



**AGENCIA PARA LA REINCORPORACIÓN Y LA NORMALIZACIÓN (ARN)**

**INFORME SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS  
PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2020**

**BOGOTÁ D.C. AGOSTO DE 2020**

**TABLA DE CONTENIDO**

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVOS .....	3
3. ALCANCE .....	3
4. NORMATIVIDAD APLICABLE .....	4
5. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO .....	5
5.1. Riesgos de Corrupción .....	5
5.2. Riesgos de Seguridad de la Información.....	6
5.3. Análisis de Riesgos por Proceso .....	6
5.3.1. Direccionamiento Estratégico .....	7
5.3.2. Gestión de Comunicaciones.....	11
5.3.3. Evaluación Control y Mejoramiento.....	12
5.3.4. Diseño .....	18
5.3.5. Implementación.....	20
5.3.6. Seguimiento.....	22
5.3.7. Atención al Ciudadano.....	24
5.3.8. Gestión de Adquisición de Bienes y Servicios.....	26
5.3.9. Gestión del Talento Humano .....	29
5.3.10. Gestión de Tecnologías de la información .....	34
5.3.11. Gestión Jurídica .....	38
5.3.12. Gestión Administrativa.....	42
5.3.13. Gestión Documental.....	43
5.3.14. Gestión Financiera .....	49
5.3.15. Gestión de Relaciones Externas.....	51
5.3.16. Gestión Legal .....	52
5.4. Riesgos Materializados.....	53
6. RECOMENDACIONES.....	54

## **1. INTRODUCCIÓN**

Este informe presenta una evaluación de la política de administración de riesgos de la Agencia enmarcado en la tercera línea de defensa del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.

Lo anterior, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 17 del decreto 648 de 2017 frente a la evaluación de la gestión del riesgo y la evaluación y seguimiento a cargo de las Oficinas de Control Interno de Gestión y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) el cual, en su Séptima Dimensión (Control Interno), estableció como uno (1) de los cinco (5) componentes de la estructura del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), la evaluación del riesgo.

La evaluación de cumplimiento se realizó a partir de la información reportada en el Sistema Integrado de Gestión para la Reintegración (SIGER) y de las evidencias reportadas para tal fin.

## **2. OBJETIVOS**

- Hacer una verificación independiente del Mapa de Riesgos de la ARN para el primer semestre de la Vigencia 2020.
- Determinar si se hace una aplicación pertinente del método para gestionar los riesgos establecidos en la política de administración del riesgo de la Agencia.
- Evaluar si los controles determinados en los riesgos de la Entidad son adecuados y cumplen con los requisitos establecidos en la Guía de administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, (Versión 4 y de fecha octubre de 2018) del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP).

## **3. ALCANCE**

Este análisis aplica para todos los procesos de la ARN y se toman como referencias los mapas de riesgos de la Entidad con fecha de corte 30 de junio de 2020.

Para el presente informe se utilizarán las definiciones y terminologías presentes en el Manual de Gestión del Riesgo (Código: DE-M-02; Versión: V-7 y de fecha: 2020-02-06) vigente en la ARN.

Por último, la construcción del presente documento es responsabilidad del Grupo de Control Interno de Gestión en los términos de su planeación, ejecución y presentación de resultados.

#### **4. NORMATIVIDAD APLICABLE**

- Ley 1474 de 2011 (Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública).
- Decreto 1072 de 2015 (Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo) en lo referente al Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).
- Decreto 1499 de 2017 (Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015).
- Resolución 320 de 2019 (Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST).
- Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano – MECI. (2014)
- Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión Versión 3 del Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional. (Diciembre de 2019)
- Guía de administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 4 del DAFP. (Octubre 2018)
- Norma Técnica de la Calidad del Proceso Estadístico NTC PE 1000.
- Manual de Gestión del Riesgo (Código: DE-M-02; Versión: V-7 y de fecha: 2020-02-06) vigente en la ARN.
- Manual del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (Código TI-M-01, Versión: V-7 de fecha 2019-09-24) vigente en la ARN.

## 5. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO

Para la Vigencia 2020, la Entidad identificó a través de sus procesos, 45 riesgos, 87 controles y 217 acciones descritos de la siguiente manera:

PROCESO	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO							TOTAL RIESGOS	N° CONTROLES	N° ACCIONES
	CUMPLIMIENTO	ESTRATÉGICO	SEGURIDAD INF.	OPERATIVO	CORRUPCIÓN	TECNOLOGÍA	FINANCIERO			
Atención al Ciudadano	1							1	3	38
Direccionamiento Estratégico		1	1					2	6	44
Diseño				2				2	2	2
Evaluación Control y Mejoramiento	2	1			1			4	13	6
Gestión Administrativa				2	1			3	7	10
Gestión de Adquisición de Bienes y Servicios				1	2			3	4	9
Gestión de Comunicaciones		1						1	3	3
Gestión de Relaciones Externas		1						1	2	1
Gestión de Tecnologías de la Información		1				3		4	10	12
Gestión del Talento Humano	1			2	2			5	6	7
Gestión Documental				2	1			3	5	5
Gestión Financiera	2			1	1		1	5	6	15
Gestión Jurídica	3							3	6	6
Seguimiento		5						5	7	7
Implementación		2						2	5	27
Gestión Legal	1							1	2	25
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>45</b>	<b>87</b>	<b>217</b>

### 5.1. Riesgos de Corrupción

A continuación, se presenta el reporte del estado de los riesgos de corrupción de la Agencia durante el periodo objeto de análisis; este se encuentra compuesto por ocho (8) riesgos, 18 controles y, 19 acciones desglosadas de la siguiente manera:

PROCESO	TOTAL RIESGOS	N° CONTROLES	N° ACCIONES
Evaluación, control y mejoramiento	1	3	2
Gestión administrativa	1	4	7
Gestión de adquisición de bienes y servicios	2	3	2
Gestión del talento humano	2	2	3
Gestión documental	1	1	1
Gestión financiera	1	1	4
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	<b>19</b>

El Grupo de Control Interno de Gestión viene efectuando los respectivos seguimientos a estos riesgos a través de informes de ley realizados cuatrimestralmente; el primer informe puede ser ubicado accediendo a la siguiente dirección electrónica:

<http://www.reincorporacion.gov.co/es/agencia/Documentos%20de%20Control%20Interno/Informes%20Plan%20Anticorrupción%20y%20Atención%20al%20Ciudadano/2020/Informe%20PA-AT%20I%20cuatrimestre%202020.pdf>

En este punto es importante aclarar que, en la ARN, no se materializaron riesgos de corrupción ni se generaron investigaciones respecto de este tema para el primer cuatrimestre de la Vigencia 2020.

## **5.2. Riesgos de Seguridad de la Información**

En la ARN este tipo de riesgos se administran desde el Proceso de Direccionamiento Estratégico y el Proceso de Gestión de Tecnologías de la Información de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente; los riesgos mencionados son los siguientes:

- Direccionamiento Estratégico: Incumplimiento de las políticas de seguridad de la información y protección de datos personales (tres [3] controles y seis [6] acciones).
- Gestión de Tecnologías de la Información: Uso indebido de la información (cuatro [4] controles y cuatro [4] acciones).

## **5.3. Análisis de Riesgos por Proceso**

De acuerdo con lo establecido en el Manual de Gestión del Riesgo de la Agencia y la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del DAFP, se verificó la estructura de los riesgos y los controles que los componen; adicionalmente, se observó acerca de la materialización del riesgo y se hizo revisión de las acciones y evidencias en los siguientes términos:

**5.3.1. Direccionamiento Estratégico**

Clasificación Riesgo	Riesgo	Controles	Observaciones del Riesgo	¿Se Materializó el Riesgo?	Observaciones del Control	Observaciones Generales
Estratégico	Ineficacia e ineficiencia en la gestión institucional	<p>1. Durante el primer trimestre de la vigencia 2020 el Comité Directivo de la ARN define la metodología de seguimiento a la planeación y gestión institucional acorde con los criterios definidos en el Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional DE-M-03, la cual es objeto de socialización por parte de la Oficina Asesora de Planeación. En caso de requerirse modificaciones en la metodología definida o la adopción de nuevos instrumentos, dicho Comité procede a aprobar los ajustes que sean necesarios y la Oficina Asesora de Planeación realiza la socialización correspondiente. En los informes de gestión trimestral que consolida la Oficina Asesora de Planeación se analiza la aplicación de la metodología definida.</p> <p>2. Acorde con la designación realizada para la vigencia 2020, los profesionales de la Oficina Asesora de Planeación realizan, con la periodicidad definida en cada caso (mensual o trimestral), la verificación de la calidad y coherencia de registros de avance en la planeación y gestión institucional que se realiza por parte de los responsables en los diferentes instrumentos</p>	El riesgo se encuentra descrito en relación con la gestión Institucional; sin embargo, en el detalle del riesgo se limitan a la planeación institucional dejando de lado otros temas de importancia.	SI	<p>En el control establecido no se observa que este se encuentre definido para mitigar el impacto del Riesgo en caso de que este se materialice.</p> <p>El control definido debe definir un (1) responsable no varios porque se pierde la responsabilidad en la aplicación de su seguimiento.</p>	<p>Se observa que, en el detalle del riesgo, se le da una limitación diferente al riesgo definido dado que, en él, describen que se dirige al cumplimiento de las metas en relación con la ejecución presupuestal mientras que, en el riesgo definido, se hace referencia a la ineficacia e ineficiencia de la gestión institucional. Así las cosas, dentro de esta definición se abarcarían todos los planes, programas y demás indicadores que se cumplen en la Agencia; en consecuencia, el No Cumplimiento de una acción o materialización de algún riesgo de la Entidad afectará, de manera directa, este riesgo. Teniendo en cuenta lo anterior, se observa que se materializaron los riesgos de los Procesos Gestión Financiera e Implementación lo que afecta, directamente, a este riesgo en su materialización.</p> <p>Por otra parte, se recomienda implementar un control transversal donde todas las dependencias se vean involucradas en la planeación y ejecución institucional.</p> <p>En cuanto a la evidencia aportada, como los informes de seguimiento trimestral, se indica que se presenta un</p>

	<p>definidos para tal efecto, acorde con los criterios definidos en el Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional DE-M-03. En los casos en que fruto de la verificación realizada se evidencie que se incumple alguno de los criterios definidos para el seguimiento a la planeación y gestión institucional, la Oficina Asesora de Planeación procede a fortalecer la socialización de dichos criterios con aquellas instancias que así lo requieran. Las observaciones realizadas por la Oficina Asesora de Planeación a los registros de avances reportados son remitidos mediante correo electrónico a las instancias pertinentes con la oportunidad debida en cada caso.</p>				<p>sobrecumplimiento en algunos indicadores lo que se reflejaría en una relación directa con la ineficiencia de la gestión institucional.</p> <p>Para el riesgo N° 2 se observan que la Acción N° 3 y la Acción N° 5 no presentan evidencias en las carpetas compartidas.</p> <p>De igual manera, no se observa el registro del los análisis a los dos (2) riesgos definidos para este proceso, tanto para el primer como para el segundo trimestre.</p> <p>En el mismo orden de ideas, se observa que no se efectuaron los respectivos registros del análisis del riesgo tanto para el primer como para el segundo trimestre.</p>
	<p>3. El Comité Institucional de Gestión y Desempeño realiza de manera trimestral seguimiento a la gestión y desempeño institucional incluyendo el seguimiento a la ejecución presupuestal de la entidad, lo cual se consigna en las actas del Comité. En los casos en que se evidencien desviaciones frente a la programación definida en cada caso, se solicita a las instancias correspondientes que expliquen dichas desviaciones y procedan a gestionar las acciones necesarias para subsanar las mismas. En los informes de gestión</p>			<p>La evidencia definida para este riesgo no muestra la ejecución de este control, por lo que se recomienda ajustar las evidencias de la aplicación del mismo.</p>	<p>Adicionalmente, la evidencia aportada da cuenta de la realización de la acciones más no de la aplicación de los controles.</p> <p>Finalmente, en cuanto al Riesgo N° 2 (Seguridad de la Información) no se ve la relación con el riesgo propuesto para este proceso.</p>

		trimestral que consolida la Oficina Asesora de Planeación se consigna el seguimiento realizado a la gestión y ejecución presupuestal de la entidad con las observaciones debidas en cada caso.				
Seguridad de la información	Incumplimiento de las políticas de seguridad de información y protección de datos personales.	1, Los profesionales y proveedores de la Oficina de Tecnologías de Información realizan la ejecución de los controles técnicos (informáticos y físicos), para el acceso y gestión de la información según se requiera. De acuerdo a los lineamientos y políticas definidos en el TI-M-01 Manual del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información -SGSI. La revisión casos, es liderada por el responsable de Seguridad y la Mesa de Seguridad, en el marco de las responsabilidades definidas en el manual antes descrito. Como evidencia de su ejecución se registran los casos a través de la mesa de servicio y demás soportes que se requieran para sustentar la gestión de los casos presentados y las acciones realizadas	El riesgo no se encuentra acorde al objetivo del proceso.	NO	El control definido no indica la periodicidad de su aplicación; en cuanto al responsable de la ejecución no tiene definido un (1) responsable sino varios, Por otra parte, no se observa que el control se encuentre definido para mitigar el impacto del Riesgo una vez se materialice el riesgo.	
		2. La Oficina Asesora de Planeación como gestor de protección de datos cuando se requiera, valida la información normativa y alerta la implementación y aplicación de la misma, en los diferentes procesos. Para ello, se realiza la revisión de los procesos documentados en todos los			El control no tiene definido un (1) responsable sino que indica que son varios, tampoco cuenta con una periodicidad de aplicación y, además, no hay evidencias de la aplicación del control.	

