efectos e impactos
1	Los procesos están aprobando riesgos con planes de tratamiento que no sirven para tratar el riesgo, puesto que refieren a vigencia anteriores, no están relacionados o no están formulados. La OAPII, como segunda línea de defensa, está aprobando estos riesgos y en los seguimientos no se menciona esta situación.	<i>Incumplimiento del Instructivo para la administración de riesgos DE-I-004 3.11 Tratamiento de riesgos.</i>	Los procesos no tienen claro en qué consisten los planes de tratamiento y cuándo se deben formular.	Inadecuada gestión de riesgos en la entidad.
2	Para riesgos de corrupción, se evidencia que el módulo SIGME permite el registro de controles correctivos a riesgos de corrupción, permitiendo disminuir su impacto y siendo metodológicamente	Numeral 4 - Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas DAFP - V.6 de 2022 pág. 90.	Los criterios para la identificación de <i>tipo de control</i> y <i>valoración de controles</i> no están especificados para riesgos de corrupción en la Política	Posibilidad de afectar reputacional o económicamente a la SSPD por a una inadecuada gestión de riesgos de corrupción,

ID (#)	Descripción de la observación o situación encontrada (Condición)	Criterios Parámetros, requisitos o condiciones	Posibles causas identificadas por la OCI	Consecuencias Riesgos - Efectos e impactos
	incorrecto. Esta situación se evidencia en un control correctivo para uno de los riesgos del proceso gestión financiera .		de Riesgos ni en el Instructivo de Gestión de Riesgos de la entidad, permitiendo ambigüedades en su gestión.	debido al inadecuado direccionamiento en la gestión de riesgos de corrupción.

5.3.3 Herramientas para la gestión del riesgo

Las herramientas usadas para gestión de riesgos en la SSPD son Módulo de Riesgos del Sistema de Información SIGME, en donde se puede hacer el seguimiento de primera y segunda línea de defensa, además de asociar indicadores a los riesgos de gestión, corrupción y seguridad de la información. Se evidencia que todos los riesgos, en este módulo, tienen asociados indicadores de gestión.

5.3.4 Monitoreo y revisión

Se evidencia que, hasta 30 de septiembre de 2025, se ha realizado dos seguimientos de primera línea de defensa y 2 de segunda línea de defensa, evidenciando la materialización de 3 de los riesgos de la entidad. Dos están asociados al proceso de *Protección al usuario*, a saber: *Posibilidad de afectación reputacional por pérdida de confianza por parte de la ciudadanía, debido a la gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Solicitudes y Denuncias (PQRSD), que presentan los ciudadanos ante Superintendencia Delegada de Protección al Usuario y Gestión en Territorio, fuera del marco jurídico aplicable y los requisitos procedimentales*; y el *Posibilidad de afectación reputacional por pérdida de confianza por parte de la ciudadanía al igual de posibles investigaciones por entes de control al vulnerar los derechos de los usuarios de servicios públicos domiciliarios al expedir actos administrativos fuera del término legal establecido del proceso protección al usuario*; para ambas materializaciones se generó la acción correctiva AC-PU-023, la cual tiene asociada 12 acciones que cerraron el 31/07/2025 y están próximas a ser evaluadas en su efectividad. Un tercer riesgo materializado fue *Posibilidad de afectación reputacional por los resultados de la gestión institucional por fuera de las metas establecidas, debido a la aplicación parcial de los procedimientos en el seguimiento y medición de los objetivos institucionales* del proceso *SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN* para lo cual se trabajó en la

ACPM AC-SM-008, con tres actividades relacionadas con el cumplimiento de metas y presupuesto en gestión de proyectos, las cuales no tienen reporte y cierran el 31/12/2025.

5.4 RIEGOS DE CORRUPCIÓN

La evaluación de los controles de los riesgos de corrupción se analiza por parte de la OCI en el anexo 1, para una muestra de 26 controles, evidenciando que su implementación está acorde en un 86% de acuerdo con lo esperado.

5.5 RIESGOS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

La evaluación de los controles de los riesgos de seguridad de la información se analiza por parte de la OCI en el anexo 1, para una muestra de 7 controles, evidenciando que su implementación está acorde con lo esperado.

6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Si bien algunos aspectos se han mejorado (redacción de controles), la OCI viene evidenciando las mismas falencias desde 2023 y no se hayan solucionado.
- Se evidencian deficiencias en la gestión de riesgo:
 - Se están incluyendo planes de tratamiento de vigencias anteriores (AC-GF-069, AP-GF-027, AP-GF-030, AP-GF-030, AP-GF-028, AP-NT-002 y AP-VI-011).
 - De acuerdo con el anexo 1,
 - El 95% (19/20) de la muestra de riesgos de corrupción tienen falencias en su identificación y el 20% (5/26) de sus controles tienen falencias en su formulación.
 - El 95% (18/19) de la muestra de riesgos de gestión tienen falencias en su identificación y el 7% (2/29) de sus controles tienen falencias en su formulación.
 - El 100% (7/7) de la muestra de riesgos de gestión seguridad de la información falencias en su identificación y ninguno de sus controles tienen falencias en su formulación.

- Tener en cuenta las recomendaciones de los numerales 2.1, 2.2, 2.3 y 2.5.
- Se formularon 2 observaciones a las que se deben formular acciones correctivas o correcciones, las cuales son reincidentes desde 2023 y no se han solucionado.
- Se recomienda revisar la duplicación de esfuerzos en riesgos de corrupción documentados en SIGME vs riesgos de soborno documentados como registros en los procesos.
- La opción de “controles correctivos” se debe suprimir del *módulo riesgos de SIGME* para riesgos de corrupción, pues el impacto de un riesgo de corrupción no se puede disminuir según la *guía de riesgos DAFP v6 de 2020 pág. 90*.
- Se sugiere actualizar la documentación con la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas v7 de 2025 del DAFP.

NOTA: El Anexo 2 - Evaluación de controles de los riesgos Institucionales - hace parte integral del presente informe.

Cordialmente,



Juan José Pedraza Vargas

Anexo 2 - Anexo 2: Evaluación de controles de los riesgos Institucionales

Copia: – Copia: Andrea Paola Sandra Beatriz Prieto Mosquera, Jefe OAPII.

Proyectó: Angelo Maurizio Díaz Rodríguez – Auditor OCI

Revisó: Juan José Pedraza Vargas – Jefe de Oficina de Control Interno

ANEXO 2 - Evaluación de controles de los riesgos Institucionales

Atributos evaluados para riesgos de gestión y seguridad de la información.

Características			Descripción	Peso
Atributos de eficiencia	Tipo	Preventivo	Va hacia las causas del riesgo, aseguran el resultado final esperado.	25%
		Detectivo	Detecta que algo ocurre y devuelve el proceso a los controles preventivos. Se pueden generar reprocesos.	15%
		Correctivo	Dado que permiten reducir el impacto de la materialización del riesgo, tienen un costo en su implementación.	10%
	Implementación	Automático	Son actividades de procesamiento o validación de información que se ejecutan por un sistema y/o aplicativo de manera automática sin la intervención de personas para su realización.	25%
		Manual	Controles que son ejecutados por una persona, tiene implícito el error humano.	15%

Características			Descripción	Peso
*Atributos informativos	Documentación	Documentado	Controles que están documentados en el proceso, ya sea en manuales, procedimientos, flujogramas o cualquier otro documento propio del proceso.	-
		Sin documentar	Identifica a los controles que pese a que se ejecutan en el proceso no se encuentran documentados en ningún documento propio del proceso.	-
	Frecuencia	Continua	El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo.	-
		Aleatoria	El control se aplica aleatoriamente a la actividad que conlleva el riesgo	-
	Evidencia	Con registro	El control deja un registro permite evidencia la ejecución del control.	-
		Sin registro	El control no deja registro de la ejecución del control.	-

Los atributos de eficiencia son los únicos que se califican para el cálculo de riesgo residual, y oscilan entre el 25% al 50% (Combinaciones posible: 25%, 30%, y 50%), siendo 50% la calificación más alta que se le puede dar a un control (valoración de control = Tipo + Implementación). La calificación de cada control, contribuye a disminuir la probabilidad o impacto de los riesgos a los que se asocia.

Los atributos informativos solo permiten darle formalidad al control y su fin es el de conocer el entorno del control y complementar el análisis con elementos cualitativos; sin embargo, estos no tienen una incidencia directa en su efectividad.

Atributos evaluados para riesgos de corrupción y de soborno.

CRITERIO DE EVALUACIÓN.	OPCIÓN DE RESPUESTA AL CRITERIO DE EVALUACIÓN	PESO EN LA EVALUACIÓN DEL DISEÑO DEL CONTROL
1.1 Asignación del responsable	Asignado	15
	No Asignado	0
1.2 Segregación y autoridad del responsable	Adecuado	15
	Inadecuado	0
2. Periodicidad	Oportuna	15
	Inoportuna	0
3. Propósito	Prevenir	15
	Detectar	10
	No es un control	0
4. Cómo se realiza la actividad de control	Confiable	15
	No confiable	0
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	Se investigan y resuelven oportunamente	15
	No se investigan y resuelven oportunamente	0
6. Evidencia de la ejecución del control	Completa	10
	Incompleta	5
	No existe	0

Peso o participación de cada variable en el diseño del control para la mitigación del riesgo

RANGO DE CALIFICACIÓN DEL DISEÑO	RESULTADO - PESO EN LA EVALUACIÓN DEL DISEÑO DEL CONTROL
Fuerte	Calificación entre 96 y 100
Moderado	Calificación entre 86 y 95
Débil	Calificación entre 0 y 85

El resultado de cada variable de diseño, a excepción de la evidencia, va a afectar la calificación del diseño del control, ya que deben cumplirse todas las variables para que un control se evalúe como bien diseñado

Aunque un control esté bien diseñado, este debe ejecutarse de manera consistente, de tal forma que se pueda mitigar el riesgo. No basta solo con tener controles bien diseñados, debe asegurarse por parte de la primera línea de defensa que el control se ejecute. Al momento de determinar si el control se ejecuta, inicialmente, el responsable del proceso debe llevar a cabo una confirmación, posteriormente se confirma con las actividades de evaluación realizadas por auditoría interna o control interno.

RANGO DE CALIFICACIÓN DE LA EJECUCIÓN	RESULTADO - PESO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTROL -
Fuerte	El control se ejecuta de manera consistente por parte del responsable.
Moderado	El control se ejecuta algunas veces por parte del responsable.
Débil	El control no se ejecuta por parte del responsable.

En la evaluación del diseño y ejecución de los controles las dos variables son importantes y significativas en el tratamiento de los riesgos y sus causas, por lo que siempre la calificación de la solidez de cada control asumirá la calificación del diseño o ejecución con menor calificación entre fuerte, moderado y débil, tal como se detalla en la siguiente tabla:

PESO DEL DISEÑO DE CADA CONTROL	PESO DE LA EJECUCIÓN DE CADA CONTROL	SOLIDEZ INDIVIDUAL DE CADA CONTROL FUERTE:100 MODERADO:50 DÉBIL:0	DEBE ESTABLECER ACCIONES PARA FORTALECER EL CONTROL SÍ / NO
fuerte: calificación entre 96 y 100*	fuerte (siempre se ejecuta)	fuerte + fuerte = fuerte	No
	moderado (algunas veces)	fuerte + moderado = moderado	Si
	débil (no se ejecuta)	fuerte + débil = débil	Si
moderado: calificación entre 86 y 95	fuerte (siempre se ejecuta)	moderado + fuerte = moderado	Si
	moderado (algunas veces)	moderado + moderado = moderado	Si
	débil (no se ejecuta)	moderado + débil = débil	Si
débil: calificación entre 0 y 85	fuerte (siempre se ejecuta)	débil + fuerte = débil	Si
	moderado (algunas veces)	débil + moderado = débil	Si
	débil (no se ejecuta)	débil + débil = débil	Si

