



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE
Fundación Gilberto Alzate Avendaño

COMUNICACIÓN INTERNA



Radicado: 20191100010053 de 28-03-2019

Pág. 1 de 1

Bogotá D.C, jueves 28 de marzo de 2019

PARA: Monica Maria Ramirez Hartman

DE: Oficina de Control Interno

ASUNTO: Informe Seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional Marzo 2019

Respetada Doctora:

La Oficina de Control Interno, en el rol de "Evaluación y Seguimiento" y en cumplimiento de los decretos 1083 de 2015 y 648 de 2017, hace entrega del informe de Seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional.

Es importante que los líderes de proceso y sus equipos, realicen el respectivo análisis sobre la verificación realizada por esta Oficina, y si consideran pertinente establezcan las acciones necesarias con el acompañamiento de la Oficina de Planeación.

De conformidad con la Ley 1712 de 2014, Arts. 9, lit d) y 11, lit e), este informe será publicado en la página web institucional, ruta Transparencia – Informes de Control Interno


Cordial Saludo,

ANGELICA HERNANDEZ RODRIGUEZ
Jefe Oficina Control Interno

C/C Licette Yobelly Moros León - Subdirectora de Gestión Corporativa
Sonia Córdoba - Jefe Oficina Asesora de Planeación
Margarita Díaz - Subdirectora para la Gestión del Centro de Bogotá
Katherine Padilla Mosquera – Subdirectora Artística y Cultura
Jhon Fredy Silva– Jefe Oficina Asesora Jurídica
*Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

Proyectó: Maria Janneth Romero, P.C.I.C WA



	Proceso:	Control, evaluación y mejora	Código:	CEM-FT-17
	Documento:	Informe de Evaluación y/o Seguimiento	Versión:	1
	Fecha de aprobación:	23 de Enero del 2017	Páginas:	1 de 7


NOMBRE DEL INFORME:	Informe Seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional
FECHA:	28 de marzo de 2019
DEPENDENCIA, PROCESO, PROCEDIMIENTO Y/O ACTIVIDAD:	Todos los procesos institucionales, con el liderazgo de la Oficina Asesora de Planeación
LIDER DEL PROCESO:	Sonia Córdoba – Jefe Oficina Asesora de Planeación
RESPONSABLE OPERATIVO:	Licette Yobelly Moros León – Subdirectora de Gestión Corporativa Margarita Díaz - Subdirectora para la Gestión del Centro de Bogotá Katherine Padilla Mosquera — Subdirectora de Arte y Cultura Jhon Fredy Silva - Jefe Oficina Asesora Jurídica

OBJETIVO DE EVALUACIÓN:	Verificar el estado de los riesgos de los procesos de la Entidad
ALCANCE:	Enero a Marzo de 2019
NORMATIVIDAD APLICABLE:	Ley 1474 de 2011 Decreto 1499 de 2017 Decreto Distrital 652 de 2011 Norma Técnica Colombiana NTC ISO 31000 Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 4, Octubre de 2018)

ACTIVIDADES REALIZADAS:
<ul style="list-style-type: none"> - Notificación del Seguimiento - Solicitud de información al responsable operativo del monitoreo - 2ª. línea de defensa - Análisis y verificación de la información entregada por la 2ª. línea de defensa - Generación, divulgación y publicación del informe. <p>En cumplimiento de las actividades establecidas en el Plan Anual de Auditorias de la FUGA vigencia 2019; la Oficina de Control Interno dentro del rol de Evaluación y Seguimiento, el 08</p>

COM

AHR.

	Proceso:	Control, evaluación y mejora	Código:	CEM-FT-17
	Documento:	Informe de Evaluación y/o Seguimiento	Versión:	1
	Fecha de aprobación:	23 de Enero del 2017	Páginas:	2 de 7

de marzo de 2019 solicitó la información relacionada con: 1. Mapa de Riesgos Institucional Vigente; 2. Fichas o mapas de riesgos por proceso vigentes; 3. Plan de Tratamiento de riesgos vigente; y 4. Último monitoreo y seguimiento de primera y segunda línea de defensa, la cual fue atendida por la Oficina Asesora de Planeación el 14 de marzo de 2019.

Para realizar el seguimiento, la Oficina de Control Interno verificó la información enviada por la segunda línea de defensa y tomó como marco de referencia para establecer oportunidades de mejora la Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 4, Octubre de 2018).