		<p>instrumentos definidos a través de Sistema SIGER por parte de los responsables y delegados en la Agencia, definiendo los controles para garantizar la aplicación de la normatividad y reducción de riesgos en el manejo de información sensible, seguridad de la información y protección de datos personales. Los profesionales de la Oficina Asesora de Planeación apoyan en la definición de lineamientos y metodologías para la aplicación de conceptos normativos, a través de correo y seguimiento en el ciclo de control documental. Como evidencia se registran todos los mecanismos de gestión de información definidos a través de manuales, procedimientos, instructivos, guías, formatos y documentos complementarios, que permiten el cumplimiento de políticas para de seguridad de la información y protección de datos personales.</p>				
		<p>3. La Oficina Asesora de Planeación cada vez que se requiera, valida conjuntamente con los responsables de los diferentes procesos en la Agencia, el seguimiento a riesgos y su posible materialización de acuerdo a lo definido en el DE-M-03 Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión en su numeral 5.2.2. literal</p>				<p>El control no tiene definido un (1) responsable sino que indica que son varios y no hay evidencias de la aplicación del control.</p>

		<p>a. Seguimiento a los Riesgos Institucionales. Para ello, se realiza la revisión de la información registrada en el Sistema SIGER y las evidencias suministradas por cada responsable de tratamiento al riesgo. Los profesionales de la Oficina Asesora de Planeación en caso de encontrar información faltante o inconsistencia en la información registrada, requiere al responsable a través de correo para el suministro de la información y registro adicional que se requiera. Como evidencia el responsable debe adjuntar los soportes de seguimiento que apliquen, en la carpeta autorizada para cada uno.</p>				
--	--	--	--	--	--	--

### 5.3.2. Gestión de Comunicaciones

Clasificación Riesgo	Riesgo	Controles	Observaciones del Riesgo	¿Se Materializó el Riesgo?	Observaciones del Control	Observaciones Generales
Estratégico	Inadecuada divulgación de la información dirigida a públicos de interés sobre la gestión institucional de la ARN en cumplimiento de su objeto misional y en aras de la transparencia y la rendición de cuentas a la ciudadanía	1. Los profesionales de la Oficina Asesora de Comunicaciones que sean designados para la actividad, cada vez que sea solicitado por instancias internas o externas, realizan la revisión y aprobación de las piezas comunicativas que vayan a ser objeto de divulgación por parte de la ARN llevando un registro de aquellas piezas sobre las que se realizó gestión. En los casos en los que se identifique la divulgación de piezas comunicativas que no contaron con la	El riesgo se encuentra bien definido.	NO	El control no tiene definido un (1) responsable, sino que indica que son varios; por otra parte, no hay evidencias de la aplicación del control.	En cuanto a las evidencias se observa que estas se ven reflejadas hacia el cumplimiento de las acciones; sin embargo, para la Acción N° 2, se observa que: a) en la página 3 del acta de fecha 06/02/2020 no se encuentra diligenciada la fecha fin; b) el documento en formato <i>Microsoft Word</i> de nombre: "Direccionamiento Estratégico 2020.docx" no cuenta con fecha; c) el documento acerca del Lineamiento eventos ARN

		revisión y aprobación de la Oficina Asesora de Comunicaciones, se fortalecerá la socialización de los lineamientos definidos en la entidad para tales efectos con aquellas instancias que así lo requieran. La gestión realizada en tal sentido se consigna en un informe trimestral que es presentado por los profesionales que realizan la misma ante la Jefe de la Oficina Asesora de Comunicaciones				<p>Dirección General no cuenta con firma; d) el archivo en formato <i>Microsoft Word</i> de nombre "Tirando línea Enero 2020-1.docx" no tiene marca de agua "borrador".</p> <p>Por último se observa, que no se ha registrado el respectivo análisis al riesgo en ninguno de los dos (2) trimestres objeto de evaluación.</p>
--	--	---	--	--	--	---

### 5.3.3. Evaluación Control y Mejoramiento

Clasificación riesgo	Riesgo	Controles	Observaciones del riesgo	¿Se materializó el riesgo?	Observaciones del control	Evidencias
Corrupción	Inadecuada aplicación de los principios de auditoría por parte de los auditores, para el beneficio propio o de un tercero	<p>1. Revisar y aprobar Acta de Cierre de Auditoría e Informes de Auditoría por parte del Asesor de Control Interno.</p> <p>2. Aplicar las disposiciones establecidas en el Manual de Auditoría Interna (Código EM-M-01), en caso de existir impedimento por parte del auditor interno para realizar la auditoría que le ha sido asignada. En este caso, el auditor deberá notificar, vía correo electrónico institucional, al Asesor de Control Interno de Gestión o a quien haga sus veces los motivos o causales por lo cuales se presenta el impedimento; el correo debe ser enviado, a más tardar, el día hábil siguiente a la comunicación de designación de la auditoría.</p> <p>3. Comunicaciones</p>	El riesgo de corrupción solamente se encuentra enfocado al Proceso de Auditoría y, de acuerdo con el objetivo de este Proceso, se realizan otras actividades en las cuales podrían presentarse riesgos de corrupción.	NO	De acuerdo con la verificación realizada los Controles 1 y 2 no establecen la periodicidad de su ejecución. Se evidencia que el Control N° 2 no tiene un propósito (verificar, revisar, validar) sino que corresponde a una actividad cotidiana del Proceso, como lo es la aplicación de lineamientos; adicionalmente, no se observó que se definiera un responsable de su ejecución. De otra parte, no se determina qué pasa una vez se aplique el control y se presenten observaciones o desviaciones como resultado de la ejecución del control. Ejemplo: "Cada vez que se va a realizar un contrato el profesional de contratación,	El reporte de las acciones corresponde a la misma evidencia cargada, pero solo se hizo cargue de evidencias en un trimestre para cada acción.

		escritas y correos electrónicos cada vez que se requiera.			<p>verifica a través de una lista de chequeo que la información suministrada por el proveedor corresponda con los requisitos establecidos de contratación. En caso de encontrar información faltante, requiere al proveedor a través de correo el suministro de la información y poder continuar con el proceso de contratación." Fuente (Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital - Función Pública - Dirección de Gestión y Desempeño Institucional ; V-4 de octubre de 2018) en concordancia con los lineamientos del Manual de Gestión del Riesgo de la Entidad.</p>	
Cumplimiento	Inadecuada formulación de los planes de mejoramiento e ineficacia de los planes suscritos	<p>Verificar la eficacia de los planes de mejoramiento. Presentar en el comité correspondiente, la gestión de los planes de mejoramiento, por lo menos una vez al año. Validar y aprobar la formulación de los planes de mejoramiento en la herramienta tecnológica para la administración de la planeación y la gestión, por parte del Asesor de Control Interno y el responsable del plan, según los plazos establecidos. Enviar</p>	La descripción debe incluir la totalidad de causas, y en el caso de la ineficacia, se debe señalar la inadecuada definición de controles.	NO	<p>El Control N° 1 (referente a la verificación de la eficacia) al realizarse no mitiga el impacto del riesgo materializado o la probabilidad de la ocurrencia del mismo teniendo en cuenta que, en su ejecución, simplemente se identifica si se materializó o no el riesgo; adicionalmente, no tiene un responsable y periodicidad definida. El Control N° 2, con la presentación al Comité de la</p>	<p>En la evidencia se mide el indicador de eficacia para el riesgo; sin embargo, no está documentado en los métodos de operación de la Entidad. Por otra parte, tampoco se indicó en la descripción del riesgo que se va a medir el Riesgo a través de un Indicador.</p>

		<p>mensualmente vía correo electrónico, el listado de acciones vencidas o por vencer a los responsables y líderes del proceso.</p>		<p>gestión de los planes de mejoramiento, no mitiga el impacto del riesgo materializado o la probabilidad de la ocurrencia del mismo; adicionalmente, no se establece el responsable y no se encuentra documentado. Finalmente, no tiene un propósito (verificar, revisar, validar) sino que corresponde a una actividad cotidiana del Proceso.</p> <p>El Control N° 3 no se encuentra diseñado para mitigar el impacto y, tampoco, se establece en él la periodicidad de la ejecución.</p> <p>El Control N° 4 corresponde a una actividad para lograr el cumplimiento de las acciones en tiempo, pero no se encuentra diseñado y ejecutado para mitigar el impacto del riesgo materializado o la probabilidad de ocurrencia del mismo; adicionalmente, no se definió un responsable y no tiene un propósito (verificar, revisar, validar) sino que corresponde a una actividad cotidiana de este Proceso.</p> <p>De otra parte, los controles definidos no determinan que pasará una vez se aplique el control y se presenten observaciones o desviaciones como resultado de la ejecución del control.</p> <p>Ejemplo: "Cada vez que se va a</p>	
--	--	--	--	---	--

					<p>realizar un contrato el profesional de contratación, verifica a través de una lista de chequeo que la información suministrada por el proveedor corresponda con los requisitos establecidos de contratación. En caso de encontrar información faltante, requiere al proveedor a través de correo el suministro de la información y poder continuar con el proceso de contratación." Fuente (Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital - Función Pública - Dirección de Gestión y Desempeño Institucional ; V-4 de octubre de 2018) en concordancia con los lineamientos del Manual de Gestión del Riesgo de la Entidad.</p>	
	<p>Incumplimiento de los términos de respuesta a los requerimientos de los Órganos de Control e informes de ley que presenta la ARN.</p>	<p>Verificar y monitorear el cumplimiento de términos de respuesta en requerimientos y de presentación de informes de ley; y remitir, mensualmente, los informes de ley al Director General de la ARN. Revisar y consolidar la información para dar respuesta en los términos a los requerimientos recibidos por parte de los órganos de control.</p>	<p>En la descripción del riesgo no se incluyen las causas.</p>	<p>NO</p>	<p>El Control N° 1 no está diseñado para mitigar el impacto del riesgo una vez materializado. Adicionalmente, no se establece el responsable y la periodicidad respecto de la verificación y el monitoreo, pero si de la remisión al director. Y no está documentado en los métodos de operación del proceso.</p> <p>El Control N° 2 no está diseñado</p>	<p>No Aplica</p>

					<p>y se ejecuta para mitigar el impacto del riesgo una vez materializado.</p> <p>No se establece el responsable y la periodicidad respecto de la verificación y el monitoreo, pero si de la remisión al Director General. Adicionalmente, no se encuentra documentado en los métodos de operación del proceso.</p> <p>De otra parte, los controles definidos no determinan qué pasa una vez se aplique el control y se presenten observaciones o desviaciones como resultado de la ejecución del control.</p> <p>Ejemplo: "Cada vez que se va a realizar un contrato el profesional de contratación, verifica a través de una lista de chequeo que la información suministrada por el proveedor corresponda con los requisitos establecidos de contratación. En caso de encontrar información faltante, requiere al proveedor a través de correo el suministro de la información y poder continuar con el proceso de contratación."</p> <p>Fuente (Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital - Función Pública - Dirección de</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					Gestión y Desempeño Institucional ; V-4 de octubre de 2018) en concordancia con los lineamientos del Manual de Gestión del Riesgo de la Entidad.	
Estratégico	Inadecuada definición del Programa Anual de Auditoría y/o Planes de Auditoría	<p>Identificar y priorizar los procesos y/o dependencias críticas, políticas, planes, programas, proyectos, sistemas de gestión o temas especiales a auditar en la siguiente vigencia mediante la aplicación de la matriz de Programación de Auditorías. (Frecuencia: 1 vez al año, antes de finalizar la vigencia; Responsable: El Jefe de Control Interno o quien haga sus veces). Aprobar el Plan Anual de Auditoría y sus modificaciones en Comité de Coordinación Institucional de Control Interno. (Frecuencia: 1 vez al año o cada vez que se requiera su modificación. Responsable: (Comité). Aprobación del Plan de Auditoría por parte del Auditado. (Frecuencia: En cada auditoría. Responsable: Auditado. Revisar y verificar la documentación del proceso/dependencia a auditar previo a la elaboración del plan de auditoría, lo cual se hará previamente a cada auditoría. (Auditor Líder y Equipo de Trabajo). Revisar y validar Plan de Auditoría Individual previa aprobación por parte del auditado (Frecuencia: En cada auditoría. Responsable:</p>	En la descripción del riesgo no se incluyen las causas.	NO	<p>El Control N° 1 no se encuentra diseñado y se ejecuta para mitigar el impacto del riesgo una vez materializado. Adicionalmente, no tiene un propósito (verificar, revisar, validar, comparar, cotejar) sino que corresponde a una actividad cotidiana del Proceso. El Control N° 2 no está diseñado y se ejecuta para mitigar el impacto del riesgo una vez materializado. Adicionalmente, no tiene un propósito (verificar, revisar, validar, comparar, cotejar) sino que corresponde a una actividad cotidiana del proceso. El Control N° 3 no está diseñado y se ejecuta para mitigar el impacto del riesgo una vez materializado. Adicionalmente, no tiene un propósito (verificar, revisar, validar, comparar, cotejar) sino que corresponde a una actividad cotidiana del Proceso. El control N° 4 no está diseñado y se ejecuta para mitigar el impacto del riesgo una vez materializado. El Control N° 5 no está diseñado y se ejecuta para mitigar el impacto del riesgo una vez</p>	Las evidencias de la Acción N° 2 que señala: "[...]Remitir vía correo electrónico y/o cargar en carpeta compartida la propuesta del plan de auditoría para revisión y aprobación del Asesor del Grupo de Control Interno de Gestión.[...]" cargada en la carpeta compartida no da cuenta del cumplimiento de la misma, pues se observó el reporte de las auditorías ejecutadas, pero no se evidenció el correo electrónico o el cargue de la propuesta del Plan de Auditoría para la revisión por parte del Asesor.

