

Al contestar cite este número:
Radicado DADEP No. 20261100036253



Bogotá D.C., 2026-09-28
OCI 110

MEMORANDO

PARA: LUCÍA BASTIDAS UBATÉ
Directora del Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público

DE: ALLAN MAURICE ALFISZ LÓPEZ
Jefe Oficina de Control Interno

ASUNTO: Seguimiento a la Gestión de Riesgos periodo 1° de noviembre de 2025 a 31 de julio de 2026.

Estimada Doctora Bastidas, reciba un cordial saludo

La Oficina de Control Interno, en ejercicio de las competencias establecidas en los literales b), c), d), e) y g) del artículo 12 de la Ley 87 de 1993, así como en cumplimiento de los roles definidos en el Decreto 648 de 2017, procede a remitir el informe de seguimiento a la gestión de riesgos del periodo comprendido 1° de noviembre de 2025 a 31 de julio de 2026. Los resultados y hallazgos derivados del análisis se anexan a la presente comunicación para los fines pertinentes.

Atentamente,



ALLAN MAURICE ALFISZ LÓPEZ
Jefe Oficina de Control Interno

Anexos: Cuarenta (40) folios
Copia: Wisman Yesid Cotrino García– Jefe Oficina Asesora de Planeación

Proyectó: Fátima Rodríguez Obando – Profesional OCI
Revisó: Allan Maurice Alfisz López
Código de archivo: 1102703

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA DEFENSORÍA DEL ESPACIO PÚBLICO -DADEP
OFICINA DE CONTROL INTERNO**

**INFORME DE SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE RIESGOS
1° de noviembre de 2025 a 31 de julio de 2026**

1

Bogotá D.C., septiembre de 2026

Código: 127-FOREC-11
Versión 1

Jefe de la Oficina de Control Interno

ALLAN MAURICE ALFISZ LÓPEZ

Equipo Auditor

FATIMA RODRIGUEZ OBANDO
Abogada-Profesional Universitario

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
1. OBJETIVO GENERAL.....	5
2. CRITERIOS DE EVALUACIÓN	5
3. ALCANCE DEL SEGUIMIENTO.....	5
4. METODOLOGÍA	5
5. INFORME DETALLADO DEL SEGUIMIENTO	6
5. 1 Política de Administración del Riesgo.	6
5.1.1 Hallazgo No. 1. Deficiencias técnicas en el diseño de la Política de Administración del Riesgo e inobservancia del procedimiento de aprobación formal por parte del CICCI.....	11
5.1.2 Observación No. 1 y alerta preventiva. Deficiencias en las funciones del Nivel Estratégico	13
5.1.3 Procedimiento de la Gestión de Riesgos.....	14
5.1.3 Hallazgo No.2. Incumplimiento en la aplicación del procedimiento Administración de Riesgos 127-PRCVM-07 e Inoperatividad del aplicativo ECM para la gestión de acciones preventivas.	17
5.2 Seguimiento al mapa de riesgos de gestión.....	18
5.2.1 Observación No. 2. Debilidades en la formulación de riesgos y controles asociados al mapa de riesgos de gestión por proceso.....	27
5.3 Materialización de riesgos y su tratamiento.....	27
5.3.1 Análisis de procesos con posibles riesgos materializados	29
5.4 Actividades adelantadas para la identificación de los riesgos de tipo fiscal.	30
6. ACCIONES TOMADAS FRENTE A RECOMENDACIONES REALIZADAS POR LA OCI	31
7. CONCLUSIONES.....	37
8. RECOMENDACIONES	39
9. RESUMEN DE HALLAZGOS Y OBSERVACIONES.....	40
Observación No. 2. Debilidades en la formulación de riesgos y controles asociados al mapa de riesgos de gestión por proceso	40

INTRODUCCIÓN

El Sistema de Control Interno, previsto en la Ley 87 de 1993, se enmarca como una de las dimensiones de MIPG y busca asegurar que las demás dimensiones cumplan su propósito y lleven al cumplimiento de resultados con eficiencia, eficacia, calidad y transparencia en la gestión pública. De igual manera, desempeña un papel fundamental como asesor, evaluador, integrador y dinamizador del sistema de control interno, por tanto, también del MIPG. Estas funciones se desarrollan para proponer acciones dirigidas a mejorar la cultura organizacional y, por ende, a contribuir con el cumplimiento de los fines del Estado.

La Oficina de Control Interno del Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público-DADEP, dando cumplimiento a las directrices del gobierno nacional, distrital, en su rol de enfoque a la prevención y en virtud del plan anual de auditoría para el año 2026, realizó seguimiento al mapa de riesgos institucional, de conformidad con la Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - DAFP, así como la Política de Administración del Riesgo definida por la Entidad.

1. OBJETIVO GENERAL

Realizar seguimiento y evaluación a los riesgos establecidos en el mapa de riesgos institucional, correspondientes a los riesgos de gestión por proceso y riesgos fiscales, con corte al 31 de julio de 2026, de conformidad con la muestra aleatoria establecida.

2. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Las normas, procedimientos y requisitos usados como referencia en la presente evaluación, así como el mapa de riesgos institucional, refieren:

- ✓ 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”* y se establece el Modelo Integrado de Planeación y Gestión.
- ✓ Política de Administración del Riesgo, código 127-PPVVM-02, versión 03 de fecha 18/04/2024.
- ✓ Política de Administración del Riesgo, código 127-PPVVM-02, versión 04 de fecha 24/12/2024.
- ✓ Política de Administración del Riesgo, código 127-PPVVM-02, versión 05 de fecha 27/05/2026.
- ✓ Mapa de riesgos institucional (riesgos de gestión, seguridad de la información y fiscales), versiones para las vigencias 2025 y 2026.
- ✓ Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, versión 6, emitida por el DAFP.
- ✓ Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, versión 7, emitida por el DAFP.
- ✓ Seguimiento al segundo cuatrimestre Mapa de Riesgos de Gestión 2026

5

3. ALCANCE DEL SEGUIMIENTO

El presente seguimiento comprende la identificación, valoración del riesgo, plan de manejo y aplicación de controles, correspondiente al periodo de 1° de julio de 2025 a 31 de julio de 2026 para los riesgos de gestión por proceso y riesgos fiscales.

4. METODOLOGÍA

La recopilación y verificación de la información se realizó de acuerdo con lo establecido en las normas aplicables y definidas para el ejercicio auditor interno, teniendo en cuenta los procedimientos, requisitos y documentación allegada por el proceso, así como la inspección, análisis de documentos, consulta del Visor MIPG y toda aquella información disponible en la página web de la Entidad e información aportada por la Oficina Asesora de Planeación, mediante radicado Orfeo Nro. 20261500034173 de fecha 7 de septiembre de 2026.

De conformidad con el alcance del presente seguimiento se evidencia que la entidad cuenta con cuarenta y un (41) riesgos de gestión identificados así:

Tabla 1. Riesgos identificados por proceso

PROCESO	NÚMERO DE RIESGOS
Administración del Patrimonio Inmobiliario Distrital	4
Administración y Gestión del Observatorio y la Política de Espacio Público de Bogotá	2
Atención a la Ciudadanía	2
Control Interno Disciplinario	1
Defensa del Patrimonio Inmobiliario Distrital	2
Direccionamiento Estratégico	3
Evaluación y Control	1
Gestión de la Tecnología y la Información	2
Gestión de Recursos	6
Gestión del Talento Humano	3
Gestión Documental	3
Gestión Jurídica	5
Inventario General del Espacio Público y Bienes Fiscales	4
Verificación y Mejoramiento Continuo	2
Tota riesgos de gestión	40
Inventario General del Espacio Público y Bienes Fiscales	1 riesgo fiscal
TOTAL RIESGOS DE LA ENTIDAD	41

Fuente: Elaboración propia con información toma del mapa de riesgos de gestión 2026.

6

El presente seguimiento tiene en cuenta el modelo de operación por procesos, de tal manera que se evalúan los riesgos asociados al mapa de procesos de la entidad, así como un riesgo fiscal, asociado al proceso del Inventario General del Espacio Público y Bienes Fiscales.

5. INFORME DETALLADO DEL SEGUIMIENTO

En virtud del objetivo general el cual consiste en: “Evaluar el cumplimiento y efectividad de las acciones implementadas en respuesta a los hallazgos y observaciones del informe anterior, radicado Orfeo No. 20251100043253, respecto a la gestión de riesgos de gestión, seguridad de la información y fiscales”, se realiza el presente seguimiento teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

5.1 Política de Administración del Riesgo.

El presente seguimiento se realiza teniendo en cuenta la Política de Administración de Riesgos, código 127-PPVVM-02 versión 5, de fecha 27 de mayo de 2026 implementada por el Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público – DADEP, puesto que las versiones anteriores fueron objeto de evaluación en los pasados informes, de igual manera se utiliza como criterio lo dispuesto en Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, emitida por el DAFP. A continuación, se detalla el seguimiento efectuado por la OCI:

Tabla 2. Análisis de la evaluación a la Política de Administración del Riesgo

CRITERIOS	DEFINICIÓN EN LA POLÍTICA	SEGUIMIENTO OCI
Objetivo	Administrar los riesgos en el Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público - DADEP, haciendo énfasis en el fortalecimiento de los controles internos, con el fin de minimizar la probabilidad de materialización de cualquier tipo de riesgo que afecte el logro de las metas del Departamento.	Revisado el objetivo de la Política de Gestión Integral del Riesgo, se observa que su formulación se enfoca en el fortalecimiento del control interno y en la minimización de la probabilidad de materialización de los riesgos. No obstante, frente al enfoque integral propuesto por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – Versión 7, se establece que la articulación de la gestión del riesgo debe ser concordante con la planeación estratégica, los objetivos institucionales y las diferentes tipologías de riesgo, bajo una perspectiva preventiva. Por lo anterior, se recomienda revisar y ajustar la formulación del objetivo, de manera que refleje de forma integral la contribución de la gestión del riesgo al cumplimiento de los objetivos institucionales y a la toma de decisiones.
Alcance	La política de administración del riesgo es aplicable a todos los servicios, procesos, proyectos, planes y programas de la entidad durante el desarrollo de la gestión planificada y a todas las partes interesadas en el ejercicio de las actividades desarrolladas en el marco de dar cumplimiento a la misionalidad del Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público.	Se observa que la política contempla los procesos, proyectos, planes y programas de la Entidad. Se sugiere revisar y complementar el alcance de la política, incorporando aspectos actividades tercerizadas o ejecutadas por terceros mediante convenios, cuando por su naturaleza puedan generar riesgos críticos para el cumplimiento de los objetivos institucionales, estos aspectos y definiendo las acciones de seguimiento y control que correspondan.
Contexto interno y externo	Factores de contexto externo: Políticos: Cambios de gobierno, legislación, políticas públicas y regulación (Cambios en la administración central y territorial que genera cambios en los planes de desarrollo). Económicos y financieros: disponibilidad de capital, liquidez, mercados financieros, desempleo, competencia; restricciones de orden económico que pueden afectar el funcionamiento de la entidad o la ejecución de los proyectos;	Se observa que la Política contempla el análisis del contexto externo mediante factores políticos, sociales, tecnológicos, económicos, ambientales y legales, así como del contexto interno, considerando aspectos financieros, de talento humano, procesos, tecnológicos y estratégicos. En consecuencia, se concluye que la Política da cumplimiento a los lineamientos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – Versión 7 del DAFP, al incorporar los principales factores internos y externos que pueden incidir en la gestión y en el cumplimiento de los objetivos institucionales del DADEP.