FORTALEZAS:

En el desarrollo del presente seguimiento se identificaron avances en la elaboración, consolidación y aprobación del mapa de riesgos institucional, sin embargo se detectaron debilidades en todas las etapas de administración de riesgos, por lo tanto se concluye que para la construcción de la nueva versión del mapa que no se tuvieron en cuenta las recomendaciones hechas en los informes realizados por esta oficina en la vigencia 2018.

RECOMENDACIONES:


De acuerdo a la verificación realizada por el equipo auditor al mapa consolidado, la totalidad de los riesgos identificados en la FUGA se distribuyen por procesos como se muestra a continuación:

Procesos	Riesgos de Gestión	Riesgos de Corrupción	Riesgos de Seguridad Digital	Total Riesgos
Misionales	6	1	0	7
Visionarios	9	0	0	9
Camino a la Excelencia	5	1	0	6
Estructurales	14	4	3	21
TOTALES	34	6	3	43

Fuente: Mapa de Riesgos Versión 8 - FUGA (Cálculos Propios)

De manera general se evidencia que persisten debilidades u oportunidades de mejora relacionadas con la aplicación de la Guía para la Administración de Riesgo y el Diseño de controles en entidades públicas, por lo tanto se reiteran la mayoría de recomendaciones hechas en los informes de la vigencia 2018 así:

Handwritten signature/initials

	Proceso:	Control, evaluación y mejora	Código:	CEM-FT-17
	Documento:	Informe de Evaluación y/o Seguimiento	Versión:	1
	Fecha de aprobación:	23 de Enero del 2017	Páginas:	3 de 7

FASE 1: IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO:


- La descripción de los riesgos no dan respuesta a las preguntas claves para la Identificación del riesgo: qué, cómo y cuándo puede suceder el evento y qué consecuencias tendría su materialización.
- No hay evidencias de la metodología empleada en la identificación de causas.
- Las consecuencias no son claras frente a los posibles efectos por la materialización de los riesgos.
- No son claros los parámetros internos y externos que permiten definir las causas de los riesgos.
- Algunos de los riesgos identificados no están relacionados directamente con las características del objetivo del proceso al cual se encuentra vinculado, por lo tanto podría ser la causa o la consecuencia.
- Algunos de los objetivos de los procesos no cuentan con características que permitan identificar claramente los riesgos asociados a los mismos.
- Las consecuencias identificadas no son coherentes con la calificación del impacto de la etapa de análisis, en algunos de los casos.
- La descripción de los riesgos de corrupción no cumplen con la definición establecida en la "Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 4, Octubre de 2018)."
- Algunos de los riesgos clasificados como operativos no indican de manera clara como afectan los proceso misionales de la entidad.
- Los riesgos clasificados como de Seguridad Digital presentan específicamente las siguientes debilidades:
- No se identifica de manera clara si corresponde a la pérdida de confidencialidad, de la integridad o de la disponibilidad de los activos; así como tampoco se evidencia la realización en la entidad, de la Identificación de Activos tal como se establece en la "Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 4, Octubre de 2018)." y en el Anexo 4 "Lineamientos para la Gestión del Riesgo de Seguridad Digital en entidades públicas".
- La matriz implementada de Riesgos no considera los aspectos relacionados con el Activo asociado al riesgo de Seguridad Digital identificado, así como la amenaza vinculada.

Teniendo en cuenta lo observado, la Oficina de Control Interno en esta fase recomienda:

- Documentar la aplicación de metodologías para la identificación de las causas y consecuencias de los riesgos.
- Documentar los objetivos de los procesos teniendo en cuenta las características particulares de los mismos en el contexto de la Entidad, que permitan identificar claramente los riesgos.
- Hacer análisis y priorización de causas
- Describir los eventos como si ya estuvieran sucediendo.
- Revisar y ajustar la redacción de la descripción de los riesgos. Ésta debe ser clara y

EDM

AHR

	Proceso:	Control, evaluación y mejora	Código:	CEM-FT-17
	Documento:	Informe de Evaluación y/o Seguimiento	Versión:	1
	Fecha de aprobación:	23 de Enero del 2017	Páginas:	4 de 7

precisa, no dar lugar a ambigüedades o confusiones y estar alineada con la descripción del objetivo de los procesos identificado en la caracterización de los mismos.

