



| | | | |
|---|-------------------------------|--|---|
|  | INFORME DE SEGUIMIENTO | CÓDIGO: CCSE-FT-022 |  |
| | | VERSIÓN: 05 | |
| | | FECHA DE APROBACIÓN: 15/09/2025 | |
| | | RESPONSABLE: CONTROL INTERNO | |

Tabla de contenido



| | |
|---|----|
| 1. TÍTULO DEL INFORME | 2 |
| 2. UNIDAD DEL SEGUIMIENTO | 2 |
| 3. AUDITORES | 2 |
| 4. OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO..... | 2 |
| 5. ALCANCE DEL SEGUIMIENTO | 2 |
| 6. METODOLOGÍA..... | 2 |
| 7. DESARROLLO..... | 2 |
| 7.1. POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | 2 |
| 7.2. MATRICES DE RIESGO INSTITUCIONAL | 13 |
| 7.3. MANUAL METOOLOGICO DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO..... | 17 |
| 8. OBSERVACIONES | 17 |
| 9. CONCLUSIONES..... | 17 |
| 10. RECOMENDACIONES | 18 |

Índice de tablas

| | |
|--|---|
| Tabla 1. Valoración roles y responsabilidades..... | 3 |
|--|---|

Índice de gráficos

No se encuentran elementos de tabla de ilustraciones.

| | | | |
|---|-------------------------------|--|---|
|  | INFORME DE SEGUIMIENTO | CÓDIGO: CCSE-FT-022 |  |
| | | VERSIÓN: 05 | |
| | | FECHA DE APROBACIÓN: 15/09/2025 | |
| | | RESPONSABLE: CONTROL INTERNO | |

1. TÍTULO DEL INFORME

Segundo seguimiento a la gestión del riesgo de Canal Capital, vigencia 2025.

2. UNIDAD DEL SEGUIMIENTO

Herramientas definidas por Canal Capital para la gestión del riesgo aplicadas a los procesos.

3. AUDITORES

Jizeth Hael González Ramírez / Diana del Pilar Romero Varila.

4. OBJETIVO DEL SEGUIMIENTO

Presentar el estado del avance de las acciones adelantadas en materia de gestión del riesgo con base en las actividades de identificación, análisis, valoración y monitoreo efectuadas por los líderes de proceso en Canal Capital bajo los lineamientos generales y responsabilidades establecidos en las diferentes herramientas existentes entre el 1 de julio y el 30 de noviembre de 2025.

5. ALCANCE DEL SEGUIMIENTO

Abarca la evaluación de los roles y responsabilidades contenidos en las herramientas de la gestión del riesgo de Canal Capital, así como de las actividades de manejo y controles establecidos en las matrices de riesgos consolidadas al corte del seguimiento.

6. METODOLOGÍA



Se adelantó la solicitud de información mediante memorando 1282 del 4 de diciembre de 2025, respecto a los avances obtenidos en materia de gestión del riesgo.

Se recibió respuesta por parte de la segunda línea de defensa mediante memorando 1308 del 9 de diciembre de 2025, sobre el cual se adelantó el análisis de la información allegada, así como la consolidación del presente informe.

7. DESARROLLO

7.1. POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO



La política de administración del riesgo vigente corresponde a la versión N.º 9, aprobada en el CICC del 31 de mayo de 2024. Para evaluar su implementación, se verificó el cumplimiento de los roles y responsabilidades asignados a cada línea de defensa. Esta evaluación se realizó aplicando la metodología establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, utilizada para la elaboración del informe semestral de seguimiento a los instrumentos técnicos. Como parte de dicha metodología, se definieron los siguientes niveles de calificación:

| | | | |
|---|-------------------------------|--|---|
|  | INFORME DE SEGUIMIENTO | CÓDIGO: CCSE-FT-022 |  |
| | | VERSIÓN: 05 | |
| | | FECHA DE APROBACIÓN: 15/09/2025 | |
| | | RESPONSABLE: CONTROL INTERNO | |



- 1: No existen actividades diseñadas para cubrir el requerimiento.
- 2: Existen actividades en proceso de diseño o con deficiencias.
- 3: Las actividades están diseñadas, documentadas y socializadas conforme al requerimiento.

Tabla 1. Valoración roles y responsabilidades



| Línea de defensa | Responsable | Responsabilidad | Valoración Cumplimiento | Observaciones OCI |
|-------------------|----------------|--|-------------------------|---|
| | | | De 1 a 3 | |
| Línea estratégica | Alta Dirección | Establecer la Política de administración del riesgo de acuerdo con los niveles de responsabilidad y autoridad definidos. | 3 | <p>La última actualización de la Política de Administración de Riesgos se llevó a cabo en el Comité Institucional de Coordinación y Control Interno del 31 de mayo de 2024. La versión vigente de la política es el número 9, bajo la cual se realiza el presente informe de seguimiento.</p> <p>En la versión 9 se incluyó un capítulo específico sobre los riesgos de LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - LA/FT</p> <p>La política debe revisarse y articularse de conformidad con lo definido en la " Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas V7", donde se establece la incorporación del Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública -SIGRIP en las entidades públicas</p> |
| | | Analizar los cambios en el entorno (contexto interno y externo) que puedan tener un impacto significativo en la operación de la entidad y que puedan generar cambios en la estructura de riesgos y controles | 3 | <p>Los cambios en el entorno (contexto interno y externo), y el contexto general para la gestión de riesgos fueron analizados durante el segundo semestre de 2025 por el área de Planeación y fueron actualizados e incluidos en la versión 4 de Política de Planeación Institucional de Capital.</p> |

| | | | |
|---|-------------------------------|--|---|
|  | INFORME DE SEGUIMIENTO | CÓDIGO: CCSE-FT-022 |  |
| | | VERSIÓN: 05 | |
| | | FECHA DE APROBACIÓN: 15/09/2025 | |
| | | RESPONSABLE: CONTROL INTERNO | |