CRITERIOS	DEFINICIÓN EN LA POLÍTICA	SEGUIMIENTO OCI
	cambios en la asignación presupuestal de la entidad por cambio de prioridades de la administración. (...)	
Niveles de responsabilidad	Roles y Responsabilidades en la Gestión del Riesgos: Nivel Estratégico Responsables: Alta Dirección, Comité Institucional de Gestión y Desempeño y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Primera Línea de Responsabilidad: Líderes de los planes, programas o proyectos, Líderes de Proceso y otras. Segunda Línea de Responsabilidad instancias encargadas de monitorear aspectos estructurales bajo su gestión: Oficina Asesora de Planeación, SGC, TI y OJ. Tercera Línea de Responsabilidad (Evaluación Independiente asociado a la OCI.	Los niveles de responsabilidad de la Entidad se establecen por niveles, estratégico, primera línea, segunda línea y tercera línea, con la asignación de funciones clave para la gestión de riesgos. Respecto a la primera línea, esta enfatiza en el actuar de los líderes de los procesos en su actuar como los dueños directos del riesgo en la operación, responsables de desarrollar, implementar y ejecutar los procesos de control a través de la identificación, análisis, valoración, monitoreo y acciones de mejora en sus respectivas áreas. La segunda línea considera varias áreas con aspectos clave a cargo de la OAP como es el monitoreo de riesgos, la facilitación metodológica y las alertas estratégicas. En el caso de TI incluye el Oficial de Seguridad de la Información: responsable de evaluar de forma técnica y especializada el cumplimiento de los controles asociados a las políticas de seguridad de la información y privacidad de datos, en el marco del MSPI y la OJ tiene a su cargo monitorear el estado de la gestión jurídica de la entidad; en el caso de la tercera línea esta realiza la evaluación independiente de los riesgos. De esta manera se evidencia que la entidad cuenta con un esquema de líneas con responsabilidades y operativiza la gestión de riesgos.
Esquema metodológico	El Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público (DADEP) adoptará la metodología establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) en su Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas (Versión 7), marco de referencia bajo el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Esta versión evoluciona el enfoque tradicional hacia una gestión basada en la creación de valor, la cultura de la integridad	Se observa que la metodología establecida en la Política de Administración del Riesgo se encuentra alineada con los lineamientos de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – Versión 7, particularmente en las etapas de identificación y valoración, mediante el mapa de riesgos de gestión, que contempla factores de riesgo, criterios de probabilidad e impacto, matriz de severidad y valoración de controles. Asimismo, la Entidad establece matrices diferenciadas para los riesgos de gestión, seguridad y privacidad de la información y corrupción, con criterios de valoración específicos. En consecuencia, se concluye que

CRITERIOS	DEFINICIÓN EN LA POLÍTICA	SEGUIMIENTO OCI
	y el esquema de líneas de responsabilidad. Asimismo, en el contexto local, la entidad se acoge a las directrices emanadas por la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá	la metodología definida en la Política incorpora los elementos previstos en la Guía y permite estructurar la identificación, valoración y tratamiento de las diferentes tipologías de riesgo.
Niveles para calificar la probabilidad y el impacto (ejemplo riesgos de gestión)	La valoración del riesgo busca establecer la probabilidad de ocurrencia y el nivel de impacto del riesgo con el fin de determinar la zona del riesgo inicial (riesgo inherente), para lo cual es necesario realizar: Análisis de riesgos y evaluación de riesgos.	La política de gestión del riesgo contempla el análisis de los riesgos mediante tablas de valoración de probabilidad e impacto. Asimismo, establece la evaluación del riesgo y la determinación de su nivel de severidad a partir del cruce de ambas variables en el Mapa de Calor. Cabe precisar que la operatividad y efectividad de dichos niveles de riesgo se abordarán en detalle en los capítulos posteriores de este informe.
Apetito del Riesgo	El apetito del riesgo es el riesgo residual (luego de aplicar controles) que se ubica en la zona baja y por consiguiente no requiere generar acciones adicionales.	Revisada la Política y el Acta No 2 del CICCI, se evidencia una debilidad conceptual en el documento, puesto que al definir el apetito del riesgo únicamente como el riesgo residual que se ubica en la zona baja del mapa de calor. No obstante, la Guía DAFP v7, refiere que el apetito del riesgo es la magnitud cuantitativa o cualitativa de riesgo que la Alta Dirección decide aceptar en función de sus objetivos estratégicos y marco legal, de forma previa y diferenciada por tipología de riesgo, y no simplemente el resultado favorable tras la aplicación de controles. Es decir, analizados los riesgos de la Entidad la Alta Dirección puede tomar como criterio los riesgos en nivel (residual) bajo, pero también debe revisar si se puede asumir el riesgo garantizando que se fijen límites de tolerancia específicos acorde con la tipología y criticidad de cada proceso, y no como un sinónimo automático del riesgo residual en zona baja.
Tolerancia al Riesgo	(...) teniendo en cuenta que el apetito del riesgo es para riesgos residuales que se ubiquen en zona baja y que la aceptación de riesgos debe aprobarse por la Alta Dirección, el nivel de tolerancia al riesgo es de cero, es decir, la ejecución de controles y planes de acción debe ser completa y no parcial. Así mismo, complementario al nivel cero de	Se encuentran imprecisiones en la Política, puesto que al declarar tolerancia cero, la entidad afirma que la ejecución de controles debe ser completa, infalible y no parcial. No obstante, la existencia del campo “Actividades para gestionar en caso de materialización del riesgo” evidencia que la administración reconoce que el control puede fallar y el riesgo se puede materializarse. De esta manera, es necesario el análisis de la tolerancia al riesgo desde la Alta Dirección, a fin de establecer

CRITERIOS	DEFINICIÓN EN LA POLÍTICA	SEGUIMIENTO OCI
	tolerancia, el DADEP mediante la identificación de controles, dispuso el campo “Actividades para gestionar en caso de materialización de riesgo” allí se determinaron las acciones a realizar en caso de que falle la ejecución de controles, por lo que un evento de materialización de riesgo tendrá que reportarse y solucionarse.	márgenes o rangos de tolerancia cuantitativos o cualitativos coherentes con el apetito de riesgo y la naturaleza de cada proceso, eliminando la declaración genérica de "tolerancia cero" basada en la sola obligatoriedad de los controles; es decir lo controles no pueden presentar ningún tipo de error en su ejecución, evaluación que la OCI a reiterado en varias ocasiones en la falla de los mismos.
Capacidad del riesgo	No se evidencia en el documento	Revisada la Política, no se encuentra expresa la capacidad del riesgo, es decir se observa una ausencia metodológica, puesto que el documento incorporo el concepto de Capacidad de Riesgo dentro del glosario de términos, no se encuentra la forma procedimental dentro del capítulo de "Niveles de aceptación al riesgo" con las pautas cuantitativas o cualitativas que fijen el límite máximo de riesgo soportable por la entidad en función de su solvencia, liquidez y capacidad operativa.
Periodicidad del seguimiento	El monitoreo a los riesgos deberá realizarse cuatrimestral, con corte a 30 de abril, 31 de agosto y el 31 de diciembre.	La política define la periodicidad del seguimiento y se evaluará en los siguientes capítulos del presente documento su ejecución.
Materialización de Riesgos	Se encuentra por tipo de riesgos la tabla de acciones de respuesta frente a la materialización de riesgos.	Se resalta que la Entidad incorporó en su política institucional los protocolos y acciones de respuesta ante la materialización de riesgos Fiscales, de Corrupción, de Gestión por proceso y de Seguridad de la Información. La adopción de esta medida atiende la recomendación formulada previamente por la Oficina de Control Interno (OCI) y acogida por el DADEP, constituyéndose en un avance significativo para la operatividad y eficacia en la gestión del riesgo.

Fuente: Elaboración propia con información tomada de la Política de Administración del Riesgo del DADEP y criterios establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7 (DAFP).

Por lo anterior, se concluye que se presentan deficiencias el diseño de la Política de Administración del Riesgo (código 127-PPVVM-02, versión 5), tal y como se expresó en el cuadro anterior. A su vez, revisada el Acta No. 2 del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, se evidencia que dicha instancia aprobó la Política en fecha 10 de agosto de 2026; sin embargo, el documento se registra en el Sistema Integrado de Gestión (VISOR MIPG), con codificación 127-PPVVM-02, de fecha 27 de mayo de 2026, es decir, su publicación se realizó previa a la aprobación formal del Comité.

5.1.1 Hallazgo No. 1. Deficiencias técnicas en el diseño de la Política de Administración del Riesgo e inobservancia del procedimiento de aprobación formal por parte del CICCI

Conforme a la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas (DAFP Versión 7 - 2025), la política debe mantener un diseño coherente en sus componentes técnicos (objetivo general, alcance, apetito, tolerancia y capacidad del riesgo), correspondiendo a la Línea Estratégica la aprobación explícita de los parámetros de aceptación del riesgo que la Entidad está dispuesta a asumir. De esta manera y producto de la revisión efectuada al documento de la Política de Administración del Riesgo (código 127-PPVMM-02, versión 5), se evidenciaron deficiencias técnicas en su diseño metodológico asociadas a la formulación del objetivo general, la delimitación del alcance y la articulación de los conceptos de Apetito del Riesgo, Tolerancia al Riesgo y Capacidad del Riesgo.

Adicionalmente, se constató una incoherencia en la trazabilidad de la aprobación de la Política y su vigencia: según la información registrada en el Sistema Integrado de Gestión (VISOR MIPG), el documento se encuentra formalizado y publicado con fecha de vigencia del 27 de mayo de 2026; no obstante, en la revisión del Acta No. 2 del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, se evidenció que la aprobación formal de dicha política por parte de esa instancia se surtió posteriormente, el 10 de agosto de 2026, operando una publicación previa a la aprobación institucional correspondiente.

Lo anterior contraviene a lo establecido en el artículo 2.2.21.1.6 del Decreto 648 de 2017) y Resolución DADEP 161 de 2024, asociado a las funciones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI), como instancia decisora encargada de aprobar y hacer seguimiento a las políticas de administración del riesgo. *“Someter a aprobación del representante legal la política de administración del riesgo y hacer seguimiento, en especial a la prevención y detección de fraude y mala conducta”*.

11

5.1.2 Roles de la Línea Estratégica, definidas en la Política de Administración del Riesgo

Uno de los aspectos importantes para la adopción e implementación de la Política de Administración del Riesgo, corresponde a los roles y responsabilidades a cargo de la Línea Estratégica o Alta Dirección, compuesta por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno., razón por la cual se realiza evaluación de sus funciones, el cual se detalla así:

Tabla 3. Seguimiento a las actividades de la línea estratégica.

ROLES DEFINIDOS EN LA POLÍTICA	SEGUIMIENTO OCI 2026	CUMPLIMIENTO DE LA ACTIVIDAD SI/NO
Direccionamiento General: Definir, aprobar y supervisar el marco general para la gestión del riesgo, la continuidad del negocio, el control y la política institucional para la administración del riesgo.	En acta del Comité Institucional del Gestión y Desempeño No.3 de fecha 29 de abril de 2026, se evidencia la presentación la aprobación el Mapa de Riesgos Institucional correspondiente a la vigencia 2026, el cual integra los riesgos de gestión, corrupción y seguridad de la información, junto con los controles y	Parcialmente

ROLES DEFINIDOS EN LA POLÍTICA	SEGUIMIENTO OCI 2026	CUMPLIMIENTO DE LA ACTIVIDAD SI/NO
	acciones de mitigación definidos por la entidad. En acta del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI) No.2 de fecha 10 de agosto de 2026, se realizó la aprobación de la Política de Administración del Riesgo, versión 5. De esta manera en las citadas actas no se evidencia constancia del análisis, discusión ni aprobación explícita de los parámetros de Apetito, Tolerancia y Capacidad de Riesgo por parte de la Alta Dirección. Es importante resaltar que en el marco de la Guía v7 del DAFP, el rol del Nivel Estratégico exige definir de forma tácita y consciente los límites de exposición y sostenibilidad institucionales, por lo que la aprobación sin el debido soporte analítico en las actas limita la efectividad del direccionamiento estratégico del riesgo.	
Monitoreo Estratégico: Monitorear y analizar de manera permanente los eventos institucionales, vulnerabilidades, amenazas, escenarios de pérdida de continuidad y riesgos críticos que pongan en peligro el cumplimiento de los objetivos estratégicos, planes, metas y la capacidad institucional para prestar sus servicios.	En acta del Comité Institucional del Gestión y Desempeño No.3 de fecha 29 de abril de 2026, se evidencia la presentación la aprobación el Mapa de Riesgos Institucional correspondiente a la vigencia 2026, el cual integra los riesgos de gestión, corrupción y seguridad de la información, junto con los controles y acciones de mitigación definidos por la entidad. En acta del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI) No.2 de fecha 10 de agosto de 2026, se realizó la aprobación de la Política de Administración del Riesgo, versión 5. En acta del Comité Institucional del Gestión y Desempeño No.4 del 30 de junio de 2026, se evidencia la Se socializó la actualización de la Política de Administración del Riesgo, destacando el ajuste de la metodología de gestión de riesgos en alineación con la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – Versión 7. Sin embargo, no se observa el análisis a cargo de la Alta Dirección de los posibles escenarios de pérdida de continuidad o riesgos críticos.	Parcialmente
Gobernanza: Asegurar la permeabilización de la política en todos los niveles de la organización pública, garantizando el cumplimiento de los planes de la entidad y	Si bien la Segunda Línea de Responsabilidad socializó la Política actualizada vía correo electrónico el 8 de julio de 2026, no se observan iniciativas	NO

ROLES DEFINIDOS EN LA POLÍTICA	SEGUIMIENTO OCI 2026	CUMPLIMIENTO DE LA ACTIVIDAD SI/NO
revisando los cambios del entorno que modifiquen el perfil de riesgo institucional.	lideradas por la Alta Dirección o el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, encaminadas a garantizar la permeabilización, medición del conocimiento y adopción de la política en los diferentes niveles de la organización. La apuesta definida en la Política no define acciones para su cumplimiento.	
Evaluación de Incidentes: Revisar las acciones ejecutadas ante riesgos materializados, asegurando la toma de medidas oportunas y eficaces para evitar la repetición de los eventos adversos.	Revisadas las actas de los Comités Institucionales de Gestión y Desempeño y de Coordinación de Control Interno para la vigencia 2026, no se evidencia la revisión ni el análisis del Nivel Estratégico sobre riesgos materializados ni la evaluación de incidentes reportados. Asimismo, la Alta Dirección no ha revisado el análisis de las acciones de mejora derivadas de los hallazgos de la OCI , omitiendo su función de asegurar medidas oportunas para evitar la repetición de eventos adversos.	NO

Fuente: Elaboración propia con información tomada de la Política de Administración del Riesgo del DADEP y criterios establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7 (DAFP), así como seguimiento al Plan de Mejoramiento.

