# INFORME DE EVALUACIÓN A LA GESTIÓN DEL RIESGOS Y GESTIÓN DE CONTROLES

| FECHA PRESENTACION | Enero de 2024 | PERIODO INFORMADO | Cuarto Trimestre de 2023 |
|---|---|---|---|

## I. NORMATIVIDAD

**Decreto No 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.

**Manual Operativo MIPG v3**: El Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, es un marco de referencia diseñado para que las entidades ejecuten y hagan seguimiento a su gestión para el beneficio del ciudadano. No pretende generar nuevos requerimientos, sino facilitar la gestión integral de las organizaciones a través de guías para fortalecer el talento humano, agilizar las operaciones, fomentar el desarrollo de una cultura organizacional sólida y promover la participación ciudadana, entre otros.

**Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles de las Entidades Públicas V5, Diciembre de 2020.** El Departamento Administrativo de la Función Pública, la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República y el Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones presentan la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. Riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital", incluidos sus anexos, como una herramienta con enfoque preventivo, vanguardista y proactivo que permitirá el manejo del riesgo, así como el control en todos los niveles de la entidad pública, brindando seguridad razonable frente al logro de sus objetivos.

**Manual Operativo MIPG.v5. Marzo de 2023**. Cambios introducidos:

- Ajuste a formato acorde con nueva imagen de Gobierno
- Actualización de contenidos de las políticas de Mejora Normativa e Integridad y Gestión de la Información Estadística

Actualización de la Dimensión de Gestión con Valores para Resultados; se aclara el alcance, se reorganizan las políticas y se actualizan contenidos de las políticas de Servicio al ciudadano, Participación Ciudadana, Racionalización de Trámites, Gobierno Digital y Transparencia, lucha contra la corrupción y acceso a la información

**Decreto Único 1083.** **ÚLTIMA FECHA DE ACTUALIZACIÓN:** en su versión integrada, incorpora las modificaciones introducidas al Decreto único reglamentario del Sector de Función Pública a partir de la fecha de su expedición. Última fecha de actualización: **15 de junio de 2023** *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública"* en su

**TÍTULO 21 SISTEMA DE CONTROL INTERNO**, establece lineamientos para la Conceptualización, Instancias de Articulación y competencias, la Unidad Básica del Sistema Nacional de Control Interno y del Jefe de la Oficina de Control Interno. **ARTÍCULO 2.2.21.1.6** ***Funciones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno…*** *g. 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.*
**ARTÍCULO 2.2.21.5.4** ***Administración de riesgos.*** *Como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas las autoridades correspondientes establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo. Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y las oficinas de control interno o quien haga sus veces, evaluando los aspecto tanto internos como externos que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos organizaciones, con miras a establecer acciones efectivas, representadas en actividades de control, acordadas entre los responsables de las áreas o procesos y las oficinas de control interno e integradas de manera inherente a los procedimientos. (Decreto 1537 de 2001, art. 4) (Ver Ley 87 de 1993, art 2)*

**ARTÍCULO 2.2.21.7.1**. *Creación de la Red Anticorrupción. Crease la Red Anticorrupción integrada por los Jefes de Control Interno o quien haga sus veces para articular* ***acciones oportunas y eficaces en la identificación de casos o riesgos de corrupción en instituciones públicas****, para generar las alertas de carácter preventivo frente a las decisiones de la administración, promoviendo la transparencia y la rendición de cuentas en la gestión pública.*

**Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles de las Entidades Públicas V6, Noviembre de 2022**. Se mantiene estructura conceptual para la administración del riesgo. Se incluye capítulo específico sobre riesgo fiscal, que se complementa con el Anexo denominado catalogo indicativo de puntos de riesgo fiscal para facilitar el análisis en el marco del modelo de operación por procesos

**Política para la Gestión del Riesgo y Diseño de Controles V4 aprobada mediante Acto Administrativo Resolucion No 206 de 2023 de fecha 24 de Julio de 2023**, aprobada en CICCI No 6 del 27 de abril de 2023, la cual se encuentra incluida en el sistema de gestión institucional, así como los formatos anexos, los cuales adoptan la última versión de la guía para la gestión del Riesgo y el Diseño de Controles emitida por el DAFP.

## II. OBJETIVO

Generar informe de monitoreo y evaluación de la Gestión del Riesgo y las recomendaciones pertinentes, el cual se utilice para la retroalimentación al Comité Institucional de Coordinación Interno y líneas de defensa, agregando valor a la gestión del riesgo organizacional y le aporte al fortalecimiento de la gestión institucional.

## III. ALCANCE

El presente informe presenta la evaluación a la Gestión del Riesgo correspondiente al cuarto trimestre de la vigencia 2023 con destino al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, con base en las evidencias disponibles en la Oficina de Control de Gestión y el informe de segunda línea de defensa de la Subgerencia de Planificación.

## IV. FUENTE DEL DATO

Mapa de Riesgos Institucional Vigencia 2023.
Evidencias disponibles en la Oficina de Control de Gestión y reporte y evidencias de la Subgerencia de Planificación.