		Asesor del Grupo de Control Interno de gestión).			materializado; adicionalmente, este control no está documentado en el Manual de Auditoría Interna con Código EM-M-01 Finalmente, los controles definidos no determinan qué pasa una vez se aplique el control y se presenten observaciones o desviaciones como resultado de la ejecución del control.	
--	--	--	--	--	---	--

### 5.3.4. Diseño

Clasificación Riesgo	Riesgo	Controles	Observaciones del Riesgo	¿Se Materializó el Riesgo?	Observaciones del Control	Observaciones Generales
Operativos	Falencia en la apropiación de los diseños y los métodos de operación del Proceso de Reintegración.	<b>El grupo de diseño consolidará las necesidades de entrenamiento y reentrenamiento de los profesionales de los Grupos Territoriales, así como las actividades de entrenamiento y reentrenamiento requeridas, para garantizar la apropiación y de los diseños y métodos de operación de los procesos de reintegración y reincorporación y la coordinación del Grupo de Diseño trimestralmente verificará que las acciones de entrenamientos ejecutadas correspondan con las planeadas para cada periodo, se registrarán los avances con las respectivas evidencias en el plan de segundo nivel del grupo de diseño y se registrarán las evidencias en la carpeta	El Riesgo y la Descripción del Riesgo se entienden como dos riesgos diferentes. Se recomienda unificar los criterios para ampliar en la descripción del riesgo y los detalles que lo componen.	NO	En el control se expresa que: "[...]El Grupo de Diseño consolidará las necesidades de entrenamiento y reentrenamiento de los profesionales de los Grupos Territoriales, así como las actividades de entrenamiento y reentrenamiento requeridas[...]", pero no se evidencia una matriz o cuadro en donde se pueda verificar esta consolidación. No hay una evidencia de esta actividad del control.	Primer Trimestre: se verifica entrenamiento-listado de asistencia de feb. 12 de 2020 ARN Cauca; se verifica entrenamiento - listado de asistencia 28 de enero 2020; se verifica listado de asistencia-entrenamiento y presentación en formato <i>Microsoft PowerPoint</i> Comunicaciones. Se verifica presentación en formato <i>Microsoft PowerPoint</i> de transversalización de género; se verifica documento borrador Fortalecimiento atención a la población desvinculada; se verifica documento Primera Reunión de Profesionales de la Salud 26 de marzo 2020 COVID-19, se verifica documento CAJA DE HERRAMIENTAS PARA LA ATENCIÓN DURANTE LA EMERGENCIA SANTIARIA POR COVID -19 de fecha 30 de marzo 2020. Segundo Trimestre: se verifica asistencia 19 de junio 2020 a capacitación en Certificación en discapacidad y PPT (Personas con Pérdida de Capacidad) Certificación y capacitación; se verifica

		compartida creada para tal fin. En caso de que en el seguimiento a la implementación de los diseños y métodos de operación se observen fallas que denoten una apropiación insuficiente, se ejecutarán acciones adicionales de reentrenamiento con los Grupos Territoriales o equipos que lo requieran.				entrenamiento en ARN Tolima 17 de junio 2020; se verifica entrenamiento Seguimiento en 21 y 29 de mayo 2020; se verifica presentación en formato <i>Microsoft PowerPoint</i> acerca de la metodología de entrenamiento en enfoque de género; se verifica entrenamiento Comunidades del 21 de abril de 2020; se verifica entrega de documento Plan de trabajo desvinculados V3; se verifica listado de asistencia profesionales de la salud de manera virtual de fechas 03, 17 y 24 de abril de 2020; se verifica reunión virtual de los profesionales de la salud de fecha 15 de mayo 2020; se verifica asistencia de los profesionales de la salud virtual de fechas 12 y 19 de junio 2020 (Afrontamiento psicológico por COVID-19); se verifica documento de atención psicológica de emergencias; se verifica documento 16, 19 y 30 de abril de 2020 Exploración se aspectos relacionados con la proyección del proceso de entrenamiento de la ruta de Reintegración Especial; se verifica acta J y P 24, 25 de junio 2020; se verifica acta Reun J y P - Uariv 30-04-2020; se verifica acta reun J y P 16-06-2020 Coord y Diseño; se verifica plan de entrenamiento y reentrenamiento justicia y paz 2020. Prop. Entrenamiento Reint Especial 2020.
Operativos	Los Diseños (documentos estrategias y lineamientos conceptuales y metodológicos) que no cumplen con los criterios técnicos definidos para su elaboración.	1. El profesional responsable de acompañar los diseños que son del alcance del Manual del Proceso vigente, verificará el cumplimiento de las actividades y requisitos previstos para la elaboración de los diseños y que los avances realizados correspondan con	Sin observación.	NO	En el control se expresa que: "[...]: el profesional responsable de acompañar los diseños que son del alcance del Manual del Proceso vigente, verificará el cumplimiento de las actividades y requisitos previstos para la elaboración de los diseños y que los avances realizados correspondan con los criterios de la solicitud consignados en el formato de Solicitud del	Primer Trimestre: se verifica plan de trabajo Diseño personas desvinculadas; se verifica 30/03/2020 Se verifica versión preliminar del documento GUÍA PARA EL FORTALECIMIENTO Y ATENCIÓN INTEGRAL E INTERINSTITUCIONAL DE LA POBLACIÓN DESVINCULADA, el cual contiene objetivo, alcance, marco normativo, marco conceptual, marco contextual,

		<p>los criterios de la solicitud consignados en el formato de Solicitud del Diseño y en el Plan de Trabajo para el Diseño. Los avances se registrarán en el formato de Plan de Trabajo. En caso de observarse que no se cumple con los mismos remitirá mediante correo electrónico las observaciones pertinentes al profesional responsable del diseño y al líder del diseño. En caso de requerirse se realizarán ajustes al Plan de Trabajo del diseño y se dejará constancia de ello en el mismo formato.</p>			<p>Diseño y en el Plan de Trabajo para el Diseño En el control se expresa que: "[...], pero no se evidencia que esta actividad del control se esté ejecutando. Se recomienda implementar una lista de verificación de los requisitos para la elaboración de los Diseños y sus avances.</p>	<p>procedimiento ruta de atención institucional, caracterización de la población desvinculada (en reincorporación y reintegración) y puntos de articulación interinstitucional para la atención integral.</p> <p>Segundo Trimestre: 2/07/2020, se culmina la versión preliminar del documento GUÍA PARA EL FORTALECIMIENTO Y ATENCIÓN INTEGRAL E INTERINSTITUCIONAL DE LA POBLACIÓN DESVINCULADA, consolidando los siguientes acápite: Introducción; Objetivo; Alcance; Marco Normativo, Jurisprudencial y de Política Pública; Marco Conceptual; Marco Contextual; Procesos y Actores Institucionales; Caracterización de la población desvinculada atendida por la ARN; Recomendaciones orientadas a la articulación interinstitucional para la atención integral. El Plan de Trabajo de Diseño contempla la iniciación de elaboración de los siguientes documentos de los cuales no hay evidencia de avance: a) 17 de abril de 2020 Versión con ajustes consolidados para remitir a validación de GT; b) 26 de abril 2020: versión que recoja recomendaciones y ajustes de el GT y diferenciales para revisión de la Subdirección.</p>
--	--	---	--	--	--	---

### 5.3.5. Implementación

Clasificación Riesgo	Riesgo	Controles	Observaciones del Riesgo	¿Se Materializó el Riesgo?	Observaciones del Control
Estratégico	Deficiencias en la fidelización y actualización de la información registrada en el Sistema de Información para la Reintegración	Mensualmente se realiza la verificación y actualización de la información que se registra en el SIR, mediante una matriz de seguimiento se confirma si los soportes cargados conservan los criterios de fidelidad de la misma tanto en el Nivel Central como en los GT/PA. Por lo anterior se genera un correo mensual a los GT/PA con las inconsistencias encontradas para que se realicen los respectivos ajustes. Dicho correo será la evidencia del	<p>Deficiencias en la fidelización y actualización de la información registrada en el Software SIGER.</p> <p>El Riesgo debe ser transversal y no limitado a una parte, y que afecte e impacte al</p>	<p>SI</p> <p>Se materializó el riesgo tal como se evidenció en los siguientes grupos de la Agencia:</p> <p>- ARN Meta – Orinoquia: se observó que en el PdT número 102166 de la</p>	<p>Control N°1: no está documentado como tal; el control se debe aplicar a toda la información que se reporta en el SIR; y, además, no se identifica el responsable. No debe ser parcial porque, de lo contrario, se</p>

## INFORME SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2020

		<p>seguimiento al cumplimiento de los criterios de fidelidad de la información cargada en SIR.</p> <p>Los profesionales encargados realizan seguimiento a la funcionalidad y reglas de uso de los diferentes módulos del Sistema de Información para la Reintegración (SIR). Los ajustes se solicitan por medio de Ticket de servicio al correo de Soporte@reincorporacion.gov.co y reuniones con la Oficina de Tecnologías de la Información (OTI) y la Subdirección de Seguimiento para coordinar los ajustes necesarios y se generen solicitudes a los GT/PA para la fidelizar la información cargada en los módulos del SIR.</p>	<p>objetivo del Proceso; por otra parte, falta la población de Reincorporación</p>	<p>PPR con Coda 0316-16, el resumen de Acuerdos cargado en el SIR, tiene la primera hoja sin nombre de la PPR, en blanco y sin firmas al final; adicionalmente, en el PdT 102174 de la PPR con Coda 0715-3 la firma del PPR se encuentra en el espacio de la firma del Profesional Reintegrador.</p> <p>- ARN Valle del Cauca: se observó que en el PdT número 102039 de la PPR con CODA número 0746-17 el resumen de acuerdos cargado en el SIR tiene la primera hoja en blanco y sin el nombre de la PPR.</p> <p>Por otra parte, las acciones implementadas no fueron eficaces tal y como se evidenció en los siguientes Grupos de la Subdirección Territorial:</p> <p>- ARN Córdoba (PM-18-00006) en lo relacionado con ASS.</p> <p>- ARN Meta – Orinoquia (PM-18-00015) en lo relacionado con los temas de PdT's y ASS.</p> <p>- ARN Norte de Santander (PM-18-00024) en lo relacionado con los temas de PdT's.</p>	<p>materializa el riesgo.</p> <p>La Reincorporación no es contemplada y se debe tener articulación y prevención frente a este tema.</p> <p>Control N° 2: no se identifica como un control efectivo que genere alertas y que garantice que la fidelización de la información se va a cargar correctamente; además, no tiene un responsable claramente definido.</p>
	<p>Inadecuada e Inoportuna Implementación de los Componentes de las Rutas de Reintegración y</p>	<p>Los profesionales encargados realizan monitoreo periódico a los indicadores del tablero de control y demás variables asociadas a los procesos liderados por la Agencia, con el fin de generar alertas de manera oportuna a los responsables</p>	<p>El Riesgo involucra a la Población Objeto de Reincorporación pero el objetivo del Proceso no los</p>	<p style="text-align: center;">NO</p>	<p>Control N° 1: es un control genérico en el que no se identifica la periodicidad para su ejecución y no se</p>

	Reincorporación, conforme a las necesidades de la población objeto	<p>y realizar seguimiento a la gestión de las alertas.</p> <p>Mediante Reuniones periódicas el Grupo de Articulación Territorial (GAT) realiza seguimiento al cumplimiento del plan de segundo nivel del proceso de Implementación (Subdirección Territorial y Grupos Territoriales/Puntos de Atención). Se valida la gestión realizada en los productos del plan y su respectivo cargue de el aplicativo SIGER según lineamientos establecidos. Las inconsistencias encontradas son gestionadas por cada uno de los profesionales responsables y evidenciada en las actas y listado de asistencia.</p> <p>Responder oportunamente a las inquietudes de los Grupos Territoriales y Puntos de Atención y el nivel central de forma estandarizada a través de los canales y tiempos establecidos.</p>	tiene definidos; además, la descripción no es clara para el Proceso de Reincorporación.	<p>denota, tampoco, quién ejecuta el control; por otra parte, el riesgo no está documentado. Se recomienda definir o redactar nuevamente de tal manera que se pueda verificar la aplicación de los controles.</p> <p>Control N° 2: es un control genérico, pues no se identifica la periodicidad para su ejecución y no se encuentra documentado. Se recomienda definirlo o redactarlo nuevamente de tal manera que se pueda verificar su aplicación.</p> <p>Control N° 3: "[...]Responder oportunamente las Inquietudes[...]" no es un control.</p>
--	--	---	---	--

### 5.3.6. Seguimiento

Clasificación Riesgo	Riesgo	Controles	Observaciones del Riesgo	¿Se Materializó el Riesgo?	Observaciones del Control
Estratégico	Atención inoportuna e insuficiente de los requerimientos de información correspondiente a las Operaciones Estadísticas y el Proceso de Reincorporación.	El profesional del Grupo de Análisis del Proceso de la Subdirección de Seguimiento, semestralmente realiza el análisis de la información obtenida en la encuesta de percepción de los usuarios de la información estadística y solicitudes de la información recibidas por la dependencia. La no realización de esta actividad implica no conocer la necesidad de información de los usuarios. Evidencia: Matriz de Recepción de Solicitudes e informe de análisis	La descripción del riesgo debe ser más específica y acorde con el Proceso; además, el riesgo definido "Atención inoportuna de información..." es confuso o se encuentra contenido en el riesgo de PQRSD.	NO	El control definido no es un control; además, para evitar que el riesgo se materialice se requiere de varios controles.
	Deficiencias en la identificación y consolidación de información de contexto usada para el monitoreo, seguimiento y evaluación del Proceso y la Política de Reintegración y Reincorporación.	Los profesionales del Grupo de Política de la Subdirección de Seguimiento mensualmente recopilan, actualizan y documentan la información requerida para el análisis del contexto regional y nacional, a través de la matriz de Consejo Territorial de Reincorporación (CTR) y matriz Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET). En caso de presentarse información incompleta se genera una alerta mediante correo electrónico para subsanar o completar la información. Evidencias: matriz de	Se recomienda que el riesgo que se establezca debe ser muy claro para todo el personal; en este sentido, el riesgo definido no es claro y, además, la descripción del riesgo debe ser más específica.		El control definido no es un control; además, para evitar que el riesgo se materialice se requiere de varios controles.