DESCRIPCIÓN DE RIESGO		Revisión de la redacción del riesgo	Control	Riesgo fiscal		DISEÑO										EJECUCIÓN DEL CONTROL				ANÁLISIS OCI SOBRE CONTROLES	Observaciones OCI
				6. ¿Generar pérdida de recursos económicos?	13. ¿Da lugar a procesos fiscales?	¿El control tiene un responsable asignado para su ejecución?	¿Autoridad y segregación de funciones en responsable es adecuada?	¿Frecuencia es oportuna para prevenir riesgo o detectar materialización?	¿Busca prevenir o detectar las causas que pudieran causar errores operativos?	DISEÑO		¿La fuente de información que se utiliza para la ejecución del control es información confiable que permita mitigar?	¿Observaciones, desviaciones o diferencias se investigan y resuelven oportunamente?	¿Se da evidencia de la ejecución del control y de las acciones en caso de presentarse una desviación?	Calificación	Evaluación del diseño del control Fuerte 96 a 100 Moderado 86 a 95 Débil 76 a 85	El control se ejecuta	Evaluación de la ejecución del control	Solidez del control		
Proceso	Riesgo																				
ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Posibilidad de ejercer un abuso de poder para realizar supervisión de contratos a su cargo, con el fin de favorecer intereses propios o de terceros.	No Conforme. Mezcla el impacto con la causa inmediata (abuso de poder) y omite la Causa Raíz (el por qué es posible el abuso). Sugerencia: Posibilidad de afectación económica y reputacional por supervisión indebida de contratos, con el fin de favorecer intereses propios o de terceros (uso de poder), originada en la falta de segregación de funciones en la supervisión contractual.	Causa 1. El supervisor mensualmente realiza seguimiento a la ejecución contractual bajo su supervisión, con el fin identificar posibles debilidades o incumplimientos de las obligaciones contractuales. Este informe se remite al grupo de contratos para su verificación. En caso de encontrarse inconsistencias en el informe se remitirá alertas para que se valide el inicio del proceso administrativo sancionatorio en caso de ser necesario , adicional se remite informe del estado actual de la contratación de la entidad al ordenador del gasto.	No	Si	Asignado: 15	Adecuado: 15	Oportuna: 15	Detectar: 10	Confiable: 15	Si: 15	Completa: 10	95	Moderado	Siempre	Fuerte	Moderado	Si	Conforme parcialmente. El control define responsable, periodicidad y propósito, y detalla qué hacer en caso de inconsistencias (remitir alertas, iniciar proceso sancionatorio). Sin embargo, no está claro el procedimiento paso a paso ni los criterios de aceptación. Recomendación: describir cómo se hace el seguimiento (qué documentos se revisan, cómo se valida la información), precisar evidencia (formato del informe, ubicación de archivo) y estandarizar los plazos de notificación.	No se ha realizado seguimiento de primera línea de defensa. La OAPII realizó seguimiento de primer cuatrimestre. El riesgo está en revisión desde el 05/05/2025. No se está cumpliendo la política de riesgos para este riesgos. Se recomienda seguir las recomendaciones de las columnas "Revisión de la redacción del riesgo" y de "ANÁLISIS OCI SOBRE CONTROLES"	
ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Posible falsificación de documentos públicos o privados exigidos de los oferentes, incurriendo en contratación sin cumplimiento de requisitos.	No Conforme. Mezcla el evento (falsificación) con la consecuencia (contratación sin requisitos) y omite la Causa Raíz. Sugerencia: Posibilidad de afectación económica y reputacional por contratación sin cumplimiento de requisitos, debido a la falsificación de documentos por oferentes, originada en la ausencia de un control de doble validación para la verificación de la autenticidad de los documentos de los oferentes.	El abogado responsable del proceso cada vez que recibe una solicitud con los soportes validara los documentos en las plataformas publicas destinadas para ello y de encontrar alguna inconsistencia informara al ares solicitante	Si	Si	Asignado: 15	Adecuado: 15	Oportuna: 15	Prevenir: 15	Confiable: 15	Si: 15	No existe: 0	90	Moderado	Siempre	Fuerte	Moderado	Si	No conforme. Aunque tiene responsable y propósito implícito (verificar autenticidad de documentos), carece de periodicidad clara, no describe paso a paso el procedimiento ni la evidencia generada. Recomendación: establecer disparador (ej. "cada vez que se recibe solicitud"), detallar cómo se validan documentos en las plataformas, definir qué evidencias se generan (capturas, informe, radicado), y formalizar tratamiento de desviaciones (escalamiento, plazos).	No se ha realizado seguimiento de primera línea de defensa. La OAPII realizó seguimiento de segundo cuatrimestre. El riesgo está en revisión desde el 05/05/2025. No se está cumpliendo la política de riesgos para este riesgos. Se recomienda seguir las recomendaciones de las columnas "Revisión de la redacción del riesgo" y de "ANÁLISIS OCI SOBRE CONTROLES"	
ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	Posible afectación económica por pérdida de recursos por baja calidad de los bienes o servicios adquiridos	No Conforme. Es un riesgo de gestión o fiscal; no es explícito el uso del poder con un beneficio privado. Omite la Causa Raíz. Sugerencia (asumiendo corrupción): Posibilidad de afectación económica por pérdida de recursos debido a la recepción de bienes o servicios de baja calidad, originada en la omisión deliberada en la vigilancia de la ejecución contractual para obtener un beneficio indebido.	(Incertidumbre 1) El profesional responsable cada vez que se le asigna un proceso realiza la revisión del estudio previo con base en los procedimientos descritos en el Manual de Contratación y de encontrar inconsistencias remite correo a la dependencia para los respectivos ajustes y adicional son revisados por parte del coordinador y luego presentado al el comité de contratación quien aprueba la publicación en secop.(Incertidumbre 2) El profesional responsable del proceso de contratación, cada vez que los proponentes presentan las oferta económica en el plazo establecido realiza la verificación de los requisitos habilitantes y en caso de encontrar inconsistencias se hace la solicitud de subsanación y realiza el informe de evaluación jurídica final, posterior el coordinador verifica y firma el informe final y remite por correo para su publicación en la plataforma correspondiente.	Si	Si	Asignado: 15	Adecuado: 15	Oportuna: 15	Prevenir: 15	Confiable: 15	Si: 15	Completa: 10	100	Fuerte	Siempre	Fuerte	Fuerte	NO	Conforme parcialmente. Incluye responsable, disparador ("cada vez que se le asigna un proceso"), propósito (evitar inconsistencias en estudios previos) y pasos básicos de revisión. Sin embargo, carece de detalle sobre cómo se revisa y cómo se evidencian los ajustes. Recomendación: describir criterios de revisión, incluir plazos de corrección y precisar evidencias (correos, actas del comité).	Se evidencia seguimiento de primera y segunda línea de defensa. Se aplican los controles con la periodicidad esperada. Se recomienda seguir las recomendaciones de las columnas "Revisión de la redacción del riesgo" y de "ANÁLISIS OCI SOBRE CONTROLES"	
			El profesional asignado una vez al mes verificará según se requiera, si en el proceso disciplinario obran las actuaciones procesales y probatorias para la toma de la decisión que corresponda según la etapa. En caso de que el proceso no cuente con lo anterior, realizará la gestión a que hubiere lugar. Evidencia de la revisión efectuada se registrará en control de asistencia y se remitirá al técnico asignado quien la dejará en carpeta compartida del área. (Causa 1 y 3)			Asignado: 15	Adecuado: 15	Oportuna: 15	Prevenir: 15	Confiable: 15	Si: 15	Completa: 10	100	Fuerte	Siempre	Fuerte	Fuerte	NO	Conforme. El control tiene responsable, periodicidad definida (mensual), propósito (verificar actuaciones y pruebas), procedimiento (revisión y gestión si falta algo), tratamiento de desviaciones (realiza la gestión) y evidencia clara (registro en control de asistencia y carpeta compartida). Solo se recomienda precisar plazos para la gestión correctiva.		
EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	Posibilidad de impacto reputacional debido al ocultamiento de hallazgos en la evaluación independiente de la Oficina de Control Interno, causado por la influencia indebida (uso del poder) sobre el equipo auditor, originado en la falta de salvaguardas que garanticen la independencia del proceso.	Conforme (Mejorable). Sigue la estructura (Impacto + Causa Inmediata + Causa Raíz), aunque la redacción es muy extensa y usa "causado por" en lugar de "debido a". Sugerencia: Posibilidad de afectación reputacional por ocultamiento de hallazgos en la evaluación de Control Interno, debido a la influencia indebida (uso del poder) sobre el equipo auditor, originada en la falta de salvaguardas que garanticen la independencia del proceso.	Causa 3: El auditor interno, cada vez que lo considere necesario, debe informar que existe un conflicto de interés de manera escrita al (la) Jefe de la Oficina de Control Interno, a través del formato TH-F-007, este documento deberá reposar en la Hoja de Vida del funcionario de planta y en expediente del contratista. En caso de identificar un posible conflicto de interés no manifestado, se recusa al auditor sin perjuicio de eventuales sanciones disciplinarias.	No	No	Asignado: 15	Adecuado: 15	Oportuna: 15	Prevenir: 15	Confiable: 15	Si: 15	Completa: 10	100	Fuerte	Siempre	Fuerte	Fuerte	NO	No conforme. El control tiene responsable y evidencia (formato TH-F-007), pero carece de periodicidad/disparador claro (se deja a criterio del auditor), no explica paso a paso cómo diligenciar y notificar, ni define plazos para tratamiento de hallazgos. Recomendación: estandarizar el disparador ("previo a iniciar auditoría"), detallar procedimiento (llenado, envío, archivo), y especificar acciones en caso de incumplimiento.	Se evidencia seguimiento de primera y segunda línea de defensa. Se aplican los controles con la periodicidad esperada. Se recomienda seguir las recomendaciones de las columnas "Revisión de la redacción del riesgo" y de "ANÁLISIS OCI SOBRE CONTROLES"	
			Todas las causas: El (la) Jefe de la Oficina de Control Interno debe verificar anualmente que todos los auditores de la dependencia hayan firmado el formato de COMPROMISO ÉTICO DEL AUDITOR INTERNO antes del inicio de las auditorías internas de gestión programadas, mediante solicitud por correo electrónico o al suscribir el acta de inicio de los auditores contratistas, según sea el caso. En el correo electrónico de solicitud se deben dar instrucciones de cómo acceder al documento "código de ética del auditor interno" o adjuntarlo, dando un plazo explícito o máximo hasta antes del inicio de las auditorías internas en las que el auditor esté programado. Cada auditor debe enviar el compromiso al jefe de Oficina de Control Interno mediante correo electrónico y se creará una carpeta virtual en donde reposará el registro. En caso de evidenciarse que no se ha firmado el formato COMPROMISO ÉTICO DEL AUDITOR INTERNO el jefe de la Oficina de Control Interno volverá a requerir la firma de dicho documento de forma inmediata, si no se responde esta segunda solicitud se declara incumplimiento de contrato o se remite a la Oficina de Control Disciplinario Interno.			Asignado: 15	Adecuado: 15	Oportuna: 15	Detectar: 10	Confiable: 15	Si: 15	Completa: 10	95	Moderado	Siempre	Fuerte	Moderado	Si	Conforme. El control tiene responsable, periodicidad (anual antes de auditorías), propósito (garantizar ética), procedimiento detallado (solicitud, envío, archivo), tratamiento de desviaciones (requerir nuevamente, sanción) y evidencia (compromiso firmado en carpeta). Recomendación menor: precisar tiempos exactos de respuesta al segundo requerimiento.		
			Todas las causas: El (la) Jefe de la Oficina de Control Interno, cada vez que se genere un informe de auditoría, revisa y valida el cumplimiento del objetivo planteado y de la aplicación del Procedimiento de Auditorías Internas de Gestión, mediante la aprobación y firma del informe final que el auditor líder le ha hecho llegar por correo electrónico. En caso de que se encuentren inconsistencias en el informe de auditoría el (la) jefe de la OCI solicita al auditor las correcciones necesarias mediante correo electrónico, o si lo considera necesario, una revisión cruzada con un auditor que no esté participando en la auditoría. La evidencia de aplicación de este control es el informe de auditoría final que se entrega a la unidad auditada y/o los correos de solicitud de cambio.			Asignado: 15	Adecuado: 15	Oportuna: 15	Detectar: 10	Confiable: 15	Si: 15	Completa: 10	95	Moderado	Siempre	Fuerte	Moderado	Si	Conforme. El control define responsable, disparador (cada vez que se genera un informe), propósito (asegurar calidad del informe), procedimiento (revisión, solicitud de correcciones, revisión cruzada), tratamiento de desviaciones (solicitud de ajustes) y evidencia (informe final y correos). Recomendación: formalizar tiempo máximo de corrección.		
			Todas las causas: El (la) Jefe de la Oficina de Control Interno, cada vez que se finaliza una auditoría, verifica los resultados de la Encuesta de Satisfacción del Ejercicio de Auditoría. El auditor líder debe solicitar al jefe del proceso auditado que realice la encuesta de satisfacción con el fin de retroalimentar el ejercicio de auditoría que realiza la OCI. En caso de que exista una calificación no satisfactoria, el (la) Jefe de la OCI socializa al equipo auditor cuáles fueron las observaciones realizadas. El registro de la encuesta debe quedar en los documentos se suben a SIGME en el módulo de auditorías.			Asignado: 15	Adecuado: 15	Oportuna: 15	Detectar: 10	Confiable: 15	Si: 15	Completa: 10	95	Moderado	Siempre	Fuerte	Moderado	Si	Conforme parcialmente. Responsable, disparador (fin de auditoría), propósito y procedimiento están claros. Se indica tratamiento de desviaciones (socializar con el equipo) y evidencia (encuesta en SIGME). Falta precisar periodicidad de revisión y plazos para acciones correctivas. Recomendación: estandarizar tiempos de análisis y respuesta a observaciones.		
			Previo a emitir el requerimiento inicial de información para una auditoría, el Líder de esta es responsable de solicitar y verificar que el responsable de la unidad auditable haya firmado la "Carta de Representación" (EV-F-007). Este documento debe incluir y formalizar la cláusula explícita contra la corrupción y el soborno, con el fin de reforzar el compromiso de cero tolerancia. Esta acción implica que el Líder de auditoría revise el formato para asegurar que contenga dicha cláusula, solicite formalmente la carta firmada y, al recibirla, compruebe su correcta inclusión y la firma correspondiente. Ante cualquier desviación, como la omisión de la cláusula o una negativa a firmar, se notificará de inmediato a la unidad auditada para su corrección. Si el problema persiste, se escalará el asunto al Comité Institucional de Coordinación Interno (CICCI) mediante memorando interno, documentando todas las gestiones realizadas. La "Carta de Representación" firmada, o (ante eventuales negativas de firma) los correos de solicitud de firma y/o el memorando al CICCI, constituyen la evidencia de la ejecución de este control.			Asignado: 15	Adecuado: 15	Oportuna: 15	Prevenir: 15	Confiable: 15	Si: 15	Completa: 10	100	Fuerte	Siempre	Fuerte	Fuerte	NO	Conforme. El control cumple todos los pasos: responsable, disparador (antes del requerimiento inicial), propósito (cero tolerancia corrupción), procedimiento claro (solicitud, revisión, escalamiento), tratamiento de desviaciones (corrección o CICCI) y evidencia definida (carta firmada o memorando). Recomendación: ninguna, está completo.		