| | | | | |
|--|--|---|----------|---|
| | Comité Institucional de Gestión y Desempeño - CIGD | Realizar análisis periódico al monitoreo de los riesgos institucionales de segunda línea y analizar la posibilidad de aplicación de mejoras. | 2 | <p>Se evidenció que el monitoreo de la gestión de riesgos elaborado por la Oficina Asesora de Planeación, con corte al 31 de agosto de 2025, fue presentado a la Alta Dirección hasta la sesión del Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) del 3 de diciembre de 2025.</p> <p>Esta entrega genera una brecha frente a la oportunidad requerida para la toma de decisiones y frente a la periodicidad de seguimiento establecida en la política de administración de riesgos de Capital, la cual exige realizar y presentar monitoreos de manera trimestral.</p> |
| | | Emitir recomendaciones respecto al cumplimiento y la adaptación de los aspectos en materia de riesgos como parte integral de la administración de este al interior de la entidad. | 3 | <p>En la sesión 3 del CICCI realizada el 23 de julio de 2025, se presentó por parte del Jefe de la Oficina de Control Interno, las conclusiones y recomendaciones de la evaluación realizada a la gestión del riesgo con corte a junio 30 de 2025 para que se tuvieran en cuenta y se suscribieran acciones de mejora, que a la fecha no se encuentran formalizadas en el SICC de Capital.</p> |
| | Comité Institucional de Coordinación de Control Interno – CICCII | Monitorear la efectividad de la gestión del riesgo en el marco del CICCII, tomando como base los informes generados de la primera y segunda línea. | 3 | <p>La efectividad de la gestión del riesgo se ha presentado al CICCII con base en los informes de seguimiento realizados por la Oficina de Control Interno, tomando como insumo los reportes de información realizados por la primera y segunda línea de defensa.</p> |
| | | Aprobar la Política de administración del riesgo de acuerdo con los niveles de responsabilidad y autoridad definidos por la alta dirección | 3 | <p>La última actualización de la Política de Administración de Riesgos se llevó a cabo en el Comité Institucional de Coordinación y Control Interno del 31 de mayo de 2024. Desde la fecha no se ha vuelto a presentar una actualización de la política para revisión y aprobación por parte del CICCII.</p> |
| | | | | |
| | | | | |



| | | | |
|---|-------------------------------|--|---|
|  | INFORME DE SEGUIMIENTO | CÓDIGO: CCSE-FT-022 |  |
| | | VERSIÓN: 05 | |
| | | FECHA DE APROBACIÓN: 15/09/2025 | |
| | | RESPONSABLE: CONTROL INTERNO | |

| | | | | |
|---------------|------------------------------------|---|---|--|
| Primera Línea | Líderes y responsables de procesos | Identificar y valorar los riesgos que pueden afectar los programas, proyectos, planes y procesos a su cargo y actualizarlos cuando se requiera. | 2 | <p>De conformidad con el reporte realizado por el área de Planeación a través del memorando 1308, los dieciocho procesos de Capital identificaron y actualizaron su mapa de riesgos para la vigencia 2025-</p> <p>Sin embargo, en el mapa de riesgos de gestión publicado en el menú de transparencia: https://www.canalcapital.gov.co/sites/default/files/media/file/file/MATRIZ%20DE%20RIESGOS%20GESTIO%CC%81N%20-%202025ii.xlsx el proceso de Control Disciplinario no tiene identificados riesgos de gestión, aun cuando este proceso tiene riesgos naturales tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida o manipulación de expedientes, Demoras en los términos legales, Falta de trazabilidad o incumplimiento de debido proceso, • Sesgos en decisiones, Filtración de información reservada entre cualquier otro que identifique el proceso; lo que puede exponer a la entidad a materializaciones de riesgo no identificados. |
| | | Monitorear los riesgos y controles para mitigar los riesgos identificados de conformidad con lo establecido en la presente política y proponer mejoras a la gestión del riesgo en su proceso. | 2 | <p>El área de Planeación solicitó a los líderes de proceso el reporte de los planes de tratamiento de riesgos con corte al 30 de agosto, en el siguiente enlace de Drive:</p> <p>Enlace de acceso a las matrices de riesgo: https://drive.google.com/drive/folders/1acV90tS9MQU-Y1pFbyFVNOvASODVLjLS?usp=drive_link</p> <p>Sin embargo, no se evidencia reporte de monitoreo de Controles, ni que se solicite a la primera línea reporte Trimestral a los planes de tratamiento de conformidad con lo establecido en el numeral 7,3 de la política de administración de riesgos vigente.</p> |
| | | Adelantar actividades de autoevaluación para determinar la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles. | 2 | <p>Durante el periodo evaluado no se ha solicitado a la primera línea de defensa, el diligenciamiento del formato de AUTOEVALUACIÓN EPLE-FT-037.</p> |



| | | | |
|---|-------------------------------|--|---|
|  | INFORME DE SEGUIMIENTO | CÓDIGO: CCSE-FT-022 |  |
| | | VERSIÓN: 05 | |
| | | FECHA DE APROBACIÓN: 15/09/2025 | |
| | | RESPONSABLE: CONTROL INTERNO | |

| | | | | |
|--|--|---|----------|--|
| | | <p>Informar a la segunda línea aquellos riesgos materializados en las actividades a su cargo y adelantar las gestiones competentes según aplique (tener en cuenta lo establecido en el numeral 7.4 de la presente política)</p> | <p>2</p> | <p>Para el periodo evaluado no se reportó materializaciones de riesgo por parte de la primera línea, ni se evidenció materializaciones en los informes de auditoría y seguimiento realizados por la OCI.</p> <p>Sin embargo, no se formularon acciones de mejora producto de la observación frente al incumplimiento de lo establecido en la política de administración del riesgo para el riesgo materializado en el primer semestre asociado al componente de Seguridad de la Información, específicamente la pérdida de información en el proceso de Gestión Documental.</p> |
| | | <p>Mantener para consulta las evidencias de la gestión de los riesgos a su cargo.</p> | <p>2</p> | <p>Durante el monitoreo de riesgos con corte al 31 de agosto solicitado por el área de Planeación se creó una carpeta de drive donde la primera línea debía realizar el reporte de información y cargue de evidencias:</p> <p>https://drive.google.com/drive/folders/1acV90tS9MQU-Y1pFbyFVNOvASODVLjLS</p> <p>Capital no cuenta con un espacio (físico – digital) para la consolidación y consulta permanente de la gestión de riesgos adelantada por cada proceso.</p> |
| | | <p>Socializar y fomentar de forma continua al interior de sus equipos de trabajo los temas relacionados con la gestión del riesgo del proceso correspondiente.</p> | <p>2</p> | <p>La OCI adelantó cinco jornadas de autocontrol durante los meses de noviembre y diciembre con los siguientes procesos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestión TIC. - Financiera - Ventas y Mercadeo - Digital - Programación. <p>Participaron un total de 70 colaboradores y en cuanto a la gestión de riesgos se evidenció que:</p> <p>El 71% de colaboradores no participaron en la identificación de riesgos de su proceso.</p> <p>El 60% de colaboradores no conoce la ruta establecida en la política de administración del riesgo que se debe seguir cuando se materializa un riesgo.</p> <p>El 64% de colaboradores no sabe qué es el modelo de las tres líneas de defensa.</p> <p>El 56% de colaboradores no conoce las tipologías de riesgo definidas en la política de administración de riesgos.</p> |



Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia, por lo tanto, es copia No Controlada. La versión vigente reposará en la intranet institucional. Verificar su vigencia en el listado maestro de documentos.

| | | | |
|---|-------------------------------|--|---|
|  | INFORME DE SEGUIMIENTO | CÓDIGO: CCSE-FT-022 |  |
| | | VERSIÓN: 05 | |
| | | FECHA DE APROBACIÓN: 15/09/2025 | |
| | | RESPONSABLE: CONTROL INTERNO | |



| | | | | |
|--|--|--|-----------------|---|
| | | | | <p>En conjunto, estos resultados evidencian una insuficiente apropiación y socialización de la Política de Administración del Riesgo, así como debilidades en la cultura de autocontrol y falta de socialización y fomento de los líderes de proceso al interior de sus equipos sobre la gestión del riesgo.</p> |
| | | <p>Asegurar que al interior de su grupo de trabajo se reconozca el concepto de administración del riesgo, la política y la metodología definida para administrar el riesgo, aprobados por la línea estratégica.</p> | <p>2</p> | <p>Para este criterio, se mantienen las mismas observaciones del criterio inmediatamente anterior.</p> |
| | | <p>El Oficial de Seguridad de la Información verifica el desarrollo y mantenimiento de los controles de Tecnologías de la Información identificados.</p> | <p>2</p> | <p>Es importante que con el liderazgo y acompañamiento del área de Sistemas todos los procesos de la entidad verifiquen sí en la ejecución de sus operaciones se pueden generar hechos generadores de riesgo de seguridad digital que no hayan sido identificados e incluidos en la matriz de riesgos de seguridad digital, y por lo tanto se identifiquen, desarrollen y mantengan controles.</p> <p>Esta situación se ha reiterado en varios informes de seguimiento y a la fecha no se evidencia que se hayan consultado a los procesos sobre hechos generadores de riesgos de seguridad digital que identifiquen.</p> |
| | | <p>Respecto a riesgos de LA/FT, es necesario hacer la identificación y recopilación de información de los clientes que intervienen en la operación de los procesos de contratación, teniendo en cuenta que son estos susceptibles de involucrarse en riesgos asociados con actividades ilícitas.</p> | <p>1</p> | <p>Durante el periodo evaluado no se evidencias avances en la identificación de riesgos de LA/FT.</p> |

| | | | |
|---|-------------------------------|--|---|
|  | INFORME DE SEGUIMIENTO | CÓDIGO: CCSE-FT-022 |  |
| | | VERSIÓN: 05 | |
| | | FECHA DE APROBACIÓN: 15/09/2025 | |
| | | RESPONSABLE: CONTROL INTERNO | |

| | | | | |
|---------------|---|--|---|--|
| Segunda línea | Planeación Sistemas Supervisores Responsables de sistemas de gestión. Rol de cumplimiento | Asesorar a la Alta dirección en la actualización de la política de riesgo, el establecimiento de los niveles de impacto y el nivel de aceptación del riesgo. | 3 | <p>La última actualización de la Política de Administración de Riesgos se llevó a cabo en el Comité Institucional de Coordinación y Control Interno del 31 de mayo de 2024. La versión vigente de la política es la 9, bajo la cual se realiza el presente informe de seguimiento.</p> <p>En la versión 9 se incluyó un capítulo específico sobre los riesgos de LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO - LA/FT, sin embargo, la política debe revisarse y articularse de conformidad con lo definido en la " Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas V7", donde se establece la incorporación del Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública -SIGRIP en las entidades públicas.</p> |
| | | Consolidar las matrices de riesgos institucionales y socializarlas en el Comité de Gestión y Desempeño Institucional para su análisis y seguimiento. | 2 | <p>De conformidad con el reporte realizado por el área de Planeación a través del memorando 1308, los dieciocho procesos de Capital identificaron y actualizaron su mapa de riesgos para la vigencia 2025-</p> <p>Sin embargo, se evidencian las siguientes debilidades:</p> <p>1. En el mapa de riesgos de gestión publicado en el menú de transparencia: https://www.canalcapital.gov.co/sites/default/files/media/file/file/MATRIZ%20DE%20RIESGOS%20GESTIO%CC%81N%20-%202025ii.xlsx el proceso de Control Disciplinario no tiene identificados riesgos de gestión.</p> <p>2. La matriz publicada no tiene las acciones de los planes de tratamiento de riesgos formuladas por los procesos para la vigencia 2025.</p> <p>3. En la INTRANET en la ruta: Inicio > MIPG > 2. Direccionamiento estratégico y Planeación > 2.1 Planeación Institucional > Administración del Riesgo > Matrices > Gestión, se venían publicando las matrices de riesgo, así como los informes de monitoreo, sin embargo, para la vigencia 2025 no se publicó para consulta institucional esta información</p> |



| | | | |
|---|-------------------------------|--|---|
|  | INFORME DE SEGUIMIENTO | CÓDIGO: CCSE-FT-022 |  |
| | | VERSIÓN: 05 | |
| | | FECHA DE APROBACIÓN: 15/09/2025 | |
| | | RESPONSABLE: CONTROL INTERNO | |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | Acompañar, orientar y sensibilizar a los líderes de proceso y responsables de primera línea en la identificación, análisis y valoración del riesgo, así como a la identificación de clientes en lo atinente a LA/FT. | 2 | <p>El área de planeación programó mesas de trabajo con los líderes de proceso y equipos de trabajo para socializar elementos claves de la gestión de riesgos.</p> <p>Sin embargo, a la fecha no se remiten avances en la identificación de clientes relacionados con los riesgos de LA/FT.</p> |
| | | Promover actividades de autoevaluación para determinar la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles. | 2 | Para el periodo evaluado no se ha solicitado por el área de Planeación a la primera línea de defensa, el diligenciamiento de formato de AUTOEVALUACIÓN EPLE-FT-037. Durante el desarrollo de la evaluación se evidenció por parte de la Oficina Asesora de Planeación el diligenciamiento del mecanismos de autoevaluación durante diciembre de 2025. |
| | | Verificar que el diseño de los controles establecidos por la primera línea sea pertinente frente a los riesgos identificados en cuanto a responsables, propósito, periodicidad, tratamiento, evidencias de ejecución, así como verificar que se estén ejecutando tal como fueron diseñados y adelantar las recomendaciones pertinentes | 2 | <p>El área de Planeación solicitó a los líderes de proceso el reporte de los panes de tratamiento de riesgos con corte al 30 de agosto, en el siguiente enlace de Drive:</p> <p>Enlace de acceso a las matrices de riesgo: https://drive.google.com/drive/folders/1acV90tS9MQU-Y1pFbyFVNOvASODVLjLS?usp=drive_link</p> <p>Sin embargo, no se evidencia reporte de monitoreo de Controles, ni recomendaciones a la primera línea frente a los mismos.</p> |
| | | Monitorear periódicamente la gestión y tratamiento dado a los riesgos desde la primera línea. | 2 | Durante el periodo evaluado se realizó un monitoreo a los planes de tratamiento con corte al 31 de agosto de 2025, sin embargo, no se han realizado monitoreos TRIMESTRALES es decir con corte a junio 30, septiembre 30 y ahora diciembre 31 de conformidad con lo que indica la política de administración del riesgo vigente de Capital. |
| | | Capacitar y generar recomendaciones relacionadas con la gestión del riesgo | 2 | <p>El área de planeación programó mesas de trabajo con los líderes de proceso y equipos de trabajo para socializar elementos claves de la gestión de riesgos.</p> <p>Sin embargo, a la fecha no se remiten avances en la identificación de clientes relacionados con los riesgos de LA/FT.</p> |