Producto de la anterior revisión se concluye, que durante la vigencia 2026, el Nivel Estratégico asociado a la Alta Dirección y Comités CIGD/CICCI, ejerció un rol predominantemente formal, sin embargo el cumplimiento es parcial de sus funciones asociadas al direccionamiento general y monitoreo estratégico, puesto que se aprobaron formalmente el Mapa de Riesgos Institucional y la versión 5 de la Política (Actas CIGD No. 3 y CICCI No. 2), no se registró el debate o análisis requerido para definir el Apetito, Tolerancia y Capacidad de Riesgo, ni constan análisis permanentes sobre escenarios de pérdida de continuidad o riesgos críticos que afecten el logro de los objetivos estratégicos. Asimismo, se evidenció un incumplimiento total en los componentes de Gobernanza y Evaluación de Incidentes.

5.1.2 Observación No. 1 y alerta preventiva. Deficiencias en las funciones del Nivel Estratégico

Como resultado de la evaluación efectuada a la vigencia 2026, se concluye que las funciones a cargo del Nivel Estratégico, correspondientes a la Alta Dirección y Comités CIGD y CICCI, ejercieron actividades netamente formales en la administración del riesgo. Si bien se surtió la aprobación del Mapa de Riesgos Institucional y de la versión 5 de la Política, según Actas CIGD No. 3 y CICCI No. 2, se evidenció un cumplimiento parcial en las funciones de Direccionamiento General y Monitoreo Estratégico, al no registrarse en las actas los niveles del Apetito, Tolerancia y Capacidad de Riesgo, ni constar análisis permanentes sobre escenarios de pérdida de continuidad o riesgos críticos.

Asimismo, se registró un incumplimiento en los componentes de Gobernanza y Evaluación de Incidentes. Por un lado, la difusión de la política se restringió a un envío masivo de correo electrónico por parte de la Segunda Línea de Responsabilidad, omitiendo estrategias y/o directivas para

asegurar su apropiación e inmersión en la Entidad; por otro lado, en las actas no figura el seguimiento a riesgos materializados ni la revisión de las acciones de mejora derivadas de los hallazgos de la OCI, inobservando la adopción oportuna de medidas para prevenir la recurrencia de eventos adversos.

Por lo anterior, se constituye la observación y alerta preventiva para el cumplimiento de las funciones a cargo de la Alta Dirección, con el fin que se ejecute dichas actividades en el transcurso de la vigencia 2026.

5.1.3 Procedimiento de la Gestión de Riesgos.

En el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y del enfoque de gestión por procesos, se evidencia la necesidad de que la Política de Administración del Riesgo se encuentre debidamente alienada con los procedimientos, de esta manera, la Oficina Asesora de planeación informo los documentos institucionales que soportan la gestión del riesgo, así:

Tabla 4. Detalle de documentos que soportan la gestión de riesgos DADEP

TEMA	DOCUMENTO	TIPO DE DOCUMENTO
Identificación del riesgo	Política de Administración del Riesgo Versión 4	Institucional
	Procedimiento 127-PRCVM-07	Institucional
	Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas – V7 DAFP (2025)	Referente metodológico
	Informe de Seguimiento a la Gestión de Riesgos – Primer Trimestre 2025	Control interno
	Informe de Seguimiento a la Gestión de Riesgos – abril-octubre 2025	Control interno
Análisis y valoración	Política de Administración del Riesgo Versión 4	Institucional
	Procedimiento 127-PRCVM-07	Institucional
	Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas – V7 DAFP (2025)	Referente metodológico
	Informe de Seguimiento a la Gestión de Riesgos – Primer Trimestre 2025	Control interno
	Informe de Seguimiento a la Gestión de Riesgos – abril-octubre 2025	Control interno
Riesgo inherente	Política de Administración del Riesgo Versión 4 Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas – V7 DAFP (2025)	Institucional Referente metodológico
Riesgo residual	Política de Administración del Riesgo Versión 4 Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas – V7 DAFP (2025)	Institucional Referente metodológico
Diseño y valoración de controles	Política de Administración del Riesgo Versión 4 Procedimiento 127-PRCVM-07 Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas – V7 DAFP (2025)	Institucional Institucional Referente metodológico

Tratamiento del riesgo	Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas – V7 DAFP (2025) Procedimiento 127-PRCVM-07 Plan de tratamiento / mapa de riesgos	Institucional Referente metodológico
Monitoreo y seguimiento	Política de Administración del Riesgo Versión 4 y 5. Procedimiento 127-PRCVM-07 Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas – V7 DAFP (2025) Informe de Seguimiento a la Gestión de Riesgos – Primer Trimestre 2025 Informe de Seguimiento a la Gestión de Riesgos – abril a octubre de 2025	Institucional Referente metodológico
Materialización del riesgo	Política de Administración del Riesgo Versión 4 y 5	Institucional

Fuente: Información aportada por la Oficina Asesora de Planeación mediante radicado ORFEO No. 20261500034173,

Con la anterior información se procedió a revisar el Procedimiento Administración de Riesgos 127-PRCVM-07, de fecha 18 de diciembre de 2020, en el cual se establece:

Tabla 5. Verificación de aplicación del procedimiento Administración de riesgos.

PROCEDIMIENTO	CRITERIOS/ACTIVIDADES	SEGUIMIENTO OCI
POLÍTICAS DE OPERACIÓN Y ASPECTOS GENERALES	1. Cada año se revisarán los riesgos por procesos con sus respectivos controles y planes de mitigación.	Se evidencia las actualizaciones del mapa de riesgos de gestión por proceso en fechas: 03/28/2025, agosto de 2025 y 05/05/2026. Riesgos de corrupción con actualizaciones en fechas: 03/28/2025 y 05/05/2026 Riesgos de seguridad de la Información, los cuales fueron actualizados en fechas: 04/14/2025, 09/29/2025 y 05/05/2026. De esta manera, se evidencia el seguimiento realizado de manera anual a los riesgos con sus respectivas actualizaciones.
POLÍTICAS DE OPERACIÓN Y ASPECTOS GENERALES	2. La Oficina Asesora de Planeación será la encargada de apoyar a los responsables de los procesos para el levantamiento de los riesgos con su respectivos controles y planes de mitigación.	La Oficina Asesora de Planeación, realiza mesas de trabajo con los líderes de los procesos para la actualización de los mismos. Actividad realizada en abril de 2026.
POLÍTICAS DE OPERACIÓN Y ASPECTOS GENERALES	3. La Oficina Asesora de Planeación realizará monitoreo a los riesgos establecidos, consolidando la información de las áreas y remitiéndola a la Oficina de Control Interno para su seguimiento.	De conformidad con la información aportada por la Oficina Asesora de Planeación, se evidencia que la segunda línea de responsabilidades realizó el seguimiento a los riesgos en los meses de mayo y de septiembre de 2026. Información publicada en la página web de la entidad .

PROCEDIMIENTO	CRITERIOS/ACTIVIDADES	SEGUIMIENTO OCI
POLÍTICAS DE OPERACIÓN Y ASPECTOS GENERALES	4. Los líderes de Proceso realizarán monitoreo al Mapa de Riesgos de forma periódica.	Las actividades asociadas a la primera línea de responsabilidad se encuentran en la Política de Administración del Riesgo en la cual se establece la función de monitorear aspectos estructurales bajo su gestión. Se recomienda actualizar la política de operación acorde a las actividades propias de la realidad institucional.
POLÍTICAS DE OPERACIÓN Y ASPECTOS GENERALES	5. Cuando en las actividades se presente incumplimiento de requisitos de norma o de los clientes y/o usuarios, deberán implementarse el procedimiento denominado correctivas, preventivas y de mejora	Aunque esta actividad se encuentra formalizada en el procedimiento de Planes de Mejoramiento, se constató que la misma no opera a través del aplicativo ECM en la Entidad. En consecuencia, se recomienda actualizar la política de operación del procedimiento para alinearla con la dinámica operativa real y garantizar la trazabilidad en el Sistema Integrado de Gestión.
PROCEDIMIENTO 127-PRCVM-07 / ACTIVIDADES	Actividad No. 9. Incluir en el aplicativo establecido para tal fin, las acciones preventivas asociadas al mapa de riesgos. Registro (Aplicativo Acciones CPM)	Las acciones preventivas no se encuentran contempladas en el aplicativo ECM. Por tal razón, la actividad no se cumple en la Entidad.
PROCEDIMIENTO 127-PRCVM-07 / ACTIVIDADES	Actividad No. 10. Realizar Monitoreo y seguimiento al Plan de mitigación. Registro Aplicativo Acciones CPM	Las acciones preventivas no se encuentran contempladas en el aplicativo ECM. Por tal razón, la actividad de monitoreo no se cumple en la Entidad.
PROCEDIMIENTO 127-PRCVM-07 / ACTIVIDADES	Actividad No. 11. Incluir en el aplicativo establecido para tal fin, las evidencias y seguimientos al plan de mitigación de riesgos	Las acciones preventivas no se encuentran contempladas en el aplicativo ECM. Por tal razón, la actividad de incluir evidencias no se cumple en la Entidad.
PROCEDIMIENTO 127-PRCVM-07 / ACTIVIDADES	Actividad No. 12. Presentar informe periódico, del seguimiento al plan de mitigación, resultados y propuestas de mejoramiento. Registro: los líderes de proceso y/o enlaces de Planeación de cada proceso, presentan informe	Si bien los líderes de proceso reportan periódicamente vía correo electrónico el estado y las modificaciones de los mapas de riesgo (Gestión, Corrupción y Seguridad de la Información), se constató el incumplimiento de la Actividad No. 12 del procedimiento. La Entidad no elabora ni consolida el informe periódico formal del seguimiento al plan de mitigación, resultados y propuestas de mejoramiento, sustituyendo este entregable que se encuentra tácitamente procedimentado por comunicaciones informales por correo electrónico.

Fuente: Sistema Integrado de Gestión- VISOR MIPG, intranet. Información aportada por la Oficina Asesora de Planeación.

Productor del presente seguimiento efectuado por la Oficina de Control Interno -OCI, se evidencia que los numerales 1 a 3 cumplen con lo formalizado, mientras que las políticas de operación No. 4 y 5, así como las Actividades No. 9, 10, 11 y 12 del Procedimiento 127-PRCVM-07 presentan incumplimientos o desviaciones operativas.

En el mismo contexto, se revisó el procedimiento “Plan de Mejora de Auditoría”, código 127-PRCEC-03, versión 1, a cargo del proceso de Evaluación y Control, en el cual no se contemplan acciones preventivas para registrar en el aplicativo CPM, hoy denominando sistema para la evaluación control y mejoramiento continuo (ECM).

Aunado a lo anterior se evidencia que la Entidad no cuenta con un plan de tratamiento proveniente de las acciones preventivas o al plan de mitigación y su registro en el sistema respectivo para la correcta formulación de acción y su seguimiento.

5.1.3 Hallazgo No.2. Incumplimiento en la aplicación del procedimiento Administración de Riesgos 127-PRCVM-07 e Inoperatividad del aplicativo ECM para la gestión de acciones preventivas.

De conformidad con las Políticas de Operación (numerales 4 y 5) y las Actividades No. 9, 10, 11 y 12 del Procedimiento Administración de los Riesgos, código 127-PRCVM-07, los líderes de proceso y enlaces de Planeación tienen el deber de registrar las acciones preventivas, realizar el monitoreo al plan de mitigación e incluir los soportes correspondientes en el aplicativo ECM (CPM). Asimismo, el marco procedimental exige la elaboración y presentación de informes periódicos formales estructurados que consoliden el seguimiento al plan de mitigación, los resultados obtenidos y las propuestas de mejoramiento continuo.