		CTR, matriz de PDET, correos electrónicos a los Grupos Territoriales.			
	Inoportuna comunicación de alertas, durante el monitoreo y seguimiento del Proceso de Reintegración y Reincorporación.	Los profesionales de la Subdirección de Seguimiento mensualmente, realizan un análisis y generan las alertas de acuerdo a la información del tablero de Control. La no comunicación de estas alertas impide la toma de decisiones oportunas y el mejoramiento de los procesos de la ARN. Evidencia: correos electrónicos a los profesionales responsables de cada tema en la Subdirección Territorial.	El riesgo definido es más un control que un verdadero riesgo.		El riesgo definido es más un control que un verdadero riesgo y, si es tomado como control, se debe describir mejor; además, para evitar que el riesgo se materialice, se requiere de varios controles.
	Presentación de información desactualizada o inconsistente, para la realizar el monitoreo, seguimiento y evaluación del Proceso y la Política de Reintegración y Reincorporación.	<p>1. Los profesionales del Grupo de Análisis de Proceso de la Subdirección de Seguimiento, de acuerdo a la periodicidad de entrega de información por parte de cada entidad externa de cada convenio de intercambio de información, revisan la información de acuerdo al documento de consistencia y validación para el cálculo de la reincidencia en el proceso de reintegración (SR-M-06), y los parámetros establecidos para el proceso de reincorporación. La no revisión de la información recibida puede generar incumplimiento a los requisitos de la norma NTC-PE-1000:2017. Evidencia: Base de seguridad consolidada, bases de datos de información de convenios depuradas, matriz de seguimiento a convenios actualizada.</p> <p>2. Los profesionales del Grupo de Análisis de Proceso de la Subdirección de seguimiento, mensualmente validan y depuran la información. En caso de encontrar inconsistencias, se deben generar las alertas respectivas. Evidencias: correos con las alertas enviados a los responsables de la Subdirección Territorial.</p> <p>3. Un profesional del Grupo de Análisis de la Política de la Subdirección realizara semestralmente un análisis de la información generada de las Operaciones Estadísticas (O.E). La no realización del análisis puede ocasionar que la información generada a través de las O.E no sea útil para el Proceso de Reintegración. Evidencia: documento de análisis.</p>	El riesgo y la descripción son diferentes; en la descripción se establece el riesgo dependiendo de entidades externas y el riesgo se define como la posibilidad de ocurrencia de un evento que pueda afectar alguna actividad o proceso que se encuentre bajo la responsabilidad de la Agencia.		<p>Los controles requieren ajustes, puesto que no se identifica si están documentado o no.</p> <p>Para el Contra N°1 no se determina claramente su periodicidad.</p> <p>En el caso del Riesgo N° 3: la periodicidad es muy larga, pues un semestre es demasiado tiempo.</p> <p>Finalmente, las evidencias aportadas para hacer seguimiento a los controles no son claras en su ejecución.</p>
	Recolección de información inconsistente, incoherente y sin criterios de calidad para la generación de las	Los profesionales designados de la Subdirección de Seguimiento, verifican cada vez que se requiera la consistencia, coherencia y calidad de los instrumentos generados para la recolección de la información.	No hay comentarios sobre el riesgo.		Se recomienda ajustar este control porque un control se determina, como su nombre lo indica, para controlar y se debe aplicar en un

	operaciones estadísticas e información del Proceso de Reincorporación.				periodo determinado y constante; además, un solo control no garantizar que el riesgo se materialice.
--	--	--	--	--	--

### 5.3.7. Atención al Ciudadano

Clasificación Riesgo	Riesgo	Controles	Observaciones del Riesgo	¿Se Materializó el Riesgo?	Observaciones del Control	Observaciones Generales
Cumplimiento	Inoportunidad en el seguimiento a los términos de ley y a la calidad en las respuestas de las PQRSD en la Agencia.	El profesional encargado genera y envía el informe semanal de alertas y seguimiento a PQRSD activas de grupos territoriales, puntos de atención y dependencias. En caso de presentarse vencimientos se realiza correo a los Jefes de dependencia y Coordinadores solicitando la respuesta de la PQRSD. La evidencia son los correos y las PQRSD respondidas verificables en las plataformas de la entidad.	1. Analizando la definición de Riesgo se determina que no está enfocado al objetivo del proceso ya que se estableció un riesgo a la inoportunidad en el seguimiento a las PQRSD más no hacia la inoportunidad en la respuesta de las PQRSD. Por otra parte, no es claro el cómo monitorear el incumplimiento a un seguimiento y las causas que esto generaría al objetivo del proceso o a los objetivos estratégicos de la Entidad; sin embargo, las acciones y el control si están establecidas para la inoportunidad en las respuestas a las PQRSD. En la descripción del riesgo mencionan las siglas ACR para referirse a la ARN.	NO	De acuerdo con los lineamientos establecidos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 4) del DAFP, se observa lo siguiente para los controles del riesgo:  1. El control no describe el propósito por el cual se realiza para que conlleve a prevenir las causas que generan el riesgo (verificar, validar, conciliar, comparar, revisar, cotejar) o detectar la materialización del riesgo, con el objetivo de llevar a cabo los ajustes y correctivos en el diseño del control o en su ejecución. 2. Con respecto a que se debe indicar qué pasa con las observaciones resultantes de la ejecución del control, determinan que en caso de presentarse vencimientos se redacta correo a los Jefes de Dependencia y a los Coordinadores solicitando la respuesta de la PQRSD, pero no se determinan las acciones posteriores a este evento para que no vuelva a ocurrir.	De acuerdo con los lineamientos establecidos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 4) del DAFP, se observa lo siguiente para los controles del riesgo:  1. Analizando la definición del riesgo se determina que no está enfocado al objetivo del Proceso ya que se estableció un riesgo a la inoportunidad en el seguimiento a las PQRSD más no hacia la inoportunidad en la respuesta de las PQRSD. No es claro monitorear el incumplimiento a un seguimiento y las causas que esto generaría al objetivo del proceso o a los objetivos estratégicos de la Entidad; sin embargo, las acciones y el control están establecidas para la inoportunidad en las respuestas a las PQRSD, En la descripción del riesgo mencionan las siglas ACR para referirse a la Entidad. 2. El control no describe el propósito por el cual se realiza para que conlleve

					<p>3. Para la evidencia del control determinan que serán los correos y las PQRSD respondidas verificables en las plataformas de la Entidad, pero no es claro que tipo de correos son.</p> <p>4. La actividad que establecieron para el control y la acción es la misma; se recomienda que sea diferente para que se tenga mayor mitigación del riesgo.</p> <p>Es importante resaltar que, aunque se debe mejorar en la definición del riesgo y el control en los aspectos anteriormente mencionados, el Proceso ha venido realizando actividades que les han permitido evitar la materialización del riesgo en lo que respecta al seguimiento que es como está planteado actualmente.</p>	<p>a prevenir las causas que generan el riesgo (verificar, validar, conciliar, comparar, revisar, cotejar) o detectar la materialización del riesgo, con el objetivo de llevar a cabo los ajustes y correctivos en el diseño del control o en su ejecución.</p> <p>3. Con respecto a que se debe indicar qué pasa con las observaciones resultantes de la ejecución del control, determinan que en caso de presentarse vencimientos se redacta correo dirigido a los Jefes de dependencia y Coordinadores solicitando la respuesta de la PQRSD, pero no se determinan las acciones posteriores a este evento para que no vuelva a ocurrir.</p> <p>4. Para la evidencia del control determinan que serán los correos y las PQRSD respondidas verificables en las plataformas de la Entidad, pero no es claro que tipo de correos son.</p> <p>5. La actividad que establecieron para el control y la acción es la misma.</p> <p>Con respecto al seguimiento de las acciones determinadas para mitigar el riesgo, se encontró lo siguiente:</p> <p>1- La descripción del avance que hacen mensualmente en el SIGER para las</p>
--	--	--	--	--	---	--

						<p>dos (2) acciones que tienen establecidas con el fin de mitigar del riesgo tiene siempre la misma redacción, solo cambian los datos de la cantidad de PQRSD recibidas y gestionadas en el período; se recomienda redactar un análisis particular cada mes que permita, así, reflejar realmente el seguimiento que hacen para evitar que el riesgo se materialice.</p> <p>2. Una de las acciones establece: "[...]Revisar el reporte mensual de las dependencias y grupos territoriales y reportar los vencimientos a Control Interno Disciplinario de la entidad[...]" ; al respecto se encontró el MEM20-004570/IDM 112000 18 DE MARZO, pero este se encuentra dirigido al Grupo de Control Interno de Gestión y no al Grupo de Control Interno Disciplinario tal como lo establecen en la descripción de la acción.</p>
--	--	--	--	--	--	---

### 5.3.8. Gestión de Adquisición de Bienes y Servicios

Clasificación Riesgo	Riesgo	Controles	Observaciones del Riesgo	¿Se Materializó el Riesgo?	Observaciones del Control
Corrupción	Riesgo: 2. Direccionamiento de procesos de contratación	El Grupo de Gestión Contractual junto con las dependencias solicitantes, cada vez que se requiera, apoya y gestiona la designación independiente del comité estructurador para el proceso de definición de especificaciones técnicas y el comité evaluador para el	Se recomienda la siguiente estructura para la redacción de los riesgos de corrupción: Acción u omisión + uso del poder + desviación de la gestión de lo público + el beneficio privado. Lo anterior, teniendo en cuenta la	NO	De acuerdo con la verificación realizada se observa que, en la actividad descrita, no se evidenció el propósito del control (verificar, validar, cotejar, comparar, revisar, etc.) para mitigar la causa de la materialización del riesgo de acuerdo con los lineamientos del Manual del

		<p>proceso revisión de ofertas de acuerdo al estudio previo, de mercado y el pliego de condiciones publicado. Después de seleccionadas las personas, el profesional jurídico asignado proyecta el documento de designación para revisión por parte del asesor de Gestión Contractual y la suscripción por parte del ordenador del gasto. Para garantizar la transparencia del proceso, debe suscribirse la designación previa al proceso de estructuración o revisión, o por cambio de las personas integrantes, justificando su cambio y evitando conflictos de interés. Como evidencia queda el documento de designación suscrito por el ordenador del gasto, el cual se adjunta al expediente del proceso de selección.</p>	<p>Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 4) del DAFP.</p> <p>De otra parte, la descripción del riesgo debe contener una definición amplia del riesgo en el cual se deben incluir las causas del mismo.</p>		<p>Gestión del Riesgo de la ARN en concordancia con la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 4) del DAFP.</p> <p>De otra parte, no se determina qué pasa una vez se aplique el control y se presenten observaciones o desviaciones como resultado de la ejecutó del control.</p> <p>Ejemplo: "Cada vez que se va a realizar un contrato el profesional de contratación, verifica a través de una lista de chequeo que la información suministrada por el proveedor corresponda con los requisitos establecidos de contratación. En caso de encontrar información faltante, requiere al proveedor a través de correo el suministro de la información y poder continuar con el proceso de contratación."</p> <p>Fuente (Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital - Función Pública - Dirección de Gestión y Desempeño Institucional ; V-4 de octubre de 2018) en concordancia con los lineamientos del Manual de Gestión del Riesgo de la Entidad.</p>
Corrupción	Riesgo: 3. Apropiación indebida de recursos en la ejecución contractual	<p>De acuerdo a lo descrito en el Manual de Contratación y Supervisión e Interventoría, el supervisor cada vez que se requiera debe verificar que los bienes suministrados y/o servicios prestados cumplan con las especificaciones solicitadas, de acuerdo a las condiciones contractuales, cumplimiento del proveedor y/o contratista sobre la ejecución de actividades, obligaciones, a solicitud de la supervisión del contrato o de una autoridad competente, y soportado en los informes establecidos en cada contrato o convenio. Estos informes deben ser claros, simples, normalizados, y deben contener todos los aspectos que se requiera conocer por parte de la ARN conforme a la naturaleza del contrato. En caso de incumplimiento del contrato debe seguirse el Procedimiento Sancionatorio Contractual. La ejecución del control se soporta en los informes establecidos en cada</p>	<p>Se recomienda la siguiente estructura para la redacción de los riesgos de corrupción: Acción u omisión + uso del poder + desviación de la gestión de lo público + el beneficio privado. Lo anterior, teniendo en cuenta la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 4) del DAFP.</p> <p>De otra parte, la descripción del riesgo debe contener una definición amplia del riesgo en el cual se deben incluir las causas del mismo.</p>	NO	<p>Se observó que en el Control: "[...]El Grupo de Gestión Contractual a través de su Profesional Jurídico, cada vez que se requiera y que las dependencias radiquen sus necesidades de contratación, realiza la revisión de los estudios previos de acuerdo a los requerimientos del Manual de Contratación y Supervisión e Interventoría y el procedimiento Estructuración de Estudio Previo para las diferentes modalidades de selección como Licitación, Concurso de Méritos, Mínima Cuantía, Selección Abreviada, Acuerdo Marco de Precios o Contratación Directa. Como evidencia debe aprobarse el Estudio Previo definitivo con los soportes requeridos en el Manual de Contratación y Supervisión e Interventoría, el cual debe ser suscrito por el (los) responsables(es) en la(s) dependencia(s) solicitante(s)[...] contiene dos (2) acciones, a saber: una es la de revisión por parte del</p>