DESCRIPCIÓN DE RIESGO		Revisión de la redacción del riesgo	Control	Riesgo fiscal		DISEÑO										EJECUCIÓN DEL CONTROL		ANÁLISIS OCI SOBRE CONTROLES	Observaciones OCI	
				6. ¿Generar pérdida de recursos económicos?	13. ¿Da lugar a procesos fiscales?	¿El control tiene un responsable asignado para su ejecución?	¿Autoridad y segregación de funciones en responsable es adecuada?	¿Frecuencia es oportuna para prevenir riesgo o detectar materialización?	¿Busca prevenir o detectar las causas que pudieran causar errores operativos?	¿La fuente de información que se utiliza para la ejecución del control es información confiable que permita mitigar?	¿Observaciones, desviaciones o diferencias se investigan y resuelven oportunamente?	¿Se deja evidencia de la ejecución del control y de las acciones en caso de presentarse una desviación?	Calificación	Evaluación del diseño del control Fuerte 96 a 100 Moderado 86 a 95 Débil 76 a 85	El control se ejecuta	Evaluación de la ejecución del control	Soportes del control			Debe fortalecer control
Proceso	Riesgo																			
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Posible afectación reputacional por la manipulación de los procesos de nombramiento realizados por el Grupo de Administración de Personal	No Conforme. Omite la Causa Raíz. La manipulación es la causa inmediata. Sugerencia: Posibilidad de afectación reputacional por manipulación en procesos de nombramiento, con el fin de favorecer a un tercero, debido a la aplicación de criterios subjetivos, originada en la falta de procedimientos claros para la verificación de perfiles y requisitos en la fase de nombramiento.	El Coordinador o Coordinadora del Grupo de Administración de Personal, cada vez que se requiera realizará la verificación de la información consignada en el estudio de provisión de vacantes temporales y/o definitivas mediante la figura de encargo y procederá a firmar esta. En caso de encontrar inconsistencias solicitará al profesional designado realizar los ajustes necesarios. (Causa 1)Evidencia: Estudio de provisión de vacantes temporales y/o definitivas mediante la figura de encargo GH-F-085	No	No	Asignado: 15	Adecuado: 15	Oportuna: 15	Prevenir: 15	Confiable: 15	Si: 15	Completa: 10	100	Fuerte	Siempre	Fuerte	Fuerte	NO	Conforme parcialmente. Tiene responsable, disparador ("cada vez que se requiera"), propósito y evidencia. Sin embargo, el procedimiento y tratamiento de inconsistencias son vagos (solo "solicitar ajustes"). Recomendación: detallar pasos de revisión, definir plazos de respuesta y centralizar evidencia.	Se evidencia seguimiento de primera y segunda línea de defensa. Se aplican los controles con la periodicidad esperada. Se recomienda seguir las recomendaciones de las columnas "Revisión de la redacción del riesgo" y de "ANÁLISIS OCI SOBRE CONTROLES"
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Posible afectación económica por detrimento patrimonial de los recursos asignados para las comisiones y gastos de desplazamiento de la entidad, causando investigaciones disciplinarias y de los entes de control correspondientes	No Conforme. Es genérico, mezcla el Impacto con sus consecuencias (investigaciones) y no es explícito en el uso de poder/beneficio privado. Omite la Causa Raíz. Sugerencia (asumiendo corrupción): Posibilidad de afectación económica y reputacional por detrimento patrimonial en gastos de desplazamiento, debido a la apropiación o uso indebido de recursos (uso de poder), originada en la ausencia de una debida validación y control de las cuentas de cobro presentadas por comisiones.	El Coordinador o la Coordinadora del Grupo de Administración de Personal, cada vez que se requiera verificará el valor a pagar de la comisión en el aplicativo SIIF, para su aprobación, en caso de encontrar inconsistencias la rechazará y solicitará al profesional designado el ajuste necesario. (Causa 1)Evidencia: Base de datos comisiones y desplazamiento	Si	No	Asignado: 15	Adecuado: 15	Oportuna: 15	Prevenir: 15	Confiable: 15	Si: 15	Completa: 10	100	Fuerte	Siempre	Fuerte	Fuerte	NO	Conforme parcialmente. Responsable, disparador y evidencia están claros. Sin embargo, no explica paso a paso cómo se hace la verificación ni cómo se documenta el rechazo. Recomendación: detallar procedimiento (consultas en SIIF, documentos revisados), formalizar evidencia (captura, registro) y establecer plazos de corrección.	Se evidencia seguimiento de primera y segunda línea de defensa. Se aplican los controles con la periodicidad esperada. Se recomienda seguir las recomendaciones de las columnas "Revisión de la redacción del riesgo" y de "ANÁLISIS OCI SOBRE CONTROLES"
GESTIÓN FINANCIERA	Posibilidad que se genere un abuso de poder con el fin de modificar o ajustar la información registrada en el aplicativo de cuentas por cobrar y contribuciones para el beneficio de un tercero.	No Conforme. No sigue la estructura. Se mezcla el Impacto con el evento (abuso de poder) y omite la Causa Raíz. Sugerencia: Posibilidad de afectación económica por modificación o ajuste indebido de información de cuentas por cobrar, con el fin de beneficiar a un tercero, debido al abuso de poder del funcionario con acceso al sistema, originada en la falta de controles de acceso y trazabilidad en el aplicativo que permitan el uso indebido del poder.	Causa 2. Causa 2El profesional designado generara un reporte de cxc de forma trimestral con la verificación de las liquidaciones que se revocaron en el mismo periodo y su justificación. En los casos de las liquidaciones anuladas cada liquidador procederá a expedir un reporte del aplicativo de contribuciones con la relación de las mismas y su respectiva observación.	Si	Si	Asignado: 15	Adecuado: 15	Oportuna: 15	Prevenir: 15	Confiable: 15	Si: 15	Completa: 10	100	Fuerte	Siempre	Fuerte	Fuerte	NO	No conforme. Aunque tiene responsable, periodicidad y evidencia parcial, carece de propósito explícito, procedimiento detallado y tratamiento de desviaciones. Recomendación: establecer propósito (control de devoluciones), definir paso a paso (cómo se genera y valida reporte), precisar evidencia (formato, ubicación) y definir acciones ante inconsistencias.	Se evidencia seguimiento de primera y segunda línea de defensa. Se aplican los controles con la periodicidad esperada. Se recomienda seguir las recomendaciones de las columnas "Revisión de la redacción del riesgo" y de "ANÁLISIS OCI SOBRE CONTROLES"
GESTIÓN FINANCIERA	Posible afectación económica por pérdida de recursos por el pago de obligaciones que no corresponden a la realidad.	No Conforme. No es explícito en el uso de poder/beneficio privado. Omite la Causa Raíz. Sugerencia (asumiendo corrupción): Posibilidad de afectación económica por pérdida de recursos debido al pago de obligaciones que no corresponden a la realidad, originada en la actuación deliberada para autorizar un pago con documentación incompleta para beneficio de un tercero.	"El profesional o técnico del grupo de contribuciones encargado generará un reporte en el cual se verificarán los valores registrados en los aplicativos relacionados con los ingresos de los primeros pagos. Conciliación ingresos	Si	Si	Asignado: 15	Adecuado: 15	Oportuna: 15	Prevenir: 15	Confiable: 15	Si: 15	Completa: 10	100	Fuerte	Siempre	Fuerte	Fuerte	NO	No conforme. Define responsable y propósito implícito, pero carece de periodicidad clara, procedimiento paso a paso y tratamiento de desviaciones. Recomendación: establecer periodicidad (mensual/trimestral), detallar pasos de conciliación, definir evidencia formal y plazos de respuesta en caso de diferencias.	No se evidencia seguimiento de 2025, el riesgo se creó el 24/7/2025. Se recomienda seguir las recomendaciones de las columnas "Revisión de la redacción del riesgo" y de "ANÁLISIS OCI SOBRE CONTROLES"
GESTIÓN FINANCIERA	Posible afectación económica por pérdida de recursos por el pago de obligaciones dinerarias a favor de la entidad y de Fondo Empresarial.	No Conforme. No es explícito en el uso de poder/beneficio privado. Omite la Causa Raíz. Sugerencia (asumiendo corrupción): Posibilidad de afectación económica por pérdida de recursos debido a la no gestión del cobro de obligaciones a favor de la Entidad, originada en la omisión deliberada en los procedimientos de cobro de cartera para favorecer a un tercero.	El Profesional del grupo de Cobro revisa trimestralmente que el título ejecutivo allegado se encuentre debidamente registrado en el aplicativo dispuesto por la entidad para el control de las cuentas por cobrar, posterior a ello registra en la herramienta dispuesta por la entidad para el control a la gestión de cobro, crea el expediente virtual y entrega en reparto.	Si	Si	Asignado: 15	Adecuado: 15	Oportuna: 15	Prevenir: 15	Confiable: 15	Si: 15	Completa: 10	100	Fuerte	Siempre	Fuerte	Fuerte	NO	Conforme. Tiene responsable, periodicidad (trimestral), propósito, procedimiento detallado (verificación, registro, expediente), evidencia clara (herramienta y expediente virtual). Recomendación: precisar tratamiento de desviaciones (ej. devolución o corrección).	No se evidencia seguimiento de 2025, el riesgo se creó el 24/7/2025. Se recomienda seguir las recomendaciones de las columnas "Revisión de la redacción del riesgo" y de "ANÁLISIS OCI SOBRE CONTROLES"
GESTIÓN FINANCIERA	Posible afectación económica por pérdida de recursos por el pago de obligaciones que no cumplen con lo requisitos mínimos	No Conforme. no es explícito en el uso de poder/beneficio privado. Omite la Causa Raíz. Sugerencia (asumiendo corrupción): Posibilidad de afectación económica por pérdida de recursos debido al pago de obligaciones que no cumplen con los requisitos mínimos, originada en la falta de una adecuada revisión o actuación deliberada para aprobar el pago y obtener un beneficio privado.	El coordinador del grupo de Tesorería verifica de manera mensual por medio de un listado de revisión de pagos que el profesional encargado haya verificado el lleno de los requisitos de la cuenta de cobro y/o si se presentaron cuentas devueltas por falta de requisitos.	Si	Si	Asignado: 15	Adecuado: 15	Oportuna: 15	Prevenir: 15	Confiable: 15	Si: 15	Completa: 10	100	Fuerte	Siempre	Fuerte	Fuerte	SI	Conforme parcialmente. Responsable, periodicidad y propósito están claros. Procedimiento y evidencia se mencionan, pero falta detalle de criterios de aceptación y de acciones en caso de pagos rechazados. Recomendación: formalizar paso a paso revisión y definir plazos de corrección.	No se evidencia seguimiento de 2025, el riesgo se creó el 24/7/2025. Se recomienda seguir las recomendaciones de las columnas "Revisión de la redacción del riesgo" y de "ANÁLISIS OCI SOBRE CONTROLES"
MEDIDAS PARA EL CONTROL	Posibilidad de presentarse un abuso de poder con el fin de autorizar la destinación de recursos de patrimonios autónomos administrados por la Superintendencia, para beneficio propio o de un tercero.	No Conforme. No sigue la estructura. Mezcla el Impacto con el evento (abuso de poder) y omite la Causa Raíz. Sugerencia: Posibilidad de afectación económica y legal por destinación indebida de recursos de patrimonios autónomos, con el fin de beneficiar a un tercero, debido al abuso de poder del funcionario, originada en la falta de controles de validación por parte de un superior jerárquico para la autorización de destinación de recursos.	Los profesionales de la Dirección de Entidades Intervinidas y en Liquidación designados realizarán un muestreo aleatorio cuatrimestral al 5 % de los contratos del Fondo Empresarial para verificar el cumplimiento del requisito establecido en el Manual de Contratación del Fondo Empresarial, en el que se manifiesta que el contratista no este incurso en ninguna de las causales de inhabilidad o incompatibilidad dejando como evidencia el control de asistencia de la mesa de trabajo de seguimiento y los contratos revisados.	Si	Si	Asignado: 15	Adecuado: 15	Oportuna: 15	Prevenir: 15	Confiable: 15	Si: 15	Completa: 10	100	Fuerte	Siempre	Fuerte	Fuerte	NO	Conforme. Se definen responsable, periodicidad, propósito, procedimiento (muestreo 5 %), evidencia (control de asistencia y contratos revisados). Recomendación: incluir qué hacer si se detecta incumplimiento (tratamiento de desviaciones).	Se evidencia seguimiento de primera y segunda línea de defensa. Se aplican los controles con la periodicidad esperada. Se recomienda seguir las recomendaciones de las columnas "Revisión de la redacción del riesgo" y de "ANÁLISIS OCI SOBRE CONTROLES"
MEDIDAS PARA EL CONTROL	Posibilidad de afectación reputacional por pérdida de credibilidad en el desarrollo de los seguimientos y monitoreos a empresas de servicios públicos domiciliarios en toma de posesión debido a la preferencia en la asignación de un colaborador de la DEIL a un proceso en toma de posesión por parte del Director.	No Conforme. La Causa Inmediata está diluida y omite la Causa Raíz (el por qué puede ocurrir la preferencia). Sugerencia: Posibilidad de afectación reputacional por pérdida de credibilidad en el monitoreo a empresas en toma de posesión, debido a la preferencia en la asignación de colaboradores (uso de poder) para favorecer a un tercero, originada en la falta de un procedimiento objetivo y documentado para la asignación de equipos de trabajo.	El Director de Entidades Intervinidas y en Liquidación o un asignado por el mismo anualmente define y comunica el cronograma de reuniones de seguimiento y monitoreo a prestadores en toma de posesión, y establece los equipos internos que llevarán a cabo los mismos resaltando la importancia de manifestar posibles conflictos de interés, dejando como evidencia el correo electrónico de comunicación del cronograma y equipos.	No	No	Asignado: 15	Adecuado: 15	Oportuna: 15	Prevenir: 15	Confiable: 15	Si: 15	Completa: 10	100	Fuerte	Siempre	Fuerte	Fuerte	NO	Conforme. Responsable, periodicidad (anual), propósito (monitoreo), procedimiento (definir y comunicar cronograma), evidencia (correo). Recomendación: precisar tratamiento de desviaciones (qué hacer si no se reporta conflicto de interés).	Se evidencia seguimiento de primera y segunda línea de defensa. Se aplican los controles con la periodicidad esperada. Se recomienda seguir las recomendaciones de las columnas "Revisión de la redacción del riesgo" y de "ANÁLISIS OCI SOBRE CONTROLES"