17

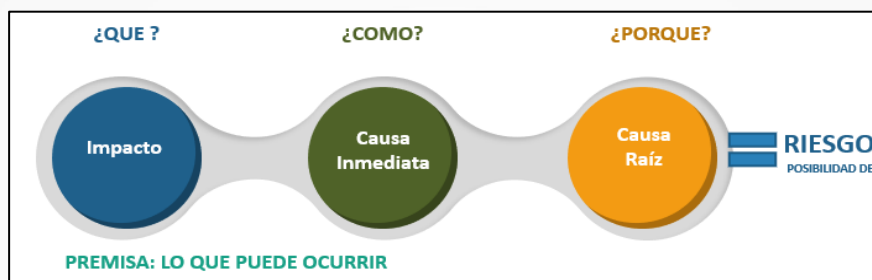
No obstante, en la presente evaluación se evidenció el incumplimiento del procedimiento, toda vez que las funcionalidades para registrar acciones preventivas, realizar el monitoreo y cargar evidencias no se encuentran habilitadas ni son operativas en el aplicativo ECM, tal y como lo establecen las actividades 9, 10 y 11. Adicionalmente, la Entidad omitió la consolidación y entrega de los informes periódicos formales exigidos en la Actividad 12, sustituyendo este entregable por reportes informales enviados vía correo electrónico entre las dependencias, lo cual evidencia una desconexión entre la norma escrita y la operación real de la Entidad.

Esta inobservancia genera pérdida de trazabilidad y dispersión documental, debilitando la estandarización y centralización del control institucional bajo el Modelo Estándar de Control Interno (MECI). En consecuencia, se recomienda a la Oficina Asesora de Planeación, en articulación con la OTIC, actualizar el procedimiento 127-PRCVM-07 y OCI actualizar el procedimiento 127-PRCVM-07, ajustando las Políticas de Operación a las herramientas tecnológicas efectivamente disponibles, o en su defecto, habilitar las funcionalidades requeridas en el software ECM, e institucionalizar el formato obligatorio para la entrega formal de los informes periódicos de seguimiento al plan de mitigación.

5.2 Seguimiento al mapa de riesgos de gestión.

Mediante requerimiento formal de seguimiento, la Oficina de Control Interno solicitó a la Oficina Asesora de Planeación los Mapas de Riesgos de Gestión por Procesos y Fiscales. A partir de la información suministrada, se realizó una verificación aleatoria a nueve (9) riesgos de Gestión por Proceso, evaluando la consistencia en la identificación, descripción del riesgo, severidad y controles, acorde con los criterios técnicos de la Guía DAFP v7.

Para el presente seguimiento se tiene en cuenta la siguiente estructura de redacción del riesgo y conceptos claves:



Fuente: Guía de la Administración del Riesgo y Diseño de Controles, versión 7, DAFP.

Adicionalmente para el presente seguimiento se tuvo en cuenta la estructura para redacción del control y tipo, acorde a los lineamientos del DAFP, que refieren a responsable de ejecutar el control, acción o actividad y complemento, este último corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control.

Tabla 6. Análisis de riesgos por procesos acorde a la Guía de Administración del Riesgo- DAFP V.7

PROCESO	TIPO	COD	RIESGO	CAUSAS	OBJETIVO DEL PROCESO	ANÁLISIS ESTRUCTURA REDACCIÓN DEL RIESGO	CONTROLES	ANÁLISIS GENERAL DE LOS CONTROLES
Direccionamiento Estratégico	Gestión	G1	Posibilidad de afectación Económica y Reputacional por Disminución del presupuesto asignado a la entidad por baja ejecución del presupuesto (castigo presupuestal) o volatilidad en la ejecución del plan de acción de los proyectos de inversión en la entidad debido a Baja ejecución presupuestal de recursos de reserva y/o de vigencia o surgimiento de hechos extraordinarios no previsibles en el proceso inicial de la formulación del plan de acción de los proyectos de inversión.	Causa Inmediata: Disminución del presupuesto asignado a la entidad por baja ejecución del presupuesto (castigo presupuestal) o volatilidad en la ejecución del plan de acción de los proyectos de inversión en la entidad. Causa Raíz: Baja ejecución presupuestal de recursos de reserva y/o de vigencia o surgimiento de hechos extraordinarios no previsibles en el proceso inicial de la formulación del plan de acción de los proyectos de inversión y deficiente ejecución de este.	Direccionar la planificación y coordinar de manera integral la gestión de la entidad, garantizando el logro de compromisos distritales e institucionales	Se observa que el riesgo identificado guarda relación con el objetivo del proceso, en particular con el direccionamiento de la planificación y el logro de los compromisos institucionales; no obstante, su formulación mezcla el evento, las causas y las consecuencias, incorporando la baja ejecución presupuestal, la disminución del presupuesto y la afectación económica y reputacional dentro de una misma descripción. Esta situación dificulta determinar con precisión qué puede ocurrir, cuáles son sus causas y cuáles serían sus efectos sobre el cumplimiento del objetivo del proceso, contrario a la estructura metodológica prevista en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – Versión 7. Se recomienda revisar y ajustar la formulación del riesgo y sus causas, asegurando su trazabilidad con el objetivo del proceso.	1. El jefe de la Oficina Asesora de Planeación realizará el seguimiento a la ejecución presupuestal y metas de los proyectos de inversión en coherencia con lo establecido en el plan anual de adquisiciones. 2. La Jefe de la Oficina Asesora de Planeación con el apoyo de su equipo de trabajo revisa, emite recomendaciones y avala la formulación de los planes de acción anual de los proyectos de inversión, para que estos sean realizables y cumplan con las magnitudes de las metas plan de desarrollo programadas para la vigencia. 3. La jefe de la Oficina Asesora de Planeación revisa, retroalimenta (ajustes y alertas tempranas) y viabiliza el seguimiento	El riesgo identificado tiene como causas: Baja ejecución presupuestal de recursos de reserva y/o vigencia. Deficiencias en la ejecución del plan de acción de los proyectos. Surgimiento de hechos extraordinarios no previsibles. Deficiente ejecución del plan de acción. Los tres controles se concentran principalmente en: Planeación, revisión de planes, seguimiento y alertas. Lo anterior obedece a una cobertura razonable frente a las causas relacionadas con deficiencias de planeación, programación y seguimiento de proyectos de inversión. Sin embargo, no se observa con suficiente claridad un control que específicamente este orientado a gestionar la causa relacionada con la baja ejecución de recursos de reserva y/o vigencia, ni un mecanismo claramente definido para gestionar situaciones extraordinarias que puedan alterar la programación inicial. Se recomienda revisar el riesgo y los controles conforme a la Guía de Administración del Riesgo del DAFP.

PROCESO	TIPO	COD	RIESGO	CAUSAS	OBJETIVO DEL PROCESO	ANÁLISIS ESTRUCTURA REDACCIÓN DEL RIESGO	CONTROLES	ANÁLISIS GENERAL DE LOS CONTROLES
							reportado por los gerentes de proyectos.	
Direccionamiento Estratégico	Gestión	G3	Posibilidad de afectación Reputacional por Pérdida a nivel interno y externo de la credibilidad e imagen institucional debido a bajo posicionamiento de la imagen de la entidad a nivel interno y externo generada por la deficiencia de los mecanismos de comunicación.	Causa Inmediata: La nula difusión en redes sobre la misionalidad y desarrollo de las actividades de la entidad Causa Raíz: bajo crecimiento de seguidores en redes sociales y no difusión de información en canales internos	Direccionar la planificación y coordinar de manera integral la gestión de la entidad, garantizando el logro de compromisos distritales e institucionales	Se observa que el riesgo G3 guarda relación con el objetivo del proceso de Direccionamiento Estratégico, en tanto las comunicaciones institucionales contribuyen a la divulgación de la gestión y al relacionamiento con los grupos de interés. No obstante, la formulación presenta debilidades en la diferenciación entre evento, causas y consecuencias, toda vez que incorpora de manera conjunta la deficiencia de los mecanismos de comunicación, el bajo posicionamiento y la pérdida de credibilidad e imagen institucional. Asimismo, la causa inmediata y la causa raíz describen situaciones similares al evento y, particularmente, el bajo crecimiento de seguidores corresponde más a un resultado o indicador que a una causa que explique la ocurrencia del riesgo.	El (la) jefe de la Oficina Asesora de Comunicaciones se encargará de supervisar y hacer seguimiento de las métricas de crecimiento en redes sociales y para los canales internos seguimiento de la difusión de información.	Respecto del control, se identifica pertinencia al contemplar la supervisión y seguimiento de métricas de las redes sociales y de la difusión de información en canales internos. Sin embargo, su cobertura resulta parcial frente al riesgo formulado, dado que se concentra en el crecimiento de seguidores, número de publicaciones y elaboración de informes, sin establecer criterios suficientes para evaluar la efectividad, oportunidad, alcance y pertinencia de las comunicaciones frente a los públicos objetivo y al propósito de fortalecer el posicionamiento del DADEP. De igual manera, el indicador definido se orienta principalmente a verificar la elaboración de informes de seguimiento, sin medir directamente la efectividad del control ni determinar si las acciones implementadas permiten mejorar el alcance y oportunidad de las comunicaciones o mitigar las condiciones que pueden afectar la imagen de la Entidad. Se recomienda revisar el riesgo especialmente el criterio de "por deficiencias de mecanismos de comunicación" y establecer controles asociados al proceso como planes de mitigación de las comunicaciones.

PROCESO	TIPO	COD	RIESGO	CAUSAS	OBJETIVO DEL PROCESO	ANÁLISIS ESTRUCTURA REDACCIÓN DEL RIESGO	CONTROLES	ANÁLISIS GENERAL DE LOS CONTROLES
Administración y Gestión del Observatorio y la Política de Espacio Público de Bogotá	Gestión	G6	Posibilidad de afectación Reputacional por un bajo interés en los documentos realizados por el Observatorio del Espacio Público por la comunidad u otras entidades para la toma de decisiones, debido a la falta de rigurosidad técnica en los documentos que se publican para el nivel Institucional y Distrital.	Causa Inmediata: Baja apropiación del Observatorio del Espacio Público por la comunidad u otras entidades para la toma de decisiones. Causa Raíz: Falta de rigurosidad técnica en los documentos que se publican para el nivel institucional y distrital.	Producir y divulgar el conocimiento sobre el Espacio Público, utilizando la generación, recopilación y análisis de datos interoperables e información, profundizando la comprensión de las características, procesos y dinámicas relacionadas con el espacio público en el Distrito Capital, facilitando la toma de decisiones informadas y contribuyendo a la gestión de la implementación de la Política Pública Distrital de Espacio Público -PPDEP	Se observa que el riesgo presenta debilidades en su formulación, al incorporar dentro de una misma descripción el impacto reputacional, el bajo interés o apropiación de los documentos y la falta de rigurosidad técnica, sin diferenciar claramente el evento, sus causas y consecuencias. Adicionalmente, la causa inmediata corresponde a una condición similar al evento identificado, esto dificulta para establecer una relación causal. El bajo interés de los documentos no es un evento controlable.	El profesional asignado realiza la actualización del sitio web del Observatorio, garantizando la revisión técnica y validación de los contenidos conforme a los lineamientos metodológicos e institucionales definidos por la SRI antes de su publicación.	Respecto del control, se identifica correspondencia con la causa asociada a la rigurosidad técnica, dado que contempla la revisión y validación de los contenidos antes de su publicación. No obstante, presenta debilidades en su diseño, puesto que relaciona la falta de definición de criterios específicos para la validación, la identificación precisa de la evidencia que soporta su ejecución y las acciones a implementar frente a las desviaciones identificadas. Asimismo, se registra una periodicidad “continua”, mientras que la actividad asociada señala el reporte cuatrimestral del informe, situación que requiere ser precisada para garantizar la trazabilidad de su ejecución. Se recomienda revisar la redacción del control y su identificación analizando aspectos como el bajo interés en los documentos que produce el observatorio y asociar controles conforme al proceso.