## V. INFORME DE EVALUACIÓN A LA GESTIÓN DEL RIESGO CUARTO TRIMESTRE DE LA VIGENCIA 2023.

### INFORME TERCERA LÍNEA DE DEFENSA – OFICINA DE CONTROL DE GESTIÓN

**Evaluación del Nivel de aseguramiento de la Segunda Línea de Defensa Y Resultados de la Evaluación de la Oficina de Control de Gestión:**

Teniendo en cuenta que la tercera línea de defensa debe evaluar al proveedor de aseguramiento de segunda línea de defensa, se reitera a la Subgerencia de Planificación la importancia de realizar un acompañamiento oportuno, previo a la remisión de soportes por parte de los procesos, **generando el análisis de la gestión del control implementado, evaluando la efectividad del control de tal forma que se esté evitando la materializacion del riesgo identificado, generando las alertas oportunas** y propiciando el cambio de los controles cuando estos no logran ser efectivos y se materialice el riesgo.

Se reitera a la Subgerencia de Planificación el levantamiento de acciones correctivas ante la materializacion de riesgos, **una de las recomendaciones FURAG,** que para este caso teniendo encuentra que hay controles con cero implementación debe generarse la acción correctiva con la presencia del directivo de Planificación y dependencia involucrada, acción que debe ser inmediata.

La Oficina Control de Gestión en su rol de tercera línea de defensa se permite realizar verificación con enfoque de efectividad del control, encontrando los siguientes resultados, una vez cotejadas las actividades y las evidencias aportadas:

**MAPA DE RIESGOS Y ACTIVIDADES DE CONTROL VIGENCIA 2023**
**Corte Diciembre 30 de 2023**

**EVALUACIÓN DE LA TERCERA LÍNEA DE DEFENSA. OFICINA DE CONTROL DE GESTIÓN**

| TIPO DE RIESGO | No Riesgos | No Actividades Control | Nivel de cumplimiento promedio | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | I Trim 2023 | II Trim 2023 | III Trim 2023 | VI Trim 2023 |
| RIESGOS DE GESTIÓN | 12 | 12 | 21,50 | 19,71 | 28 | 40 |
| RIESGOS DE CORRUPCIÓN | 1 | 1 | 50,00 | 50,00 | 75 | 100 |
| RIESGOS DE SEGURIDAD DIGITAL | 1 | 1 | 25,00 | 25,00 | 25 | 100 |
| RIESGOS FISCALES | 1 | 1 | | | | 100 |
| *A corte abril se adiciona un riesgo de Gestion en instancia CICCI y en septiembre un riesgo fiscal.* | | | | | | |
| Promedio General Por componente | | | 32,17 | 31,57 | 47,00 | 85,00 |
| Promedio General Individual | | | 23,96 | 20,00 | 33,54 | 52,86 |

**Desagregado por Proceso:**

| PROCESO | % avance |
|---|---|
| Planeación y Gestión Integral (1) G | 60,00 |
| Gestión Comercial (1) G | 90,00 |
| Gestión Inventarios (1) G Y C | 100,00 |
| Gestión Documental (1) G | 80,00 |
| Gestión Financiera (1) G | 0,00 |
| Gestión Informática (1) SD | 100,00 |
| Contratación (1) G | 20,00 |
| Secretaría General y G. Jurídica (1) G | 20,00 |
| Subgerencia Operaciones/ Subproceso Mantenimiento (1) G | 30,00 |
| Subgerencia Operaciones/ Subproceso Distribución (1) G | 30,00 |
| Subgerencia Operaciones/ Subproceso Saneamiento Básico (1) G | 30,00 |
| Subgerencia Operaciones/Subproceso Control de Calidad (1) G | 80,00 |
| Financiera (1) G | 0,00 |
| Gestion Estrategica (1) F | 100,00 |
| | 52,86 |

Se requiere el liderazgo de Directivos y Profesionales Jefe en sensibilizar y aportar a la participación activa de todos los procesos, ya que existen actividades de participación compartidas, como la de los archivos de gestión y avances trimestrales, así como el análisis de la gestión de PQRSD en comité primario.

Se reitera la importancia que las actividades de control cumplan con los requisitos que el Dafp en su guía ha establecido y sensibilizar

| QUÉ | CÓMO | PROPÓSITO | EVIDENCIA | QUIÉN | FRECUENCIA |
|---|---|---|---|---|---|
| Defina caramente la Actividad de Control | Como se realiza la actividad de Control | Que pretende controlar o minimizar el Control | Cual es el documento o registro que evidencia la ejecución del Control | Quien es el responsable de la Accion de Control | Con que frecuencia o periodicidad se lleva a cabo la actividad de Control |

**El sistema de gestión institucional debe pasar de la documentación a la verificación con enfoque de la efectividad en los resultados con base en metas trazadas.**

**RIESGO No 1. GESTIÓN: 60%**

**Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento de las acciones y controles comprometidos en los instrumentos normativos de planifación y control**

**Actividad de Control:** Informe de monitoreo trimestral de cumplimiento de planes a las instancias pertinentes en cada monitoreo (incluye las actas de reunión con los lideres de los

procesos soporte de socializaciones, seguimiento a las acciones correctivas, recomendaciones y alertas) y soporte de remisiones a las instancias pertinentes

A septiembre 30. Se mantiene la meta de cuatro informes, soportado en los requerimientos del empalme y rendición de cuentas en este año de transición de gobierno.

Aún cuando se realizaron mesas de cierre con involucrados y planificación y control de gestión evalúan soportes y evidencias de cumplimiento, el control debe ser oportuno, continuo y sistemático para que sea efectivo.