DESCRIPCIÓN DE RIESGO		Revisión de la redacción del riesgo	Control	Riesgo fiscal		DISEÑO										EJECUCIÓN DEL CONTROL				ANÁLISIS OCI SOBRE CONTROLES	Observaciones OCI
				6. ¿Generar pérdida de recursos económicos?	13. ¿Da lugar a procesos fiscales?	¿El control tiene un responsable asignado para su ejecución?	¿Autoridad y segregación de funciones en responsable es adecuada?	¿Frecuencia es oportuna para prevenir riesgo o detectar materialización?	¿Busca prevenir o detectar las causas que pudieran causar errores operativos?	¿La fuente de información que se utiliza para la ejecución del control es información confiable que permita mitigar?	¿Observaciones, desviaciones o diferencias se investigan y resuelven oportunamente?	¿Se deja evidencia de la ejecución del control y de las acciones en caso de presentarse una desviación?	Calificación	Evaluación del diseño del control Fuerte 96 a 100 Moderado 86 a 95 Débil 76 a 85	El control se ejecuta	Evaluación de la ejecución del control	Solidez del control	Debe fortalecer control			
Proceso	Riesgo																				
MEDIDAS PARA EL CONTROL	Posibilidad de afectación reputacional por pérdida de credibilidad en los procesos de toma de posesión de empresas de servicios públicos domiciliarios debido a la omisión en el tratamiento de la confidencialidad de las órdenes de intervención.	No Conforme. Si no hay beneficio privado asociado a la omisión, es un riesgo de seguridad de la información. Omite la Causa Raíz. Sugerencia (asumiendo corrupción): Posibilidad de afectación legal y reputacional por divulgación de información confidencial de las órdenes de intervención, con el fin de favorecer a un tercero, debido a la omisión deliberada en el tratamiento de la confidencialidad, originada en la falta de un control eficaz para la protección y trazabilidad de los documentos clasificados.	El Director de Entidades Intervенidas y en Liquidación aprueba el acto administrativo que ordena la toma de posesión de una ESP cada vez que se ejecute la medida, dejando como evidencia la resolución correspondiente (GD-F-008).	Si	Si	Asignado: 15	Adecuado: 15	Oportuna: 15	Prevenir: 15	Confiable: 15	Si: 15	Completa: 10	100	Fuerte	Siempre	Fuerte	Fuerte	Si	Conforme. Tiene responsable, disparador, propósito, procedimiento y evidencia (resolución). Falta tratamiento de desviaciones (qué pasa si no se aprueba o hay inconsistencias). Recomendación: incluir corrección y plazos.	Se evidencia seguimiento de primera y segunda línea de defensa. Se aplican los controles con la periodicidad esperada. Se recomienda seguir las recomendaciones de las columnas "Revisión de la redacción del riesgo" y de "ANÁLISIS OCI SOBRE CONTROLES"	
MEDIDAS PARA EL CONTROL	Posibilidad de afectación reputacional por la calidad del seguimiento de los procesos en toma de posesión fuera de los compromisos y requerimientos establecidos a las ESP intervenidas.	No Conforme. Es un riesgo de gestión. No es explícito el uso del poder con un beneficio privado. Omite la Causa Raíz. Sugerencia (asumiendo corrupción): Posibilidad de afectación reputacional por la baja calidad del seguimiento a procesos en toma de posesión, debido a la omisión deliberada en el cumplimiento de los requerimientos, originada en la actuación del colaborador para evitar el seguimiento y favorecer un tercero.	El funcionario designado de la Dirección de Entidades Intervенidas y en Liquidación realiza la verificación mensual del cumplimiento de los criterios establecidos por la norma para llevar a cabo las reuniones de seguimiento y monitoreo a las empresas en toma de posesión, dejando como evidencia un documento de excel con la lista de verificación.	No	No	Asignado: 15	Adecuado: 15	Oportuna: 15	Detectar: 10	Confiable: 15	Si: 15	Completa: 10	95	Moderado	Siempre	Fuerte	Moderado	Si	Conforme parcialmente. Responsable, periodicidad y evidencia están definidos. Falta propósito explícito y detalle en el procedimiento (qué criterios revisa, cómo valida). Recomendación: precisar criterios de revisión y acciones en caso de incumplimiento.	Se evidencia seguimiento de primera y segunda línea de defensa. Se aplican los controles con la periodicidad esperada. Se recomienda seguir las recomendaciones de las columnas "Revisión de la redacción del riesgo" y de "ANÁLISIS OCI SOBRE CONTROLES"	
MEDIDAS PARA EL CONTROL	Posibilidad de afectación reputacional por pérdida de credibilidad, debido a las actuaciones administrativas sancionatorias sobre eventuales vulneraciones por fuera del esquema normativo que rige la actividad de las personas que prestan servicios públicos domiciliarios en el país	No Conforme. La redacción es muy extensa y confusa. Mezcla Impacto con Causa Inmediata. Omite la Causa Raíz. Sugerencia: Posibilidad de afectación reputacional por pérdida de credibilidad debido a actuaciones sancionatorias por fuera del esquema normativo, con el fin de favorecer intereses propios o de terceros, originada en la falta de criterios unificados para la aplicación del esquema normativo en los procesos sancionatorios.	Causa 1. El abogado de la Dirección de Investigaciones asignado verifica permanentemente que cada solicitud se ajuste a los elementos fácticos, jurídicos y probatorios, así como las normas presuntamente infringidas y contenga el material probatorio pertinente, conducente y útil, de lo contrario, procederá a su devolución o solicitud de alcance, requiriendo los ajustes o complementos correspondientes e indicando las razones pertinentes y determina la existencia de mérito para abrir una investigación preliminar o una investigación administrativa con formulación de pliego de cargos. Como evidencia es la devolución o alcance a la solicitud de investigación (formato GDF-010).	Si	No	Asignado: 15	Adecuado: 15	Oportuna: 15	Prevenir: 15	Confiable: 15	Si: 15	Completa: 10	100	Fuerte	Siempre	Fuerte	Fuerte	Si	Conforme. Responsable, disparador, propósito, procedimiento y evidencia están definidos. Se incluye tratamiento de desviaciones (devolución o solicitud de alcance). Recomendación: precisar plazos para devolución o subsanación.	Se evidencia seguimiento de primera y segunda línea de defensa. Se aplican los controles con la periodicidad esperada. Se recomienda seguir las recomendaciones de las columnas "Revisión de la redacción del riesgo" y de "ANÁLISIS OCI SOBRE CONTROLES"	
MEDIDAS PARA EL CONTROL	Posibilidad de afectación económica y reputacional debido a la aplicación de medidas para controlar, normalizar y restablecer la prestación de los servicios públicos domiciliarios o conminar a quienes los prestan a la mejora de las condiciones de la prestación por fuera del término para adelantar las etapas del procedimiento administrativo sancionatorio, con el fin de favorecer a los prestadores de servicios públicos.	No Conforme. Es demasiado largo; la Causa Inmediata es un párrafo. Omite la Causa Raíz. Sugerencia: Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento en los términos del procedimiento sancionatorio, con el fin de favorecer a los prestadores (uso de poder), debido a la omisión en el seguimiento de términos procesales, originada en la falta de un sistema de alerta o control de términos en el aplicativo de gestión procesal.	Causas 1 y 4. El abogado cada vez que se asigna un memorando de solicitud de apertura de investigación, verifica que contenga los elementos fácticos, jurídicos y probatorios, las normas presuntamente infringidas, material probatorio pertinente, conducente y útil; que permita determinar la existencia de mérito para abrir una averiguación preliminar o una investigación administrativa de lo contrario, se procederá a su devolución o solicitud de alcance, requiriendo los ajustes o complementos correspondientes e indicando las razones pertinentes. Evidencia: Devolución o alcance a la solicitud de investigación GD-F-010	Si	No	Asignado: 15	Adecuado: 15	Oportuna: 15	Prevenir: 15	Confiable: 15	Si: 15	Completa: 10	100	Fuerte	Siempre	Fuerte	Fuerte	NO	Conforme. Igual que el anterior: tiene responsable, disparador, propósito, procedimiento, tratamiento y evidencia. Recomendación: precisar plazos para respuesta del solicitante.	Se evidencia seguimiento de primera y segunda línea de defensa. Se aplican los controles con la periodicidad esperada. Se recomienda seguir las recomendaciones de las columnas "Revisión de la redacción del riesgo" y de "ANÁLISIS OCI SOBRE CONTROLES"	
NORMATIVA	Posible pérdida reputacional y efectos disciplinarios por falta de unidad de criterio frente a una posición institucional	No Conforme. Es un riesgo de gestión. Para ser corrupción, requiere el uso del poder y el beneficio privado. Omite la Causa Raíz. Sugerencia (asumiendo corrupción): Posibilidad de pérdida reputacional y efectos disciplinarios debido a la falta de unidad de criterio institucional, originada en el uso de poder para modificar la posición institucional para favorecer intereses propios o de terceros.	Se realizará seguimiento a la revisión de los conceptos a expedir por parte de la OAJ. Para el efecto se efectuará doble revisión a los conceptos previo a su versión final.	No	No	Asignado: 15	Adecuado: 15	Oportuna: 15	Prevenir: 15	Confiable: 15	Si: 15	Completa: 10	100	Fuerte	Siempre	Fuerte	Fuerte	Si	No conforme. El control es muy general. Responsable no está definido, no hay periodicidad, ni evidencia clara. Recomendación: precisar quién revisa, en qué momento (antes de versión final), cómo se documenta la revisión y qué hacer ante inconsistencias.	Se evidencia seguimiento de primera y segunda línea de defensa. Se aplican los controles con la periodicidad esperada. Se recomienda seguir las recomendaciones de las columnas "Revisión de la redacción del riesgo" y de "ANÁLISIS OCI SOBRE CONTROLES"	
PROTECCIÓN AL USUARIO	Posibilidad de ejercer un abuso de poder para que las decisiones de recursos de apelación, recursos de queja, reconocimientos de efectos Silencio Administrativo Positivo (SAP) o proceso sancionatorio o la pérdida deliberada de facultad sancionatoria, procedibilidad o ejecutoriedad de actos administrativos favorezcan a un tercero.		C1, C2 y C3. El abogado proyectista analiza y en caso de requerirse decreta pruebas. Cuando interviene más de una parte y con el recurso se aportan pruebas, se corre traslado a las demás partes por el término de cinco (5) días. Posteriormente, el abogado proyectista analiza el expediente y proyecta acto administrativo que resuelve el recurso de reposición, a través del formato PU-F-039 y lo envía al abogado revisor para estudio. En caso de encontrar observaciones lo devuelve al abogado proyectista para las correcciones correspondientes. Cuando es aprobado el proyecto de acto administrativo que resuelve el recurso de reposición, se radica el acto administrativo en el sistema de gestión documental y se envía para firma al Superintendente Delegado para la Protección al Usuario y la Gestión en Territorio. Posteriormente, se notifica la decisión que resuelve el recurso de reposición. Todo acto administrativo emitido será relacionado el formato correspondiente. Evidencia: PU-F-044 Seguimiento a notificaciones.			Asignado: 15	Adecuado: 15	Oportuna: 15	Detectar: 10	Confiable: 15	Si: 15	Completa: 10	95	Moderado	Siempre	Fuerte	Moderado	Si	Conforme. El control está detallado en responsable, procedimiento paso a paso, tratamiento de observaciones y evidencia (formatos). Solo se recomienda estandarizar plazos de correcciones.		
		No Conforme. Es demasiado largo. Mezcla el Impacto con la Causa Inmediata. Omite la Causa Raíz. Sugerencia: Posibilidad de afectación legal y reputacional por decisiones indebidamente en recursos de apelación, queja o procesos sancionatorios, con el fin de favorecer a un tercero (uso de poder), originada en la falta de un procedimiento de doble validación para la revisión de los actos administrativos decisorios.	C1, C2, C3 y C4.El funcionario encargado analiza y evalúa si existe mérito para abrir la actuación administrativa cada vez que se le sea asignado un caso. Con la finalidad de dar respuesta de fallo debe: en el caso que la petición carezca de alguno de los requisitos señalados en el artículo 16 del CPACA, requerir al usuario para que complete dicha información, en el término máximo de un (1) mes, so pena de desistimiento tácito, PU-F-023 Requerimiento art. 17 CPACA, asignar a revisor. Si el usuario no aporta los documentos faltantes para iniciar la actuación, se procederá a declarar el desistimiento tácito mediante acto administrativo motivado, PU-F-026 Resolución desistimiento tácito, asignar a revisor. Contra este acto procede recurso de reposición, en caso de interponerse, continuar con actividad 7. Si existe mérito: Ante mérito para abrir, proyectar Auto de Apertura y Decreto de Pruebas PU-F-024, el cual debe comunicarse tanto al usuario como al Prestador como partes interesadas y dar eventual aplicación a los artículos 37 y 38 de Ley 1437 de 2011, dentro del auto se concederá un término no mayor a ocho (8) días hábiles para que presenten los argumentos y pruebas decretadas de oficio, así como las que consideren pertinentes. Asignar a revisor. No existe mérito: Si el asunto de reclamación no es objeto de configuración de silencio administrativo positivo, en los términos del artículo 154 de la Ley 142 de 1994, se archiva la solicitud por improcedencia mediante acto definitivo, formato PU-F-048. Si el asunto de reclamación, en los términos del artículo 154 de la Ley 142 de 1994, no es susceptible de silencio administrativo positivo, se archiva la solicitud por falta de competencia mediante comunicación archivo PU-F-025 y se dispondrá su traslado en caso de que se trate de un asunto que debe conocer otra autoridad.En caso de que hayan transcurrido cinco (5) años desde la configuración del silencio administrativo positivo sin que se haya ejecutado el acto administrativo presunto por parte de la SDPUGT, se procederá a proyectar la resolución de pérdida de ejecutoriedad dentro del procedimiento común PU-F-045, la cual se enviará a través del sistema de gestión documental para que el revisor la apruebe o devuelva para los ajustes a que haya lugar. Evidencia: Drive de seguimiento de SAP	No	No	Asignado: 15	Adecuado: 15	Oportuna: 15	Detectar: 10	Confiable: 15	Si: 15	Completa: 10	95	Moderado	Siempre	Fuerte	Moderado	Si	Conforme. El control tiene responsable, disparador, propósito, procedimiento detallado (según CPACA y Ley 142), tratamiento de desviaciones y evidencia (formatos, drive). Recomendación: ninguna, está completo.	Se evidencia seguimiento de primera y segunda línea de defensa. Se aplican los controles con la periodicidad esperada. Se recomienda seguir las recomendaciones de las columnas "Revisión de la redacción del riesgo" y de "ANÁLISIS OCI SOBRE CONTROLES"	

DESCRIPCIÓN DE RIESGO		Revisión de la redacción del riesgo	Control	Riesgo fiscal		DISEÑO										EJECUCIÓN DEL CONTROL				ANÁLISIS OCI SOBRE CONTROLES	Observaciones OCI
				6. ¿Generar pérdida de recursos económicos?	13. ¿Da lugar a procesos fiscales?	¿El control tiene un responsable asignado para su ejecución?	¿Autoridad y segregación de funciones en relación con el riesgo a evaluar?	¿Frecuencia es oportuna para prevenir riesgo o detectar materialización?	¿Busca prevenir o detectar las causas que originan o agravan errores operativos?	¿La fuente de información se utiliza para la ejecución del control es información confiable que permita mitigar?	¿Observaciones, desviaciones o diferencias se investigan y resuelven oportunamente?	¿Se deja evidencia de la ejecución del control y de las acciones en caso de presentarse una desviación?	Calificación	Evaluación del diseño del control Fuerte 96 a 100 Moderado 86 a 95 Débil 76 a 85	El control se ejecuta	Evaluación de la ejecución del control	Solidez del control				
Proceso	Riesgo																				
VIGILANCIA E INSPECCIÓN	Posibilidad de afectación reputacional por mala imagen de la Entidad debido a la programación de acciones de inspección y vigilancia de los prestadores de AAA y EG&C por fuera de los criterios de priorización definidos, en pro de modificar, cargar o eliminar información del programa de vigilancia o inspección a favor de un prestador de servicios públicos domiciliarios	No Conforme. Es demasiado largo; la Causa Inmediata es un párrafo. Omite la Causa Raíz. Sugerencia: Posibilidad de afectación reputacional por modificación, carga o eliminación indebida de información del programa de inspección, con el fin de favorecer a un prestador (uso de poder), debido a la manipulación de los criterios de priorización, originada en la falta de controles de acceso y trazabilidad que permitan la manipulación de la información de vigilancia.	Causa 1. Los Profesionales direcciones técnicas de gestión Profesionales SDOUGT, Profesionales direcciones territoriales anualmente, e consolidan las necesidades que pudieran dar origen a la programación de acciones de vigilancia o inspección especiales, detalladas o concretas, considerando los criterios de priorización definidos por los Superintendente de Servicios Públicos, Superintendentes delegado y Directores Técnicos. Si se llegase a identificar que no se tuvo en cuenta alguno de criterios se solicita el ajuste de la programación.Evidencia Acta o control de asistencia con la consolidado de necesidades de programación de acciones de vigilancia e inspección especiales, detalladas o concretas	No	No	Asignado: 15	Adecuado: 15	Oportuna: 15	Prevenir: 15	Confiable: 15	Si: 15	Completa: 10	100	Fuerte	Siempre	Fuerte	Fuerte	NO	Conforme parcialmente. Tiene responsables, periodicidad, propósito y evidencia (acta). Falta detallar procedimiento (cómo consolidan, criterios exactos). Recomendación: ampliar pasos del proceso y definir acciones si se omiten criterios.	Se evidencia seguimiento de primera línea de defensa de primer cuatrimestre. No evidencia seguimiento de segunda línea. Se aplicaron los controles de la forma esperada. Se recomienda seguir las recomendaciones de las columnas "Revisión de la redacción del riesgo" y de "ANÁLISIS OCI SOBRE CONTROLES"	
		Causa 3. Los Directores Técnicos trimestralmente fin de detectar de manera precisa la existencia de conflictos de intereses, evalúa si existe un potencial o aparente conflicto de intereses, auto declarado o por información de tercero para el personal designado en las actividades y se estudia y determina su real existencia y, según corresponda, en caso de que se evidencie el conflicto de interés real, se aparta al empleado o colaborador(es) de la realización de la acción, reasignándose a otro empleado o colaboradorEvidencia: Acta o control de asistencia diligenciamiento formato CT-F-018																Conforme. Responsable, periodicidad, propósito, procedimiento (evaluación, separación del colaborador), tratamiento de desviaciones y evidencia (formato CT-F-018) están claros. Recomendación: precisar plazos de reasignación del colaborador.			