| | | | |
|---|-------------------------------|--|---|
|  | INFORME DE SEGUIMIENTO | CÓDIGO: CCSE-FT-022 |  |
| | | VERSIÓN: 05 | |
| | | FECHA DE APROBACIÓN: 15/09/2025 | |
| | | RESPONSABLE: CONTROL INTERNO | |

| | | | | |
|---------------|----------------------------|---|---|---|
| | | Definir la metodología para la Administración o gestión del Riesgo | 2 | <p>En el Manual Metodológico para la administración del riesgo vigente el cual es la versión 6 del 28/12/2023 no se establecen los lineamientos para la identificación de los riesgos relacionados con Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo LA/FT, por lo tanto, el documento debe actualizarse y articularse con lo establecido en la política de administración del riesgo.</p> <p>Y teniendo en cuenta que la política debe revisarse y articularse de conformidad con lo definido en la " Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas V7", donde se establece la incorporación del Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública -SIGRIP en las entidades públicas, el Manual debe actualizarse paralelamente con lo que se defina en la política institucional.</p> |
| | | Socializar al interior de la entidad los instrumentos de administración del riesgo, aprobados por la línea estratégica. | 2 | Se realizó una infografía sobre la metodología de administración de riesgos, la cual fue compartida a los colaboradores de Capital a través del correo electrónico el 5 de diciembre de 2025. |
| | | Fomentar que la gestión para todas las operaciones cumpla con las leyes y regulaciones aplicables en materia de LA/FT. | 1 | Durante el periodo evaluado no se evidencian avances en la identificación de riesgos de LA/FT. |
| Tercera línea | Oficina de control interno | Realizar actividades de evaluación objetiva de la efectividad de la gestión del riesgo, plasmados en el mapa de aseguramiento de Capital. | 3 | <p>La OCI realiza seguimiento a los riesgos de corrupción [De manera cuatrimestral] y de gestión [de manera semestral], realiza seguimiento semestral a la política de riesgos y al manual metodológico para la administración del riesgo.</p> <p>Efectúa recomendaciones en materia de riesgos a los procesos auditados según lo programado en el plan anual de auditorías. Atiende las solicitudes de revisión de los documentos de administración del riesgo remitidos por el área de Planeación y la Alta dirección si así se requiere.</p> <p>Durante el mes de noviembre se remitió a los procesos para su revisión y comentarios una versión preliminar del mapa de aseguramiento de Capital.</p> |
| | | Evaluar la efectividad de los controles de segunda línea, plasmados en el mapa | 1 | No se ha evaluado la efectividad de controles de segunda línea, teniendo en cuenta que el mapa de aseguramiento no |

Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia, por lo tanto, es copia No Controlada. La versión vigente reposará en la intranet institucional. Verificar su vigencia en el listado maestro de documentos.



| | | | |
|---|-------------------------------|--|---|
|  | INFORME DE SEGUIMIENTO | CÓDIGO: CCSE-FT-022 |  |
| | | VERSIÓN: 05 | |
| | | FECHA DE APROBACIÓN: 15/09/2025 | |
| | | RESPONSABLE: CONTROL INTERNO | |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | de aseguramiento de Capital. | | se ha formalizado en Capital, se encuentra en proceso de revisión. |
| | | Evaluar la efectividad de los controles de primera línea que no se encuentren cubiertos por la segunda línea, plasmados en el mapa de aseguramiento de Capital. | 1 | No se ha evaluado la efectividad de controles de primera línea, teniendo en cuenta que el mapa de aseguramiento no se ha formalizado en Capital, se encuentra en proceso de revisión. |
| | | Asesorar en la identificación de riesgos y diseño de controles de forma coordinada, de conformidad con los lineamientos definidos por la alta dirección. | 3 | La Oficina de Control Interno emite recomendaciones sobre las herramientas para la gestión del riesgo elaboradas por el área de Planeación. De igual manera, en los seguimientos y auditorías que se han realizado durante la vigencia 2025 se emitieron observaciones y recomendaciones sobre la identificación de riesgos de los procesos y sus controles, así como el reporte a la segunda línea cuando se identificó la materialización de riesgos. Con el presente seguimiento se remiten recomendaciones a los líderes de proceso frente a la identificación de riesgos y controles. |
| | | Adelantar el seguimiento a los mapas riesgos de conformidad con la programación establecida en el Plan Anual de Auditorías y socializar los resultados en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. | 3 | La Oficina de Control Interno adelanta el seguimiento cuatrimestral al mapa de riesgos de corrupción y de manera semestral al mapa de riesgos de gestión. Consolidando las respectivas matrices, y elaborando los informes de resultados del seguimiento realizado. Los cuáles son publicados en la página web de la entidad para consulta de cualquier interesado. Los resultados de los informes de seguimiento son socializados en el CICC por parte del Jefe de la Oficina de Control Interno. |
| | | Recomendar mejoras a la política de administración de riesgo. | 3 | Para el periodo evaluado no se remitió por parte del área de Planeación la política para revisión. Cuando se realice una actualización la OCI realiza comentarios y sugiere ajustes si hay lugar a ellos. |

De conformidad con lo evaluado, se obtuvieron los siguientes resultados:

| | |
|---------------------------|----|
| MÁXIMA VALORACIÓN POSIBLE | 93 |
| VALORACIÓN OBTENIDA | 67 |

Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia, por lo tanto, es copia No Controlada. La versión vigente reposará en la intranet institucional. Verificar su vigencia en el listado maestro de documentos.

| | | | |
|---|-------------------------------|--|---|
|  | INFORME DE SEGUIMIENTO | CÓDIGO: CCSE-FT-022 |  |
| | | VERSIÓN: 05 | |
| | | FECHA DE APROBACIÓN: 15/09/2025 | |
| | | RESPONSABLE: CONTROL INTERNO | |

| | |
|---|------------|
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ROLES Y RESPONSABILIDADES DE LA POLÍTICA | 72% |
|---|------------|



La evaluación de roles y responsabilidades definidos en la política de administración del riesgo muestra un nivel de cumplimiento del 72 %, lo que indica un avance de 5 puntos porcentuales en comparación con el seguimiento con corte a junio 30 de 2025, pero también la necesidad de fortalecer acciones para cerrar brechas en la ejecución, especialmente en la primera y segunda línea.