**RIESGO No 2. GESTIÓN: 90%**

**Posibilidad de afectación económica por la inefectividad del recaudo asociado a la no disponibilidad de resultados del estado de financiaciones para toma de decisiones y acciones**

Es importante manifestar que los controles internos para el Proceso comercial son mensuales en instancia del comité primario, independiente del reporte que hace el Directivo en Instancia Directiva, estos informes tienen objetivos diferentes según el nivel de responsabilidad y competencia de cada responsable.

Se han remitido al CICCI los informes de la lider del proceso y el P1, quien manifiesta que se elabora un único informe, sin embargo esto no permite evidenciar los controles en la primera línea de defensa del P1, P3 y directivo que es el que se presenta en CICCI.

Se entregan soportes a agosto de 2023, firmados por P1 y Directivo, con analisis y recomendaciones. De los tres entregables mensuales para un total de 36, se reconoce la entrega de 16.

Recomendacion: no se evidencia ni refleja en los informes las instancias de control establecidas para los tres responsables identificados, informes sin firma del Directivo en informes de mayo y junio, se recomienda consolidar comportamiento semestre.

Resultados soportados en el Acuerdo de Gestion al cierre de la Vigencia, sin embargo los reportes en las instancias de primera linea no se soportaron, solo informes únicos de la dependencia.

**RIESGO No 3. GESTIÓN Y CORRUPCIÓN. 100%**

**Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento de los lineamientos procedimentales de la gestión de recursos físicos debido a la entrada y salida de bienes sin soportes y riesgo de pérdida de bienes**.

**Actividad de Control**:

Informe trimestral de monitoreo al cumplimiento del plan de mejora de inventarios y soporte de la remisión a la Oficina de Control de Gestión. Cuatro Informes y soportes, 4 remisiones

Cumple con soporte, verificación en Control de Gestión y Avance con involucrados y Gerencia, la evaluación reporta un nivel de cumplimiento del 38%, avalado por responsables de cumplimiento y evaluación del plan de mejora.

A corte Septiembre 30, Cumple con soporte, verificado en Control de Gestión y Avance con involucrados y Gerencia, la evaluación reporta un nivel de cumplimiento del 38%, avalado por responsables de cumplimiento y evaluación del plan de mejora. Pendiente en CICCI acordar agenda de reunión para el comité de recursos físicos y dar avance a entregables. Se debe evaluar efectividad con el avance del Plan suscrito al cierre de la vigencia, especialmente asociado a lograr la conciliación de la cuenta PPyE con el Distrito.

Cierra con cumplimiento del 81% sin embargo se debe continuar con el proyecto de mejora toda vez que aún no se encuentra actualizado el módulo de activos ni conciliado con los auxiliares del Distrito.

**Riesgo No 4. Gestión: 80%**

**Posibilidad de pérdida reputacional por quejas, demandas o sanciones debido al inadecuado manejo del sistema de gestión documental Orfeo;** (definición del riesgo: que es inadecuado, se presumen errores en el registro de radicación por parte del técnico de gestión documental, según la actividad de control asumida).

**Actividad de Control**

Reporte mensual de fallas, análisis, decisiones y acciones realizadas y acta de comité primario. Doce (12) Reportes y Doce (12) Actas de comité primario. Técnico Gestión Documental.

A septiembre 30, se entrega informe consolidado trimestral que detalla datos por cada mes, y actas de comité primario, se requiere definir periodicidad del reporte tanto para el registro de controles como para el mapa se estableció mensual, con análisis y recomendaciones, ya que los entregables estan así planteados, se remitió del proceso email al CIGyD para solicitar consolidados trimestrales en atención a que los resultados evidencian sensible mejora al respecto de la minimización del riesgo identificado, califica 60 hasta tanto se logre decisión de comite.

Importante que los registros de evidencias se encuentren identificados, fecha, dependencia, nombre y periodo reportado.

Cierra con informe trimestral y sin aval de Comite. Se mantiene evaluación, sin embargo se evidencia impacto de mejora con la implementación del Control

**Riesgo No 5. Gestión. 0%**

**Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento de pagos de los costos fijos debido a la programación inadecuada respecto al flujo de efectivo,** (definición del riesgo: que es inadecuado, se presume que no hay control del flujo de caja de financiera para ilustrar a la gerencia).

**Actividad de Control**:

Formular flujo de caja proyectado y realizar seguimiento mensual reportado a la Gerencia a partir del mes de febrero. Subgerente y Profesional Jefe Financiero.

Se reportan registros financieros de febrero y marzo de 202, sin soporte de remisión a Gerencia, requerir remisión, para cerrar el trimestre, definir utilidad del registro, en instancia de monitoreo.

El reporte no enuncia ningún tipo de conclusión o recomendación o acción tomada en el periodo reportado, ya que revisados los soportes disponibles de comités primarios de la dependencia no se hace alusión a este control y su efectividad.

A corte sep. 30 se evidencia una única remision vía email, de junio, julio y agosto real no proyectado, manifiesta la gerencia que considera como no presentado el registro, no cumple con lo establecido y por lo tanto no es efectivo el control.

Al cierre de la vigencia se mantienen los resultados se debe revisar el riesgo con la metodología institucional en la vigencia 2024.