DESCRIPCIÓN DE RIESGO		Observaciones de redacción del riesgo	Control	Observaciones de redacción del control	Eficiencia		Informativos		Valoración control	ANÁLISIS OCI SOBRE CONTROLES	
Proceso	Riesgo				Tipo	Implementación	Documentación	Frecuencia			Evidencia
COMUNICACIONES	Posible afectación de la reputación e imagen institucional de la entidad por información incorrecta en los contenidos institucionales.	No Conforme. El riesgo es unidireccional, enfocándose solo en el impacto (afectación de la reputación) y la causa (información incorrecta) sin distinguir entre causa inmediata y causa raíz. Sugerencia: Posibilidad de afectación de la reputación e imagen institucional debido a la publicación de información incorrecta en los contenidos institucionales, originada en la ausencia de un control de validación de la información antes de su divulgación pública.	Cada vez que se proyecten comunicados de prensa o contenidos especiales (que traten temas técnicos o legales) dirigidos a medios de comunicación y otros grupos externos, los profesionales de la Oficina Asesora de Comunicaciones validarán la información y solicitarán la aprobación al líder del proceso y/o al responsable de la dependencia que produce la información, antes de su divulgación/publicación, con el fin de verificar su confiabilidad. En caso de requerir cambios, los profesionales harán los ajustes necesarios y validarán nuevamente los contenidos. Evidencias: Comunicados aprobados por el líder del proceso en el expediente respectivo de cada vigencia. Correos electrónicos.	Conforme. Se cumple con el responsable (profesionales de la Oficina Asesora de Comunicaciones), frecuencia (cada vez que se proyecten contenidos), propósito (verificar confiabilidad), descripción del procedimiento, gestión de desviaciones (ajustes y nueva validación) y evidencia (comunicados aprobados y correos). Control completo y bien estructurado. Se recomienda mejorar la precisión temporal agregando una periodicidad aproximada (por ejemplo, “cada vez que se proyecte un comunicado, en el mismo día o semana previa a la publicación”).	Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	40%	Se evidencia que los controles fueron implementados de acuerdo con lo planeado. Se evidencia seguimiento de pimer a y segunda línea según lo planeado. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control".
CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO	Posibilidad de evaluar la queja (anónimo, informe de servidor público, de oficio) fuera del término establecido con los profesionales del área	No Conforme. Mezcla la Causa Inmediata (evaluar fuera de término) con el Impacto y omite la Causa Raíz (el por qué se evalúa fuera de término). Sugerencia: Posibilidad de afectación reputacional debido a la evaluación de la queja fuera del término establecido, originada en la insuficiencia de controles de seguimiento para la gestión oportuna de las quejas y denuncias.	Causa 1: El colaborador asignado del área, registrará en el cuadro de control cada vez que se requiera, la información de las quejas recibidas para actualizarlo y realizar el seguimiento a las mismas, incluyendo los datos de radicado, fecha de ingreso al área y fecha de asignación al profesional. Para prevenir el vencimiento, cuando asigne la queja le informará al profesional encargado la fecha en que se cumple el término para su trámite a través del sistema de gestión documental designado para ello. Si próximo al vencimiento para la evaluación de la queja la actividad no se ha cumplido se emitirá alerta al profesional por correo electrónico para que se sirva dar cumplimiento a la actividad. Como evidencia se dejará el cuadro diligenciado a la fecha en carpeta compartida que se conservará en el Drive de la oficina.	Conforme. Define responsable, frecuencia (“cada vez que se requiera”), propósito (actualizar y hacer seguimiento), actividad detallada (registro y alerta de vencimiento), tratamiento de desviaciones (alerta por correo) y evidencia (cuadro diligenciado). Se recomienda precisar la periodicidad del monitoreo —si se revisa diariamente o sólo cuando se radica una queja— para reforzar la oportunidad del control.	Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	40%	Se evidencia que los controles fueron implementados de acuerdo con lo planeado. Se evidencia seguimiento de pimer a y segunda línea según lo planeado. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control".
GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y EL CONOCIMIENTO	Posibilidad de afectación reputacional y económica por multas y sanciones debido a demandas de las partes interesadas por la obtención y tratamiento masivo de datos sensibles en los datos abiertos publicados fuera de los procedimientos y metodologías de anonimización de información que vulnera los derechos a la garantía y protección de datos personales y privados de las personas y organizaciones que se puedan referenciar en los mismos.	Conforme, con oportunidad de mejora. Es excesivamente largo; la Causa Inmediata es un párrafo diluido. Aunque sigue la estructura Impacto/Causa, la redacción es confusa. Sugerencia: Posibilidad de afectación reputacional y económica por multas y sanciones, debido a la vulneración de derechos de protección de datos personales en los datos abiertos publicados, originada en la inobservancia de procedimientos y metodologías de anonimización de información.	Causa 2. Cada vez que se requiera la publicación del Conjunto de Datos el Oficial de Seguridad y Privacidad de la Información revisa, valida y aprueba la información de la priorización de los formatos que han sido seleccionados por las delegadas. En caso de que los datos evaluados no cuenten con la calidad para verificar su exactitud y confiabilidad, los Grupos SUI de las Delegadas solicitarán nuevamente la verificación de esta información. Evidencia: Correo electrónico aprobando o solicitando ajustes de los conjuntos de datos a publicar.	Conforme. Responsable definido (Oficial de Seguridad y Privacidad), frecuencia (“cada vez que se requiera”), propósito claro (verificar calidad y confiabilidad de datos), procedimiento bien descrito, gestión de desviaciones (solicitud de verificación) y evidencia (correo electrónico). Control sólido. Se sugiere incorporar la fuente o repositorio donde se almacena la evidencia para mayor trazabilidad.	Preventivo	Manual	Documentado	Aleatoria	Con registro	40%	Se observa seguimiento de primera línea de defensa. No se evidenció seguimiento de segunda línea de defensa. Se evidencia que los controles fueron implementados según lo planeado. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control".
GESTIÓN DOCUMENTAL	Posibilidad de pérdida de la integridad de la información física o digital que reposa en el archivo de gestión, central y el sistema de	No Conforme. El riesgo está redactado como la negación de un control (pérdida de integridad) y omite la Causa Raíz. Sugerencia: Posibilidad de pérdida de la integridad de la información física o digital que reposa en el archivo de gestión, central y el sistema de gestión	El colaborador responsable (Profesionales, contratistas, técnico operativo outsourcing o auxiliares) realizará bimestralmente una visita técnica de seguimiento al Sistema Integrado de Conservación – SIC a las bodegas de gestión documental, con la finalidad de garantizar el cumplimiento de los lineamientos establecidos por la normatividad archivística colombiana para la conservación documental. Independientemente el medio en el que se haya elaborado, manteniendo atributos tales como: unidad, integridad autenticidad, inalterabilidad, originalidad, fiabilidad, accesibilidad del acervo documental. De identificarse falencias, el funcionario deberá informar al Coordinador de Gestión Documental mediante un informe con la descripción de las anomalías presentadas en la visita se diligencia el formato GD-F-002 donde se registra el cumplimiento de lo establecido en el Sistema Integrado de Conservación teniendo en cuenta el Acuerdo 06 del 2014.	Conforme. Identifica responsable, periodicidad bimestral, propósito (garantizar cumplimiento archivístico), describe cómo se realiza la visita, qué pasa ante desviaciones (informe de anomalías) y evidencia (formato GD-F-002). Control completo. Se recomienda revisar redacción para mayor claridad y especificar el medio donde se conserva la evidencia (Drive, sistema documental, etc.).	Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	40%	Se evidencia que los controles fueron implementados de acuerdo con lo planeado. Se evidencia seguimiento de pimer a y segunda línea según lo planeado. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control".

Seguimiento a Riesgos y Controles de Riesgos de Gestión											
DESCRIPCIÓN DE RIESGO		Observaciones de redacción del riesgo	Control	Observaciones de redacción del control	Eficiencia		Informativos			Valoración control	ANÁLISIS OCI SOBRE CONTROLES
Proceso	Riesgo				Tipo	Implementación	Documentación	Frecuencia	Evidencia		
		documental, debido a la falla en los sistemas de respaldo y seguridad, originada en la obsolescencia o el mantenimiento inadecuado del hardware y software de archivo.	El Colaborador responsable (contratistas, técnico operativo outsourcing o auxiliares) mensualmente realizará un reporte con la cantidad de préstamos realizados durante el mes; esta labor se efectúa con el fin de identificar los préstamos realizados, donde se identifica los estados (vencidos, renovados y devueltos) de los expedientes o radicados. Por medio del formato GD-F-061 ficha técnica de préstamo documental, el afuera y el sistema de gestión documental, donde se registrará y se hará seguimiento a la devolución oportuna de los expedientes y radicados prestados. En caso de vencimiento de tiempos en la devolución del préstamo, se enviarán alertas por correo electrónico al usuario responsable del préstamo, solicitando su respectiva devolución o renovación, para tener un mejor control de la información.	Conforme. Cumple los seis criterios: responsable, frecuencia mensual, propósito (controlar préstamos), descripción del proceso, tratamiento de incumplimientos (alertas), y evidencia (formato GD-F-061, sistema y correos). Se recomienda consolidar la evidencia en un solo repositorio o drive institucional para evitar dispersión.	Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	50%	Se evidencia que los controles fueron implementados de acuerdo con lo planeado. Se evidencia seguimiento de pimera y segunda línea según lo planeado. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control".
GESTIÓN FINANCIERA	Posibilidad de un recaudo insuficiente para el cumplimiento del presupuesto de gastos.	No Conforme. El riesgo es unidireccional y omite la Causa Raíz. Sugerencia: Posibilidad de un recaudo insuficiente para el cumplimiento del presupuesto de gastos, debido a la inoportunidad en los procesos de cobro coactivo, originada en la falta de seguimiento y priorización de las obligaciones por cobrar.	Causa 1. El coordinador de contribuciones deberá presentar mensualmente un informe de las liquidaciones elaboradas y de los recaudos recibidos por este concepto, con la finalidad de verificar que los pagos recibidos sean acordes al valor liquidado con anterioridad por parte de la entidad, si existen diferencias se requerirá al prestados para que cancele la diferencia o para realizar la devolución. Evidencia Reporte en excel de la liquidación.	Conforme. Responsable (coordinador de contribuciones), frecuencia mensual, propósito (verificar pagos correctos), descripción clara del proceso, manejo de desviaciones (requerir o devolver), y evidencia (reporte en Excel). Se recomienda formalizar la trazabilidad del reporte , indicando quién lo valida o archiva.	Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	40%	Se evidencia que los controles fueron implementados de acuerdo con lo planeado. Se evidencia seguimiento de pimera y segunda línea según lo planeado. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control".
GESTIÓN FINANCIERA	Posibilidad de presentar la información exógena y los impuestos de forma extemporánea incumpliendo con los tiempos establecidos de acuerdo con los requerimientos de la normatividad vigente.	No Conforme. El riesgo es unidireccional, enfocado solo en el evento (presentar extemporáneamente) y omite la Causa Raíz. Sugerencia: Posibilidad de afectación económica por multas y sanciones, debido a la presentación extemporánea de la información exógena y los impuestos, originada en la falta de un cronograma de alertas o seguimiento al cumplimiento de los plazos legales.	El coordinador del Grupo de contabilidad, elaborará un cronograma de vencimiento de impuestos e información exógena de forma anual, el cual podrá ser modificado las veces que sean necesarias, cuando las normas sean actualizadas en cuanto a contenido y fechas, y se socializará al grupo responsable.	No conforme. Cumple con responsable y propósito, pero no incluye frecuencia de control sobre la actualización o socialización ni define evidencia. Tampoco aborda gestión ante desviaciones. Se recomienda incluir periodicidad (por ejemplo, “revisión trimestral”) y evidencia de socialización (acta, correo o publicación).	Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	40%	Se evidencia que los controles fueron implementados de acuerdo con lo planeado. Se evidencia seguimiento de pimera y segunda línea según lo planeado. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control".
GESTIÓN FINANCIERA	Posibilidad de la prescripción del derecho de ejercer la acción del cobro por falta de Gestión oportuna.	No Conforme. El riesgo está formulado como la negación de un control (falta de Gestión oportuna) y omite la Causa Raíz. Sugerencia: Posibilidad de prescripción del derecho de ejercer la acción del cobro, debido a la inoportunidad en la gestión del cobro coactivo, originada en la falta de personal o herramientas para la gestión de las obligaciones.	El coordinador del grupo de cobro coactivo, realiza seguimiento a la gestión trimestral de los expedientes que se encuentran en instancia de cobro por medio de un reporte analizado general de Gestión de cobro con apoyo de un Reporte del Gestor Documental. Realizando un cruce de fechas entre estos dos reportes. Evidencia. Matriz de excel cargada en el DRIVE 2025 de la oficina.	Conforme. Responsable claro, frecuencia trimestral, propósito (verificar gestión de cobro), descripción del cruce de reportes, y evidencia (matriz Excel). No define gestión ante desviaciones. Se recomienda incluir qué acción se toma si se encuentran inconsistencias (p. ej. requerir ajustes al funcionario).	Detectivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	40%	Se evidencia que los controles fueron implementados de acuerdo con lo planeado. Se evidencia seguimiento de pimera y segunda línea según lo planeado. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control".
MEDIDAS PARA EL CONTROL	Posibilidad de afectación económica y reputacional por decisiones judiciales que afecten el curso del trámite de los procesos en toma de posesión, generando demoras o rezagos en los procesos de intervención o liquidación en las empresas intervenidas debido a la inadecuada ejecución de la orden de toma de posesión.	No Conforme. La Causa Inmediata es muy extensa (inadecuada ejecución de la orden) y se omite la Causa Raíz. Sugerencia: Posibilidad de afectación económica y reputacional por demoras o rezagos en los procesos de intervención o liquidación, debido a decisiones judiciales adversas, originada en la inadecuada ejecución de la orden de toma de posesión.	Causa 1 y 2: El Director de Entidades Intervenidas y en Liquidación a demanda cada vez que se decida tomar posesión de una empresa, comunica la decisión al Consejo Superior de la Judicatura, Ministerio de Transporte y la Superintendencia de Notariado y Registro, o anterior en cumplimiento a la parte 9: procedimientos de liquidación, Capítulo 1: medidas y efectos, Literales d, f y g del artículo 9.1.1.1.1 del Decreto 2555 de 2010, mediante oficio de comunicación radicado en el sistema de gestión documental, en caso de que exista alguna observación por parte del ente de control, esta se resuelve. Evidencia: Comunicaciones de decisión.	Conforme. Cumple con responsable, frecuencia ("cada vez que se decida tomar posesión"), propósito, detalle del procedimiento, manejo de observaciones y evidencia. Se recomienda agregar plazo o tiempo esperado para responder observaciones para fortalecer la trazabilidad del control.	Preventivo	Manual	Documentado	Aleatoria	Con registro	40%	No se ha realizado seguimiento de primera ni de segunda línea de defensa. El riesgo está en revisión desde el 10/04/2025. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control" y se implementen los controles.
MEJORA E INNOVACIÓN	Posibilidad de afectación económica y reputacional por multa y sanción de entes de control debido a la omisión en la identificación y seguimiento a los requisitos legales aplicables al SGA, SGSST y SGAS.	No Conforme. Se enfoca en el Impacto y la Causa Inmediata (omisión en la identificación y seguimiento) sin distinguir la Causa Raíz. Sugerencia: Posibilidad de afectación económica y reputacional por multa y sanción de entes de control, debido a la omisión en la identificación y seguimiento de los requisitos legales aplicables a los sistemas de gestión, originada en la falta de un procedimiento documentado para la actualización y difusión de requisitos legales.	Causa 2. Los profesionales de la Oficina Asesora de Planeación e Innovación Institucional, realizarán la validación anualmente (septiembre) mediante un muestreo del 10% de las normas registradas en el módulo matriz legal para la verificación del cumplimiento de los requisitos legales y otros requisitos, con el fin de verificar que lo reportado este acorde con los campos establecidos y que la evidencia del cumplimiento se encuentre completa para las sedes y direcciones territoriales que aplique.En caso de que se observen inconsistencias en el reporte del seguimiento, serán trasladadas al profesional a cargo de registrar la información en el módulo, mediante correo electrónico, el responsable deberá tomar las acciones de mejora correspondientes derivadas de dicho seguimiento.Evidencia: Correo electrónico a la persona responsable del diligenciamiento de la matriz de requisitos legales con el resultado de la validación.	Conforme. Define responsable, periodicidad anual, propósito, procedimiento, tratamiento de inconsistencias y evidencia. Control completo. Se recomienda especificar el formato o archivo donde se deja constancia de la validación (p. ej. "registro en el módulo matriz legal").	Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	40%	Se evidencia que los controles fueron implementados de acuerdo con lo planeado. Se evidencia seguimiento de pimera y segunda línea según lo planeado. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control".
PROTECCIÓN AL USUARIO	Posibilidad de afectación reputacional por pérdida de confianza por parte de la ciudadanía al igual de posibles investigaciones por entes de control al vulnerar los derechos de los usuarios de servicios públicos domiciliarios al expedir actos administrativos fuera del término legal establecido.	No Conforme. La Causa Inmediata es muy larga (expedir fuera de término) y se omite la Causa Raíz. Sugerencia: Posibilidad de afectación reputacional por pérdida de confianza y posibles investigaciones, debido a la expedición de actos administrativos fuera del término legal establecido, originada en la insuficiencia de controles de seguimiento para la gestión oportuna de los expedientes.	Causa 2: Las Coordinadoras de PQR y SAP adelantarán reuniones periódicas con los abogados proyectistas y revisores con el fin de unificar y actualizar criterios para la respuesta de los actos administrativos proferidos por la SDPUGT, con el fin de que los actos administrativos se proferian en oportunidad y calidad, en caso de evidenciarse el incumplimiento se informará frente a este al funcionario responsable. Evidencia: correos electrónicos, drive internos o controles de asistencia de reuniones adelantadas	Conforme. Cumple con los criterios: responsable, frecuencia (reuniones periódicas), propósito, método, manejo de incumplimientos y evidencia. Se recomienda especificar la periodicidad exacta (mensual, trimestral) para garantizar uniformidad.	Detectivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	30%	Se evidencia seguimiento de pimera y segunda línea según lo planeado. Se evidencian recomendaciones de la OAPII que aún no han sido consideradas, con las cuales la OCI está de acuerdo, esto para mejorar los controles, consistentes en: Fortalecer la gestión del líder del proceso para hacer más ágil y efectiva la toma de decisiones. Para ello, es importante que las actividades se planifiquen conforme al calendario cuatrimestral y que las reuniones de seguimiento sean más cortas, pero más frecuentes, enfocadas en revisar avances y ajustar estrategias de forma oportuna. También se sugiere implementar metodologías ágiles que permitan monitorear con mayor precisión los errores y retrasos, así como mantener reuniones de actualización de criterios, incluso si existen limitaciones operativas. Además, se propone revisar la ACPM actual para incluir controles correctivos que fortalezcan la capacidad de respuesta ante la materialización de riesgos. Finalmente, de cara a la próxima vigencia, sería conveniente revisar la formulación de planes de acción que han presentado similitud