- Actualizar la Caracterización de los procesos o articular los objetivos de estos en la matriz de Mapa de Riesgos.
- Revisar y ajustar la redacción de la descripción de los riesgos de seguridad digital de conformidad con lo establecido en el Anexo 4 "Lineamientos para la Gestión del Riesgo de Seguridad Digital en entidades públicas"
- Describir las consecuencias reales en el contexto de la FUGA, teniendo en cuenta los criterios de impacto.
- Revisar y ajustar la tipología establecida para los riesgos identificados, de conformidad con lo dispuesto en la "Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 4, Octubre de 2018)."
- Evaluar y complementar las consecuencias establecidas de acuerdo a la revisión realizada en la identificación de los riesgos, sus causas y descripción.

FASE 2: ANÁLISIS DEL RIESGO

- No se encuentran registros del análisis de frecuencia y factibilidad
- No se han documentado los criterios para calificar el impacto

Para esta fase, la Oficina de Control Interno recomienda:

- Documentar el análisis de frecuencia analizando datos históricos sobre el número de eventos que se hayan materializado, o de factibilidad utilizando la Matriz de priorización de probabilidad de la guía DAFP.
- Emplear la Tabla 3.de la Guía DAFP de criterios para calificar el impacto - riesgos de gestión, teniendo en cuenta las consecuencias establecidas.
- Documentar los criterios para calificar el impacto de los Riesgos de Seguridad Digital de conformidad con lo establecido en la "Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 4, Octubre de 2018)."
- Emplear la Tabla 5 de la Guía DAFP de criterios para calificar el impacto - riesgos de corrupción, teniendo en cuenta las consecuencias establecidas.

FASE 3: EVALUACIÓN DEL RIESGO:

3.1. VALORACIÓN DE CONTROLES

- En la mayoría de los riesgos no se encuentra relación directa de los controles establecidos para mitigar cada una de las causas identificadas.
- El formato establecido en el Mapa de Riesgos no define el responsable de llevar a cabo la ejecución de los controles, así como su periodicidad. Tampoco indica propósito ni desviaciones.
- La valoración de controles no se está haciendo según los lineamientos de "Guía para la

	Proceso:	Control, evaluación y mejora	Código:	CEM-FT-17
	Documento:	Informe de Evaluación y/o Seguimiento	Versión:	1
	Fecha de aprobación:	23 de Enero del 2017	Páginas:	5 de 7

Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 4, Octubre de 2018)." adoptada por la Entidad como lineamiento para la administración de riesgos.

- Aplicar un procedimiento es un deber definido en el modelo de operación de procesos de la Entidad, por lo tanto no es un control.
- Se identifican en la clasificación de los tipos de control Controles Correctivos, cuando la normatividad vigente sólo establece dos tipos de control: Preventivos y Detectivos.
- Dentro de los controles actuales identificados, se describen actividades que no permiten verificar, validar, conciliar, cotejar, comparar, entre otros, propósitos específicos de los controles.
- El riesgo del proceso Recursos Físicos: "*Interrupciones en la prestación de servicios públicos*" no identifica controles existentes.

3.2. VALORACIÓN DEL RIESGO RESIDUAL

- Teniendo en cuenta que la valoración de controles no se está acorde con los lineamientos de la guía vigente, la valoración de los riesgos residuales no es confiable.

A partir de las debilidades encontradas en esta fase, la Oficina de Control Interno recomienda:

3.1. VALORACIÓN DE CONTROLES

- Para cada causa establecer uno o varios controles.
- Identificar, articular y fortalecer los controles existentes a las causas identificadas.
- Identificar y documentar el responsable de la ejecución de los controles, así como la periodicidad, propósito y desviaciones.
- Aplicar los lineamientos establecidos en la "Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 4, Octubre de 2018)." para determinar los controles y su propósito específico, de tal manera que permitan mitigar las causas identificadas.
- Revisar y ajustar la tipología de los controles establecidos de conformidad con lo dispuesto en la "Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 4, Octubre de 2018)."


3.2. VALORACIÓN DEL RIESGO RESIDUAL

- Aplicar los lineamientos establecidos en la Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 4, Octubre de 2018) para la valoración del riesgo residual.