**Riesgo No 6. Seguridad Digital. 100%**

**Posibilidad de afectación económica y reputacional debido a pérdida de Integridad de la información o configuración de los servicios gestionados por el proceso de gestión informática debido a ataques informáticos, fallas eléctricas, errores de configuración, errores humanos, fallas tecnológicas o vulnerabilidades en el software y hardware.**

**Actividad de Control:**

Monitorear plan de tratamiento de riesgos de seguridad de la información y el Plan de Preservación Digital a Largo Plazo vigencia 2023 y presentar en instancia del CIGyD.

No se aportan evidencias, manifiesta el profesional remitido el informe, pero no se cuenta con soporte de instancia en CIGyD, hasta tanto, no se cuente con el acta, se encuentra pendiente el avance.

Al cierre de la Vigencia se verifica que el plan de Riesgos de seguridad contempla una actividad asociada a la preservación digital publicado en web y soportado en el Acta CIGyD, se verifica publicación. 50%

El Plan de preservación digital cumple y fue presentado y aprobado en Acta CIGyD No 10 de 2023 numeral 2.1 50%. Para un total de 100%

**Riesgo No 7. Gestión. 20%**

**Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento Normativo de la Ley de Archivos debido a la existencia de fondos acumulados en la Dependencia Secretaría General.**

**Actividad de Control:**

Plan de Trabajo aprobado en Comité primario de la Dependencia.

Documento (1) Plan y Un (1) Acta Comité primario

Cuatro (4) Informes de monitoreo del plan y cuatro (4) actas de comité primario de la dependencia

Planificación monitorea con 25%, soportándose un plan de trabajo firmado por el directivo, sin soporte de comité primario y no aplicaría informe ya que se legaliza el 1 de marzo, por lo que cumpliría con el 9%

A sep. 30 no se evidencian avances, no se aportan evidencias del Plan de Mejoramiento suscrito con ocasión de la auditoría a Contratación, el tema de condiciones no es óbice para organizar la información en la estanteria e identificar contenidos en tanto se adecua el espacio, Alerta.

Al cierre de la Vigencia no se recibe informe o soporte alguno de la gestión, en la auditoría contractual a la Vigencia 2023, se solicita decisión gerencial para eliminar este compromiso, tema para presentar en el próximo CICCI. De 10 entregables soportan dos, el plan suscrito.

**Riesgo No 8. Gestión. 20%**

**Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento Normativo de la Ley de Archivos debido a la falta de implementación de los instrumentos archivísticos en la conformación de expedientes de gestión coactiva.**

**Entregables de Control**:

Plan de Trabajo aprobado en Comité primario de la Dependencia.

Documento (1) Plan y Un (1) Acta Comité primario

Cuatro (4) Informes de monitoreo del plan y cuatro (4) actas de comité primario de la dependencia.

Planificación monitorea con 25%, soportándose un plan de trabajo firmado por el directivo, pendiente informe, teniendo en cuenta que el comité aprueba el plan en Acta 004 de 202, por lo que cumpliría con el 17%

A sep. 30 no se evidencian avances, no se aportan evidencias del Plan de Mejoramiento suscrito con ocasión de la auditoría a Contratación, el tema de condiciones no es óbice para organizar la información en la estantería e identificar contenidos en tanto se adecua el espacio, Alerta.

Al cierre de la Vigencia no se recibe informe o soporte alguno de la gestion, en la auditoria contractual a la Vigencia 2023, se solicita decisión gerencial para eliminar este compromiso, tema para presentar en el próximo CICCI. De 10 entregables soportan dos, el plan suscrito.

**Riesgo No 9. Gestión. 30%**

**Posibilidad de afectación económica y reputacional por la ausencia de controles a las existencias de materiales consumibles de alta rotación en la planta, que permita la identificacion oportuna de necesidades y disponibilidad de los mismos**.

Entregables:

Doce (12) Monitoreos de control a materiales consumibles presentado en Comité primario: Doce (12) Actas.

Sin soporte de Gestión.

No se aportaron evidencias con la periodicidad requerida, toda vez que aporta a la austeridad y protección de los recursos, se recomienda mantener el control en 2024, por considerarlo no efectivo.

**Riesgo No 10. Gestión. 30%**

**Falta de control a la oportunidad, completitud y pertinencia de las PQRSD del subproceso**

Entregables:

Doce (12) Monitoreos de control a materiales consumibles presentado en Comité primario: Doce (12) Actas.

Sin soporte de gestión

No se aportaron evidencias con la periodicidad requerida, toda vez que aporta a la austeridad y protección de los recursos, se recomienda mantener el control en 2024, por considerarlo no efectivo.

**Riesgo No 11. Gestión. 30%**

**Falta de control a la oportunidad, completitud y pertinencia de las PQRSD del subproceso**

Entregables:

Doce (12) Monitoreos de control a materiales consumibles presentado en Comité primario: Doce (12) Actas.

Sin soporte de gestión

La segunda Linea de defensa competente para la evaluación del plan soporta 80% se mantiene resultado en tanto en 2024 la 3LD realiza auditoría interna.

**Riesgo No 12. Gestión. 80%**

Posibilidad de afectación económica y reputacional por el cierre del laboratorio de Control de Calidad debido a incumplimiento normativo.

Entregables del Control:

Subgerencia de Planificación y los profesionales III de los Subprocesos Calidad y Produccion soportado en los registros trimestrales de plan de mejora y acciones correctivas monitoreadas.