Seguimiento a Riesgos y Controles de Riesgos de Gestión											
DESCRIPCIÓN DE RIESGO		Observaciones de redacción del riesgo	Control	Observaciones de redacción del control	Eficiencia		Informativos		Valoración control	ANÁLISIS OCI SOBRE CONTROLES	
Proceso	Riesgo				Tipo	Implementación	Documentación	Frecuencia			Evidencia
RIESGOS Y METODOLOGÍAS	Posibilidad de que la información acopiada y analizada en el proceso de perfilamiento de riesgo, no cumpla con los criterios de calidad de datos establecidos lo que podría generar afectación en la toma de medidas por parte de las delegadas frente a los prestadores de servicios públicos.	No Conforme. El riesgo está formulado como la negación de un control (no cumpla con criterios de calidad) y omite la Causa Raíz. Sugerencia: Posibilidad de afectación en la toma de medidas de vigilancia debido a que la información acopiada y analizada en el proceso de perfilamiento de riesgo no cumple con los criterios de calidad de datos, originada en la falta de herramientas para la validación de la información de los prestadores.	Causa dos: (operación dos) Los profesionales de la Oficina de Administración de Riesgos y Estrategia de Supervisión - OARES definen la hoja de vida de metadatos de los registros con los datos necesarios para crear perfilamiento, EVIDENCIA Hoja de vida del metadato.	No conforme. Cumple con responsable y evidencia, pero no incluye periodicidad, propósito ni manejo de desviaciones . Es un control más descriptivo de una tarea que de un mecanismo de control. Se recomienda definir la frecuencia y qué se hace si los metadatos presentan errores o inconsistencias.	Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	40%	Se evidencia que los controles fueron implementados de acuerdo con lo planeado. Se evidencia seguimiento de pimer a y segunda línea según lo planeado. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control".
			Causa tres: (Operación Dos) Los profesionales encargados del perfilamiento de la Oficina de Administración de Riesgos y Estrategias de Supervisión (OARES) validan la consistencia de los datos de registros de las bases de datos de los prestadores aportados por parte de las Superintendencias Delegadas y la fuente de datos reportada por el prestador, EVIDENCIA acta de asistencia de las mesas trabajo con las Delegadas o correo electrónico.	Conforme. Responsable definido, frecuencia implícita (cada vez que se realiza perfilamiento), propósito (validar consistencia), procedimiento claro, evidencia identificada. No especifica qué hacer ante inconsistencias. Se recomienda incluir tratamiento de desviaciones (p. ej. "solicitar corrección al área que reportó").	Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	40%	Se evidencia que los controles fueron implementados de acuerdo con lo planeado. Se evidencia seguimiento de pimer a y segunda línea según lo planeado. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control".
RIESGOS Y METODOLOGÍAS	Posibilidad de no contar con las bases de datos de los prestadores en el termino solicitado o que la información aportada no cumpla con los criterios de calidad establecidos.	No Conforme. El riesgo está formulado como una negación (no contar con las bases de datos) y omite la Causa Raíz. Sugerencia: Posibilidad de afectación en la toma de decisiones debido a no contar con las bases de datos de los prestadores en el término solicitado o que la información aportada no cumpla con los criterios de calidad, originada en la falta de requerimientos claros sobre la calidad de la información a entregar.	Causa 1 y 2: El jefe de la a OARES en el Memorando de solicitud a las delegadas, establece los criterios de calidad esperados y la fecha de envío de las bases de datos, con el fin de realizar el perfilamiento de riesgos de los prestadores que tienen información relevante en los diferentes sistemas de información, en caso de que se omita esta información se remitirá correo electronico dando alcance al memorando donde se especifique dicha información.	Conforme. Responsable claro (jefe de OARES), frecuencia implícita (cada solicitud), propósito definido, procedimiento descrito y tratamiento de omisiones (envío de correo complementario). Falta evidencia concreta. Se recomienda incorporar evidencia documental (memorando o correo almacenado en sistema).	Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	40%	Se evidenció seguimiento de primera y segunda línea. La OCI recomienda que se siga las instrucciones de la OAPII, pues el contexto del riesgo ya cambió: Se recomienda actualizar los riesgos asociados al proceso de Riesgos y Metodología, teniendo en cuenta que los profesionales de la OARES ya cuentan con acceso directo a las bases de datos de los prestadores para realizar el perfilamiento correspondiente. Por lo anterior, ya no es necesario elaborar el memorando de solicitud de información ni realizar mesas de trabajo con los superintendentes delegados en los casos en que no se aporten dichas bases. En consecuencia, se recomienda activar las mejoras necesarias en el procedimiento, el indicador, los riesgos y los demás elementos vinculados al perfilamiento, con el fin de mantener la coherencia entre la práctica actual y la gestión documentada del proceso.
SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	Posibilidad de afectación reputacional por los resultados de la gestión institucional por fuera de las metas establecidas, debido a la aplicación parcial de los procedimientos en el seguimiento y medición de los objetivos institucionales.	No Conforme. El riesgo está formulado como una Causa Inmediata (aplicación parcial de procedimientos) sin distinguir la Causa Raíz. Sugerencia: Posibilidad de afectación reputacional por resultados de la gestión institucional por fuera de las metas establecidas, debido a la aplicación parcial de los procedimientos en el seguimiento y medición de los objetivos, originada en la falta de apropiación de los colaboradores sobre la importancia de la ejecución de los procedimientos.	Los profesionales de la OAPII elaboran anualmente el informe de Revisión por la Alta Dirección donde se verifica la medición y el cumplimiento de los indicadores del desempeño del SIGME, en caso de incumplimiento de los objetivos se solicita a los responsable la formulación de acciones de mejora. Evidencia informe de revisión por la alta dirección.	Conforme. Cumple todos los criterios: responsable, frecuencia anual, propósito, descripción, tratamiento de desviaciones y evidencia. Se recomienda indicar el repositorio donde se almacena el informe.	Detectivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	40%	Se evidencia que los controles fueron implementados de acuerdo con lo planeado. Se evidencia seguimiento de pimer a y segunda línea según lo planeado. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control".
			Anualmente los Líderes de los Procesos planifican las acciones para desarrollar los objetivos estratégicos y de calidad en los Planes de Acción Institucionales. Mensualmente se hace seguimiento a la ejecución de las actividades y se toman los correctivos necesarios en caso de presentarse incumplimiento. Evidencia: aplicativo Sisgestion y archivo en Excel indicador de calidad revisión planes de acción.	Conforme. Responsable, frecuencia (anual y mensual), propósito (cumplimiento de objetivos), procedimiento, manejo de desviaciones (correctivos) y evidencia. Control sólido. Se recomienda detallar cómo se comunican los correctivos (correo, acta, reporte).	Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	25%	Se evidencia que los controles fueron implementados de acuerdo con lo planeado. Se evidencia seguimiento de pimer a y segunda línea según lo planeado. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control".
			El jefe de la OAPII envía cuatrimestralmente a cada unidad ejecutora un memorando con el seguimiento integral a la gestión institucional con el fin de que se tomen las acciones oportunamente para el cumplimiento de los objetivos institucionales. En caso que no se remitan los memorandos se presentan los resultados ante el CIGD	Conforme. Define responsable, frecuencia cuatrimestral, propósito, procedimiento, manejo de desviaciones (presentar resultados al CIGD) y evidencia implícita. Se recomienda mencionar la evidencia explícita (memorando enviado o recibido).	Correctivo	Manual	Sin documentar	Continua	Con registro	25%	Se evidencia que los controles fueron implementados de acuerdo con lo planeado. Se evidencia seguimiento de pimer a y segunda línea según lo planeado. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control".
VIGILANCIA E INSPECCIÓN	Posibilidad de afectación reputacional por quejas de las partes interesadas debido a inoportunidad y rigurosidad de la evaluación de cumplimiento de las fases de las operaciones estadísticas producidas.	No Conforme. La Causa Inmediata es una negación (inoportunidad y rigurosidad de la evaluación) y omite la Causa Raíz. Sugerencia: Posibilidad de afectación reputacional por quejas de las partes interesadas, debido a la inoportunidad y falta de rigurosidad de la evaluación de cumplimiento de las fases de las operaciones estadísticas, originada en la insuficiencia de personal para realizar las evaluaciones de las fases de las operaciones estadísticas.	El coordinador del Grupo de Estudios Sectoriales y los responsables de las operaciones estadísticas, como mínimo una vez al año y con el fin de evaluar las fases del proceso estadístico contenidas en el Documento Metodológico y en la Ficha Metodológica de la operación estadística, deben diligenciar la Lista de chequeo para el proceso estadístico. Si se llegase a identificar que alguno de los documentos no cumple con los criterios definidos se revisa o actualiza el documento metodológico y la ficha metodológica considerando las orientaciones dadas en el documento. Evidencia: Lista de chequeo para el proceso estadístico	Conforme. Responsable, frecuencia (mínimo una vez al año), propósito, descripción del procedimiento, manejo de desviaciones (revisión o actualización), y evidencia. Control bien formulado. Se recomienda agregar medio de conservación de la evidencia.	Detectivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	30%	Se evidencia que los controles fueron implementados de acuerdo con lo planeado. Se evidencia seguimiento de pimer a y segunda línea según lo planeado. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control".
VIGILANCIA E INSPECCIÓN	Posibilidad de afectación reputacional por quejas de las partes interesadas por la identificación y priorización fuera de las necesidades de información de los usuarios debido a la indisponibilidad de instrumentos y herramientas para el acopio de las mismas.	No Conforme. La Causa Inmediata es una negación (indisponibilidad de instrumentos) y omite la Causa Raíz. Sugerencia: Posibilidad de afectación reputacional por quejas de las partes interesadas, debido a la identificación y priorización de información fuera de las necesidades de los usuarios, originada en la indisponibilidad de instrumentos y herramientas para el acopio de las necesidades de información de los usuarios.	Los profesionales de las direcciones técnicas de Gestión o Grupo SUI de E&GC o Grupo de Estudios Sectoriales AAA, como mínimo una vez al año y con el fin de consultar, confirmar y comunicar las necesidades de información priorizadas, teniendo en cuenta el diseño de cada operación, realizan mesas de trabajo, comités de expertos o encuestas de identificación de necesidades para consultar y confirmar las necesidades de información estadística. Si se llegase a identificar una necesidad de información estadística no priorizada, se realiza una mesa de trabajo con los responsables de la producción de la información para comunicarla a los usuarios según lo establecido en los metadatos de cada operación. Evidencia: Control de asistencia, resultados de la encuesta, correos electrónicos y listados de requerimientos.	Conforme. Cumple con responsable, frecuencia, propósito, procedimiento, gestión de desviaciones y evidencia. Se recomienda acortar el texto para mayor claridad sin perder los elementos técnicos.	Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	40%	Se evidencia que los controles fueron implementados de acuerdo con lo planeado. Se evidencia seguimiento de pimer a y segunda línea según lo planeado. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control".