PROCESO	TIPO	COD	RIESGO	CAUSAS	OBJETIVO DEL PROCESO	ANÁLISIS ESTRUCTURA REDACCIÓN DEL RIESGO	CONTROLES	ANÁLISIS GENERAL DE LOS CONTROLES
Administración del Patrimonio Inmobiliario Distrital	Gestión	G14	Posibilidad de afectación económica y reputacional por atrasos en la presentación de los informes de ejecución por parte de los terceros administradores de bienes de uso público y fiscales entregados por el DADEP debido a que no se realizan los requerimientos de control y el contratista incumple con las obligaciones adquiridas mediante la suscripción del contrato o convenio.	Causa Inmediata: Debilidades en el seguimiento y control al cumplimiento de las obligaciones contractuales por parte de los terceros administradores. Causa Raíz: Falta de lineamientos y procedimientos claros para el seguimiento y control de la ejecución contractual. Debilidades en la supervisión e interventoría de los contratos o convenios.	Ejercer el manejo efectivo del Inventario General de espacio público y de bienes fiscales a cargo del Departamento Administrativo de la Defensoría de Espacio Público.	Se observa que el riesgo G14 guarda relación con el objetivo del proceso, en tanto los atrasos en la presentación de informes por parte de los terceros administradores pueden afectar el seguimiento y control de los bienes de uso público y fiscales a cargo del DADEP. No obstante, su formulación mezcla varios conceptos: el evento, las causas y las consecuencias, puesto que incorpora en una misma descripción los atrasos en la presentación de informes, la ausencia de requerimientos de control, el incumplimiento contractual y las afectaciones económica y reputacional, dificultando la trazabilidad de la relación causal. Aunado a ello, en el caso que los bienes entregados se encuentren en el marco de un contrato/convenio, estos tienen asociadas sus propias cláusulas contractuales y el riesgo debe ser identificado en la matriz de riesgos del contrato.	El profesional asignado para la supervisión de los instrumentos vigentes, realiza seguimiento de la presentación de informes con la matriz de seguimiento para la presentación de informes.	Respecto del control, se identifica correspondencia con la causa relacionada con las debilidades en el seguimiento y control de las obligaciones contractuales, mediante el uso de una matriz de seguimiento y el envío de requerimientos a los terceros administradores. Sin embargo, se presentan debilidades en su diseño, particularmente frente a la oportunidad de ejecución, toda vez que el control se registra con una frecuencia “continua”, mientras que el periodo de seguimiento se establece como “cuatrimestral”. Se recomienda revisar la redacción del riesgo y si es del caso revisarlos en el marco de la gestión contractual.

PROCESO	TIPO	COD	RIESGO	CAUSAS	OBJETIVO DEL PROCESO	ANÁLISIS ESTRUCTURA REDACCIÓN DEL RIESGO	CONTROLES	ANÁLISIS GENERAL DE LOS CONTROLES
Gestión de Recursos	Gestión	G28	Posibilidad de afectación Económico y Reputacional por no realizar la óptima ejecución del Programa Anual de Caja.	Causa Inmediata: No trámite oportuno de las cuentas de cobro. Causa Raíz: Desconocimiento de las directrices y estado de ejecución del PAC.	Suministrar oportunamente los bienes y/o servicios que la entidad requiere para cumplir su misión.	Se observa que el riesgo G28 guarda relación con el objetivo del proceso de "Gestión de Recursos", en tanto una inadecuada ejecución del Programa Anual de Caja puede afectar la oportunidad en la disponibilidad y pago de los recursos requeridos para atender las obligaciones de la entidad. No obstante, la formulación del riesgo presenta debilidades en la diferenciación del evento, las causas y las consecuencias, al establecer como evento la "no óptima ejecución del PAC", sin precisar de manera concreta la situación que puede ocurrir, sus causas y los efectos derivados de su materialización	El profesional Universitario realiza la socialización de los lineamientos para la programación y reprogramación del PAC, así como su seguimiento mensual.	Se evidencia que la redacción del control no actúa de manera directa sobre la causa inmediata asociada al trámite inoportuno de las cuentas de cobro, ni establece criterios para identificar oportunamente desviaciones frente a la programación del PAC, responsables de su gestión y acciones frente a las desviaciones detectadas. Adicionalmente, se presentan inconsistencias en la periodicidad del control, toda vez que se registra como "continua", se señala un seguimiento mensual, el periodo de seguimiento corresponde a anual y la actividad definida consiste en una socialización anual. A su vez, el indicador establecido "una socialización de lineamientos realizada" permite verificar el cumplimiento de la actividad, pero no mide la efectividad del control ni su incidencia sobre la oportunidad en el trámite de las cuentas de cobro o sobre la ejecución del PAC, puesto que la ejecución del mismo es de manera transversal a toda la Entidad

PROCESO	TIPO	COD	RIESGO	CAUSAS	OBJETIVO DEL PROCESO	ANÁLISIS ESTRUCTURA REDACCIÓN DEL RIESGO	CONTROLES	ANÁLISIS GENERAL DE LOS CONTROLES
Gestión del Talento Humano	Gestión	G34	Posibilidad de baja participación del personal de la entidad en las actividades de bienestar y de capacitación, logradas a través de la gestión.	Causa Inmediata: poco interés de participación en las actividades de bienestar y capacitación adelantadas por la entidad. Causa Raíz: falta de identificación y focalización de los temas y actividades de interés de los servidores públicos	Propiciar el fortalecimiento de las competencias del talento humano, a través de programas, que propendan por el mejoramiento del desempeño laboral y el desarrollo institucional contando con personal idóneo y calificado que conlleven al cumplimiento de los objetivos institucionales	Se observa que el riesgo G34 guarda relación con el objetivo del proceso de Gestión del Talento Humano, en tanto una baja participación en las actividades de bienestar y capacitación puede limitar las acciones orientadas al fortalecimiento de las competencias, el desempeño laboral y el desarrollo institucional. No obstante, la formulación presenta debilidades en la diferenciación entre el evento y sus causas, toda vez que la “baja participación” se establece como evento y el “poco interés de participación” como causa inmediata, correspondiendo ambas a situaciones similares que no permiten establecer con claridad la relación causal.	El líder del proceso realiza la identificación de las actividades y temas de interés de los servidores públicos para enfocar la consecución de actividades y capacitaciones a través de la realización de encuestas.	Respecto del control, se identifica correspondencia con la causa raíz relacionada con la falta de identificación y focalización de los temas y actividades de interés de los servidores, mediante la aplicación de encuestas. No obstante, el control se limita principalmente a identificar intereses, sin establecer de manera expresa los criterios para analizar y utilizar los resultados en la programación, priorización o ajuste de las actividades, ni mecanismos posteriores para verificar si las acciones implementadas generan una mejora en los niveles de participación. Adicionalmente, se presentan inconsistencias en la periodicidad, dado que el control se registra como “continuo”, mientras que el periodo de seguimiento es semestral y la actividad corresponde a la realización de una encuesta. Asimismo, el indicador “Una encuesta realizada” permite verificar el cumplimiento de la actividad, pero no mide su efectividad ni determina si los resultados obtenidos contribuyeron a incrementar la participación de los servidores. Se recomienda revisar el riesgo especialmente de los conceptos “logradas a través de la gestión”, así como el control y asociado a las actividades propias del proceso.

PROCESO	TIPO	COD	RIESGO	CAUSAS	OBJETIVO DEL PROCESO	ANÁLISIS ESTRUCTURA REDACCIÓN DEL RIESGO	CONTROLES	ANÁLISIS GENERAL DE LOS CONTROLES
Verificación y Mejoramiento Continuo	Gestión	G37	Posibilidad de afectación reputacional por incumplimiento en la ejecución y cierre oportuno de las acciones y actividades de mejoramiento registradas en el aplicativo ECM.	Causa Inmediata: Seguimiento inadecuado al cumplimiento de las acciones y actividades de mejoramiento registradas en el aplicativo ECM. Causa Raíz: Debilidades en la gestión, control y verificación de las acciones de mejoramiento, que impiden asegurar su cumplimiento oportuno y cierre efectivo.	Brindar acompañamiento a los diferentes procesos de la Entidad con el fin de fomentar el autocontrol, y determinar oportunidades de mejoramiento continuo a partir de las evaluaciones y seguimientos.	Se observa que el riesgo G37 guarda relación directa con el objetivo del proceso de Verificación y Mejoramiento Continuo, en tanto el incumplimiento o cierre inoportuno de las acciones de mejoramiento registradas en el aplicativo ECM puede limitar el propósito de acompañamiento, seguimiento y determinación de oportunidades de mejora de la Entidad. No obstante, la causa inmediata "seguimiento inadecuado" y la causa raíz relacionada con "debilidades en la gestión, control y verificación" presentan ambigüedad, puesto que dificulta identificar con precisión los factores que pueden originar el incumplimiento o cierre inoportuno de las acciones. Otro aspecto relevante es la condición "por incumplimiento en la ejecución" que es una consecuencia y el "cierre oportuno" el cual no sería un riesgo. De esta manera, se evidencia una redacción del riesgo confusa.	El profesional del área realiza monitoreo trimestral a las acciones de mejoramiento registradas en el aplicativo ECM, verificando su avance, fechas de cumplimiento y evidencias de ejecución.	El control concentra su actuación en el monitoreo y envío de alertas, sin establecer de manera expresa la verificación de la atención de estas, el escalamiento ante la persistencia del incumplimiento y el seguimiento hasta el cierre efectivo de las acciones, acorde a la realidad institucional. Asimismo, el indicador definido —"Número de correos electrónicos enviados"— permite medir la ejecución de la actividad de alerta, pero no determina la efectividad del control, dado que no permite establecer si las acciones alertadas fueron atendidas, ejecutadas y cerradas oportunamente. De igual manera, la acción prevista ante la materialización se orienta al establecimiento de nuevas acciones cuando una medida resulte no efectiva, sin contemplar de manera integral el tratamiento de acciones vencidas, incumplidas o que no atiendan las alertas generadas.

PROCESO	TIPO	COD	RIESGO	CAUSAS	OBJETIVO DEL PROCESO	ANÁLISIS ESTRUCTURA REDACCIÓN DEL RIESGO	CONTROLES	ANÁLISIS GENERAL DE LOS CONTROLES
Control Interno Disciplinario	Gestión	G40	Posibilidad de afectación Reputacional por vencimiento de términos de los procesos disciplinarios debido a Incumplimiento a la normatividad vigente y aplicable al proceso Disciplinario, lo cual puede generar irregularidades del proceso, nulidades, prescripción y/o caducidad.	Causa Inmediata: Vencimiento de términos de los procesos disciplinarios Causa Raíz: Incumplimiento a la normatividad vigente y aplicable al proceso Disciplinario, lo cual puede generar irregularidades del proceso, nulidades, prescripción y/o caducidad.	Prevenir conductas que se constituyan como faltas disciplinarias, o en su defecto, indagar y/o investigar a los funcionarios de la entidad, para determinar su responsabilidad, e imponer la sanción correspondiente si a ello hay lugar	Se observa que el riesgo G40 guarda relación directa con el objetivo del proceso de Control Interno Disciplinario, en tanto el vencimiento de los términos procesales puede afectar el desarrollo oportuno de las actuaciones orientadas a determinar la responsabilidad disciplinaria. No obstante, la formulación presenta debilidades en la estructura causal, toda vez que el evento identificado corresponde al “vencimiento de términos” y la causa inmediata se encuentra definida bajo la misma condición, sin explicar los factores que pueden originarlo. Asimismo, la causa raíz asociada al “incumplimiento de la normatividad vigente” presenta un nivel general lo cual dificulta identificar las condiciones específicas que pueden generar la materialización del riesgo.	El Jefe de la Oficina analiza, adelanta y verifica las actuaciones procesales realizadas en el rol de instrucción, dentro de los términos establecidos en el Código General Disciplinario.	La efectividad del control descrito está orientada principalmente a prevenir la ocurrencia del vencimiento de términos, es decir, a afectar la probabilidad. Sin embargo, el control documentado de la matriz seguimiento a los procesos disciplinarios y la verificación de actuaciones procesales puedan reducir la magnitud del impacto una vez ocurrido el evento. De igual manera, la evidencia definida en “informe de número de procesos y radicados” no permite acreditar integralmente la ejecución y efectividad del control, puesto que no se observa un indicador que mida directamente el cumplimiento oportuno de las actuaciones procesales. Se recomienda revisar el riesgo especialmente los criterios “debido al incumplimiento de la normatividad vigente” y establecer controles asociados al proceso.

Fuente: Elaboración propia con información suministrada por la Oficina Asesora de Planeación y Mapa de Riesgos de Gestión por procesos 2026.

El anterior seguimiento evidencia deficiencias en la redacción de riesgos, especialmente el análisis de causas, puesto que se confunde con consecuencias; y se observan ambigüedades frente a la redacción de los mismos. De igual manera los controles refieren en su mayoría a que están documentados, sin embargo, no se evidencian coincidencias con los puntos de control de los procedimientos.

5.2.1 Observación No. 2. Debilidades en la formulación de riesgos y controles asociados al mapa de riesgos de gestión por proceso

Producto de la revisión efectuada al mapa de riesgos de gestión de la Entidad, se analizaron nueve (9) riesgos por proceso, identificándose debilidades en su formulación, particularmente en la diferenciación y articulación entre el evento, las causas y las consecuencias. En varios de los riesgos revisados, las causas identificadas corresponden a situaciones similares al evento o a sus posibles consecuencias, lo que dificulta establecer con claridad las condiciones que pueden originar la materialización del riesgo y, por tanto, limita la adecuada definición de los controles para su tratamiento.