Se evalúa con cumplimiento al corte, con base en las evidencias, se aportan evidencias que enuncian un nivel de cumplimiento del plan de mejora con el 23,59% y Acciones correctivas con cumplimiento del 12%.

Se requiere reportar avance con informe ejecutivo en CIGyD, enunciando avances y oportunidades de mejora previo aval de los directivos de cada dependencia, para validar nivel de cumplimiento reportado.

**Riesgo No 13. Gestión. 0%**

Riesgo: Riesgo de desfase en los costos de administración, por ausencia de controles, resultados, análisis y toma de decisiones informadas

Control: Informe trimestral que inicia con el primer trimestre de 2023. Cuatro informes trimestrales y un informe anual con datos, análisis y recomendaciones. Un acta de Comité técnico de sostenibilidad contable del reporte anual 2023.

A sep. 30 no se cuenta con evidencias, Planificación no reporta el riesgo ni evidencias de monitoreo.

Se requiere vía email al Directivo y Profesional Jefe Financiera.

No se aportan evidencias.

**Riesgo No 14. Fiscal. 100%**

Riesgo: Posibilidad de efecto dañoso de no operación de la PTARSS debido a la falta de monitoreo continuo y sistemático del desarrollo del proyecto

Mesas de constructibilidad interdisciplinarias. Actas de sesiones que soporten la vigilancia, el control y la toma de decisiones y acciones del proyecto PTARSS
Se presentan actas semanales de mesas de constructibilidad desde el mes de septiembre, legalizadas y con soportes.
Cumple. Se debe mantener el control con periodicidad quincenal con el objeto de asegurar el cumplimiento de la obra y el monitoreo del plan de Mejoramiento pertinente.

Analisis, observaciones y recomendaciones Mapa de Riesgos 2024, propuesta presentada en instancia del Comité Institucional de Gestión y Desempeño:
Se anexa documento impreso con recomendaciones asociadas principalmente al diseño de los controles, ya que se incumple lo establecido por el Dafp claramente establecido en la política institucional. No se aportan los papeles de trabajo de la gestion del riesgo acorde con la política y formatos institucionales que permita identificar que se ajusta a la metodología vigente, y que permita verificar los riesgos identificados, análisis, riesgo inherente, evaluación de controles y riesgo residual para priorización 2024, para cada uno de los procesos y subprocesos de la entidad que permita verificar los riesgos identificados, los controles y su efectividad, soporte del ejercicio, se solicitó remisión a esta oficina, sin embargo a la fecha del presente informe no se ha recibido información.
Se solicitan actas de mesas de trabajo firmadas por los Directivos e involucrados que soportan la formulación y propuesta el mapa de riesgos institucional 2024, en atención a que aun no ha sido aprobado.

Es importante que se haga alusion en el mapa al mapa de riesgos, el Subproceso del Laboratorio de Calidad, toda vez que a pesar de que su estructura se ajusta a la NTC ISO IEC 17025, debe ser monitoreada y reportada toda vez que para la auditoría externa le es aplicable la Politica Institucional de Riesgos vigente.

## VI. CONCLUSIONES

Se evidencia nivel bajo de cumplimiento de las actividades de control de los riesgos, con base en los resultados reportados en el presente informe, haciéndose énfasis en la importancia de presentar la evidencia con base en los entregables definidos, y el análisis

de la efectividad de la actividad de control, se requiere análisis y toma de decisiones con base en los resultados en instancia directiva.

## VII. RECOMENDACIONES

- Al corte del presente informe se encuentra actualizada la Política de Administración del Riesgo Institucional asociado y lista para presentar al CICCI la **Política para la Gestión del Riesgo y Diseño de Controles v6** con la inclusión normativa Decreto 403 de 2020 que reforma el régimen de control fiscal, la Guía Riesgos Dafp v6 Noviembre de 2022 y la Inclusión de los proyectos estratégicos como un factor de riesgo; de igual forma la actualización del mapa de Riesgos para la vigencia de 2023 y 2024 el Riesgo del Proyecto PTARSS, con base en las alertas de la oficina de control interno complementadas con la presentación de aliados del proyecto en agosto de 2023 y aunado a la Actuación Especial de Fiscalización de la CGR que se adelanta actualmente.
- Se requiere el fortalecimiento de los Controles a los riesgos en todas las instancias, para lo cual es de vital importancia el liderazgo de Directivos y Profesionales Jefes en sensibilizar para la participación de todos los procesos en la importancia de controlar los riesgos e implementar controles efectivos.
- Es importante cumplir con el entregable tal y como lo establece la acción de control en el mapa de riesgos, así como la periodicidad, el cual es uno de los requisitos del control.