FASE 4: TRATAMIENTO DEL RIESGO

4.1. PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO

- El establecimiento de formatos, procedimientos o políticas no aseguran su uso, por lo tanto no son controles por sí mismos, ni reducen el riesgo.

	Proceso:	Control, evaluación y mejora	Código:	CEM-FT-17
	Documento:	Informe de Evaluación y/o Seguimiento	Versión:	1
	Fecha de aprobación:	23 de Enero del 2017	Páginas:	6 de 7

- No se establece plan de tratamiento para algunos de los riesgos identificados
- Se observa que la actividad del plan de tratamiento del *riesgo Inadecuada formulación de planes, programas y proyectos*, ya se encuentra vencida y no tiene seguimiento de primera y segunda línea de defensa
- El autodiagnóstico de MIPG establecido por el DAFP no es un control que permita reducir el riesgo o eliminar las causas identificadas.
- Algunas de las acciones definidas no son coherentes con el riesgo y las causas identificadas, por lo tanto no es clara la relación con la reducción del riesgo.
- En algunos casos no se identifica de manera clara la articulación de las causas identificadas con las actividades de control establecidas en el Plan de Tratamiento. Las mismas hacen parte de los controles ya existentes.
- Se observa que la ejecución de la acción establecida en el plan de tratamiento del riesgo *Pérdida o deterioro de los bienes de la entidad*, vence en el mes de Marzo de 2019; una vez verificados los documentos SIG asociados al proceso, específicamente el GFR- PD-04 Manejo y control de bienes, éste tiene fecha de actualización del 01/08/2018, por lo cual al momento de la validación esta actividad se encuentra incumplida (27/03/2019).
- El riesgo *Interrupciones en la prestación de servicios públicos* no establece plan de tratamiento

4.2. PLAN DE CONTINGENCIA / PLAN DE CONTINUIDAD

- El plan de Contingencia del riesgo *Vencimiento de PQRs* no identifica de manera clara como minimiza el impacto cuando se materialice el riesgo.
- Se observa que para la mayoría de los riesgos identificados, no se existe un plan de contingencia

De acuerdo a las debilidades expuestas, la Oficina de Control Interno realiza las siguientes recomendaciones:

4.1. PLAN DE TRATAMIENTO DEL RIESGO


- Aplicar los lineamientos establecidos en la Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 4, Octubre de 2018) para establecer el tratamiento del riesgo.

4.2. PLAN DE CONTINGENCIA / PLAN DE CONTINUIDAD

- Aplicar los lineamientos establecidos en la Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 4, Octubre de 2018).


En términos generales se recomienda:

- Analizar de forma prioritaria los objetivos estratégicos de la FUGA e identificar los posibles riesgos que afectan su cumplimiento y que puedan generar dificultades para lograr la visión.


	Proceso:	Control, evaluación y mejora	Código:	CEM-FT-17
	Documento:	Informe de Evaluación y/o Seguimiento	Versión:	1
	Fecha de aprobación:	23 de Enero del 2017	Páginas:	7 de 8

- Actualizar la documentación de los procesos previamente o de forma paralela a la identificación de riesgos, con el fin de establecerla como la herramienta primordial para el análisis en la aplicación de la metodología de administración del riesgo adoptada.
- Documentar y conservar evidencia de la comunicación de toda la información relacionada en todas las etapas de la administración del riesgo
- Ejecutar de manera oportuna los roles establecidos en la política de administración del riesgo aprobado y vigente, además aprovechar las iniciativas de la primera línea para fortalecer la gestión de la FUGA.
- Teniendo en cuenta las debilidades detectadas, se recomienda revisar si la política de administración de riesgo de la Entidad, se ajusta a la realidad institucional, establece de forma efectiva los lineamientos sobre el tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos, y si se ha apropiado en todos los niveles de la entidad.
- Revisar y ajustar el mapa de riesgos institucional asegurando la aplicación de los lineamientos establecidos en la Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (Versión 4, Octubre de 2018)
- Tener en cuenta las debilidades, oportunidades de mejora y recomendaciones presentadas en los informes de seguimiento que genera la Oficina de Control Interno y tomar las acciones necesarias para gestionar de manera efectiva los riesgos que afectan el logro de los objetivos estratégicos y de proceso.