Se evidenciaron avances en los siguientes aspectos:

- Durante la vigencia 2025, la Oficina de Control Interno avanzó en la construcción del Mapa de Aseguramiento Institucional, el cual no existía previamente en la entidad, elaborando una versión preliminar que permite identificar las actividades de aseguramiento de las tres líneas de defensa y establecer las bases para la evaluación integral de los controles, quedando pendiente su formalización y aprobación.
- Se evidenció un ejercicio institucional de identificación y actualización de mapas de riesgos por parte de los procesos para la vigencia 2025, lo que refleja un avance en la estructuración del marco de gestión del riesgo a nivel institucional (haciendo falta el proceso de Control Disciplinario Interno).
- El área de Planeación ha adelantado acciones de acompañamiento y socialización de la metodología de administración del riesgo, incluyendo mesas de trabajo con los líderes de proceso y la divulgación de material informativo, lo que constituye un avance en la sensibilización institucional.

Se mantienen debilidades en los siguientes aspectos:

- Se evidenciaron brechas en la oportunidad y periodicidad del monitoreo de riesgos, dado que los seguimientos deben realizarse y presentarse de manera trimestral conforme a lo establecido en la Política de Administración del Riesgo, lo que limita la toma de decisiones oportunas por parte de la Alta Dirección y los responsables de los procesos.
- En el seguimiento a los controles se presentan debilidades, ya que, no se ha solicitado reporte de ejecución a la primera línea de defensa.
- En la identificación y gestión de riesgos específicos, particularmente no se ha iniciado el proceso de identificación de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT) y de Seguridad de la Información, frente a esta dificultad es

| | | | |
|---|-------------------------------|--|---|
|  | INFORME DE SEGUIMIENTO | CÓDIGO: CCSE-FT-022 |  |
| | | VERSIÓN: 05 | |
| | | FECHA DE APROBACIÓN: 15/09/2025 | |
| | | RESPONSABLE: CONTROL INTERNO | |

importante consultar a los procesos si tienen hechos generadores de riesgo en esta materia.

- Los resultados de las jornadas de autocontrol evidencian una baja apropiación de la Política de Administración del Riesgo por parte de los colaboradores, reflejada en el desconocimiento del modelo de las tres líneas de defensa, las tipologías de riesgo y la ruta de actuación ante la materialización de riesgos.
- Se evidencia que no se ha terminado el proceso de formulación de acciones de mejora derivadas del informe de seguimiento a la gestión del riesgo con corte al 30 de junio de 2025, lo que limita la materialización de los correctivos propuestos y afecta el cierre oportuno de las brechas identificadas en la gestión del riesgo institucional.



7.2. MATRICES DE RIESGO INSTITUCIONAL

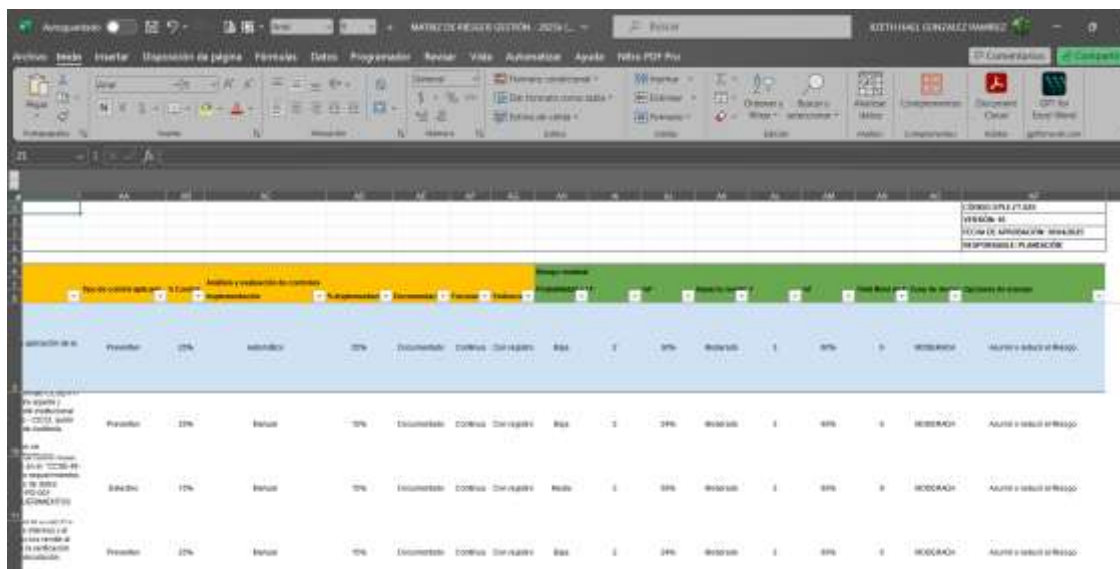
Para el presente seguimiento, se tomaron como insumos el informe de monitoreo de los riesgos presentado en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño del 3 de diciembre de 2025, así como las matrices publicadas en el botón de transparencia de la página web de la entidad e intranet, al igual que la matriz de monitoreo del segundo trimestre, de la siguiente manera:

- Mapa de riesgos de gestión [incluye ambientales] en la página web de la entidad:
<https://www.canalcapital.gov.co/sites/default/files/media/file/file/MATRIZ%20DE%20RIESGOS%20GESTIO%CC%81N%20-%202025ii.xlsx>
- Mapa de riesgos de corrupción en la página web de la entidad:
<https://www.canalcapital.gov.co/sites/default/files/media/file/file/MATRIZ%20DE%20RIESGO%20CORRUPCIO%CC%81N%20-%202025ii.xlsx>
- Mapa de riesgos de seguridad de la información en la intranet de Canal Capital:
<https://intranet.canalcapital.gov.co/intranet/docdowncc/DocSistema/2025/Matriz/MATRIZ%20DE%20RIESGOS%20DE%20SEGURIDAD.xlsx>