		<p>contrato o convenio, y en caso de materialización de incumplimientos el Informe de Supervisión por Posible Incumplimiento.</p> <p>El Grupo de Gestión Contractual a través de su Profesional Jurídico, cada vez que se requiera y que las dependencias radiquen sus necesidades de contratación, realiza la revisión de los estudios previos de acuerdo a los requerimientos del Manual de Contratación y Supervisión e Interventoría y el procedimiento Estructuración de Estudio Previo para las diferentes modalidades de selección como Licitación, Concurso de Méritos, Mínima Cuantía, Selección Abreviada, Acuerdo Marco de Precios o Contratación Directa. Como evidencia debe aprobarse el Estudio Previo definitivo con los soportes requeridos en el Manual de Contratación y Supervisión e Interventoría, el cual debe ser suscrito por el (los) responsables(es) en la(s) dependencia(s) solicitante(s)</p>			<p>profesional jurídico que los estudios previos estén de acuerdo con el Manual de Contratación y Supervisión e Interventoría y demás lineamientos internos que le apliquen y, la otra, corresponde a la firma por parte del responsable de los Estudios Previos, por lo que se recomienda la redacción de los controles de forma clara y concreta y teniendo en cuenta los que se encuentran en los métodos de operación. Adicionalmente, no se identifica que con su ejecución se mitigue el impacto en la materialización o como se mitigue la probabilidad de que el riesgo se materialice.</p> <p>Finalmente, teniendo la connotación del riesgo de corrupción que se materializa con el abuso de poder para un beneficio privado, se considera que con la revisión de los requisitos legales y la firma de los Estudios Previos no se están atacando la causas para evitar la materialización del Riesgo de Corrupción.</p> <p>De otra parte, los controles evaluados no determinan qué pasa, una vez se aplique el control y se presenten observaciones o desviaciones como resultado de la ejecución del control de acuerdo con los lineamiento del Manual de Gestión del Riesgo vigente en la ARN y la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 4) del DAFP.</p>
Operativos	Riesgo 1. Inefectividad en la estructuración de los procesos contractuales	<p>El Grupo de Gestión Contractual a través de su Profesional Jurídico, cada vez que se requiera y que las dependencias radiquen sus necesidades de contratación, realiza la revisión de los estudios previos de acuerdo a los requerimientos del Manual de Contratación y Supervisión e Interventoría y el procedimiento Estructuración de Estudio Previo para las diferentes modalidades de selección como Licitación, Concurso de Méritos, Mínima Cuantía, Selección Abreviada, Acuerdo Marco de Precios o Contratación Directa. En caso de encontrar observaciones se comunican a la</p>	<p>La descripción del riesgo debe contener una definición amplia del este en el cual se deben incluir las causas del mismo.</p>	NO	<p>De la verificación realizada se considera importante que la revisión no se limite a los métodos de operación sino a la necesidad de contratar que tiene el área, teniendo en cuenta que el riesgo se materializa cuando se adquiere un bien y/o servicio que no cumple con lo requerido.</p>

		dependencia y/o se realizan las mesas de trabajo que se requieran. Como evidencia debe aprobarse el Estudio Previo definitivo con los soportes requeridos en el Manual de Contratación y Supervisión e Interventoría, el cual debe ser suscrito por el (los) responsables(es) en la(s) dependencia(s) solicitante(s), junto con las listas de asistencia y/o soportes de mesas de trabajo realizadas.			
--	--	---	--	--	--

### 5.3.9. Gestión del Talento Humano

Clasificación Riesgo	Riesgo	Controles	Observaciones del Riesgo	¿Se Materializó el Riesgo?	Observaciones del Control	Observaciones Generales
1. Operativos	Incumplimiento de los planes de capacitación y bienestar para la vigencia	1. El Profesional delegado por el Asesor de Talento Humano verifica la ejecución de las actividades verifica la ejecución de las actividades programadas en el Plan de Bienestar Social e Incentivos y en el Plan Institucional de Capacitación PIC, documentos en Excel, que se encuentran en custodia del profesional, si no se ejecuta la actividad en el periodo programado esta se reprograma para alguno de los siguientes trimestres, la ejecución se evidencia en los soportes de la realización de las actividades que se alojan en las carpetas compartidas.	El Riesgo y la descripción del riesgo están identificados con la situación que quieren prevenir.	NO	El control se efectúa y se verificó su cumplimiento en las acciones plasmadas trimestralmente. El control no da cuenta ni explica el motivo de los traslados de actividades por no ejecutarse en el periodo inicialmente programado.	Primer Trimestre: Se verifica Informe de Gestión de Riesgos; Plan de Capacitación y Bienestar Social e Incentivos en donde se indica el cumplimiento de las actividades planeadas para el primer trimestre. Se verifica: a) INFORME PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL I TRIMESTRE 2020, en dónde se relacionan las actividades y su correspondiente cumplimiento; b) se verifica la Carpeta Bienestar I trimestre y se constata la ejecución de nueve (9) actividades programadas para este trimestre; c) Se verifica el informe de gestión INFORME PROCESO DE CAPACITACIÓN-Plan Institucional de Capacitación, en el cual se resume la gestión y cumplimiento de las actividades programadas y efectivamente realizadas; d) Se verifica la carpeta Actividades PIC en donde se

						<p>detallan las actividades realizadas en el trimestre.</p> <p>Segundo Trimestre: a) se verifica Informe de Gestión de Riesgos segundo trimestre en el cual se ejecutaron 14 actividades establecidas en el Plan Institucional de Capacitación 2020; b) en lo referente a Bienestar Social e Incentivos, durante el segundo trimestre se ejecutaron veintiún (21) actividades establecidas en el Cronograma Anual de Bienestar Social e Incentivos correspondientes al 100% del cumplimiento del indicador. C) Se verifican las carpetas Bienestar y Capacitación.</p>
2. Operativos	<p>Liquidación inexacta y/o no oportuna de salarios, prestaciones sociales, aportes parafiscales, viáticos y gastos de viaje.</p>	<p>1. El Profesional Especializado valida que las novedades recibidas y registradas en el software para la liquidación de nómina coincidan con los soportes de acuerdo con cada caso y que la liquidación este acorde con la normatividad vigente, los resultados de la validación se almacenan en la carpeta compartida del grupo de Administración de Salarios y Prestaciones, en caso de encontrar inconsistencias se ajustan antes del cierre de cada nómina.</p> <p>2. El Profesional Especializado verifica que los</p>	<p>El Riesgo plantea la situación que se quiere evitar.</p>	NO	<p>Se realiza el control de acuerdo con las solicitudes y/o novedades que se solicitan para la inclusión en la liquidación de la nómina. El control tiene la connotación de ser permanente, en razón a que se debe aplicar a medida que lleguen requerimientos los datos que se verifican por viajes son cotejados con las respectivas resoluciones de viaje en la misma medida de las solicitudes por este concepto.</p>	<p>Primer Trimestre: a) se verifica cuadro en <i>Microsoft Excel: OPORTUNIDAD EN EL TRÁMITE DE COMISIONES Y DESPLAZAMIENTOS 2020 (PRIMER TRIMESTRE)</i>; b) Se verifica cuadro en <i>Microsoft Excel: Registro riesgos S y P 1er Trimestre 2020</i>. No se anexan los cuadros de nómina como evidencia por tener datos sensibles.</p> <p>Segundo Trimestre: a) Se verifica cuadro en <i>Microsoft Excel: OPORTUNIDAD EN EL TRÁMITE DE COMISIONES Y DESPLAZAMIENTOS 2020</i></p>

		actos administrativos proyectados dentro del proceso de gestión de viajes sean consistentes con sus soportes, los actos administrativos y resoluciones se encuentran en custodia de la Secretaria General de acuerdo con lo establecido en la TRD correspondiente, si se encuentran inconsistencias se ajustan antes de remitir para tramite de firmas, la ejecución se evidencia con el volumen de actos administrativos proyectos.				(SEGUNDO TRIMESTRE); b) Se verifica Cuadro en <i>Microsoft Excel</i> : Registro de riesgos S y P segundo trimestre 2020. No se anexan cuadros de nómina como evidencia por tener datos sensibles.
3. Cumplimiento	Incumplimiento de las políticas operativas del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo - SGSST	1. El Profesional Especializado responsable del SGSST verifica la ejecución de las actividades programadas en el Plan de Trabajo Anual de SST (Cronograma de actividades del SGSST para vigencia), archivo de Excel e informes de gestión, que se encuentran en custodia del mismo, si no se ejecuta la actividad en el periodo programado esta se reprograma para alguno de los siguientes trimestres, la ejecución se evidencia en los soportes de la realización de las actividades que se alojan en las carpetas compartidas.	El Riesgo está enfocado a evitar que se materialice una acción de cumplimiento	NO	El realizar actividades no implica que se cumplieron con las gestiones programadas para el periodo en razón a que el cronograma de actividades no se encuentra cargado para hacer el respectivo análisis de cumplimiento de las acciones con respecto a la resolución 312 de 2019.	Primer Trimestre: a) Se verifica el informe de Gestión de Riesgos de Talento Humano (sin fecha); b) La evaluación del SG-SST se basó en los estándares mínimos establecidos en la Resolución 312 de 2019; esta arrojó un 91% de avance por lo que el cumplimiento del SG es aceptable debido a que la calificación se encuentra por encima del 85 %; c) Se verifica cuadro resumen de la evaluación del SG-SST de la Entidad realizada el 25 de enero 2020. Segundo Trimestre: a) Se verifica el Informe de Gestión de Riesgos de Talento Humano (sin fecha), en donde se evidencia la calificación de la evaluación del Sistema de

						<p>Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, con base a los requisitos establecidos en la ISO 45001:2018, la cual contempla los requisitos establecidos en la Resolución 0312 de 2019 y cuyo resultado fue del 86% de avance de cumplimiento;</p> <p>b) Se verifica cuestionario para la determinación de la calificación del SG-SST de la Entidad. (sin fecha).</p>
4. Corrupción	Incumplimiento de requisitos de selección y vinculación	<p>El Coordinador del grupo de administración de talento Humano primero verifica que la vacante de personal realmente exista por medio de la planta de personal, documento en Excel que se encuentra en custodia del Grupo de Administración, si no existe la vacante se rechaza la solicitud por correo electrónico, si la vacante existe y después de tener toda la documentación en físico de la persona a vincular, se verifica que cumpla con la totalidad de requisitos por medio del formato Estudio de Requisitos de Nombramiento, formato administrado por el Grupo de Administración de talento Humano, formato que hará parte de la historia laboral del funcionario y se encuentra en el</p>	Sin observaciones	NO	<p>El control se está realizando, pero no se puede verificar ya que no está cargada la Matriz de Selección y Vinculación que se debe elaborar y cargar como evidencia de la actividad desarrollada. Se debe tener especial cuidado en cargar las correspondientes evidencias en la carpeta compartida.</p>	<p>Primer Trimestre: Se verifica cuadro en <i>Microsoft Excel</i> en donde se evidencia el número de funcionarios, su grado y la dependencia a la que se vincularon en marzo de la Vigencia 2020.</p> <p>Segundo Trimestre: a) Se verifica cuadro en <i>Microsoft Excel</i> en donde se evidencia el número de funcionarios, su grado y la dependencia a la que se vincularon en abril de la Vigencia 2020. No se encuentra evidencia de los funcionarios que ingresaron durante la Vigencia 2020.</p>

		<p>archivo de Talento Humano, en el caso de requerir ajustes se informa al candidato la inconsistencia presentada y se solicita la corrección de la misma. La ejecución de la gestión se evidencia en el diligenciamiento del formato Estudio de Requisitos de Nombramiento, el cual es autorizado por la Asesora de Talento Humano.</p>				
5. Corrupción	<p>Violación de la normatividad disciplinaria por parte del equipo de trabajo de la Secretaría General - Control Disciplinario, en beneficio propio y/o de un tercero</p>	<p>1. Los profesionales de Control Interno Disciplinario realizan reunión para verificar la oportunidad y la calidad del seguimiento para el control de términos de procesos disciplinarios, el profesional de Control Interno Disciplinario realiza el reparto de las quejas o informes disciplinarios y revisa las decisiones disciplinarias proyectadas por el equipo de trabajo, si hay inconsistencias se devuelven por correo electrónico o en físico al sustanciador, una vez revisadas son enviadas por medio físico al Secretario General quien avala o solicita correcciones, para el control se utiliza el archivo control de los procesos que se encuentra en la carpeta compartida de control disciplinario y la cual contiene la información por</p>	<p>Sin observaciones</p>	<p>NO</p>	<p>Este control se encuentra bien enfocado a la prevención de la materialización del riesgo; sin embargo, es preciso que las actividades a desarrollar cuenten con una periodicidad adecuada para la ejecución de las acciones de control.</p>	<p>Primer Trimestre: a) Se verifica Acta de Reunión # 50 de fecha abril 01 de 2020 para desarrollar la revisión periódica de todos los procesos que se adelantan en materia disciplinaria y el cumplimiento de los compromisos adquiridos en la revisión anterior. Se revisaron 33 compromisos. No se encuentra evidencia del seguimiento mensual.</p> <p>Segundo Trimestre: a) Se verifica acta de reunión # 51 de 05 de mayo de 2020 con objetivo desarrollar la revisión periódica de todos los procesos que se adelantan en materia disciplinaria y el cumplimiento de los compromisos adquiridos en la revisión anterior así: 1. Revisión de posibles casos relacionados con conflictos de interés. 2. Revisión y verificación del cumplimiento de los compromisos</p>

		vigencia.				adquiridos en la revisión anterior dentro de procesos que adelanta esta instancia en materia disciplinaria. 3. Actuaciones que deben cumplirse en cada uno de los procesos en el próximo mes. Se evidencia la revisión efectuada a 30 compromisos; sin embargo no se encuentra evidencia de la revisión mensual.
--	--	-----------	--	--	--	--

### 5.3.10. Gestión de Tecnologías de la información

Clasificación Riesgo	Riesgo	Controles	Observaciones del Riesgo	¿Se Materializó el Riesgo?	Observaciones del Control	Observaciones Generales
Seguridad de la información	Uso indebido de la información	<p>1. El líder del servicio realizar seguimiento al monitoreo de la infraestructura de seguridad de los servicios de TI, lo cual se realiza 7x24x 365 a través de varias herramientas automáticas; cuando se presenta un evento adverso se registra y documenta en la herramienta de gestión Aranda para su atención. Evidencia: Informe de monitoreo.</p> <p>2. El líder del servicio realiza la verificación trimestral del control de acceso de usuarios a los sistemas de información y aplicativos misionales y directorio activo, mediante el envío de los listados de usuarios a los jefes o coordinadores para su validación y posterior depuración en los sistemas de</p>	El riesgo se encuentra articulado con el objetivo del Proceso.	NO	<p>Control N° 1: no hay observaciones.</p> <p>Control N° 2. se observa que se ha venido aplicando el control para los aplicativos misionales (SIR y directorio activos); sin embargo, se recomienda que este control sea aplicado también a los aplicativos de apoyo como son: SIGER, SIGOB, ALADINO entre otros.</p> <p>Control N° 3. se observa que se ha venido aplicando el control y cuenta con la evidencia respectiva.</p> <p>Control N° 4: se observa que en los informes se mencionan los eventos detectados de posibles casos de fuga de información; sin embargo, al escalarlos en la Mesa de Seguridad no se</p>	Las evidencias aportadas cumplen con los lineamientos emitidos en el Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional.