DESCRIPCIÓN DE RIESGO		Observaciones de redacción del riesgo	Control	Observaciones de redacción del control	Eficiencia		Informativos			Valoración control	ANÁLISIS OCI SOBRE CONTROLES
Proceso	Riesgo				Tipo	Implementación	Documentación	Frecuencia	Evidencia		
VIGILANCIA E INSPECCIÓN	Posibilidad de afectación reputacional al ejercer acciones de inspección y vigilancia a los prestadores de AAA y EG&C por fuera de los criterios de reporte en el Sistema Único de Información SUI, debido a la falta de información aportada por los sujetos obligados.	No Conforme. La Causa Raíz es una negación (falta de información aportada por los sujetos obligados). Sugerencia: Posibilidad de afectación reputacional al ejercer acciones de inspección y vigilancia por fuera de los criterios de reporte en el SUI, debido a la manipulación de los criterios de priorización de acciones, originada en la falta de información oportuna y de calidad aportada por los sujetos obligados.	Causas 1. Los coordinadores del Grupo SUI anualmente, con una antelación previa al vencimiento de los plazos definidos en la normativa vigente, comunican los plazos, condiciones y demás requerimientos normativos vigentes para la inscripción, cancelación y actualización, con énfasis especial en esta última, con el fin de informar a los prestadores el vencimiento de términos para la inscripción, actualización o cancelación en el registro único de prestadores de servicios públicos domiciliarios – RUPS.Evidencia: Divulgación de requisitos normativos en portal SUI y/o Masiva de información	Conforme. Responsable (coordinadores del Grupo SUI), frecuencia anual, propósito, procedimiento, evidencia. Falta tratamiento de desviaciones. Se recomienda incluir qué acción se toma si los plazos no son comunicados oportunamente.	Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	40%	Se evidencia que los controles fueron implementados de acuerdo con lo planeado. Se evidencia seguimiento de pimer a y segunda línea según lo planeado. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control".
			Causa 2. Los coordinadores del Grupo SUI de manera anual, revisan y validan el Registro Único de Prestadores de Servicios, para identificar aquellos prestadores que no hayan actualizado su registro de acuerdo con la normativa legal vigente, con el fin de determinar actividades de verificación de su existencia y, según corresponda, cancelaciones de oficio por parte de la superintendencia. Si se llegase a identificar la no actualización del RUPS se procede a requerir solicitud de actualización o cancelación de prestadores en el RUPSEvidencia: Reporte de estado de cargue de información al RUPS	Conforme. Responsable, frecuencia, propósito, procedimiento, gestión de desviaciones (solicitud de actualización o cancelación) y evidencia. Se recomienda precisar la herramienta donde se registran los reportes (SUI, Excel, Drive).	Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	40%	Se evidencia que los controles fueron implementados de acuerdo con lo planeado. Se evidencia seguimiento de pimer a y segunda línea según lo planeado. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control".
			Causa 3. Los profesionales del Grupo SUI, semestralmente verifican el reporte de formatos y formularios que se hayan vencido durante el semestre, por parte de los sujetos obligados a reportar información en el SUI, excluyendo, según corresponda, aquellos casos identificados en la validación realizada en el numeral 2 de este documento, con el fin contar con la información pertinente para ejercer las funciones de vigilancia. Si se llegase a identificar el no reporte de información por parte del sujeto obligado, se procede a realizar un requerimiento.Evidencia: Reporte de estado de cargue de información al SUI	Conforme. Cumple todos los criterios: responsable, frecuencia semestral, propósito, procedimiento, manejo de desviaciones y evidencia. Control robusto y claro.	Detectivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	30%	
			Causa 4. Los profesionales de las direcciones técnicas de gestión, permanentemente realizan seguimiento a las acciones correctivas a ser desarrolladas por el evaluado, conforme a la fecha pactada para el cumplimiento de la acción, con el fin de verificar el cumplimiento de los compromisos acordados en el formato CT-F-017 Matriz de control de ejecución de acciones. En caso de identificar un incumplimiento por parte del prestador, se requerirá la justificación del incumplimiento por medio de un oficio de salida o mesa de trabajo. Evidencia: Matriz de control de ejecución de acciones CT-F-017 o Requerimiento de información GD-F-007 o mesa de trabajo Control de asistencia GD-F-069	Conforme. Responsable, frecuencia permanente, propósito, procedimiento, manejo de desviaciones (requerimiento o mesa), evidencia completa. Se recomienda estandarizar la frecuencia (mensual, trimestral) para homogeneidad entre controles.	Correctivo	Manual	Documentado	Aleatoria	Con registro	25%	
VIGILANCIA E INSPECCIÓN	Posibilidad de afectación reputacional por inconformismo en la prestación de los servicios públicos domiciliarios debido a la supervisión del cumplimiento de la regulación y la evaluación de la gestión por parte de los prestadores de los servicios públicos domiciliarios por fuera de los requerimientos normativos	No Conforme. La Causa Inmediata es extensa (supervisión por fuera de los requerimientos normativos) y omite la Causa Raíz. Sugerencia: Posibilidad de afectación reputacional por inconformismo en la prestación de los servicios públicos domiciliarios, debido a la supervisión del cumplimiento de la regulación por fuera de los requerimientos normativos, originada en la falta de un procedimiento documentado para la aplicación de la normativa a los prestadores.	Causa 1 y 3. Los profesionales de la direcciones técnicas de gestión, profesionales SDPUGT y profesionales direcciones territoriales encargados de la programación de acciones de vigilancia e inspección especiales, detalladas o concretas anualmente o cada vez que se requiera consolidan las necesidades de programación de acciones de vigilancia e inspección especiales, detalladas o concretas, con el fin de programar las acciones de vigilancia e inspección especiales, detalladas o concretas a desarrollar en la vigencia. Si se llegase a identificar una desviación en la programación se actualiza el programa y se deja el registro con la debida justificaciónEvidencia: Control o actas de asistencia, correos electrónicos, VI-F-001 programa de vigilancias o inspecciones especiales, detalladas o concretas	Conforme. Responsable, frecuencia (anual o cada vez que se requiera), propósito, procedimiento, manejo de desviaciones (actualización del programa) y evidencia. Control bien formulado. Se recomienda incluir la unidad que valida los registros de justificación.	Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	40%	Se evidencia que los controles fueron implementados de acuerdo con lo planeado. Se evidencia seguimiento de pimer a y segunda línea según lo planeado. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control".
			Causa 5. Los profesionales de la direcciones técnicas de gestión, profesionales SDPUGT y profesionales direcciones territoriales encargados de realizar seguimiento a las acciones correctivas conforme a la fecha pactada para el cumplimiento de la acción realizan el seguimiento a las acciones correctivas a ser desarrolladas por los prestados de servicios públicos domiciliarios, con el fin de validar el cumplimiento de las acciones. Si se llegase a identificar un incumplimiento de las acciones se requiere al prestador por medio de un oficio de salida.Evidencia; Matriz de control de ejecución de acciones CT-F-017, Oficio de salida	Conforme. Responsable, frecuencia implícita (según cumplimiento de acción), propósito, procedimiento, manejo de desviaciones (requerimiento al prestador) y evidencia. Control correcto.	Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	40%	Se evidencia que los controles fueron implementados de acuerdo con lo planeado. Se evidencia seguimiento de pimer a y segunda línea según lo planeado. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control".
			Causa 4. Los profesionales de la direcciones técnicas de gestión, profesionales SDPUGT y profesionales direcciones territoriales encargados de manera trimestral, realizan el seguimiento de la ejecución de las acciones de vigilancia o inspección especial, detallada o concreta sobre el cumplimiento de los calendarios y el logro del programa; la suficiencia y adecuación de la información documentada de ejecución de las acciones, para su reporte al director Técnico de gestión o Superintendente delegado correspondiente. Si llegara a identificarse una inejecución o ejecución tardía a lo programado, se analiza su impacto, y se determina la necesidad de actualizar el programa de vigilancia e inspección especial, detallada o concretaEvidencia: Seguimiento al programa de vigilancia e inspección especial, detallada o concreta, Listado de asistencia GD-F-063 o acta GD-F-064 y Correo electrónico	Conforme. Responsable, frecuencia trimestral, propósito, procedimiento, manejo de desviaciones y evidencia. Se recomienda simplificar redacción para facilitar comprensión operativa.	Preventivo	Automatico	Documentado	Continua	Con registro	25%	
			Causa 2. Los profesionales del Grupo SUI, semestralmente verifican el reporte de formatos y formularios que se hayan vencido durante el semestre, por parte de los sujetos obligados a reportar información en el SUI, excluyendo, según corresponda, aquellos casos identificados en la validación realizada en el numeral 2 de este documento, con el fin contar con la información pertinente para ejercer las funciones de vigilancia. Si se llegase a identificar que algún prestador no ha reportado la información se requiere mediante oficio de salida Evidencia Reporte de estado de cargue de información al SUI y/o requerimiento	Conforme. Responsable, frecuencia semestral, propósito, procedimiento, manejo de desviaciones (requerimiento) y evidencia. Control claro.	Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	40%	
VIGILANCIA E INSPECCIÓN	Posibilidad de afectación reputacional por quejas de las partes interesadas debido a la entrega de información del conjunto de datos que respondan a las necesidades de información de los usuarios, por fuera de los criterios para la presentación de los cuadros de salida	No Conforme. La Causa Inmediata es extensa (entrega de información por fuera de los criterios) y omite la Causa Raíz. Sugerencia: Posibilidad de afectación reputacional por quejas de las partes interesadas, debido a la entrega de información por fuera de los criterios para la presentación de los cuadros de salida, originada en la falta de un procedimiento documentado para la preparación de los conjuntos de datos.	Los profesionales de las Direcciones Técnicas de Gestión o Grupo SUI de E&GC o Grupo de Estudios Sectoriales de AAA, como mínimo una vez al año y con el fin de realizar el seguimiento y evaluación al análisis de los datos de la operación estadística, verifican que los cuadros de salida, metadatos y resultados difundidos como índices, indicadores, tendencias, series de tiempo, entre otros, sean coherentes con los criterios y medidas de calidad asociados en la metodología de los metadatos de las operaciones para asegurar su calidad y consistencia, así como, según lo establecido en el diseño mediante la lista de chequeo para el proceso estadístico. Si se llegase a identificar que el análisis no cumple con lo diseñado, se revisa que los metadatos existentes cumplan con los procedimientos, procesos o criterios establecidos para verificar que los indicadores de calidad asociados estén acordes con la metodología. Evidencia: Cuadros de resultados, informes, acciones de mejora o correctivas y lista de chequeo para el proceso estadístico.	Conforme. Responsable, frecuencia anual, propósito, procedimiento, manejo de desviaciones (revisión y acciones correctivas) y evidencia. Se recomienda especificar la unidad responsable de validar la calidad.	Preventivo	Automatico	Documentado	Continua	Con registro	25%	Se evidencia que los controles fueron implementados de acuerdo con lo planeado. Se evidencia seguimiento de pimer a y segunda línea según lo planeado. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control".

Seguimiento a Riesgos y Controles de Riesgos de Gestión											
DESCRIPCIÓN DE RIESGO		Observaciones de redacción del riesgo	Control	Observaciones de redacción del control	Eficiencia		Informativos			Valoración control	ANÁLISIS OCI SOBRE CONTROLES
Proceso	Riesgo				Tipo	Implementación	Documentación	Frecuencia	Evidencia		
VIGILANCIA E INSPECCIÓN	Posibilidad de afectación reputacional por quejas de las partes interesadas debido a la aplicación de los criterios de calidad de las operaciones estadísticas producidas, por fuera de los requerimientos establecidos en la Norma Técnica de Calidad (NTC PE 1000).	No Conforme. La Causa Inmediata es extensa (aplicación de criterios por fuera de los requerimientos) y omite la Causa Raíz. Sugerencia: Posibilidad de afectación reputacional por quejas de las partes interesadas, debido a la aplicación de los criterios de calidad de las operaciones estadísticas por fuera de los requerimientos de la NTC PE 1000, originada en la falta de conocimiento de los funcionarios sobre los requerimientos de la NTC PE 1000.	Los profesionales de las Direcciones Técnicas de Gestión o Grupo SUI de E6GC o Grupo de Estudios Sectoriales de AAA, como mínimo una vez al año, realizan el seguimiento y evaluación de la operación estadística con el fin de verificar que cumpla con lo establecido en el diseño mediante Lista de chequeo para el proceso estadístico y el control en el cumplimiento de los objetivos de la operación estadística, así como, la presentación oportuna de los productos de la operación estadística (según calendario de difusión y metadatos). Si se llegase a identificar, que el resultado de la evaluación de la lista de chequeo, los objetivos de la operación no se cumplen y los productos no se difunden según lo establecido en el diseño, se deben ejecutar las estrategias de corrección y mejora del proceso. Evidencia: Lista de chequeo para el proceso estadístico, informes y acciones de mejora o correctivas	Conforme. Responsable, frecuencia anual, propósito, procedimiento, manejo de desviaciones (estrategias de mejora) y evidencia. Control completo y coherente.	Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	40%	Se evidencia que los controles fueron implementados de acuerdo con lo planeado. Se evidencia seguimiento de pimer a y segunda línea según lo planeado. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control".