Sin embargo, una vez revisadas se presentaron los siguientes resultados:

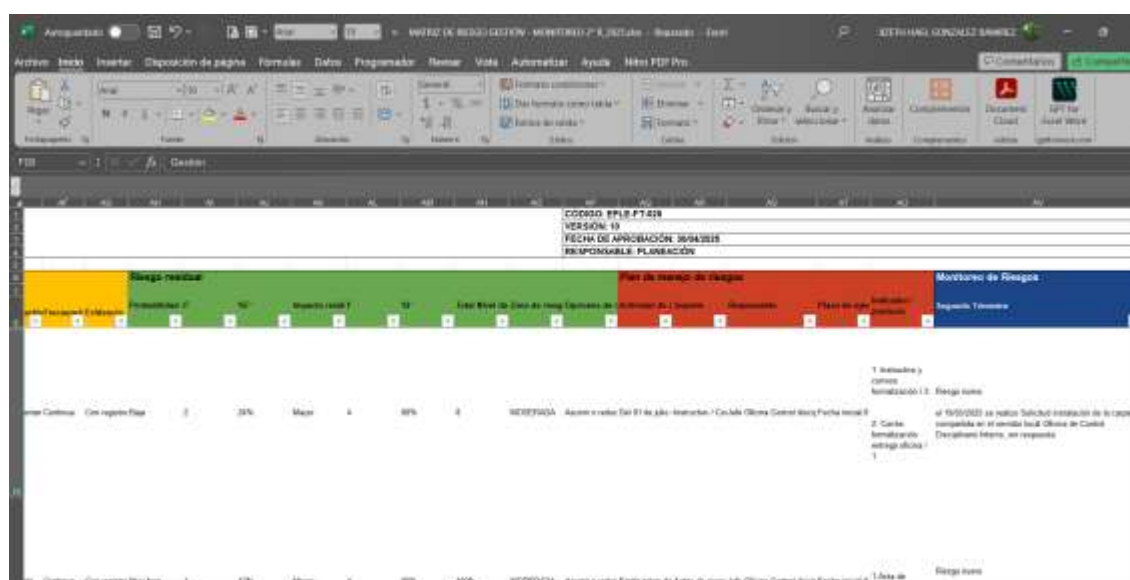
- Las matrices publicadas no cuentan con plan de acción que permita identificar el responsable de la ejecución de las actividades [implementación de los controles], fecha de inicio y fecha de terminación, así como las actividades y los monitoreos y seguimientos por parte de las líneas de defensa. Lo cual difiere de lo presentado en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño del pasado 3 de diciembre de 2025.

| | | | |
|---|-------------------------------|--|---|
|  | INFORME DE SEGUIMIENTO | CÓDIGO: CCSE-FT-022 |  ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | | VERSIÓN: 05 | |
| | | FECHA DE APROBACIÓN: 15/09/2025 | |
| | | RESPONSABLE: CONTROL INTERNO | |



The screenshot shows a Microsoft Excel spreadsheet titled "MATRIZ DE RIESGOS CCSE-FT-022". The spreadsheet contains a risk matrix with columns for risk categories (e.g., "Riesgo residual", "Riesgo residual", "Riesgo residual") and rows for specific risks. The matrix cells contain numerical values representing risk levels (e.g., 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100). The spreadsheet also includes a header section with the title "MATRIZ DE RIESGOS CCSE-FT-022" and a footer section with the date "15/09/2025" and the responsible party "CONTROL INTERNO".

Fuente: Matriz de riesgos publicada en el botón de transparencia



The screenshot shows a Microsoft Excel spreadsheet titled "MATRIZ DE RIESGOS CCSE-FT-022". The spreadsheet contains a risk matrix with columns for risk categories (e.g., "Riesgo residual", "Riesgo residual", "Riesgo residual") and rows for specific risks. The matrix cells contain numerical values representing risk levels (e.g., 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100). The spreadsheet also includes a header section with the title "MATRIZ DE RIESGOS CCSE-FT-022" and a footer section with the date "15/09/2025" and the responsible party "CONTROL INTERNO".

Fuente: Matriz de riesgos monitoreo 2025, publicada en el botón de transparencia

Dado lo anterior, no es posible adelantar seguimiento por parte de la tercera línea de defensa, respecto a las actividades formuladas para implementación y fortalecimiento de controles identificados por parte de los responsables.

- Dentro de la matriz publicada de seguimiento en el segundo trimestre de la vigencia se identificaron actividades cuya ejecución se encontraba proyectada para la vigencia 2024, por lo que deberá revisarse la actualización efectuada con las áreas, de manera que el monitoreo corresponda a los periodos y vigencias de actualización de estos. Ejemplo de lo indicado:

Si este documento se encuentra impreso no se garantiza su vigencia, por lo tanto, es copia No Controlada. La versión vigente reposará en la intranet institucional. Verificar su vigencia en el listado maestro de documentos.



| Riesgo residual | | | | | Plan de manejo de riesgos | | | | | Monitoreo de Riesgos | | | | |
|-----------------|--------------|------------------------------------|------------------|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|----------------------|----------------|-----------------------------------|--|--|--|--|--|
| Presupuesto | Definición | Probabilidad o frecuencia estimada | Impacto estimado | Exposición estimada (P x I) | Zona de riesgo | Opciones de manejo | Actividad de control | Responsable | Fecha de ejecución y finalización | Indicador | Seguimiento | Fuentes | | |
| Continúa | Con registro | Alto | 2 - 30% Mayor | 4 - 80% 8 | MODERADA | Asunto o retorno al riesgo | 1 ES profesional | 1 Acta en la q | Profesional especialista | <div> <div>Fecha inicial</div> <div>01/11/2024</div> <div>Fecha de finalización</div> <div>31/12/2024</div> <div>Fecha inicial</div> <div>01/06/2023</div> <div>Fecha de finalización</div> <div>31/05/2024</div> </div> | <div> <div>1. Número de presentaciones radicadas al director operativo para la aprobación - validación de la medida.</div> <div>2. Número de correos electrónicos con la continuidad de las acciones.</div> <div>3. Número de reuniones de seguimiento y la actividad.</div> <div>4. Total de procesos precontractuales, radicados por norma / Total de A continuación, se relacionan los procesos de</div> </div> | <div> <div>Se cuenta con las evidencias de la validación de la medida por parte de la dirección operativa.</div> <div>De igual manera se tiene evidencia de los correos electrónicos de email de la continuidad y el seguimiento de las acciones.</div> <div>Se cuenta el periodo a impactar algunos los documentos tendidos por el área pública se fue sobre el proceso de ISP (Solicitud de Informacion a Proveedores), a través de la plataforma transaccional SIGCOP y la brecha actual, con el fin de dar transparencia y publicidad a los procesos.</div> </div> | | |