Respecto de los controles, si bien en su mayoría se encuentran registrados como documentados, se identificaron debilidades en su articulación con los procedimientos de los procesos asociados, toda vez que, para los riesgos objeto de revisión, no se identificaron coincidencias suficientes entre los controles registrados en el mapa de riesgos y los puntos de control establecidos en los procedimientos del DADEP. Esta situación limita la trazabilidad entre la gestión de riesgos y la operación de los procesos, así como la identificación de los mecanismos mediante los cuales los riesgos son efectivamente gestionados en el desarrollo de las actividades.

27

Adicionalmente, frente a la valoración de la probabilidad, se considera necesario que la Entidad fortalezca el análisis de la frecuencia de ocurrencia o exposición a las actividades susceptibles de generar el riesgo, teniendo en cuenta la dinámica y características propias de cada proceso, de manera que la valoración responda a condiciones reales y verificables de operación.

Lo anterior contraviene a lo establecido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, en particular la dimensión de Control Interno, que establece la necesidad de implementar una gestión de riesgos que permita identificar, analizar y valorar los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales, así como establecer controles para su tratamiento y monitoreo; a su vez, la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas - DAFP, refiere la importancia de la adecuada identificación y estructuración de los riesgos mediante la diferenciación del evento, causas y consecuencias, y con el diseño de controles que permitan establecer claramente su responsable, acción, periodicidad, propósito, evidencia y tratamiento de las desviaciones.

5.3 Materialización de riesgos y su tratamiento

De conformidad con el Informe de Seguimiento a la Gestión de Riesgos con corte a octubre de 2025, en el cual se formuló la Observación No. 3 y una alerta preventiva relacionada con el Mapa de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información, la Oficina de Control Interno – OCI solicitó a la

Oficina Asesora de Planeación – OAP informar los avances y acciones adelantadas frente a las situaciones identificadas.

En respuesta, mediante memorando ORFEO No. 20261100033213, la OAP informó las actuaciones adelantadas durante la vigencia 2025, señalando que la trazabilidad institucional relacionada con la actualización y tratamiento de los riesgos de seguridad de la información se encuentra soportada en las actividades de validación, orientación, seguimiento y aprobación desarrolladas durante dicha vigencia. En primera instancia, la OAP informó que el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad de la Información, código 127-PPPGI-12, versión 3, registra la validación, por parte de dicha Oficina, de la matriz institucional correspondiente a la vigencia 2025.

Adicionalmente, frente a la materialización de un riesgo de seguridad de la información, la OAP emitió pronunciamiento mediante correo electrónico del 18 de julio de 2025, dirigido a la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – OTIC, mediante el cual estableció acciones adicionales a la aplicación del plan de contingencia, orientadas a garantizar la continuidad del servicio y fortalecer la gestión del riesgo.

En dicha comunicación, la OAP señaló la necesidad de realizar el análisis de causas, determinar acciones preventivas y de mejora, documentar la situación en el Plan de Mejoramiento Institucional, revisar y replantear los riesgos del proceso y actualizar el mapa de riesgos. Asimismo, solicitó a la OTIC efectuar los ajustes requeridos en el aplicativo ECM para permitir el registro de los hallazgos derivados de la materialización de los riesgos, su fuente y las correspondientes acciones de mejora, así como avanzar en la formulación del respectivo plan de mejoramiento.

28

De igual manera, la OAP indicó que el proceso de Gestión de Tecnología e Información, en su calidad de primera línea de responsabilidad, debía adelantar el análisis para la actualización de los riesgos de seguridad de la información, con el propósito de que, posteriormente, en articulación con la OAP, se efectuaran los ajustes correspondientes a su identificación y valoración:

Posteriormente, de acuerdo con el seguimiento efectuado por la Oficina de Control Interno, el Comité Institucional de Gestión y Desempeño – CIGD, en sesión del 8 de septiembre de 2025, aprobó la modificación del mapa de riesgos. Con dicha aprobación se formalizó la incorporación de siete (7) riesgos reformulados, junto con sus respectivos controles, acciones de tratamiento e indicadores de seguimiento.

En este sentido, se reconoce que la Entidad adelantó actuaciones orientadas a atender la situación identificada, particularmente mediante la intervención de la OAP en la validación de la matriz institucional, la emisión de orientaciones frente a la materialización del riesgo, el requerimiento de análisis de causas y acciones de mejora, y el posterior acompañamiento para la actualización y modificación del mapa de riesgos.

No obstante, desde la perspectiva de control interno y auditoría basada en riesgos, persisten aspectos susceptibles de fortalecimiento relacionados con la trazabilidad documental de las actuaciones adelantadas frente a la materialización del riesgo, particularmente respecto de la evidencia que soporte el análisis de causa raíz, la evaluación de los efectos e impactos asociados a la privacidad de los datos personales y la documentación y escalamiento oportuno de la situación

ante la segunda línea de responsabilidad, de acuerdo con las responsabilidades definidas en el esquema institucional de líneas de defensa.

Es importante precisar que, para la época de ocurrencia de los hechos, la Política de Administración del Riesgo vigente en la Entidad no establecía de manera expresa el procedimiento o las actuaciones específicas a desarrollar frente a la materialización de los riesgos. Posteriormente, la Entidad actualizó dicho instrumento e incorporó un apartado específico relacionado con el tratamiento de los riesgos materializados, mediante el cual se precisan las actuaciones a desarrollar en estos eventos. Por lo anterior, esta situación se considera subsanada hacia adelante, sin perjuicio de las oportunidades de mejora identificadas respecto de la trazabilidad y documentación de las actuaciones correspondientes al evento ocurrido en 2025.

En consecuencia, si bien se evidencian avances en la actualización y fortalecimiento del esquema de gestión de riesgos de seguridad y privacidad de la información, se recomienda continuar fortaleciendo la documentación y trazabilidad de las actuaciones derivadas de la materialización de riesgos, asegurando que el análisis de causas, la valoración de impactos, las acciones de tratamiento, el seguimiento y el escalamiento entre las líneas de defensa queden formalmente soportados y articulados con los instrumentos institucionales de gestión del riesgo y mejoramiento.

5.3.1 Análisis de procesos con posibles riesgos materializados

En el marco del seguimiento a la gestión de riesgos de la Entidad, se revisaron los resultados de los informes de auditoría y evaluaciones independientes realizadas por la Oficina de Control Interno – OCI, con el propósito de identificar situaciones que, aun cuando no configuren una materialización formal del riesgo, puedan constituir señales de alerta o condiciones susceptibles de generar su ocurrencia.

En este contexto, se tomó como referencia el Informe Final de Auditoría a Situaciones Administrativas del Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público – DADEP, emitido en fecha 25 de junio de 2026, en el cual fueron analizados los riesgos asociados al proceso de Gestión del Talento Humano y se formuló una recomendación relacionada con el fortalecimiento de los controles. En particular, se revisaron los riesgos G34, G35 y G36, así:

Tabla 7. Riesgos de gestión proceso Gestión del Talento Humano

CÓDIGO	RIESGO	IMPACTO
G34	Posibilidad de baja participación del personal de la entidad en las actividades de bienestar y de capacitación, logradas a través de la gestión.	Reputacional
G35	Posibilidad de ocurrencia de accidentes, incidentes de trabajo y posibles enfermedades laborales.	Económico y Reputacional
G36	Posibilidad de afectación económica y reputacional por errores en la liquidación y pago de la nómina sin el respectivo control dentro del proceso en beneficio propio o de un tercero.	Económico y Reputacional
Observación informe de auditoría “Situaciones Administrativas”:		

CÓDIGO	RIESGO	IMPACTO
		<i>Cabe resaltar que, aunque no se evidenció materialización de ninguno de los tres (3) riesgos anteriormente descritos, se identificó en la verificación efectuada a los actos administrativo de interrupción de vacaciones, posibilidad de materialización del riesgo G36, por deficiencias en la planeación, esta situación puede generar acumulación de días pendientes de disfrute y, eventualmente, obligaciones económicas para la Entidad derivadas de su compensación al momento del retiro del servidor, lo que resulta contrario a los principios de eficiencia, economía y austeridad del gasto público establecidos en la Circular Externa SDH- 0000002, plan de austeridad en el gasto distrital 2025- 2027, en coherencia con la observación No. 2. Alerta preventiva: Debilidades en la gestión de interrupción de vacaciones, lo que invita al área a fortalecer los controles existentes.</i>

Fuente: [Informe de Auditoría a Situaciones Administrativas del Departamento Administrativo de la Defensoría del Espacio Público – DADEP.](#)

En el mismo sentido la Oficina Asesora de Planeación mediante radicado Orfeo No. 20261100033213, informo:

“Para el periodo comprendido entre el 1 de julio de 2025 y el 31 de julio de 2026, no se evidenciaron nuevas materializaciones de riesgos”.

No obstante, es importante precisar que la ausencia de una materialización formal reportada no excluye la existencia de situaciones identificadas mediante auditorías o evaluaciones independientes que puedan constituir señales de alerta, condiciones precursoras o debilidades de control asociadas a los riesgos definidos por los procesos.

De acuerdo con lo anterior, si bien para el periodo comprendido entre el 1 de julio de 2025 y el 31 de julio de 2026 la OAP informó que no se presentaron nuevas materializaciones de riesgos, se identificó que los informes de auditoría y evaluaciones independientes pueden contener situaciones que requieren ser analizadas por los responsables de los procesos desde la perspectiva de gestión del riesgo.

30

Por lo anterior, se recomienda a la primera línea de responsabilidad, en ejercicio de su rol como propietaria de los riesgos, incorporar en sus actividades de monitoreo y seguimiento la revisión de los resultados, observaciones, hallazgos y alertas preventivas derivados de los informes de auditoría y evaluaciones independientes de la OCI, con el propósito de determinar oportunamente si las situaciones identificadas constituyen materializaciones o condiciones que puedan favorecer su ocurrencia, y adoptar, cuando corresponda, las acciones de tratamiento, fortalecimiento de controles y actualización de los riesgos.

5.4 Actividades adelantadas para la identificación de los riesgos de tipo fiscal.

De acuerdo con este punto se evidencia la inclusión en el mapa de riesgos de gestión por procesos de un riesgo de tipo fiscal asociado al proceso “Inventario General del Espacio Público y Bienes Fiscales” con las siguientes connotaciones:

Criterio acorde a la Guía de la Administración del Riesgo y Diseño de Controles, versión 7, DAFP: *“El riesgo fiscal se estructura a partir de un evento potencial —acción u omisión— y un efecto dañoso sobre recursos públicos, bienes o intereses patrimoniales de naturaleza pública”*

La Entidad identifico el siguiente riesgo:

Tabla 8. Riesgo Fiscal G44

RIESGO	IMPACTO	CAUSAS	OBJETIVO DEL PROCESO	CONTROLES
Posibilidad de efecto dañoso sobre bienes de uso público por la no escrituración y entrega de las zonas de cesión obligatorias y/o escrituración y entrega incompleta de estas; a causa de la omisión de los urbanizadores en la entrega de las zonas de cesión a la ciudad y/o omisión en el seguimiento a la entrega de estas.	Económico y Reputacional	Causa Inmediata: Por deterioro o daño por la no escrituración y entrega de las zonas de cesión obligatorias y/o escrituración y entrega incompleta de estas Causa Raíz: A causa de la omisión de los urbanizadores en la entrega de las zonas de cesión a la ciudad y/o omisión en el seguimiento a la entrega de estas por alteración en los linderos al momento de la escrituración de las respectivas zonas de cesión.	Mantener actualizada la información de las urbanizaciones predios y/o construcciones del inventario general del espacio público y bienes fiscales del Distrito Capital, asegurando la calidad y oportunidad de los datos cartográficos y alfanuméricos.	El profesional asignado verifica a través de las respectivas actas y demás documentos técnicos la información que será registrada en el proceso de escrituración de los predios de acuerdo con los procedimientos de Incorporación Entrega de Zonas de cesión

Fuente: Mapa de Riesgos de Gestión por procesos 2026.

Bajo esta estructura, la formulación del riesgo G44 se evidencia ambigüedad del posible efecto dañoso, la situación que podría generarlo y las circunstancias asociadas a su ocurrencia, dificultando diferenciar con claridad el evento potencial de su efecto sobre los bienes de naturaleza pública; a su vez, el control definido no permite sustentar de manera suficiente la mitigación de la totalidad del evento potencial fiscal identificado, particularmente frente a la posible omisión en el seguimiento a la entrega de las zonas de cesión. De igual manera, la evidencia establecida “base de datos de aprobación de actas”, permite acreditar la existencia de información, pero no necesariamente demuestra la efectividad del control para prevenir o detectar oportunamente situaciones susceptibles de generar un efecto dañoso sobre bienes de naturaleza pública.