Ver información detallada por riesgo en el Anexo 1 (Matriz Seguimiento Riesgos Marzo 2019)



 ANGELICA HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ
 JEFE CONTROL INTERNO



 MARÍA JANNETH ROMERO MARTÍNEZ
 AUDITOR

	Proceso:	Control, evaluación y mejora	Código:	CEM-FT-17
	Documento:	Informe de Evaluación y/o Seguimiento	Versión:	1
	Fecha de aprobación:	23 de Enero del 2017	Páginas:	8 de 8

Anexo 1
Matriz Seguimiento Riesgos Marzo 2019

Entrenamiento	Políticas y procedimientos	3	<p>El desarrollo del riesgo no de respuesta y la proyección clara para la identificación del riesgo, cómo y cuándo puede suceder y la consecuencia de su materialización. No hay evidencia de metodologías empleadas en la identificación de causas.</p>	<p>Revisar y validar la medición de la descripción del riesgo. Esta debe ser clara y precisa, no dar lugar a ambigüedades o confusiones y estar alineada con la descripción del objetivo del proceso identificada en la caracterización del riesgo.</p> <p>Documentar la aplicación de metodologías para la identificación de las causas y consecuencias de los riesgos.</p> <p>Revisar análisis y priorización de causas.</p>	<p>No se encuentran registros del análisis de frecuencia y factibilidad identificadas.</p> <p>La calificación de impacto no es coherente con las consecuencias identificadas.</p>	<p>Documentar el análisis de frecuencia evaluando datos históricos sobre el volumen de eventos que se hayan materializado, o de factibilidad utilizando la Matriz de priorización de probabilidad de su guía DAPF.</p> <p>Completar la Tabla 3 de la Guía DAPF de criterios para calificar el impacto – riesgo de gestión, teniendo en cuenta las consecuencias asociadas.</p>	<p>No se identifica la misión directa de los controles existentes para mitigar todos los casos identificados.</p> <p>Aplicar un procedimiento en un deber definido en el modelo de operación y proceso de la Entidad por tratarlo en un control.</p> <p>Se requiere actualizar el riesgo de riesgo de control al responsable de dicho riesgo y la ejecución de los controles, así como su periodicidad. No indicar propósitos o descripciones.</p> <p>La validación de controles no se está haciendo según los lineamientos de la Guía para la administración de riesgo 2018 adaptada por la Entidad como lineamientos para la administración de riesgo.</p> <p>Dentro de los controles identificados, se describen actividades que no permiten verificar, validar, controlar, cumplir, compare, entre otros, propósitos específicos de los controles.</p>	<p>Identificar y fortalecer los controles existentes de acuerdo a las causas identificadas.</p> <p>Identificar y documentar el responsable de la ejecución de los controles, así como su periodicidad, propósito y descripciones.</p> <p>Actualizar los instrumentos establecidos en la Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (versión 4, Octubre de 2018) para demostrar los controles y su propósito específicos, de tal manera que permitan mitigar los casos identificados.</p>	<p>Revisión en cuanto que la validación de controles no se está acorde con los lineamientos de la guía vigente, la validación del riesgo resultó no es confiable.</p>	<p>Actualizar los instrumentos establecidos en la Guía para la Administración de riesgo DAPF para la validación del riesgo resultó.</p>	<p>El establecimiento de formatos, procedimientos y políticas de respuesta no es, por lo tanto no son controles por sí mismos, ni reducen el riesgo.</p>	<p>Actualizar los instrumentos establecidos en la Guía para la Administración de riesgo DAPF para establecer el planeamiento del riesgo.</p>		
Entrenamiento	Recursos Humanos	1	<p>El desarrollo del riesgo no de respuesta y la proyección clara para la identificación del riesgo, cómo y cuándo puede suceder y la consecuencia de su materialización. No hay evidencia de metodologías empleadas en la identificación de causas.</p>	<p>Revisar y validar la medición de la descripción del riesgo. Esta debe ser clara y precisa, no dar lugar a ambigüedades o confusiones y estar alineada con la descripción del objetivo del proceso identificada en la caracterización del riesgo.</p> <p>Documentar la aplicación de metodologías para la identificación de las causas y consecuencias de los riesgos.</p> <p>Revisar análisis y priorización de causas.</p>	<p>No se encuentran registros del análisis de frecuencia y factibilidad identificadas.</p>	<p>Documentar el análisis de frecuencia evaluando datos históricos sobre el volumen de eventos que se hayan materializado, o de factibilidad utilizando la Matriz de priorización de probabilidad de su guía DAPF.