- Se hace necesario revisar la identificación que se adelanta por parte de las áreas en la matriz asignada para tal fin, de manera que estos sean coherentes entre el área de impacto y el riesgo como tal, un ejemplo de lo anterior:

| | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--|--|---|------------|-------------|-------------------------|----------------|----------------------|---|
| Relacionamiento con el Ciudadano | | Atender los diferentes requerimientos de los ciudadanos con el apoyo del área competente para satisfacer sus necesidades | Inicio con el recibo de los requerimientos de los ciudadanos por los diferentes canales de atención, continua con la solicitud respectiva y finaliza con la evaluación de la percepción de la ciudadanía sobre el servicio prestado | Corrupción | AAUT-RC-001 | Afectación reputacional | Posibilidad de | Afectación económica | por desconocimiento y omisión de las actividades identificadas en el procedimiento frente a los requisitos para la entrega de las copias de material audiovisual, los trámites o los costos incurridos en las mismas. |
|----------------------------------|--|--|---|------------|-------------|-------------------------|----------------|----------------------|---|

Lo anterior, dado que puede generarse confusión y una inadecuada práctica de identificación del impacto al contar con doble casilla para dicho fin, como se ha reiterado en los informes de seguimiento previos, y que a la fecha no se ha contemplado en las actualizaciones de las herramientas de gestión del riesgo:



| Identificación del riesgo | | | | Riesgo (¿Qué puede suceder?) | | |
|---------------------------|-------------|--------------------------|----------------|--|--|---|
| Tipología | Código | Área de impacto | Inicio | ¿Qué? Impacto | ¿Cómo? Causa Inmediata | ¿Por qué? Causa raíz |
| Corrupción | EGCM-RC-001 | Afectación reputacional. | Posibilidad de | Difusión intencional de información sin los controles necesarios | de manera innecesaria, malintencionada, poco veraz o sesgada | atendiendo a intereses particulares internos o externos |

| | | | |
|---|-------------------------------|--|---|
|  | INFORME DE SEGUIMIENTO | CÓDIGO: CCSE-FT-022 |  |
| | | VERSIÓN: 05 | |
| | | FECHA DE APROBACIÓN: 15/09/2025 | |
| | | RESPONSABLE: CONTROL INTERNO | |

- De manera adicional a la fecha del presente seguimiento se observa que:
 - Los riesgos cuentan con debilidades de redacción y coherencia entre la tipología del riesgo y el objetivo del proceso, así como de identificación de controles, lo cual fue indicado en el informe de seguimiento del primer semestre de la vigencia y a la fecha no se han tenido en cuenta las recomendaciones y lineamientos para la identificación de los riesgos, lo anterior, se presenta en las matrices de identificación y evaluación, lo que deberá revisarse a la luz de la actualización de la versión 7 de 2025 de la Guía para la Gestión del riesgo en Entidades Públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública.
 - No se cuenta con los resultados de la autoevaluación de los procesos en el marco de la determinación de la eficiencia, eficacia y efectividad de los controles identificados en la herramienta de identificación y evaluación de riesgos con la que cuenta la entidad.
 - No se cuenta con un plan de comunicaciones que permita contar con comunicaciones periódicas relacionadas con los riesgos de la entidad, socialización de lineamientos y herramientas existentes, roles y responsabilidades, periodicidades de monitoreo y seguimiento, entre otros.
 - De conformidad con lo indicado por el área, se adelantó la contratación de recursos especializados para diagnóstico integral de SARLAFT; sin embargo, es importante que se adelante la revisión del resultado de la auditoría a la Gestión Antisoborno, Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, así como de los lineamientos establecidos del Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP, incluidos en la versión 7 de 2025 de la Guía para la Gestión del riesgo en Entidades Públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública, con el fin de adelantar un diagnóstico adecuado, aterrizado y relacionado con el quehacer institucional.

De conformidad con lo indicado, se recomienda revisar y adaptar la matriz modificada y presentada en la caja de herramientas de la versión 7 de 2025 de la Guía para la Gestión del riesgo en Entidades Públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública, respecto a los parámetros de identificación, según su metodología incluyendo aspectos como:

- Identificación y calificación del riesgo inherente y residual
- Identificación del plan de acción

| | | | |
|---|-------------------------------|--|---|
|  | INFORME DE SEGUIMIENTO | CÓDIGO: CCSE-FT-022 |  |
| | | VERSIÓN: 05 | |
| | | FECHA DE APROBACIÓN: 15/09/2025 | |
| | | RESPONSABLE: CONTROL INTERNO | |

- Identificación del espacio para monitoreo de primera y segunda línea, así como el espacio de seguimiento de tercera línea de defensa y estado del mencionado plan.

| No. DE PRECISO | Impacto Potencial | PREVENCIÓN | IMPACTO | DEVENIDA (O ENVI) DE DESARROLLO | ¿Responde Plan de Desarrollo? | Tratamiento | Exoneración al tratamiento o exoneración | Definición del Tratamiento | Desarrollo de la función, basado en el análisis de riesgos | Responsable (Cargo) | Fecha de Inicio | Fecha de Finalización | Seguimiento 1 (Fecha y avance) | Seguimiento 2 (Fecha y avance) | Seguimiento 3 (Fecha y avance) | Verificación por parte de segunda línea de defensa o quien haga sus veces (Fecha y Desempeño) | Verificación por parte de la Oficina de Control Interno, o quien haga sus veces (Fecha y Desempeño) | Estado |
|----------------|-------------------|------------|---------|---------------------------------|-------------------------------|--|--|--|--|--|-----------------|-----------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---|---|--------|
| 01 | 400 | Medio | Medio | Medio | Responde Plan de Desarrollo | Definición, Plan de Tratamiento, Ejecución | Definición, Plan de Tratamiento, Ejecución | Definición, Plan de Tratamiento, Ejecución | Definición, Plan de Tratamiento, Ejecución | Definición, Plan de Tratamiento, Ejecución | | | | | | | | |
| 02 | | Medio | | Medio | | | | | | | | | | | | | | |

Fuente: Caja de Herramientas – DAFP, 2025

7.3. MANUAL METEOLÓGICO DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

Teniendo en cuenta que a la fecha se viene adelantando un proceso de modificación de herramientas, así como suscripción de acciones de mejora respecto al contenido del documento, se recomienda que este se actualice a la luz de los parámetros indicados en la versión 7 de 2025 de la Guía para la Gestión del riesgo en Entidades Públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública, adaptando lo correspondiente frente a la identificación de riesgos [aterrizado a la realidad institucional y de conformidad con las diferentes tipologías existentes], controles, mapas de calor, estrategias de apropiación y socialización a nivel institucional, al igual que la definición de un contexto aterrizado a la realidad institucional.