Por lo anterior, se evidencia la gestión que la Entidad viene realizando frente a los riesgos de tipo fiscal y su identificación, son de aspecto positivo. De esta manera se recomienda continuar madurando la valoración del riesgo de manera preventiva, fortalecer su gestión, mediante la revisión y ajuste de su formulación, diferenciando claramente el evento potencial (acción u omisión) del efecto dañoso sobre los bienes de naturaleza pública, y complementando los controles existentes con mecanismos que permitan realizar seguimiento integral a las zonas de cesión.

6. ACCIONES TOMADAS FRENTE A RECOMENDACIONES REALIZADAS POR LA OCI

En virtud del “Informe de Seguimiento a la Gestión de Riesgos 2025”, radicado Orfeo Nro. 20251100043253 la Oficina de Control Interno emitió recomendaciones, las cuales son objeto de seguimiento en la presente evaluación y de manera aleatoria se presentan, a continuación:

Tabla 9. Seguimiento a las recomendaciones del informe anterior.

RECOMENDACIÓN OCI	GESTIONES REALIZADAS POR EL ÁREA	SEGUIMIENTO OCI
Frente a la Política de Administración del Riesgo, se sugiere establecer las actividades en caso de materialización de riesgos de gestión, seguridad de la información y fiscales, definidos por cada una de las líneas de defensa, así como determinar los plazos para el reporte, formulación de acciones correctivas y suscripción del plan de mejoramiento.	En atención a la recomendación formulada por la Oficina de Control Interno OCI, relacionada con establecer actividades en caso de materialización de riesgos de gestión, seguridad de la información y fiscales, así como determinar los plazos para el reporte, en la versión 5 de la Política de Administración del Riesgo se desarrollaron dichas actividades En este sentido, se incorporó el numeral 16. “Acciones ante los riesgos materializados”, mediante el cual se establecen las actuaciones que deben adelantarse cuando se materializa un riesgo, orientadas a su reporte, análisis, tratamiento y formulación de las acciones correspondientes, de acuerdo con las responsabilidades de las diferentes líneas de responsabilidad. Así mismo, se incorporó el numeral 19. “Control y Monitoreo (Periodo de revisión riesgos institucionales)”, con el propósito de establecer los lineamientos relacionados con el seguimiento y revisión periódica de los riesgos institucionales.	Se evidencia en la Política de Administración del Riesgo, versión 5, un acápite respecto a las acciones ante los riesgos materializados, así como el control y monitoreo con su periodicidad. Por lo anterior se observa que la Entidad acogió la recomendación para el mejoramiento institucional.
Se recomienda a la Oficina Asesora de Planeación, presentar ante el CIGD y CICC el estado de la gestión de riesgos, así como la información de los riesgos materializados para la toma de decisiones.	En atención a la recomendación formulada por la Oficina de Control Interno OCI, relacionada con la presentación ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICC) el estado de la gestión de riesgos y de los riesgos materializados, para apoyar la toma de decisiones, la Oficina Asesora de Planeación acogió la recomendación y dio inicio a la presentación periódica de los resultados de la gestión de riesgos ante dichas instancias. A partir de esta actuación, la Oficina Asesora de Planeación ha venido incorporando en las sesiones del CIGD y del CICC la presentación de información relacionada con el estado de la gestión de riesgos, los resultados de los monitoreos, las actualizaciones de los mapas de riesgos y,	Revisadas las actas del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, se observó que durante la vigencia 2026 se presentó ante estas instancias la actualización y aprobación de la Política de Administración del Riesgo. Asimismo, se evidencian avances en la presentación del estado de la gestión de riesgos a la Alta Dirección. Se recomienda dar continuidad a esta práctica, fortaleciendo el seguimiento periódico y la presentación de información relevante sobre la gestión de riesgos ante las instancias directivas, como mecanismo para apoyar la toma de

RECOMENDACIÓN OCI	GESTIONES REALIZADAS POR EL ÁREA	SEGUIMIENTO OCI
	cuando corresponde, la información asociada a riesgos materializados, con el propósito de que la Alta Dirección y las instancias de control cuenten con información oportuna para el análisis, seguimiento y toma de decisiones.	decisiones y contribuir al fortalecimiento del Sistema de Control Interno y de la gestión institucional.
Realizar un análisis adecuado e integral de los informes de auditoría interna y de entes externos que le permitan a la entidad detectar posibles materializaciones de riesgos e identificar riesgos adicionales que no están contemplados en el actual mapa de riesgos y fortalecer las acciones preventivas	En atención a la recomendación de la Oficina de Control Interno OCI, relacionada con realizar un análisis adecuado e integral de los informes de auditoría interna y de entes externos, con el fin de detectar posibles materializaciones de riesgos, identificar riesgos adicionales y fortalecer las acciones preventivas, la Oficina Asesora de Planeación realizó la revisión y análisis de los informes de la Contraloría Distrital, los informes de la Oficina de Control Interno y la Guía de Estandarización de Procesos, como insumos para el proceso de actualización de la gestión de riesgos de la vigencia 2026. Como resultado del proceso de actualización para la vigencia 2026, se incorporaron, entre otros, tres (3) nuevos riesgos de corrupción y un (1) riesgo asociado al componente tecnológico relacionado con el uso de Inteligencia Artificial (IA), además de los ajustes efectuados a los riesgos y controles existentes.	Si bien la Oficina Asesora de Planeación (OAP), en su rol de segunda línea de defensa, ha realizado la revisión de los informes de evaluación independiente emitidos por la Oficina de Control Interno (OCI), en el presente seguimiento se observó que el proceso de Gestión del Talento Humano no ha efectuado de manera integral la revisión de los riesgos asociados a las situaciones identificadas en dichos informes, ni ha determinado su posible materialización, conforme a lo señalado en el acápite “Análisis de procesos con posibles riesgos materializados”. Por lo anterior, se recomienda fortalecer y dar continuidad a la revisión articulada de los resultados de las evaluaciones independientes
Actualizar los procedimientos “Administración de Riesgos”, código 127-PRCVM-07, versión 1 y Plan de mejoramiento”, código 127-PRCVM-06, teniendo en cuenta las actividades en el caso de materialización de riesgos, con las políticas claras de operación y tiempos para la formulación del plan de mejoramiento.	En atención a la recomendación formulada por la Oficina de Control Interno OCI, la Oficina Asesora de Planeación se encuentra adelantando la actualización de los procedimientos “Administración de Riesgos”, código 127-PRCVM-07, versión 1, y “Plan de Mejoramiento”, código 127-PRCVM-06, con el propósito de articularlos con los lineamientos establecidos en la Política de Administración del Riesgo, versión 5. La actualización contempla la revisión y ajuste de las actividades relacionadas con la actuación ante la materialización de riesgos, las responsabilidades de las diferentes líneas de responsabilidad, las políticas de operación y los tiempos asociados al reporte, formulación y seguimiento de las acciones de mejora y del plan de mejoramiento.	Se evidencian avances en la actualización de los procedimientos de “Administración de Riesgos”, código 127-PRCVM-07, versión 1, y “Plan de Mejoramiento”, código 127-PRCVM-06. No obstante, se mantiene la recomendación relacionada con culminar y formalizar su actualización, a fin de garantizar su articulación con la metodología vigente de gestión de riesgos y el fortalecimiento de los mecanismos institucionales para su implementación y seguimiento.

RECOMENDACIÓN OCI	GESTIONES REALIZADAS POR EL ÁREA	SEGUIMIENTO OCI
	Esta actividad se encuentra en fase de actualización y revisión documental, como parte de las acciones adelantadas para fortalecer la articulación entre la Política de Administración del Riesgo y los procedimientos institucionales asociados a la gestión de riesgos y al plan de mejoramiento.	
Se reitera la recomendación que en el ciclo de revisión y reformulación de los riesgos se recomienda a la primera línea de defensa (líder del proceso), fortalecer el análisis de causas de los riesgos identificados, especialmente la causa raíz, utilizando metodologías aplicadas (Diagramas de Ishikaw o los cinco porqués) a las situaciones que se presentan en las actividades propias del proceso y procedimientos	En atención a la recomendación reiterada por la Oficina de Control Interno OCI, relacionada con el fortalecimiento del análisis de causas de los riesgos, especialmente de la causa raíz, la Oficina Asesora de Planeación realizó el análisis de causas de los riesgos identificados, utilizando la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas V7 DAFP (2025) Como parte de este ejercicio y de acuerdo con los lineamientos impartidos por el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación, se realizó una revisión integral de la estructura de definición de las causas y controles asociados a los riesgos, con el propósito de fortalecer su coherencia, pertinencia y relación con las situaciones que pueden generar la materialización de los riesgos. Si bien durante el ejercicio se mantienen riesgos que ya se encontraban identificados, se efectuaron ajustes en la estructura y formulación de sus causas y controles, fortaleciendo el análisis realizado por los líderes de proceso. Adicionalmente, como resultado del ejercicio de actualización, se identificaron e incorporaron tres (3) nuevos riesgos, atendiendo las situaciones y condiciones identificadas durante la revisión. En términos generales, el ejercicio de actualización permitió evidenciar: 8 riesgos ajustados, con fortalecimiento en la definición y análisis de sus causas y controles. 4 riesgos actualizados, producto de la revisión efectuada durante el ejercicio. 3 nuevos riesgos incluidos en el mapa de riesgos institucional.	Se observan avances sustanciales en la identificación y valoración de los riesgos, particularmente en aquellos que fueron objeto de seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno (OCI) en ejercicios anteriores, lo cual constituye un aspecto favorable para el fortalecimiento de la gestión institucional. No obstante, persisten oportunidades de mejora relacionadas con la formulación de algunos riesgos y el diseño de los controles asociados, especialmente en la diferenciación entre eventos, causas y consecuencias, así como en la definición de controles con criterios de oportunidad, cobertura, evidencia e indicadores de efectividad. Estas situaciones se encuentran sustentadas en los resultados del presente seguimiento y requieren continuar siendo objeto de fortalecimiento por parte de los responsables de la gestión del riesgo.
Se reitera la recomendación a los líderes de proceso, como primera línea de defensa, realizar actividades de	En atención a la recomendación reiterada por la Oficina de Control Interno OCI, dirigida a los líderes de proceso como	La Oficina Asesora de Planeación realizó una mesa de trabajo con los líderes de los procesos para la

RECOMENDACIÓN OCI	GESTIONES REALIZADAS POR EL ÁREA	SEGUIMIENTO OCI
autocontrol en pro de la mejora a la gestión de riesgos, fortaleciendo la redacción de los riesgos, el análisis de causas y definición de controles acorde a las actividades propias del proceso.	primera línea de defensa, relacionada con el fortalecimiento de las actividades de autocontrol y la mejora en la redacción de los riesgos, el análisis de causas y la definición de controles de acuerdo con las actividades propias de cada proceso, durante la vigencia 2026 se adelantó un ejercicio de revisión y actualización de los riesgos y de los puntos de control asociados a los procesos y procedimientos institucionales. Como parte de este ejercicio se realizó una revisión técnica de los riesgos, verificando la coherencia entre su descripción, las causas, consecuencias, controles e indicadores, así como su correspondencia con las actividades desarrolladas en los procesos. Para ello, se tuvo en cuenta, entre otros insumos, los resultados de los Informes de Seguimiento a la Gestión de Riesgos de la vigencia 2025, Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas V7 DAFP (2025) y los lineamientos establecidos en la Guía de Procesos Transversales de la Gestión Distrital. Como resultado de la revisión y actualización realizada el 5 de mayo de 2026, se obtuvieron los siguientes resultados: Mapa de Riesgos de Gestión: de los 41 riesgos identificados, se realizaron ajustes a ocho (8) riesgos, mientras que 33 permanecieron sin cambios. Los ajustes estuvieron orientados a fortalecer la redacción de los riesgos, la identificación de causas, la claridad y pertinencia de los controles y la definición de indicadores de seguimiento. Mapa de Riesgos de Corrupción: se realizó la revisión técnica de los riesgos existentes y se actualizaron cuatro (4) riesgos, fortaleciendo su formulación, la identificación de causas y la pertinencia y alineación de los controles e indicadores. Inclusión de nuevos riesgos: como resultado del análisis de los procesos y de los posibles escenarios susceptibles de generar situaciones de corrupción, se	revisión y actualización de los riesgos de gestión por proceso. No obstante, se reitera la recomendación dirigida a los líderes de los procesos, en su rol de primera línea de defensa, para fortalecer las actividades de autocontrol orientadas a mejorar la formulación de los riesgos, el diseño de los controles y la definición de las evidencias que soportan su ejecución, asegurando su coherencia, pertinencia y trazabilidad frente a los objetivos de los procesos..