## VIII. ANEXOS

*Tabla de resultados por Riesgo y actividad de Control.*
*Emails de Requerimientos*

**Claudia L. Rivera Mejia**
**Jefe de Oficina de Control de Gestión**

| | SISTEMA DE GESTIÓN | Código: GES-FR-108 |
|---|---|---|
| aguas | | Página: 1 |
| | MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2023 | Versión: 1 |
| | | Vigente a partir de: 01-02-2023 |

| IDENTIFICACIÓN, EVALUACION Y NIVEL DE CONTROL DEL RIESGO | | | | | | | | | | | | PLAN DE ACCIÓN | | | | | | SEGUIMIENTO Corte Diciembre Control Gestión | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | PROCESO | RIESGO | CAUSA RAIZ | TIPO | | | | | | CATEGORIA | RIESGO RESIDUAL | ACTIVIDAD | SOPORTE/ EVIDENCIA | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN | Planificacion IV Trim 2023 | | SEGUIMIENTO | ESTADO (%) |
| | | | | GESTIÓN | CORRUPCIÓN | SEGURIDAD | FISCAL | RIESGOS LABORATORIO | | CLASIFICACIÓN DEL RIESGO | ZONA DE RIESGO FINAL | | | | | | | | |
| 6 | **Gestión Informática** | Posibilidad de afectación económica y reputacional debido a pérdida de integridad de la información o configuración de los servicios gestionados por el proceso de gestion informatica debido a ataques informáticos, fallas eléctricas, errores de configuración, errores humanos, fallas tecnológicas o vulnerabilidades en el software y hardware | Ataques informáticos, fallas eléctricas, errores de configuración, errores humanos, fallas tecnológicas o vulnerabilidades en el software y hardware | | | X | | | | Fallas tecnológicas | Alto | Monitorear plan de tratamiento de riesgos de seguridad de la información y el Plan de Preservacion Digital a Largo Plazo vigencia 2023 y presentar en instancia del CIGyD | Informe trimestral de monitoreo de los planes presentados en instancia del CIGyD | Subgerente Administrativo y Financiero | Enero a Diciembre de 2023 | No reporta evidencias para el periodo. No hay efectividad en el control | 0,00% | Se aportan informes pero no soporte de instancia en CIGyD, hasta tanto no se cuente con el acta, se encuentra pendiente el cumplimiento a Sep 30. Alerta.<br>Al cierre de la Vigencia el se verifica que el plan de Riesgos de seguridad contempla una actividad asociada a la preservación digital publicado en web y soportado en el Acta CIGyD, se verifica publicacion. 50%<br>El Plan de preservacion digital cumple y fue presentado y aprobado en Acta CIGyD No 10 de 2023 numeral 2.1 50% | **100** |
| 7 | **Contratación** | Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento Normativo de la Ley de Archivos debido a la existencia de fondos acumulados en la Dependencia Secretaria GENERAL | Existencia de fondos acumulados | X | | | | | | Ejecución y administracion de procesos | Moderado | Monitorer trimestralmente el plan de trabajo para la gestión de procesos archivisticos de la informacion correspondiente a fondos acumulados no gestionados y presentar en instancia de comite primario para soportar resultados y nivel de cumplimiento, analisis y acciones de mejoraiento | Plan de Trabajo aprobado en Comite priarnrio de la Dependencia<br>Documento (1) Plan y Un (1) Acta Comite primario<br>Cuatro (4) Informes de monitoreo del plan y cuatro (4) actas de comite primario de la dependencia | Secretaria General | Enero a Diciembre de 2023 | No se reportan evidencias en el periodo. En el primer trimestre, se presentó acta de Comité Primario No. 8 con informe del estado del archivo físico en la planta baja de la empresa donde quedó expreso que el sitio tiene condiciones inadecuadas de trabajo no aptas para el desarrollo de actividades. Solicitan se suspenda la ejecución del plan de trabajo hasta tanto se superen las condiciones descritas | 25,00% | Planificación monitorea con 25%, soportándose un plan de trabajo firmado por el directivo, sin soporte de comité primario y no aplicarla informe ya que se legaliza el 1 de marzo, por lo que cumpliría con el 9%<br>Se recomienda completar evidencias<br><br>No se aportan evidencias de avance, no se aportan evidencias del Plan de Mejoramiento suscrito con ocasion de la auditoria a Contratacion, el tema de condiciones no es obice para organizar la informacion en la estanteria e identificar contenidos en tanto se adecua el espacio. Alerta.<br>Al cierre de la Vigencia no se recibe informe o soporte alguno de la gestión, en la auditoria contractual a la Vigencia 2023, se solicita decisión gerencial para eliminar este compromiso, tema para presentar en el próximo CICCI<br>De 10 entregables soportan dos, el plan suscrito | **20** |
| 8 | **Secretaria General** | Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento Normativo de la Ley de Archivos debido a la falta de implementación de los instrumentos archivisticos en la conformacion de expedientes de gestión coactiva | Falta de implementación de los instrumentos archivisticos en la conformacion de expedientes de gestión coactiva | X | | | | | | Ejecución y administracion de procesos | Moderado | Formular e implementar plan de trabajo para la implementación de los procesos archivisticos de los expedientes de gestión coactiva | Plan de Trabajo aprobado en Comite priarnrio de la Dependencia<br>Documento (1) Plan y Un (1) Acta Comite primario<br>Cuatro (4) Informes de monitoreo del plan y cuatro (4) actas de comite primario de la dependencia | Profesional Jefe Juridica | Enero a Diciembre de 2023 | No se reportan evidencias en el periodo. En el primer trimestre, se presentó acta de Comité Primario No. 8 con informe del estado del archivo físico en la planta baja de la empresa donde quedó expreso que el sitio tiene condiciones inadecuadas de trabajo no aptas para el desarrollo de actividades. Solicitan se suspenda la ejecución del plan de trabajo hasta tanto se superen las condiciones descritas | 25,00% | Planificación monitorea con 25%, soportándose un plan de trabajo firmado por el directivo, pendiente informe, teniendo en cuenta que el comité aprueba el plan en Acta 004 de 2023, por lo que cumpliría con el 17%<br><br>No se aportan evidencias de avance, no se aportan evidencias del Plan de Mejoramiento suscrito con ocasion de la auditoria a Contratacion, el tema de condiciones no es obice para organizar la informacion en la estanteria e identificar contenidos en tanto se adecua el espacio. Alerta.<br>Al cierre de la Vigencia no se recibe informe o soporte alguno de la gestión, en la auditoria contractual a la Vigencia 2023, se solicita decisión gerencial para eliminar este compromiso, tema para presentar en el próximo CICCI<br>De 10 entregables soportan dos, el plan suscrito | **20** |