		<p>información y aplicativos, cuando se presenta un evento adverso se registra y documenta en la herramienta de gestión Aranda para su atención. Evidencia: Informe mensual de gestión de usuarios.</p> <p>3. El líder del servicio realiza la divulgación de las diferentes campañas relacionadas con las políticas de seguridad de la información y los servicios de TI, de acuerdo al cronograma definido en el plan de sensibilización, a través de los canales de comunicación establecidos. Evidencia: Plan de sensibilización. Informe del servicio.</p> <p>4. El líder del servicio realiza seguimiento al monitoreo de fuga de información, el cual se realiza 7x24x 365 a través del módulo DLP (Data Loss Prevention); cuando se presenta un evento adverso se registra y documenta en la herramienta de gestión Aranda para su atención. Evidencia: Informe de gestión de casos de Aranda.</p>			<p>observa el resultado respectivo después de investigación. Por lo anterior, se recomienda que se registren los resultados de los casos tratados en la Mesa de Seguridad y estos sean tomados en el análisis del riesgo.</p>	
Tecnología	Indisponibilidad de los servicios de Tecnologías de la Información - TI	<p>1. El líder del servicio realiza seguimiento al monitoreo de la disponibilidad de la infraestructura tecnológica de los servicios de TI se realiza 7x24x365 a través de varias herramientas automáticas;</p>	El riesgo se encuentra acorde para apoyar el objetivo del Proceso	NO	<p>Control N° 1: cumple con lo descrito en la Guía para la Administración de Riesgos de Entidades Públicas= Versión N° 4 del DAFP.</p> <p>Control N° 2: El control no tiene</p>	Las evidencias aportadas cumplen con los lineamientos emitidos en el Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional.

		<p>cuando se presenta un evento adverso lo registra el líder del servicio monitoreado y documenta en la herramienta de gestión Aranda para su atención. Evidencia: Informe de monitoreo de servicios.</p> <p>2. Los supervisores de contrato realizan seguimiento mensual de acuerdo con el Manual de contratación, supervisión e interventoría, los servicios prestados por los proveedores de conectividad, nube privada y servicios tecnológicos, cuando se presenta un incumplimiento se solicita formalmente al proveedor para que tome las acciones pertinentes. Evidencia: Informes de seguimiento de contratos.</p> <p>3. El líder del servicio revisa y gestiona de acuerdo con los recursos disponibles los boletines de recomendaciones que mensualmente emiten los centros de respuesta de atención a incidentes, cuando se presente un evento se registra y documenta en la herramienta de gestión Aranda para su atención. Evidencia: Informe de boletines.</p>			<p>definido un (1) responsable, sino que indica que son varios,</p> <p>Control N° 3: Los controles se han venido gestionando de acuerdo con la periodicidad descrita para dar cumplimiento.</p>	
Insuficiente Infraestructura de	1. El líder del servicio realiza	El riesgo si está acorde al objetivo	NO	Los controles se han venido	Las evidencias aportadas	

	<p>Tecnologías de la Información - TI</p>	<p>seguimiento al monitoreo de la capacidad de la infraestructura tecnológica de los servicios de TI, lo cual se realiza 7x24x365 a través de varias herramientas automáticas; el líder del servicio realizar seguimiento a la gestión de activos se realiza a través de la herramienta de gestión Aranda. Cuando se presenta un evento adverso se registra y documenta en la herramienta de gestión Aranda para su atención. Evidencia: Informe de gestión de capacidad de servicios monitoreados.</p> <p>2. El líder del servicio realiza seguimiento y monitoreo mensual al plan anual de adquisiciones, a través del Marco de Gasto de Mediano Plazo, los resultados de dicho monitoreo quedan descritos en el acuerdo de desempeño, si se presenta un evento adverso, se realiza el respectivo ajuste a plan mediante solicitud al comité de contratación.</p>	<p>del proceso.</p>		<p>gestionando de acuerdo con la periodicidad descrita para dar cumplimiento.</p>	<p>cumplen con los lineamientos emitidos en el Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional.</p>
	<p>Pérdida de la información centralizada</p>	<p>1. El líder del servicio realiza la gestión de copias de respaldo de la información centralizada de acuerdo a la configuración establecida en la herramienta, cuando no sea posible realizar el <i>backup</i>, la herramienta emite una notificación al responsable para que se tomen las</p>	<p>Este riesgo se encuentra apoyando el objetivo del proceso.</p>	<p style="text-align: center;">NO</p>	<p>Control N° 1: en este control no se tiene definida la periodicidad de aplicación del control. Control N° 2: los controles se han venido gestionando de acuerdo con la periodicidad descrita para dar cumplimiento. Control N° 3: los controles se han venido</p>	<p>Las evidencias aportadas cumplen con los lineamientos emitidos en el Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional.</p>

		<p>acciones pertinentes. Evidencia: Informe de <i>backups</i> exitosos.</p> <p>2. El líder del servicio realiza la gestión de políticas y alertas de uso aceptable sobre las amenazas de seguridad de la base de datos (<i>Appliance Database Firewall</i>) se realiza seguimiento mensual por el líder del servicio, cuando se presenta un evento adverso se solicita formalmente al proveedor para que tome las acciones pertinentes. Evidencia: Informe de seguimiento.</p> <p>3. El supervisor de contrato realiza seguimiento mensual de acuerdo con el Manual de contratación, supervisión e interventoría a los contratos relacionados con el servicio de <i>backups</i>, cuando se presenta un incumplimiento se solicita formalmente al proveedor para que tome las acciones pertinentes. Evidencia: Informes de seguimiento al contrato.</p>			<p>gestionando de acuerdo con la periodicidad descrita para dar cumplimiento.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

### 5.3.11. Gestión Jurídica

Clasificación Riesgo	Riesgo	Controles	Observaciones del Riesgo	¿Se Materializó el Riesgo?	Observaciones del Control	Observaciones Generales
Cumplimiento	Falta o fallas en la representación judicial y extrajudicial de la Entidad	1. El profesional de la OAJ designado debe realizar semanalmente el	De acuerdo con la redacción del riesgo se proponen las palabras:	NO	Control N°1 y Control N° 2: no establecen el propósito el cual debe contener en	Se recomienda fortalecer el levantamiento de evidencias de acuerdo con lo

		<p>seguimiento a los procesos judiciales, a través de la consulta en la página web de la rama judicial o, como última opción visita a despacho judicial; que podrían incidir en una falta o falla en el ejercicio de la representación judicial y extrajudicial de la entidad. Evidencia: Matriz de control de procesos judiciales de control de procesos judiciales.</p> <p>2. El Profesional de la OAJ designado, debe realizar y actualizar trimestralmente la matriz de referentes normativos vigentes, aplicable para el ejercicio de la defensa judicial de la entidad; la ausencia de este control incide en una indebida aplicación de las normas. Evidencia: Matriz de referentes normativos Matriz de control de procesos judiciales</p>	<p>"indebida" e "inoportuna" para sustituir las palabras: "falta" o "fallas" teniendo en cuenta que estas últimas denotan un factor de riesgo (causa).</p>		<p>su redacción palabras como: verificar, validar, conciliar, comparar, revisar, cotejar. Adicionalmente, los controles no indican qué pasa con las observaciones o desviaciones como resultado de ejecutar el control de acuerdo con los lineamientos del Manual de gestión del Riesgo de la Agencia y la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del DAFP.</p> <p>De otra parte, no se determina que pasa, una vez se aplique el control y se presenten observaciones o desviaciones como resultado de la ejecución del control. Ejemplo: "Cada vez que se va a realizar un contrato el profesional de contratación, verifica a través de una lista de chequeo que la información suministrada por el proveedor corresponda con los requisitos establecidos de contratación. En caso de encontrar información faltante, requiere al proveedor a través de correo el suministro de la información y poder continuar con el proceso de contratación." Fuente (Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades</p>	<p>dispuesto en el Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional de la ARN en lo que se refiere a que los documentos deben contener fecha de elaboración, responsable de elaboración y responsable de la revisión. En la Acción N° 2 "El profesional designado de la Oficina Asesora Jurídica debe elaborar un registro semanal de seguimiento a los procesos judiciales en los que la ARN ha sido vinculada" se observó el registro de un (1) abogado y no da cuenta de la totalidad de registros semanales del primer y segundo trimestre.</p>
--	--	--	--	--	--	--

					Públicas, Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital - Función Pública - Dirección de Gestión y Desempeño Institucional ; V-4 de octubre de 2018) en concordancia con los lineamientos del Manual de gestión del riesgo de la ARN.	
	Falta o inadecuada fundamentación en los conceptos jurídicos emitidos por la Oficina Asesora Jurídica	El profesional designado o Coordinador del Grupo de Normativa y Conceptos y el Jefe de la Oficina Asesora Jurídica deben revisar los conceptos emitidos por los profesionales, cuando estos sean solicitados a la Oficina Asesora Jurídica. Evidencia: Concepto revisado con visto bueno y aprobación, Ficha técnica de revisión de conceptos, Acta de socialización.	No se realizan observaciones frente a la formulación del riesgo.	NO	El Control no establece qué pasa con las observaciones o desviaciones como resultado de ejecutar el control de acuerdo con los lineamientos del Manual de gestión del riesgo de la ARN y la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del DAFP.	Se recomienda fortalecer el levantamiento de evidencias de acuerdo con lo dispuesto en el Manual de seguimiento a la planeación y gestión institucional en lo que se refiere a que los documentos deben contener fecha de elaboración; responsable de la elaboración; y, responsable de revisión.
	Inadecuada aplicación de la política de prevención de daño antijurídico por parte de los colaboradores de la Entidad	1. El Comité de conciliación debe sesionar una vez cada dos meses con el objeto de impartir lineamientos para el ejercicio de la defensa jurídica de la entidad, so pena de una indebida aplicación de la política de prevención de daño antijurídico Evidencia: Acta de Comité de Conciliación. Actualización cada dos (2) años de la Política de Prevención de Daño Antijurídico de la Entidad de conformidad con los lineamientos normativos y las	No se realizan observaciones frente a la formulación del riesgo.	NO	Control N° 1 y Control N° 2: no establecen el propósito el cual debe contener en su redacción palabras como: verificar, validar, conciliar, comparar, revisar, cotejar. Adicionalmente, los controles no indican qué pasa con las observaciones o desviaciones como resultado de ejecutar el control de acuerdo con los lineamientos del Manual de gestión del riesgo de la entidad y la Guía para la administración del riesgo y el diseño	Se recomienda fortalecer el levantamiento de evidencias de acuerdo con lo dispuesto en el Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional, en lo que se refiere a que los documentos deben contener fecha de elaboración; responsable de la elaboración; y responsable de la revisión.  Se evidenció que la Sesión N° 1 del Comité de Conciliación y Defensa Judicial no contiene la

## INFORME SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2020

		<p>disposiciones de la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado. Evidencia: Política de Prevención de Daño Antijurídica actualizada. 2. El profesional designado del Grupo de Asuntos Contenciosos de la OAJ, semestralmente debe realizar la divulgación de la Política de Prevención de Daño Antijurídico vigente, a fin de prevenir la inadecuada aplicación de la política. Evidencia: Lista de asistencia a divulgación/ correo electrónico o acta.</p>			<p>de controles en entidades públicas del DAFF.</p> <p>Se señaló que la Actualización de la Política de Prevención de Daño Antijurídico y Defensa Jurídica se realizaría cada dos (2) años y la última actualización publicada en el SIGER corresponde a Julio de 2017. Adicionalmente, dicho control no garantiza que se impida la materialización del riesgo.</p> <p>De otra parte, no se determina que pasa una vez se aplique el control y se presenten observaciones o desviaciones como resultado de la ejecución del control. Ejemplo: "Cada vez que se va a realizar un contrato el profesional de contratación, verifica a través de una lista de chequeo que la información suministrada por el proveedor corresponda con los requisitos establecidos de contratación. En caso de encontrar información faltante, requiere al proveedor a través de correo el suministro de la información y poder continuar con el proceso de contratación." Fuente (Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, riesgos de gestión,</p>	<p>firma del Presidente/Jefe de la Oficina Asesora Jurídica.</p> <p>Adicionalmente, se observó que la evidencias en la Acción N° 1 "[...]El Jefe de la Oficina Asesora Jurídica realizará una (1) sesión bimensual del Comité de Conciliación, a efectos de estudiar las solicitudes de conciliación recibidas en la entidad e impartir lineamientos para el ejercicio de la defensa jurídica de la Entidad para esos casos[...]" no corresponden a la periodicidad definida, teniendo en cuenta que la palabra bimensual corresponde a dos (2) veces por mes.</p>
--	--	---	--	--	--	--

					<p>corrupción y seguridad digital - Función Pública - Dirección de Gestión y Desempeño Institucional ; V-4 de octubre de 2018) en concordancia con los lineamientos del Manual de Gestión del Riesgo de la Agencia.</p>
--	--	--	--	--	---