DESCRIPCIÓN DE RIESGO		Observaciones de redacción del riesgo	Control	Observaciones de redacción del control	Eficiencia		Informativos		Valoración control	ANÁLISIS OCI SOBRE CONTROLES	
Proceso	Riesgo				Tipo	Implementación	Documentación	Frecuencia			Evidencia
COMUNICACIONES	Posibilidad de publicación, eliminación o modificación no autorizada de información en los canales electrónicos de divulgación a cargo de la Oficina de Comunicaciones (portal web, redes sociales, Intranet y correos electrónicos corporativos), por inadecuada gestión en el otorgamiento o retiro de derechos de acceso a usuarios a las plataformas de administración de los mismos, que pueden afectar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de sus contenidos ante accesos no controlados.	No Conforme. El riesgo es extremadamente largo y mezcla la Causa Inmediata con la Causa Raíz ("inadecuada gestión en el otorgamiento o retiro de derechos") y la consecuencia ("que pueden afectar la confidencialidad, integridad..."). Además, la Causa Inmediata inicia con una negación implícita ("inadecuada gestión"). Recomendación: Posibilidad de pérdida de la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información en los canales electrónicos, debido a la modificación no autorizada de información, originada en ... (Posible causa, ejemplo: la falta de un procedimiento documentado y conocido para la gestión de accesos y perfiles).	El responsable del canal atenderá las orientaciones de la Mesa de Ayuda. En caso de no reportar el incidente, podría materializarse la afectación de la disponibilidad, confidencialidad e integridad de la información. Si esto sucede, corresponde realizar una investigación para determinar causas y responsabilidades; aplicar los correctivos técnicos necesarios con el apoyo de la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y/o la Oficina Asesora de Planeación e Innovación Institucional; y generar las actuaciones administrativas que tenga previstas la entidad, según cada caso en particular. Evidencia: Archivo casos Aranda - Categoría manejo de incidentes.	Conforme. El control define de manera clara las responsabilidades del responsable del canal ante incidentes, así como el procedimiento en caso de omisión del reporte, incluyendo la investigación de causas, correctivos técnicos y actuaciones administrativas. Se identifica la coordinación con la OTIC y la Oficina Asesora de Planeación e Innovación, lo cual garantiza integralidad en la respuesta. Recomendación: fortalecer el seguimiento al cierre de las investigaciones para asegurar que las medidas correctivas implementadas prevengan reincidencias.	Correctivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	25%	Se evidencia que los controles fueron implementados de acuerdo con lo planeado. Se evidencia seguimiento de la primera línea y segunda lía de defensa. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control".
		Cada vez que ingresa o se retira un funcionario o contratista de la Oficina Asesora de Comunicaciones, el líder del proceso solicita a la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones la activación o desactivación de usuarios en los sistemas de información y repositorios de la entidad, según sea el caso, diligenciando el formato TI-F-034 Administración de usuarios, el cual se tramitará a través de la herramienta de Gestión de Servicios Tecnológicos (Mesa de ayuda - Aranda). Este trámite incluye la solicitud de habilitación del perfil de administrador de contenidos de los portales superservicios.gov.co y sui.gov.co, y la Intranet para el personal que sea asignado a esta labor. En caso de requerirse conexión remota para acceso fuera de la entidad, el líder del proceso formaliza la solicitud, mediante el formato TI-F-035 Solicitud y autorización de acceso a la red LAN para colaboradores, a través de la herramienta Aranda. En caso de que el líder del proceso no solicite la activación de usuarios, el personal no podrá acceder a ningún repositorio o sistema de información de la entidad. En caso de no solicitar la desactivación de algún colaborador por su retiro de la entidad, la Dirección de Talento Humano o el Grupo de Contratos y Adquisiciones no expedirá el respectivo paz y salvo para formalizar dicho retiro. Evidencia: Casos Aranda.	Conforme. El procedimiento está debidamente establecido: exige el uso de los formatos TI-F-034 y TI-F-035 a través de la herramienta Aranda, vinculando la solicitud de acceso o retiro a los sistemas institucionales y portales web. Además, se prevé la consecuencia administrativa (no emisión del paz y salvo) ante la omisión. Este control cubre tanto la creación como la revocación de permisos, garantizando trazabilidad. Recomendación: verificar que los registros en Aranda incluyan evidencia de cierre de cada solicitud para fortalecer la trazabilidad documental.	Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	40%	Se evidencia que los controles fueron implementados de acuerdo con lo planeado. Se evidencia seguimiento de la primera línea y segunda lía de defensa. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control".	
GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y LOGÍSTICA	Posibilidad de errores de mantenimiento debido a una realización inadecuada de la actividad o uso de equipamiento obsoleto, que podría generar intermitencia o cortes en el suministro eléctrico y pérdida de la disponibilidad de la información.	No Conforme. La Causa Inmediata es un evento doble ("errores de mantenimiento" o "uso de equipamiento obsoleto") que también incluye una negación ("realización inadecuada"). La Causa Raíz (el por qué de la inadecuada realización o el por qué se usa equipamiento obsoleto) está ausente. Recomendación: Posibilidad de pérdida de la disponibilidad de la información debido a intermitencia o cortes en el suministro eléctrico, originada en ... (Posible causa, ej: el uso de equipamiento obsoleto o la falta de seguimiento a la vida útil y mantenimiento preventivo de los equipos).	Anualmente el coordinador de servicios administrativos para la sede ubicada en la ciudad de Bogotá, Calle 84 de acuerdo a lo estipulado en el manual de servicios administrativos e instalaciones GA-M-001, dentro de su planeación establecen los contratos de mantenimiento requeridos para el buen funcionamiento de las plantas eléctricas y tableros de eléctricos que se encuentran instaladas en la sede de la ciudad de Bogotá, Calle 84 con el propósito de garantizar el buen estado y funcionamiento de dichos equipos especializados. En dado caso de que no se pueda efectuar el proceso de contratación la entidad analizara alternativas para suplir la prestación del servicio de mantenimiento preventivo a las plantas de la entidad. Las evidencias estarán registradas en los expedientes de los respectivos contratos	Conforme parcialmente. El control establece planificación y contratación anual conforme al manual GA-M-001, sin embargo, la medida de contingencia (“analizar alternativas”) no define responsables, plazos ni procedimientos específicos para asegurar la continuidad del servicio. Esto genera un punto débil ante la materialización de una falla o retraso contractual. Recomendación: formalizar un protocolo de contingencia con responsables definidos, tiempos de respuesta y mecanismos alternos para el suministro eléctrico.	Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	40%	Se evidencia que los controles fueron implementados de acuerdo con lo planeado. Se evidencia seguimiento de la primera línea y segunda lía de defensa. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control".
GESTIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN	Posible afectación a la disponibilidad de los sistemas de información por inadecuadas estrategias de respaldo y restauración debido a realización de copias de seguridad sin control.	No Conforme. El riesgo inicia con "Posible afectación" en lugar de la frase requerida "Posibilidad de". Además, la Causa Inmediata ("inadecuadas estrategias de respaldo") y la Causa Raíz ("copias de seguridad sin control") son negaciones de controles. Recomendación: Posibilidad de afectación a la disponibilidad de los sistemas de información debido a fallas en los procesos de respaldo y restauración, originada en ... (Posible causa. Ej: la ausencia de pruebas periódicas para verificar la integridad y funcionalidad de las copias de seguridad).	Con el fin de mantener la disponibilidad de la información actualizada en los sistemas de información, el profesional de OTIC, encargado de realizar las copias de respaldo de la información, programa a demanda las políticas en la herramienta de backup de acuerdo a la periodicidad establecida en el plan de backup, Desviación: En caso que se identifique en la herramienta de backup que un respaldo en un servidor no fue ejecutado, este se vuelve a relanzar de acuerdo con las prioridades definidas y se toman las acciones pertinentes. evidencia: Reporte por Jobs y por políticas	Conforme. El control está bien estructurado: define la programación de respaldos según plan de backup, con respuesta inmediata ante fallas (re-lanzamiento de jobs) y reporte de evidencia por políticas. Asegura la disponibilidad de la información institucional. Recomendación: ninguna; solo mantener evidencia sistemática de la revisión de logs y acciones correctivas.	Preventivo	Automatico	Documentado	Continua	Con registro	25%	Se evidencia que los controles fueron implementados de acuerdo con lo planeado. Se evidencia seguimiento de la primera línea y segunda lía de defensa. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control".
GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Posibilidad de que la información de la base de datos del aplicativo de Nómina, sea modificada o alterada por usuarios no autorizados, lo que puede generar una afectación en la integridad de la información.	No Conforme. La Causa Inmediata ("modificada o alterada por usuarios no autorizados") es un evento que debe ser desglosado en Amenaza y Vulnerabilidad, y la Causa Raíz no se explicita. Recomendación: Posibilidad de afectación en la integridad de la información de la base de datos del aplicativo de Nómina, debido a la alteración por usuarios no autorizados, originada en ... (posible causa. ej: la asignación de perfiles con permisos excesivos para la modificación de datos sensibles).	La Coordinadora del grupo de Nómina y Seguridad Social o la persona autorizada, cada vez que se requiera solicita a través de la plataforma de ayuda del aplicativo de nómina la actualización o modificación de la base de datos, incluyendo novedades al sistema que podrían afectar la integridad de los datos con el fin de mantener la información actualizada, en caso de identificar inconsistencias en la información, se solicita el ajuste correspondiente a través de la herramienta. La evidencia es la hoja de cálculo con la información de los casos generados durante el cuatrimestre.	Conforme. El control establece el uso de la plataforma de ayuda del aplicativo para solicitar modificaciones o correcciones en la base de datos, garantizando que las novedades se tramiten formalmente y se mantenga integridad de datos. Se evidencia seguimiento mediante hoja de cálculo. Recomendación: implementar validaciones automáticas en el sistema para reducir errores manuales y evitar inconsistencias repetitivas.	Preventivo	Manual	Sin documentar	Continua	Con registro	40%	Se evidencia que los controles fueron implementados de acuerdo con lo planeado. Se evidencia seguimiento de la primera línea y segunda lía de defensa. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control".

DESCRIPCIÓN DE RIESGO		Observaciones de redacción del riesgo	Control	Observaciones de redacción del control	Eficiencia		Informativos			Valoración control	ANÁLISIS OCI SOBRE CONTROLES
Proceso	Riesgo				Tipo	Implementación	Documentación	Frecuencia	Evidencia		
GESTIÓN DOCUMENTAL	Acceso no restringido a instalaciones de almacenamiento de los archivos de gestión y central donde reposa el acervo documental de la Entidad, y la falta de desactivación de cuentas de usuario luego de finalizado el empleo; podría ocasionar pérdida de la confidencialidad,disponibilidad e integridad de la información.	No Conforme. Combina múltiples Causas Inmediatas ("Acceso no restringido a instalaciones" y "falta de desactivación de cuentas") y la Causa Raíz queda implícita. Además, comienza sin la frase requerida "Posibilidad de". Recomendación: Posibilidad de pérdida de la confidencialidad, disponibilidad e integridad de la información de los archivos, debido a la falta de desactivación oportuna de cuentas de usuario tras el retiro del empleado, originada en ... (posible causa, ej: la inexistencia de un procedimiento de checklist para el retiro de privilegios y accesos al desvincular un funcionario).	El colaborador responsable Gestión Documental, realizará una verificación bimensual a la inspección a las bodegas del Grupo Centro de Gestión Documental y Correspondencia, con el objetivo de realizar control y seguimiento al cumplimiento de los estándares definidos por la normatividad archivística, mediante el diligenciamiento del formato GD-F-002 FORMATO DE INSPECCIÓN DE ALMACENAMIENTO E INSTALACIONES FÍSICAS DEL PLAN DE CONSERVACIÓN DOCUMENTAL.: 1. estructura, 2. condiciones ambientales, 3. distribución,4. seguridad. En caso de que se presente alguna inconsistencia el colaborador de Gestión Documental, deberá entregar un informe donde se encuentren las evidencias de incumplimiento al supervisor del contrato, para que así mismo se realice el debido requerimiento al contratista para que implemente las oportunidades de mejora. Las evidencias se encuentran en el respectivo expediente creado en sistema de gestión documental.	Conforme parcialmente. El control establece periodicidad, formato definido (GD-F-002) y componentes de inspección claros (estructura, ambiente, distribución, seguridad). No obstante, la periodicidad bimensual podría resultar insuficiente para instalaciones de alta rotación o uso intensivo de archivos, lo que podría generar rezagos en la detección temprana de incumplimientos. Recomendación: considerar aumentar la frecuencia de inspección o establecer un sistema de alertas tempranas en función del riesgo de cada bodega.	Detectivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	30%	Se evidencia que los controles fueron implementados de acuerdo con lo planeado. Se evidencia seguimiento de la primera línea y segunda lía de defensa. Se debe mantener la periodicidad del seguimiento cuatrimestral y garantizar la trazabilidad de la publicación de evidencias en los controles de seguridad digital (A.11.1.2, A.9.2.1 y A.11.1.3). Es necesario consolidar un registro centralizado de dichas evidencias en el sistema de gestión documental, asegurando que el proceso de seguimiento sea verificable y fácilmente auditable. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control".
			El colaborador del Grupo de Gestión Documental,cuatrimestralmente realizará informe donde se evidencie la cantidad de solicitudes recepcionadas por los medios dispuestos para la creación o inactivación de usuarios en el sistema de gestión documental, el cual se deberá realizar la acción solicitada por Aranda y notificar al solicitante el cumplimiento de la solicitud realizada. En caso de desviaciones en el control en el formato GD-F-009 paz y salvo, se verifica la cancelación de usuarios asociadas en el SGDEA.	Conforme. El control describe adecuadamente el proceso de recepción, atención y registro de solicitudes a través de Aranda, con evidencias mediante informes cuatrimestrales. Además, contempla acción correctiva ante desviaciones en paz y salvo (verificación en SGDEA). Esto asegura control sobre accesos y retiros de usuarios. Recomendación: incluir en los informes indicadores de tiempos de atención y cumplimiento para medir la eficiencia del control.	Preventivo	Manual	Sin documentar	Continua	Con registro	40%	Se evidencia que los controles fueron implementados de acuerdo con lo planeado. Se evidencia seguimiento de la primera línea y segunda lía de defensa. Se requiere fortalecer la implementación del control A.11.1.2 “Controles de acceso físico” mediante la validación periódica de los expedientes electrónicos, la mejora en los sistemas de detección de humo y la adecuada gestión y conservación de las grabaciones de seguridad. Asimismo, debe revisarse y corregirse el informe del control 3 para asegurar la consistencia de la información y el cumplimiento total de la normativa archivística. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control".
MEJORA E INNOVACIÓN	POSIBILIDAD DE INCUMPLIMIENTO DE REQUISITOS LEGALES DEL SIGESPI DEBIDO A UN INADECUADO CONTROL DE CAMBIOS O INADECUADO NIVEL DE CONOCIMIENTO POR PARTE DEL OFICIAL DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN, LO QUE PODRÍA GENERAR LA PÉRDIDA DE DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN.	No Conforme. El riesgo es muy extenso, el Impacto está al final, y la Causa Inmediata incluye la negación de un control ("Inadecuado control de cambios o inadecuado nivel de conocimiento"). Recomendación: Posibilidad de pérdida de disponibilidad de la información debido a incumplimiento de requisitos legales del SIGESPI, originada en ... (posible causa. Ej: el inadecuado nivel de conocimiento del Oficial de Seguridad y Privacidad de la Información sobre los requisitos aplicables).	El profesional encargado del Sistema de Gestión de Seguridad y Privacidad de la Información revisa en los meses de abril y agosto si existen modificaciones a los requisitos legales y otros requisitos relacionados con seguridad de la información y tratamiento de datos personales, con el propósito de mantener actualizado el normograma de acuerdo con la normatividad vigente, en caso de que se identifique que la norma se encuentre obsoleta o haya sido actualizada, se procederá a actualizarlo. Como evidencia se realiza la solicitud de actualización del registro, plan de trabajo y la publicación del documento actualizado en la plataforma SIGME.	Conforme. El control mantiene revisión semestral de requisitos legales, actualizando el normograma y publicando los cambios en SIGME, con evidencia documental completa. Asegura la vigencia normativa del sistema de gestión. Recomendación: ninguna; se considera adecuado y completo.	Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	40%	Se evidencia que los controles fueron implementados de acuerdo con lo planeado. Se evidencia seguimiento de la primera línea y segunda lía de defensa. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control".
RIESGOS Y METODOLOGÍAS	Posibilidad de fuga o revelación de información clasificada o reservada y cuyo nivel de criticidad es ALTO que posee la Oficina de Administración de Riesgos y Estrategias de Supervisión, debido a la alteración, eliminación o intento de modificación no autorizada con las siguientes vulnerabilidades: (i) INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA PERSONAS NO AUTORIZADAS (ii); INADECUADOS DERECHOS DE USUARIO; (iii) FALTA DE DESACTIVACIÓN DE CUENTAS DE USUARIO POR RETIRO, lo que podría generar afectación en su confidencialidad, integridad y disponibilidad.	No Conforme. Es excesivamente largo, incluye un listado de tres vulnerabilidades sin integrarlas claramente en la estructura, lo que dificulta la identificación de una Causa Raíz concisa para el tratamiento. Recomendación: Posibilidad de afectación en la confidencialidad, integridad y disponibilidad de información clasificada o reservada, debido a la fuga o revelación de información, originada en ... (Posible causa. Ej: la inadecuada gestión de los derechos de acceso y perfiles de usuario que permite accesos no autorizados a la información clasificada).	La Jefe de la Oficina de Administración de Riesgos y Estrategias de Supervisión cada vez que ingresa o retira un colaborador a la Oficina realiza la solicitud de creación, activación o retiro de usuarios mediante el formato TI-F-034 "Administración de usuarios" para asegurar la correcta gestión de los usuarios a los diferentes repositorios de información (Cronos, Orfeo, SIGME y Sisgestión), en caso de no solicitar esos accesos los colaboradores no podrán acceder ni estarán autorizados a dichos repositorios ni a los sistemas de información, para lo anterior se crean casos en la plataforma Aranda directamente desde el usuario autorizado (Jefe de Oficina). Evidencia: Casos Aranda.	Conforme. El control replica correctamente la política institucional para la gestión de usuarios (formato TI-F-034), asegurando trazabilidad mediante Aranda. Define con precisión los sistemas involucrados y la responsabilidad directa de la Jefe de Oficina. Recomendación: fortalecer la verificación cruzada con la Oficina de Talento Humano al cierre de contratos o retiros para garantizar la desactivación oportuna de accesos.	Preventivo	Manual	Documentado	Continua	Con registro	40%	Se evidencia que los controles fueron implementados de acuerdo con lo planeado. Se evidencia seguimiento de la primera línea y segunda lía de defensa. Se recomienda que se sigan las recomendaciones de la columna "Observaciones de redacción del riesgo" y "Observaciones de redacción del control".