8. OBSERVACIONES

Teniendo en cuenta que a la fecha del presente seguimiento **no** se ha finalizado con la suscripción de las acciones de mejora identificadas en el primer seguimiento de la vigencia 2025, y que las debilidades **se mantienen**, no se adelantará formulación de actividades adicionales en el módulo del Plan de Mejoramiento por Procesos de la entidad.

9. CONCLUSIONES

Se dio cumplimiento del objetivo propuesto en el marco de presentar un estado del avance en materia de la gestión del riesgo en Canal Capital, identificando que:

- El 30 % de las responsabilidades evaluadas evidenció un cumplimiento adecuado (valoración 3), al contar con actividades diseñadas, documentadas y socializadas conforme a lo establecido en la Política de Administración del Riesgo, lo que refleja un nivel limitado de madurez en la implementación del modelo.
- El 58 % de las responsabilidades presentó actividades en proceso de diseño o con deficiencias (valoración 2), evidenciando una implementación parcial del sistema de administración del riesgo que requiere fortalecimiento para garantizar su eficacia y sostenibilidad.

| | | | |
|---|-------------------------------|--|---|
|  | INFORME DE SEGUIMIENTO | CÓDIGO: CCSE-FT-022 |  |
| | | VERSIÓN: 05 | |
| | | FECHA DE APROBACIÓN: 15/09/2025 | |
| | | RESPONSABLE: CONTROL INTERNO | |



- El 12% de las responsabilidades evaluadas no contó con evidencia de actividades asociadas (valoración 1), situación que representa una debilidad estructural en la operatividad de la Política de Administración del Riesgo y limita su impacto en la gestión institucional.

Adicionalmente, es importante tener en cuenta que se debe robustecer el ejercicio de riesgo en materia de:



- Falta de implementación de una la herramienta (matriz) que contenga los aspectos requeridos para la identificación de los riesgos a nivel institucional, sin importar su tipología.
- Falta de unidad de criterios respecto a la publicación para consulta de las partes interesadas en el botón de transparencia de la entidad de la matriz de riesgos institucional.
- La herramienta de identificación de riesgos no incorpora un plan de acción de implementación de controles, así como de las fechas de implementación, al igual que los espacios de monitoreo y seguimiento de estos por las diferentes líneas de defensa.
- Debilidades en la estructuración del plan de comunicaciones respecto a la identificación de actividades de capacitación, socialización y fortalecimiento de los conocimientos de los colaboradores de la entidad de manera articulada con el área de Recursos Humanos y Comunicaciones.

10. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la Oficina Asesora de Planeación garantizar la realización y presentación de los monitoreos de riesgos institucionales con la periodicidad trimestral definida en la Política de Administración del Riesgo, asegurando su socialización oportuna ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD) de manera trimestral, con el fin de facilitar la toma de decisiones y la implementación oportuna de acciones correctivas y preventivas.
- Se recomienda adelantar la actualización integral de la Política de Administración del Riesgo y del Manual Metodológico, con el fin de:
 - Articularlos con la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas V7 del DAFP.
 - Incorporar el Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública (SIGRIP).

| | | | |
|---|-------------------------------|--|---|
|  | INFORME DE SEGUIMIENTO | CÓDIGO: CCSE-FT-022 |  |
| | | VERSIÓN: 05 | |
| | | FECHA DE APROBACIÓN: 15/09/2025 | |
| | | RESPONSABLE: CONTROL INTERNO | |

- Definir lineamientos claros para la identificación, análisis y tratamiento de riesgos asociados a LA/FT y seguridad digital.
- Se recomienda priorizar la identificación de riesgos de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo (LA/FT) en los procesos que involucren relacionamiento con clientes, proveedores y contratistas.
- Se recomienda asegurar la publicación de las matrices de riesgos en la página web y en la intranet institucional y que estas incluyan las acciones de los planes de tratamiento vigentes.
- Se recomienda culminar el proceso de revisión, formalización y aprobación del Mapa de Aseguramiento, con el fin de:
 - Permitir la evaluación efectiva de los controles de segunda línea.
 - Optimizar la coordinación entre las tres líneas de defensa.
 - Evitar duplicidades y vacíos en las actividades de aseguramiento.
- Se recomienda establecer un ejercicio periódico y estructurado con todas las áreas para identificar hechos generadores de riesgos de seguridad digital, con el liderazgo del área de TIC, a fin de asegurar su incorporación oportuna en las matrices de riesgos, el diseño de controles pertinentes y la actualización continua del mapa de riesgos de seguridad digital.
- Unificar la herramienta (matriz) que contiene la identificación de los riesgos a nivel institucional, sin importar su tipología, así como la publicación para consulta de las partes interesadas en el botón de transparencia de la entidad.
- Verificar los lineamientos de identificación de riesgos en el marco de la actualización y unificación del Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública – SIGRIP, incorporando la estructuración del plan de acción de implementación de controles, así como de las fechas de inicio y terminación, al igual que los espacios de monitoreo y seguimiento.
- Estructurar un plan de comunicaciones que permita consolidar actividades de capacitación, socialización y fortalecimiento de los conocimientos de los colaboradores de la entidad de manera articulada con el área de Recursos Humanos y Comunicaciones.
- Finalizar la suscripción de las actividades de mejora en el Plan de mejoramiento por Procesos en el módulo de Planes Institucionales del SICC, con el fin de

| | | | |
|---|-------------------------------|--|---|
|  | INFORME DE SEGUIMIENTO | CÓDIGO: CCSE-FT-022 |  |
| | | VERSIÓN: 05 | |
| | | FECHA DE APROBACIÓN: 15/09/2025 | |
| | | RESPONSABLE: CONTROL INTERNO | |

efectuar el seguimiento a los compromisos establecidos en materia de mejora de la gestión del riesgo de la entidad.

Revisó y aprobó:

Jefe Oficina de Control Interno

Preparó: Diana del Pilar Romero Varila, Contratista Oficina de Control Interno – Cto. 037-2025
Jizeth Hael González Ramírez, Contratista Oficina de Control Interno – Cto. 006-2025