### 5.3.12. Gestión Administrativa

Clasificación Riesgo	Riesgo	Controles	Observaciones del Riesgo	¿Se Materializó el Riesgo?	Observaciones del Control
Operativo	Corte o suspensión en el suministro de servicios públicos	<p>1. El profesional designado del grupo de gestión administrativa, diariamente hará control de los servicios públicos de las dependencias y las sedes en la base de datos denominada control de Servicios Públicos.</p> <p>2. El profesional designado del grupo de gestión administrativa, diariamente llevará control sobre las facturas de servicios públicos para que los responsables de las sedes las remitan de manera oportuna. Evidencia Consolidado de las facturas y/o comprobantes de pago de servicios públicos.</p>	En la gestión del control del Riesgo se recomienda dejar constancia de las evidencias necesarias para la verificación de los controles del riesgo.	NO	La generación de alertas es importante dentro de las actividades de control para reducir el riesgo de corte o suspensión de los servicios públicos en las diferentes sedes de la Entidad. Los reportes no deben limitarse solo a un cuadro porque, de ser así, solo se estarían ejerciendo acciones de alerta y no de control. Se recomienda dejar constancia del control sobre la facturación, pago y reporte de pago de los servicios públicos de todas la sedes de la Entidad, tal como lo solicita la descripción del control.
Operativo	Utilización indebida de recursos en el contrato de Operación Logístico	1. Seguimiento e informe mensual por parte del grupo de trabajo del Operador Logístico, sobre la ejecución del contrato, con el fin de aprobar los eventos y llevar control sobre los recursos ejecutados. Evidencia: actas de reunión e informe de ejecución del Operador logístico.	Sin observaciones	NO	No se ha firmado contrato para el Operador Logístico debido a las circunstancias actuales que afronta el país debido a la cuarentena generada por el COVID 19. Teniendo en cuenta lo anterior se hizo ajuste de las condiciones del contrato de operador logístico.
Corrupción	Pérdida irrecuperable de bienes de la Entidad por sustracción de parte de terceros y/o colaboradores de la ARN	1. El responsable de seguridad en articulación con la subdirección administrativa, ejecutarán periódicamente una campaña para sensibilizar y socializar a jefes de oficina, supervisores, personal de prevención y seguridad sobre el retiro de bienes de la entidad y actuaciones en caso de siniestro. Evidencia: Se debe llevar el registro de asistencia en el	El Riesgo debe estar enfocado hacia la Pérdida de bienes de la Entidad. Adicionalmente, en el detalle de la descripción del riesgo se puede ampliar la descripción de las diversas situaciones que se puedan presentar.	NO	El control es general, pero no ataca la esencia de la pérdida de bienes de la Entidad en su totalidad. Se recomienda incluir en el Riesgo las responsabilidades que tienen los funcionarios y contratistas adscritos a este Proceso sobre la custodia de los bienes a ellos encargados.

		<p>formato de la entidad.</p> <p>2. Los colaboradores del grupo del almacén responsables de los Inventarios conforme al cronograma según el procedimiento, deberán velar porque los inventarios de las dependencias y las sedes se mantengan actualizados. Evidencia: Formato GA - F- 02 - Acta de Asignación y/o devolución de bienes cruzado con el inventario en el sistema de información.</p> <p>3. El profesional designado del grupo de gestión administrativa conforme a los inventarios actualizados, debe gestionar y tramitar la adquisición y/o actualización de las Pólizas por parte de la Entidad (Póliza de Manejo). Evidencia: Póliza vigente y con cobertura de los bienes de la ARN.</p> <p>4. El coordinador del grupo de almacén e inventarios, reportará mensualmente el cierre de inventarios al Grupo de Contabilidad, con el fin de identificar las desviaciones o faltantes. Evidencia: Informe de cierre mensual de inventarios radicado en el grupo de contabilidad.</p>			
--	--	--	--	--	--

### 5.3.13. Gestión Documental

Clasificación Riesgo	Riesgo	Controles	Observaciones del Riesgo	¿Se Materializó el Riesgo?	Observaciones del Control	Observaciones generales
Corrupción	Uso indebido de la información contenida en la documentación de la Entidad de tipo análogo (físico)	El responsable del servicio de consulta y préstamo documental verifica mensualmente que las solicitudes presenten justificación válida para que los colaboradores puedan acceder a información solicitada. Como evidencia se elabora informe de consultas y préstamos	Aunque el objetivo del Grupo de Gestión Documental no está definido como proceso, se puede determinar que el riesgo establecido permite mitigar cualquier situación o causa que se pueda presentar para incumplir el objetivo del proceso o los objetivos estratégicos de la Agencia.	NO	De acuerdo con los lineamientos establecidos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión N° 4 del DAFP, se observa lo siguiente en el control que estableció el Grupo de Gestión Documental:  1. La redacción del control no evidencia que	No hay observaciones con respecto a las evidencias de las acciones.

		requeridos con respecto a las ejecutadas.			<p>esté diseñado para mitigar el impacto del Riesgo una vez se materialice, o para mitigar la probabilidad de que el riesgo se materialice, pues establecen que el responsable del servicio de consulta y préstamo documental verifica mensualmente que las solicitudes presenten justificación válida para que los funcionarios y contratistas de la Agencia puedan acceder a información solicitada; es decir, esta redacción da a entender que cuando se hace la verificación mensual de las solicitudes que se hacen con justificación válida ya se ha facilitado, previamente, la documentación al solicitante, pero lo que se ve en la evidencia del informe es que si hay un control previo; por lo tanto, se deben mejorar en esta definición de controles.</p> <p>2.El control no describe claramente el propósito por el cual se realiza para que conlleve a prevenir las causas que lo generan, o detectan su materialización, con el objetivo de llevar a cabo los ajustes y correctivos en el diseño del control o en su ejecución.</p> <p>3. No establece</p>	
--	--	---	--	--	---	--

					qué sucede con las observaciones que resulten de la ejecución del control.	
Operativo	Inoportunidad en el trámite de entrega, recepción, distribución y envió de las comunicaciones Oficiales.	El responsable de la administración funcional del sistema de correspondencia trimestralmente genera un reporte del software con información detallada de las PQRSD con su respectiva respuesta, como evidencia el reporte contiene una columna con la atención oportuna/inoportuna de cada comunicación.	El riesgo está asociado al objetivo del Proceso de acuerdo con lo establecido en el Manual de gestión del riesgo de la ARN y la Guía del DAFP.	NO	De acuerdo con los lineamientos establecidos en la Guía del DAFP se observa lo siguiente: 1. El control no describe claramente el propósito por el cual se realiza para que conlleve a prevenir las causas que lo generan o permita detectar su materialización con el objetivo de llevar a cabo los ajustes y correctivos en el diseño del control. o en su ejecución.  2. No indican qué pasa con las observaciones resultantes de la ejecución del control.  3. No es claro el control para determinar que está diseñado para mitigar el impacto del Riesgo una vez se materialice o para mitigar la probabilidad de que el riesgo se materialice ya que, si bien es cierto que se saca un reporte de OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN A COMUNICACIONES OFICIALES, no se evidencia en el avance que hacen en el SIGER el resultado de dicho informe en el que se permita visualizar las medidas que se tomaron cuando las respuestas no son oportunas.	No hay observaciones con respecto a las evidencias de las acciones.
	Pérdida de la información en cualquier tipo de soporte	1. El responsable de hacer seguimiento a la implementación	El riesgo está asociado al objetivo del proceso; por lo	NO	Control N° 1: de acuerdo con los lineamientos establecidos en la	No hay observaciones con respecto a las evidencias de las

	<p>de la tabla de retención documental, según cronograma y necesidad llevará a cabo todos los controles necesarios para dar cumplimiento al procedimiento GD-P-05 PROCEDIMIENTO O ACTUALIZACIÓN, APLICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL-TRD, como evidencia se generará el acta de seguimiento a la organización de los archivos.</p> <p>2. El responsable de la ejecución de traslados según cronograma y necesidades de la entidad, llevará a cabo todos los controles necesarios para verificar la aplicación de estudios de tal forma que se de cumplimiento al procedimiento GD-P-01 PROCEDIMIENTO O PARA LA ENTREGA Y TRASLADO DOCUMENTAL EN GT Y PA, como evidencia se generará el informe de retroalimentación de los traslados y el formato de verificación.</p> <p>3. El encargado de verificar la culminación de actividades contractuales, generará certificados según necesidad, por medio de las cuales se garantice que todas las comunicaciones tengan</p>	<p>tanto, cumple con lo establecido en el Manual de gestión del riesgo de la ARN y la Guía del DAFP.</p>	<p>Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 4) de la Función Pública, se observa lo siguiente en el control que estableció el Grupo de Gestión Documental:</p> <p>1. No es claro el control para determinar que está diseñado para mitigar el impacto del Riesgo una vez se materialice o para mitigar la probabilidad de que este se materialice; aunque en la descripción establecen que el responsable llevará a cabo todos los controles necesarios para dar cumplimiento al procedimiento de ACTUALIZACIÓN, APLICACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL-TRD- GD-P-05, no se puede determinar cuáles serían esos controles dentro del control establecido.</p> <p>2. No describe el propósito por el cual se realiza el control para que conlleve a prevenir las causas que generan el riesgo o detecten la materialización del mismo con el objetivo de llevar a cabo los ajustes y correctivos en el diseño del control o en su ejecución.</p> <p>3. No indican qué pasa con las observaciones resultantes de la ejecución del</p>	<p>acciones.</p>
--	--	--	---	------------------

		<p>terminación de la gestión y se haga entrega del archivo de gestión que maneja, como evidencia se genera el Acta de entrega y recibo a satisfacción.</p>			<p>control. Es importante resaltar que, aunque se debe mejorar en la definición del control en los aspectos anteriormente mencionados, el Proceso ha venido realizando actividades que les han permitido evitar la materialización del riesgo.</p> <p>Control N° 2: De acuerdo con los lineamientos establecidos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 4) del DAFP se observa lo siguiente en el control que estableció el Grupo de Gestión Documental:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.No describe el propósito por el cual se realiza el control para que conlleve a prevenir las causas que generan el riesgo o detecten la materialización del mismo con el objetivo de llevar a cabo los ajustes y correctivos en el diseño del control o en su ejecución.</li> <li>2. No es claro el control para determinar que está diseñado para mitigar el impacto del Riesgo una vez se materialice o para mitigar la probabilidad de que se materialice; aunque en la descripción establecen que el responsable llevará a cabo todos los controles necesarios para</li> </ol>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>dar cumplimiento al procedimiento para la ENTREGA Y TRASLADO DOCUMENTAL EN GT Y PA GD-P-01, no se pueden determinar cuáles serían esos controles dentro del control establecido.</p> <p>3. No indican qué pasa con las observaciones resultantes de la ejecución del control.</p> <p>Es importante resaltar que, aunque se debe mejorar en la definición del control en los aspectos anteriormente mencionados, el Proceso ha venido realizando actividades que les han permitido evitar la materialización del riesgo.</p> <p>Control N° 3: De acuerdo con los lineamientos establecidos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 4) del DAFP se observa lo siguiente en el control que estableció el Grupo de Gestión Documental:</p> <p>1. La periodicidad del control no es clara; se recomienda definirlo de tal manera que se pueda verificar.</p> <p>2. No es claro el control para determinar que está diseñado para mitigar el impacto del Riesgo una vez se materialice o para mitigar la</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					<p>probabilidad de que se materialice. 3. No indican qué pasa con las observaciones resultantes de la ejecución del control. Es importante resaltar que, aunque se debe mejorar en la definición del control en los aspectos anteriormente mencionados, el Proceso ha venido realizando actividades que les han permitido evitar la materialización del riesgo.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

**5.3.14. Gestión Financiera**

Clasificación Riesgo	Riesgo	Controles	Observaciones del Riesgo	¿Se Materializó el Riesgo?	Observaciones del Control
Corrupción	Generación de pagos que conlleven a giros errados con apropiación indebida de recursos.	Los profesionales de la Subdirección Financiera validan permanentemente el cumplimiento de los requisitos exigidos para los trámites de pago de acuerdo a los lineamientos internos y normativa vigente. A su vez la Subdirección Financiera comunicará las fechas de radicación establecidas por medio de circular con asunto lineamientos para la vigencia fiscal y velará por su cumplimiento. En caso de presentar inconsistencias se levantará un acta, se formulará plan de mejora y como evidencia quedan los soportes de pago.	La definición del riesgo y su descripción son similares; es decir, son dos (2) riesgos parecidos; adicionalmente, el riesgo no se encuentra determinado como lo indica el Manual de Gestión del Riesgo de la Agencia y la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 4) del DAFP.	NO	El único control se entiende como un control genérico; es decir no define un solo responsable sino varios; no establece una periodicidad clara para su aplicación pues es determinado como permanente; no especifica el registro de control como evidencia para evaluar su aplicación; sólo se establece un control y debe existir un conjunto de controles que permitan verificar y evaluar, transversalmente, el riesgo desde donde se origina la actividad de pagos hasta su pago final; por lo tanto, no se encuentra determinado como lo indica la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 4) del DAFP.
Cumplimiento	1. Ejecutar operaciones presupuestales sin el	Control Riesgo N° 1: El profesional responsable valida,	Riesgo N° 1: De acuerdo con el análisis efectuado al	<b>Riesgo N° 1:</b> SI	Riesgo N° 1: Único control genérico que no establece una