</p> <p>Completar la Tabla 3 de la Guía DAPF de criterios para calificar el impacto – riesgo de gestión, teniendo en cuenta las consecuencias asociadas.</p>	<p>No se identifica la misión directa de los controles existentes para mitigar todos los casos identificados.</p> <p>Aplicar un procedimiento en un deber definido en el modelo de operación y proceso de la Entidad por tratarlo en un control.</p> <p>Se requiere actualizar el riesgo de riesgo de control al responsable de dicho riesgo y la ejecución de los controles, así como su periodicidad. No indicar propósitos o descripciones.</p> <p>La validación de controles no se está haciendo según los lineamientos de la Guía para la administración de riesgo 2018 adaptada por la Entidad como lineamientos para la administración de riesgo.</p> <p>Dentro de los controles identificados, se describen actividades que no permiten verificar, validar, controlar, cumplir, compare, entre otros, propósitos específicos de los controles.</p>	<p>Identificar y fortalecer los controles existentes de acuerdo a las causas identificadas.</p> <p>Revisar y ajustar la vigencia de los controles establecidos de conformidad con la siguiente serie: Guía para la Administración del riesgo, y el diseño de controles en entidades públicas (versión 4, Octubre de 2018).</p> <p>Identificar y documentar el responsable de la ejecución de los controles, así como su periodicidad, propósito y descripciones.</p> <p>Actualizar los instrumentos establecidos en la Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (versión 4, Octubre de 2018) para demostrar los controles y su propósito específicos, de tal manera que permitan mitigar los casos identificados.</p>	<p>Revisión en cuanto que la validación de controles no se está acorde con los lineamientos de la guía vigente, la validación del riesgo resultó no es confiable.</p>	<p>Actualizar los instrumentos establecidos en la Guía para la Administración de riesgo DAPF para la validación del riesgo resultó.</p>	<p>El establecimiento de formatos, procedimientos y políticas de respuesta no es, por lo tanto no son controles por sí mismos, ni reducen el riesgo.</p> <p>Se observa adicionalmente que la vigencia de los actos administrativos emitidos en el mes de febrero de 2018, aún no se encuentran los documentos (SI, resoluciones, pronunciamientos, etc.) en el sistema de gestión de documentos (SIGED) de acuerdo a control de calidad, por lo tanto fecha de actualización del 01/06/2018, por lo que el momento de la vigencia está activado se encuentra oculto (27/02/2018).</p>	<p>Actualizar los instrumentos establecidos en la Guía para la Administración de riesgo DAPF para establecer el planeamiento del riesgo.</p>	<p>No hay plan de contingencia</p>	
Entrenamiento	Recursos Humanos	2	<p>El desarrollo del riesgo no de respuesta y la proyección clara para la identificación del riesgo, cómo y cuándo puede suceder y la consecuencia de su materialización. No hay evidencia de metodologías empleadas en la identificación de causas.</p>	<p>Revisar y validar la medición de la descripción del riesgo. Esta debe ser clara y precisa, no dar lugar a ambigüedades o confusiones y estar alineada con la descripción del objetivo del proceso identificada en la caracterización del riesgo.</p> <p>Documentar la aplicación de metodologías para la identificación de las causas y consecuencias de los riesgos.</p> <p>Revisar análisis y priorización de causas.</p>	<p>No se encuentran registros del análisis de frecuencia y factibilidad identificadas.</p>	<p>Documentar el análisis de frecuencia evaluando datos históricos sobre el volumen de eventos que se hayan materializado, o de factibilidad utilizando la Matriz de priorización de probabilidad de su guía DAPF.</p> <p>Completar la Tabla 3 de la Guía DAPF de criterios para calificar el impacto – riesgo de gestión, teniendo en cuenta las consecuencias asociadas.</p>	<p>No se identifica la misión directa de los controles existentes para mitigar todos los casos identificados.</p> <p>Aplicar un procedimiento en un deber definido en el modelo de operación y proceso de la Entidad por tratarlo en un control.</p> <p>Se requiere actualizar el riesgo de riesgo de control al responsable de dicho riesgo y la ejecución de los controles, así como su periodicidad. No indicar propósitos o descripciones.