RECOMENDACIÓN OCI	GESTIONES REALIZADAS POR EL ÁREA	SEGUIMIENTO OCI
	incorporaron tres (3) nuevos riesgos de corrupción correspondientes a los procesos de Atención a la Ciudadanía, Gestión de Recursos y Verificación y Mejoramiento Continuo, fortaleciendo la cobertura del mapa y las medidas preventivas asociadas.	
Una vez se formulen controles, verificar que estos queden formalizados dentro de los documentos de los procesos, con el fin de que apliquen en la gestión de los procesos y no queden aislados en la matriz de riesgos.	En atención a la recomendación formulada por la Oficina de Control Interno OCI, relacionada con la formalización de los controles definidos en la matriz de riesgos dentro de los documentos que describen los procesos, se viene adelantando la revisión y actualización documental de los procedimientos institucionales, con el fin de verificar e incorporar, cuando corresponda.	Se presentan avances frente a la formulación de controles, pero lo mismos no dan cuenta que se encuentren documentados en los procesos.
Se sugiere a la Oficina Asesora de Planeación, como segunda línea de defensa, continúe adelantando acompañamiento a la primera línea en la revisión de las causas asociadas a los riesgos y el diseño de controles.	En atención a la recomendación formulada por la Oficina de Control Interno OCI, relacionada con continuar el acompañamiento a la primera línea en la revisión de las causas asociadas a los riesgos y en el diseño de controles, la Oficina Asesora de Planeación, en su rol de segunda línea de responsabilidad, realizó acompañamiento técnico a los líderes de proceso durante el ejercicio de revisión y actualización de los riesgos para la vigencia 2026. El acompañamiento estuvo orientado a fortalecer la formulación y redacción de los riesgos, el análisis de las causas y consecuencias, así como la identificación y diseño de controles acordes con las actividades y particularidades de cada proceso. Para este ejercicio se tuvo en cuenta los resultados de los Informes de Seguimiento a la Gestión de Riesgos de la vigencia 2025, Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas V7 DAFP (2025) y los lineamientos establecidos en la Guía de Procesos Transversales de la Gestión Distrital. Como parte de este acompañamiento se efectuó la revisión técnica de los riesgos, verificando la coherencia entre su descripción, las causas identificadas, las consecuencias, los controles y los indicadores asociados. Así mismo, se brindaron orientaciones a los líderes de	Se presentan avances en la formulación de los controles; no obstante, persisten oportunidades de mejora relacionadas con su documentación y articulación con los procedimientos de los procesos, toda vez que no se identifica de manera suficiente su incorporación como puntos de control formalmente establecidos.

RECOMENDACIÓN OCI	GESTIONES REALIZADAS POR EL ÁREA	SEGUIMIENTO OCI
	proceso para fortalecer la identificación de las causas y la pertinencia de los controles frente a los riesgos establecidos. Como resultado del ejercicio de revisión y actualización de la vigencia 2026, se realizaron ajustes a ocho (8) riesgos del Mapa de Riesgos de Gestión, se actualizaron cuatro (4) riesgos del Mapa de Riesgos de Corrupción y se incorporaron tres (3) nuevos riesgos de corrupción, producto del análisis efectuado sobre los procesos y sus posibles escenarios de riesgo.	
Comunicar a la línea estratégica la gestión en las sesiones definidas por el CIGD y CICCI, respecto a la gestión de riesgos realizada por la entidad, así como la materialización de riesgos y su plan de mejoramiento, con el fin que se conozca de las actuaciones realizadas y la toma de decisiones	En atención a la recomendación formulada por la Oficina de Control Interno OCI, relacionada con comunicar a la línea estratégica la gestión de riesgos realizada por la Entidad, así como la información asociada a la materialización de riesgos y los planes de mejoramiento, la Oficina Asesora de Planeación ha venido realizando la presentación de los asuntos relacionados con la gestión de riesgos en las sesiones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI). En el marco de estas instancias se presentan los resultados de los monitoreos y seguimientos realizados a la gestión de riesgos, las actualizaciones de los mapas de riesgos, los principales resultados y situaciones identificadas durante el ejercicio de seguimiento y, cuando corresponde, la información relacionada con riesgos materializados y las acciones implementadas para su tratamiento	Revisadas las actas del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, se observó que durante la vigencia 2026 se presentó ante estas instancias la actualización y aprobación de la Política de Administración del Riesgo. Asimismo, se evidencian avances en la presentación a la Alta Dirección del estado de la gestión de riesgos. Se recomienda dar continuidad a esta práctica, fortaleciendo el seguimiento periódico y la presentación de información relevante para la toma de decisiones, con especial énfasis en la identificación de posibles materializaciones de riesgos, su análisis, tratamiento y seguimiento a las acciones implementadas.

Fuente: Elaboración propia con información reportada por la Oficina Asesora de Planeación.

7. CONCLUSIONES

- Durante la vigencia 2026, el DADEP actualizó su Política de Administración del Riesgo, lo cual constituye un avance significativo para el fortalecimiento del marco institucional de gestión de riesgos. No obstante, se requiere continuar con su revisión y ajuste, de manera que sus lineamientos se mantengan articulados con la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – Versión 7 de Función Pública y con las necesidades y características de la Entidad.

- Se realizó la revisión del mapa de riesgos de gestión por procesos, con la actualización de ocho (8) riesgos. Este resultado constituye un avance favorable para fortalecer la identificación y valoración de los riesgos y continuar consolidando una cultura institucional orientada a la gestión preventiva y al control.
- Se observa la operación de la línea estratégica a través del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, sin embargo, se recomienda continuar fortaleciendo la participación de la Alta Dirección en la gestión de riesgos, particularmente en el análisis y toma de decisiones frente a los riesgos críticos, así como en la definición, revisión y aceptación de los niveles de apetito, tolerancia y capacidad de riesgo.
- Se identificó que los diferentes instrumentos asociados a la gestión de riesgos aún se presentan oportunidades de mejora en su articulación. En este sentido, se considera necesario continuar revisando la relación entre la plataforma estratégica, los objetivos de los procesos, la metodología de formulación de objetivos (metodología SMART), los riesgos, los controles, los procedimientos y los mecanismos de seguimiento, con el propósito de consolidar una gestión integral y coherente del riesgo.
- Si bien se presentan avances en la actualización del mapa de riesgos de gestión por procesos, persisten oportunidades de mejora en la identificación, valoración y diseño de los controles. En particular, para los riesgos objeto de revisión no se identificó una correspondencia suficiente entre los controles registrados en el mapa de riesgos y los puntos de control establecidos en los procedimientos institucionales. Esta situación limita la trazabilidad entre el riesgo identificado, los controles que efectivamente operan en los procesos y la valoración del riesgo residual, por lo que se requiere fortalecer su articulación documental y operativa.
- Frente a la materialización de riesgos materializados, se identifica como avance la incorporación, en la actualización de la Política de Administración del Riesgo, de lineamientos relacionados con el tratamiento de los riesgos materializados. No obstante, se requiere fortalecer la actuación de los líderes de proceso, en su rol de primera línea de defensa, frente al análisis de los resultados de auditorías, evaluaciones y seguimientos, con el fin de determinar oportunamente si las situaciones identificadas pueden constituir materializaciones de riesgos, nuevos eventos de riesgo o debilidades en los controles. Cuando corresponda, deberán adelantarse las acciones de tratamiento, actualización de la valoración del riesgo y fortalecimiento de los controles.
- Se considera favorable la identificación e incorporación de un nuevo riesgo fiscal en el mapa institucional, en concordancia con el enfoque de gestión integral promovido por la Guía V7. Este avance contribuye a fortalecer la identificación preventiva de posibles afectaciones sobre los bienes, recursos e intereses patrimoniales de naturaleza pública.

En conclusión, el DADEP presenta avances importantes en la actualización de su Política de Administración del Riesgo, la revisión del mapa de riesgos, la incorporación de un riesgo fiscal y el fortalecimiento de los espacios de participación de la Alta Dirección. No obstante, se requiere

continuar consolidando la gestión integral del riesgo, especialmente en la articulación entre política, procesos, riesgos, controles, procedimientos y mecanismos de seguimiento, así como en el fortalecimiento del rol de las líneas de defensa y de la cultura institucional de gestión preventiva del riesgo. Lo anterior permitirá avanzar de una gestión centrada en la actualización de instrumentos hacia una gestión de riesgos integrada a la toma de decisiones y al cumplimiento de los objetivos institucionales.

8. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la Oficina Asesora de Planeación, en coordinación con la línea estratégica y/o responsables de la gestión de riesgos, revisar y ajustar la Política de Administración del Riesgo, fortaleciendo sus elementos técnicos, roles, responsabilidades, criterios de aceptación, niveles de apetito, tolerancia y capacidad de riesgo.
- En el marco de las funciones asociadas a la línea estratégica, se recomienda efectuar revisiones periódicas de la gestión de riesgos y la toma de decisiones frente a los riesgos críticos, niveles de apetito, tolerancia y capacidad de riesgo, así como frente a las situaciones que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales. Estas actuaciones deberán quedar debidamente documentadas en las respectivas actas (actas de los comités), incluyendo las decisiones, responsables y acciones de seguimiento.
- Se recomienda a la Oficina Asesora de Planeación culminar la actualización y formalización del procedimiento 127-PRCVM-07 “Administración de Riesgos”, asegurando su correspondencia con la Política de Administración del Riesgo y con la metodología institucional vigente. Asimismo, se recomienda establecer mecanismos de seguimiento que permitan verificar su aplicación efectiva por parte de los líderes de proceso y demás responsables de la gestión del riesgo, incluyendo las actividades, responsabilidades, tiempos, evidencias y tratamiento de las desviaciones identificadas.
- Revisar y definir el mecanismo institucional para la gestión, seguimiento y cierre de las acciones preventivas derivadas de la gestión de riesgos, garantizando su registro, trazabilidad, responsables, fechas de cumplimiento, evidencias y verificación de efectividad. Analizar la pertinencia del caso de utilización del aplicativo ECM como herramienta institucional, se recomienda gestionar su habilitación o ajuste para soportar integralmente estas acciones; mientras ello ocurre, deberá establecerse un mecanismo transitorio que asegure la trazabilidad y seguimiento de las acciones preventivas producto del autocontrol.
- Se sugiere a los líderes de los procesos, como primera línea de defensa, fortalecer la identificación, análisis y valoración de los riesgos, diferenciando claramente el evento, las causas y las consecuencias, asegurando la correspondencia entre los riesgos identificados y los controles establecidos. Los controles deberán precisar, como mínimo, responsable, acción, propósito, periodicidad, criterios de ejecución, evidencia, tratamiento de desviaciones, asociados a los puntos de control de los procedimientos, acorde a los indicadores que permitan valorar su efectividad

9. RESUMEN DE HALLAZGOS Y OBSERVACIONES

Se presenta el resumen de hallazgos y observaciones producto del seguimiento:

Tabla 9. Resumen de hallazgos y observaciones

OBSERVACIONES
Observación No. 1 y alerta preventiva. Deficiencias en las funciones del Nivel Estratégico
Observación No. 2. Debilidades en la formulación de riesgos y controles asociados al mapa de riesgos de gestión por proceso
HALLAZGOS
Hallazgo No. 1. Deficiencias técnicas en el diseño de la Política de Administración del Riesgo e inobservancia del procedimiento de aprobación formal por parte del CICCI
Hallazgo No.2. Incumplimiento en la aplicación del procedimiento Administración de Riesgos 127-PRCVM-07 e Inoperatividad del aplicativo ECM para la gestión de acciones preventivas

Fuente: Elaboración propia OCI.

Es importante aclarar los conceptos que dan lugar a plan de mejoramiento:

Observación: situación que podría convertirse en un futuro incumplimiento de un requisito (hallazgo) y llegar a tener efectos sobre el cumplimiento de los objetivos, procesos, planes, programas o proyectos. Producto del análisis realizado, es potestativo del líder del proceso acoger las observaciones realizadas por la OCI y sí hay lugar a documentarlas en virtud del autocontrol.

Hallazgo: es el resultado de la comparación de la condición (situación detectada o hechos identificados) con el criterio que se refiere al deber ser (cumplimiento de normas, reglamentos, lineamientos o procedimientos). Los hallazgos deben ser objeto de formulación de acciones tendientes a eliminar de fondo las causas que las originaron, las cuales harán parte del correspondiente plan de mejoramiento que debe formularse en la herramienta tecnológica dispuesta por la entidad.

40



ALLAN MAURICE ALFISZ LÓPEZ
Jefe Oficina de Control Interno

Proyectó: Fatima Rodriguez – Profesional Universitario

Revisó y aprobó: Allan Maurice Alfisz López

Fecha: 24/09/2026

Código: 110 27 03