## INFORME SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2020

	<p>cumplimiento de requisitos legales.</p> <p>2. Presentación no oportuna de las declaraciones tributarias</p>	<p>permanentemente, el cumplimiento de la normativa legal vigente aplicable a todos los documentos aprobados por el Ordenador del Gasto y radicados para trámite en el Grupo de Presupuesto. En caso de presentarse inconsistencias el profesional debe aplicar las actividades establecidas en los instructivos a cargo del Grupo de Presupuesto. Las evidencias son listas de asistencias, resultado de las reuniones realizadas al interior del Grupo de Presupuesto.</p> <p>Control Riesgo N° 2: El profesional asignado elaborará el Calendario Tributario anual para la vigencia de acuerdo a la información suministrada por las diferentes entidades involucradas en materia tributaria, teniendo en cuenta la periodicidad de éstas. En caso de presentarse inconsistencias se levanta acta y los profesionales responsables deben asumir la sanción por extemporaneidad y los intereses de mora, lo anterior se deja evidenciado por medio de actas de reunión.</p>	<p>riesgo se llega a la conclusión que está contenido en el riesgo de corrupción mencionado anteriormente; se recomienda mejorar la descripción de forma que apunte a la identificación de las causas que pueden generar y materializar el riesgo.</p> <p>Riesgos N° 2: no es un riesgo de mayor impacto que afecte directamente el objetivo del proceso; la descripción del riesgo especifica claramente el riesgo.</p>	<p>La acción: "Verificar mensualmente la aplicación de los procedimientos e instructivos en el trámite de pagos según cumplimiento de requisitos legales" se incumplió. En el mes de junio de la Vigencia 2020 se afectó de manera errada el Registro Presupuestal 20920; de esta manera, se vieron afectados los saldos presupuestales del convenio 1547-2019, lo cual evidencia que este riesgo se materializó.</p> <p style="text-align: center;"><b>Riesgo N° 2</b></p> <p style="text-align: center;">NO</p>	<p>periodicidad clara para su aplicación, si no que se establece como permanente; no especifica el registro de control como evidencia para evaluar su aplicación; sólo se establece un control y debe existir un conjunto de controles que permitan verificar y evaluar, transversalmente, el riesgo desde la distribución presupuestal hasta la expedición del registro presupuestal para pago; el control debe estar documentado, por lo tanto no está determinado como lo indica el Manual de Gestión del Riesgo de la Agencia y la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 4) del DAFP.</p> <p>Riesgo N° 2: Elaborar un calendario tributario no es un control</p>
<p style="text-align: center;">Financiero</p>	<p>No Razonabilidad de los Estados Financieros</p>	<p>Control N° 1: El profesional asignado aplica mensualmente el procedimiento para la elaboración de los Estados Financieros y los puntos de control establecidos. En caso de presentarse inconsistencias se reinicia las actividades del procedimiento establecido para la elaboración de estados financieros dejando como</p>	<p>El Riesgo afecta el objetivo del Proceso; sin embargo, se recomienda mejorar la descripción ya que esta debe apuntar a la identificación de las causas que pueden ocurrir y materializar el riesgo.</p>	<p style="text-align: center;">NO</p>	<p>Control N° 1: Aplicar un procedimiento no es un control.</p> <p>Control N° 2: Control genérico posterior y no preventivo.</p>

		evidencia éstos.  Control N° 2: El profesional asignado concilia mensualmente las diferentes cuentas con la información suministrada por las áreas. En caso de presentarse inconsistencias se realizarán los registros contables respectivos arrojando como evidencia los comprobantes contables.			
Operativo	Errores en los productos que tramita el Grupo de Presupuesto	El profesional asignado ejecuta, permanentemente, las actividades contenidas en los documentos de procedimientos e instructivos vigentes para cada proceso que realiza el Grupo de Presupuesto. En caso de presentarse inconsistencias el profesional debe aplicar las actividades establecidas en los instructivos del Grupo de Presupuesto. se deja consignado en lista de asistencia como resultado de las reuniones realizadas al interior del Grupo	De acuerdo con el análisis efectuado al riesgo se llega a la conclusión de que está contenido en el riesgo de corrupción y en el de "Ejecutar operaciones presupuestales sin el cumplimiento de requisitos legales".	SI La acción: "Verificar mensualmente la aplicación de los procedimientos e instructivos en el trámite de pagos según cumplimiento de requisitos legales" se incumplió. En el mes de junio de la Vigencia 2020 se afectó de manera errada el Registro Presupuestal 20920; de esta manera, se vieron afectados los saldos presupuestales del convenio 1547-2019, lo cual evidencia que este riesgo se materializó.	El control definido para este riesgo no es un control; además, debe existir un conjunto de controles que permitan verificar y evaluar transversalmente el riesgo desde la distribución presupuestal hasta la expedición del registro presupuestal para pago y el control debe estar documentado; por lo tanto, este no se encuentra determinado como lo indica el Manual de Gestión del Riesgo de la Agencia y la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 4) del DAFP.

### 5.3.15. Gestión de Relaciones Externas

Clasificación Riesgo	Riesgo	Controles	Observaciones del Riesgo	¿Se Materializó el Riesgo?	Observaciones del Control
Estratégico	Inadecuada visibilización del proceso de Reintegración y Reincorporación con actores externos a nivel nacional e internacional	Definir trimestralmente los tipos de escenarios de socialización a desarrollar durante el año (Participación en eventos a nivel nacional e internacional y visitas estratégicas), por el Grupo de Corresponsabilidad.  Revisar anualmente la priorización de actores externos por	Se puede determinar que el riesgo establecido para el Proceso permite mitigar cualquier situación o causa que se pueda presentar para el incumplimiento del objetivo del Proceso o los objetivos estratégicos de la ARN.	NO	De acuerdo con los lineamientos establecidos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 4) del DAFP se recomienda efectuar las revisiones correspondientes en cada Vigencia.

		el Grupo de Corresponsabilidad.		
--	--	---------------------------------	--	--

### 5.3.16. Gestión Legal

Clasificación Riesgo	Riesgo	Controles	Observaciones del Riesgo	¿Se Materializó el Riesgo?	Observaciones del Control
Cumplimiento	No adoptar las decisiones administrativas oportunamente conforme el marco normativo vigente.	<p>Realizar seguimiento, cuando así se requiera, a la acción del mapa de riesgo del proceso a cargo de los coordinadores de los Grupos Territoriales y Puntos de Atención, a través de la verificación de las actas y archivos reportados por cada uno. Como evidencia se deja las actas y archivos reportados por los GT, el informe trimestral del análisis de la acción y los informes de los enlaces de la Subdirección.</p> <p>Realizar acompañamiento y seguimiento, cuando así se requiera, de manera aleatoria a los procesos en los cuales se debe emitir decisiones administrativas y a las demás actividades propias del proceso de gestión legal, a través del control de legalidad de los expedientes, la aplicación de los métodos de operación y la verificación de la información reportada en el SIR, proyectando el acto administrativo que en derecho corresponda y/o requiriendo los ajustes de información en el SIR. Como evidencia se deja los actos administrativos, bases Excel, correos electrónicos e informe de los enlaces de la Subdirección.</p>	<p>El riesgo determinado sólo se encuentra enfocado en el tema de las decisiones administrativas, cuando el objetivo del proceso hace referencia al acceso, terminación del Proceso de Reintegración y, a su vez, la solicitud de beneficios y la instrucción de los procesos administrativos.</p>	NO	<p>Se recomienda fortalecer la definición del control del Riesgo dado que no cuenta con: periodicidad, responsable y evidencia de ejecución del control; asimismo, no se observó que, con los controles establecidos, se mitigara la probabilidad o el impacto de riesgo.</p> <p>Por otra parte, no se determina qué pasa una vez se aplique el control y se presenten observaciones o desviaciones como resultado de la ejecución del control. Ejemplo: "Cada vez que se va a realizar un contrato el profesional de contratación, verifica a través de una lista de chequeo que la información suministrada por el proveedor corresponda con los requisitos establecidos de contratación. En caso de encontrar información faltante, requiere al proveedor a través de correo el suministro de la información y poder continuar con el proceso de contratación." Fuente (Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital. Función Pública - Dirección de Gestión y Desempeño Institucional; V-4 de octubre de 2018)</p>

					Finalmente, se recomienda que los controles que se fijan en el Mapa de Riesgos sean extraídos de los controles que se establecen en los Procedimientos, Manuales y demás métodos de operación vigentes en la ARN.
--	--	--	--	--	---

#### 5.4. Riesgos Materializados

Teniendo en cuenta la información evaluada respecto al Mapa de Riesgos para el primer trimestre de la Vigencia 2020 se obtiene que se materializaron los siguientes riesgos:

- Proceso de Direccionamiento Estratégico: se observa que, en el detalle del riesgo: “Ineficacia e ineficiencia en la gestión institucional” a este se le da una limitación diferente al riesgo definido dado que en el mencionado detalle describen que se dirige al cumplimiento de las metas en relación con la ejecución presupuestal mientras que, en el riesgo definido, se hace referencia a la ineficacia e ineficiencia de la gestión institucional. Así las cosas, dentro de esta definición se abarcarían todos los planes, programas y demás indicadores que se cumplen en la Agencia; en consecuencia, el No Cumplimiento de una acción o materialización de algún riesgo de la Entidad afectará, de manera directa, a este riesgo. Teniendo en cuenta lo anterior, se observa que se materializaron los riesgos de los Procesos Gestión Financiera e Implementación lo que afecta, directamente, a este riesgo materializándolo de forma inmediata.
- Implementación: el riesgo: “Deficiencias en la fidelización y actualización de la información registrada en el Sistema de Información para la Reintegración” se materializó toda vez que en los siguientes grupos ARN de la Subdirección Territorial:
  - ARN Meta – Orinoquia: se observó que en el PdT número 102166 de la PPR con Coda 0316-16 el Resumen de Acuerdos, cargado en el SIR, tiene la primera hoja sin nombre de la PPR, en blanco y sin firmas al final;

adicionalmente, en el PdT 102174 de la PPR con Coda 0715-3, la firma del PPR se encuentra en el espacio de la firma del Profesional Reintegrador.

- ARN Valle del Cauca: se observó que en el PdT número 102039 de la PPR con CODA número 0746-17 el resumen de acuerdos, cargado en el SIR, tiene la primera hoja en blanco y sin el nombre de la PPR.

Las acciones implementadas no fueron eficaces tal y como se evidenció en los siguientes Grupos ARN de la Subdirección Territorial:

- ARN Córdoba (PM-18-00006) en lo relacionado con ASS.
  - ARN Meta – Orinoquia (PM-18-00015) en lo relacionado con los temas de PdT's y ASS.
  - ARN Norte de Santander (PM-18-00024) en lo relacionado con los temas de PdT's.
- **Gestión Financiera:** los riesgos: a) Ejecutar operaciones presupuestales sin el cumplimiento de requisitos legales: y, b) Errores en los productos que tramita el Grupo de Presupuesto se materializaron debido a que: La acción: “Verificar mensualmente la aplicación de los procedimientos e instructivos en el trámite de pagos según cumplimiento de requisitos legales” se incumplió. En el mes de junio de la Vigencia 2020 se afectó de manera errada el Registro Presupuestal 20920; de esta manera, se vieron afectados los saldos presupuestales del convenio 1547-2019.

## **6. RECOMENDACIONES**

- Para una mejor construcción de los riesgos de los Procesos de la Agencia se recomienda seguir las instrucciones presentes en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital, Versión 4, fechada en octubre de 2018 del DAFP y en el Manual de Gestión del Riesgo de la Agencia (Código DE-M-02, Versión: V-7 de fecha 2020-02-06). Además, dentro del concepto de riesgos de los procesos, se entiende que estos riesgos son transversales; es decir, deben tener controles en la Primera Línea de Defensa (¿Cuál es el control que aplican las dependencias?); la Segunda Línea de Defensa (¿Cuál es el control que aplican? Responsabilidad Institucional); y, Tercera Línea de Defensa (¿Qué control ejecuta el Grupo de Control Interno de Gestión?). Ejemplo:

**Riesgo:** Pago indebido o no pago de beneficios a la población objeto

**Controles:** **Control N°1: Primera Línea de Defensa:** Verificar los requisitos establecido para realizar el pago de beneficios ¿Quién lo ejecuta? los Grupos ARN de la Subdirección Territorial.

**Control N° 2: Segunda línea de defensa:** Revisar la información que remiten los Grupos Territoriales para el pago de beneficios ¿Quién lo ejecuta? La Subdirección Territorial.

**Control N° 3: Segunda línea de defensa:** Verificar que los requisitos normativos e institucionales para el pago de beneficios ¿Quién lo ejecuta? La Subdirección Financiera.

**Control N° 4:** Verificar los pagos realizados ¿Quién lo ejecuta? La Subdirección Financiera desde la **Segunda Línea de Defensa** y los Grupos ARN de la Subdirección Territorial desde la **Primera Línea de Defensa**.

**Control N° 5: Tercera línea de defensa:** Verificar el cumplimiento de los controles y registros ¿Quién lo ejecuta? El Grupo de Control Interno de Gestión (Auditoría y seguimiento a Riesgos).

- Se recomienda que los controles que se fijan en el Mapa de Riesgos sean extraídos de los controles que se establecen en los Procedimientos, Manuales y demás métodos de operación vigentes en la ARN.
- Para la construcción de riesgos, en el caso de ser necesarios, se recomienda implementar una lista de verificación de los requisitos para la elaboración de sus acciones y sus respectivos avances.
- Se recomienda la siguiente estructura para la redacción de los riesgos de corrupción: Acción u omisión + uso del poder + desviación de la gestión de lo público + el beneficio privado. Lo anterior, teniendo en cuenta la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 4) del DAFFP.
- Continuar fortaleciendo la calidad de los reportes cualitativos en el SIGER respondiendo, únicamente, al cumplimiento de la acción y propósito de la misma.
- Es importante que se realice el seguimiento de los riesgos definidos en los Procesos con todo el equipo de trabajo y los usuarios de los mismos.

- El ejercicio de identificación de riesgos de gestión deberá contener los riesgos en materia de reincorporación y demás riesgos que en los territorios hayan sido identificados para el caso; por ello es importante hacer partícipes de la construcción del mismo a los Grupos ARN de la Subdirección Territorial.
- Dentro del ejercicio de identificación de controles para los riesgos es necesario garantizar que estos controles queden claramente identificados, ya sea que se encuentren documentados o no, dejando en evidencia este aspecto dentro de las matrices de riesgos para evitar incluir como control procedimientos completos.
- Fortalecer el levantamiento de evidencias a efectos que cumplan con los requerimientos establecidos en el Manual de Seguimiento a la Planeación y Gestión Institucional con el fin de tener un manejo adecuado de la documentación generada.

Elaboró: Enrique Fernández Monsalve – Contratista del Grupo de Control Interno de Gestión  
Revisó: Eduardo Antonio Sanguinetti Romero – Asesor del Grupo de Control Interno de Gestión  
Fecha de Elaboración: septiembre de 2020