</p> <p>La validación de controles no se está haciendo según los lineamientos de la Guía para la administración de riesgo 2018 adaptada por la Entidad como lineamientos para la administración de riesgo.</p> <p>Dentro de los controles identificados, se describen actividades que no permiten verificar, validar, controlar, cumplir, compare, entre otros, propósitos específicos de los controles.</p>	<p>Identificar y fortalecer los controles existentes de acuerdo a las causas identificadas.</p> <p>Identificar y documentar el responsable de la ejecución de los controles, así como su periodicidad, propósito y descripciones.</p> <p>Actualizar los instrumentos establecidos en la Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (versión 4, Octubre de 2018) para demostrar los controles y su propósito específicos, de tal manera que permitan mitigar los casos identificados.</p>	<p>Revisión en cuanto que la validación de controles no se está acorde con los lineamientos de la guía vigente, la validación del riesgo resultó no es confiable.</p>	<p>Actualizar los instrumentos establecidos en la Guía para la Administración de riesgo DAPF para la validación del riesgo resultó.</p>	<p>El establecimiento de formatos, procedimientos y políticas de respuesta no es, por lo tanto no son controles por sí mismos, ni reducen el riesgo.</p>	<p>Actualizar los instrumentos establecidos en la Guía para la Administración de riesgo DAPF para establecer el planeamiento del riesgo.</p>	<p>No hay plan de contingencia</p>	
Entrenamiento	Recursos Humanos	3	<p>El desarrollo del riesgo no de respuesta y la proyección clara para la identificación del riesgo, cómo y cuándo puede suceder y la consecuencia de su materialización. No hay evidencia de metodologías empleadas en la identificación de causas.</p>	<p>Revisar y validar la medición de la descripción del riesgo. Esta debe ser clara y precisa, no dar lugar a ambigüedades o confusiones y estar alineada con la descripción del objetivo del proceso identificada en la caracterización del riesgo.</p> <p>Documentar la aplicación de metodologías para la identificación de las causas y consecuencias de los riesgos.</p> <p>Revisar análisis y priorización de causas.</p>	<p>No se encuentran registros del análisis de frecuencia y factibilidad identificadas.</p>	<p>Documentar el análisis de frecuencia evaluando datos históricos sobre el volumen de eventos que se hayan materializado, o de factibilidad utilizando la Matriz de priorización de probabilidad de su guía DAPF.</p> <p>Completar la Tabla 3 de la Guía DAPF de criterios para calificar el impacto – riesgo de gestión, teniendo en cuenta las consecuencias asociadas.</p>	<p>No se identifica la misión directa de los controles existentes para mitigar todos los casos identificados.</p> <p>Aplicar un procedimiento en un deber definido en el modelo de operación y proceso de la Entidad por tratarlo en un control.</p> <p>Se requiere actualizar el riesgo de riesgo de control al responsable de dicho riesgo y la ejecución de los controles, así como su periodicidad. No indicar propósitos o descripciones.</p> <p>La validación de controles no se está haciendo según los lineamientos de la Guía para la administración de riesgo 2018 adaptada por la Entidad como lineamientos para la administración de riesgo.</p> <p>Dentro de los controles identificados, se describen actividades que no permiten verificar, validar, controlar, cumplir, compare, entre otros, propósitos específicos de los controles.</p>	<p>Identificar y fortalecer los controles existentes de acuerdo a las causas identificadas.</p> <p>Identificar y documentar el responsable de la ejecución de los controles, así como su periodicidad, propósito y descripciones.</p> <p>Actualizar los instrumentos establecidos en la Guía para la Administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (versión 4, Octubre de 2018) para demostrar los controles y su propósito específicos, de tal manera que permitan mitigar los casos identificados.</p>	<p>Revisión en cuanto que la validación de controles no se está acorde con los lineamientos de la guía vigente, la validación del riesgo resultó no es confiable.</p>	<p>Actualizar los instrumentos establecidos en la Guía para la Administración de riesgo DAPF para la validación del riesgo resultó.</p>	<p>No se identifica actividades de control que permitan de demostrar el riesgo (Identificar causas)</p>	<p>Actualizar los instrumentos establecidos en la Guía para la Administración de riesgo DAPF para establecer el planeamiento del riesgo.</p>	<p>No hay plan de contingencia</p>	