| 9 | **Subgerencia Operaciones/ Subproceso Mantenimiento** | Posibilidad de afectación económica y reputacional por la ausencia de controles a las existencias de materiales consumibles de alta rotación en la planta, qe permita la identificacion oportuna de necesidades y disponibilidad de los mismos | Ausencia de controles a las existencias de materiales consumibles de alta rotación en la planta | X | | | | | | Ejecución y administracion de procesos | Moderado | Implementar el formato de control a materiales consumibles con periodicidad mensual presentado en Comité Primario | Doce (12) Monitoreos de control a materiales consumibles presnetado en Comite primario. Doce (12) Actas | Profesional III - Mantenimiento | Enero a Diciembre de 2023 | Se presentan actas de Comité Primario No. 8 del 06-05-2023, No. 9 del 01-08-2023 y No. 12 del 20-11-2023 donde se presentaron los monitoreos de control a materiales consumibles por trimestre. Los monitoreos no fueron mensuales sino por trimestre acumulado. No hubo efectividad en la actividad de control. Valoración parcial 30% | 30,00% | Sin soporte de gestión. Alerta<br>No se aportaron evidencias con la periodicidad requerida, toda vez que aporta a la austeridad y protección de los recursos, se recomienda mantener el control en 2024, por considerarlo no efectivo | **30** |
| 10 | **Subgerencia Operaciones/ Subproceso Distribución** | Falta de control a la oportunidad, completitud y pertinencia de las PQRSD del subproceso | Oportunidad, completitud, respuestas PQRSD | X | | | | | | Ejecución y administracion de procesos | Moderado | Reporte mensual en instancia de Comite Primario, que evalue la oportunidad de repuesta, la completitud y el fondo de la misma | Acta Comité Primario - reporte mensual PQRSD<br>Doce (12) Reportes y doce (12) actas de comite primario | Profesional III - Redes | Enero a Diciembre de 2023 | Se presentan actas de Comité Primario No. 8 del 06-05-2023, No. 9 del 01-08-2023 y No. 12 del 20-11-2023 donde se presentaron los reportes PQRSD por trimestre. Los monitoreos no fueron mensuales sino por trimestre acumulado. No hubo efectividad en la actividad de control. Valoración parcial 30% | 30,00% | Sin soporte de gestión. Alerta<br>No se aportaron evidencias con la periodicidad requerida, toda vez que aporta a la austeridad y proteccion de los recursos, se recomienda mantener el control en 2024, por considerarlo no efectivo | **30** |
| 11 | **Subgerencia Operaciones/ Subproceso Saneamiento Básico** | Falta de control a la oportunidad, completitud y pertinencia de las PQRSD del subproceso | Oportunidad, completitud, respuestas PQRSD | X | | | | | | Ejecución y administracion de procesos | Moderado | Reporte mensual en instancia de Comite Primario, que evalue la oportunidad de repuesta, la completitud y el fondo de la misma | Acta Comité Primario - reporte mensual PQRSD<br>Doce (12) Reportes y doce (12) actas de comite primario | Profesional III - Saneamiento Básico/Victor de la Cruz | Enero a Diciembre de 2023 | Se presentan actas de Comité Primario No. 8 del 06-05-2023 y No. 9 del 01-08-2023, donde se presentaron los reportes PQRSD por trimestre. Los monitoreos no fueron mensuales sino por trimestre acumulado. No hubo efectividad en la actividad de control. Valoración parcial 30% | 20,00% | Sin soporte de gestión. Alerta<br>No se aportaron evidencias con la periodicidad requerida, toda vez que aporta a la austeridad y protección de los recursos, se recomienda mantener el control en 2024, por considerarlo no efectivo | **30** |
| 12 | **Subgerencia Operaciones/Subproceso Control de Calidad** | Posibilidad de afectación económica y reputacional por el cierre del laboratorio de Control de Calidad debido a incumplimiento normativo | Incumplimiento normativo | X | | | | | | Ejecución y administracion de procesos | Alto | Monitorear el plan de mejoramiento suscrito con la Secretaria Departamental de Salud y las acciones correctivas establecidas como resultado de la auditoria interna del Icontec ref ISO 17025 | Actas de Reunion para medir el nivel de cumpleinto del Plan de Mejoramiento y las Acciones correctivas suscrito entre el Profesional III de Sistemas de Gestion de la Subgerencia de Planificacion y los profesionales III de los Subprocesos Calidad y Produccion soportado en los registros trimestrales de plan de mejora y acciones correctivas monitoreadas<br>Cuatro (4) Actas con los soportes pertinentes | Profesional III de Sistemas de Gestion de la Subgerencia de Planificacion y los profesionales III de los Subprocesos Calidad y Produccion | Enero a Diciembre de 2023 | Se presenta acta No. 6 del 03 de agosto de 2023 donde se revisaron y actualizaron varios formatos, sin registrar avance en el cumplimiento del plan<br>Con corte a 14 de diciembre de 2023 se realizó valoración de cumplimiento de las acciones correctivas según auditoria interna Icontec.<br>Valoración parcial | 80,00% | Se evalúa con cumplimiento al corte, con base en las evidencias, se aportan evidencias que enuncian un nivel de cumplimiento del plan de mejora con el 23.59% y Acciones correctivas con cumplimiento del 12%.<br>Se requiere reportar avance con informe ejecutivo en CIGyD, enunciando avances y oportunidades de mejora previo aval de los directivos de cada dependencia, para validar nivel de cumplimiento reportado<br>Control de gestion el 26 de mayo realiza seguimiento al plan soportado en Acta de reunion que soporta plan con un cumplimiento del **24%** y de las acciones correctivas intervenidas un total de 18 un cumplimiento del **26%.** Se presenta en CIGyD avance, pendiente acta para evaluar avance<br>La segunda Linea de defensa competente para la evaluación del plan soporta 80% se mantiene resultado en tanto en 2024 la 3LD realiza auditoria interna | **80** |

# SISTEMA DE GESTIÓN

# MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2023

Código: GES-FR-108
Página: 1
Versión: 1
Vigente a partir de: 01-02-2023

| | IDENTIFICACIÓN, EVALUACION Y NIVEL DE CONTROL DEL RIESGO | | | | | | | | CATEGORÍA | RIESGO RESIDUAL | PLAN DE ACCIÓN | | | | Planificacion IV Trim 2023 | | SEGUIMIENTO Corte Diciembre Control Gestión | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | PROCESO | RIESGO | CAUSA RAIZ | TIPO: GESTIÓN | TIPO: CORRUPCIÓN | TIPO: SEGURIDAD | TIPO: FISCALES | TIPO: LABORATORIO | CLASIFICACIÓN DEL RIESGO | ZONA DE RIESGO FINAL | ACTIVIDAD | SOPORTE/ EVIDENCIA | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN | | | SEGUIMIENTO | ESTADO (%) |
| 1 | **Planeación y Gestión Integral** | Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento de las acciones y controles comprometidos en los instrumentos normativos de planifación y control | Inefectividad de los controles de la segunda linea de defensa del sistema de gestion | X | | | | | Ejecución y administracion de procesos | Alto | Realizar reporte timestral a los lideres de proceso (primer monitoreo soportado en actas de reunion con los lideres de los procesos) a la alta gerencia (segundo monitoreo) y control interno disciplinario (tercer monitoreo) del incumplimiento de los planes, indicadores y controles con el fin de que se aplique la *POLÍTICA PARA ASEGURAR EL CUMPLIMIENTO DEL ROL DEL CONTRATO LABORAL DE LOS TRABAJADORES OFICIALES, LAS FUNCIONES DE LOS EMPLEADOS PÚBLICOS Y LOS COMPROMISOS INSTITUCIONALES* | Informe de monitoreo trimestral de cumplimiento de planes a las instancias pertinentes en cada monitoreo (incluye las actas de reunión con los lideres de los procesos soporte de socializaciones, seguimiento a las acciones correctivas, recomendaciones y alertas) y soporte de remisiones a las instancias pertinentes<br>4 informes con soportes de actas de reunion remisiones a las instancias pertinentes | Profesional III Sistemas de Gestión | Enero a Diciembre de 2023 | Se presentan actas de Comité Institucional de Gestión y Desempeño donde se socializaron los informes periódicos de cumplimiento de los diferentes planes institucionales<br>No es posible la entrega de 4 informes por los cortes y consolidación de los mismos en la vigencia | 60,00% | Se mantiene la meta de cuatro informes, soportado en los requerimientos del empalme y rendición de cuentas en este año de transición de gobierno, por lo que el monitoreo del cuarto trimestre debe realizarse la primera semana del mes de enero tanto en planificación y al día 15 la evaluación de control de gestión<br>Aún cuando se realizaron mesas de cierre con involucrados y planificación y control de gestión evaluan soportes y evidencias de cumplimiento, el control debe ser oportuno, continuo y sistemático para que sea efectivo | **60** |
| 2 | **Gestión Comercial/Subproceso cartera** | Posibilidad de afectación económica por la inefectividad del recaudo asociado a la no disponibilidad de resultadosdel estado de financiaciones para toma de decisiones y acciones | Inexistencia de Controles a la gestion de financiaciones | X | | | | | Ejecución y administracion de procesos | Alto | Presentar en Comite Primario de la Subgerencia Comercial el reporte mensual de Financiaciones y Abonos que detalle ID, Datos basicos del Suscriptor, Estado Micromedicion, Cartera Financiada, Financiacion/Abono, cumplimiento del acuerdo medido en terminos del recaudo en el periodo, con el analisis cuantitativo y cualitativo de los resultados<br>Realizar verificacion aleratoria mensual de Suscriptores que han suscrito financiaciones o realizado abonos que cumplen la politica de financiaciones vigente y sus reglas, presentado en Comite primario de la Subgerencia Comercial<br>Realizar seguimeinto mensual y reporte para decisiones y acciones inmediatas al Profesional Jefe, frente al incumplimiento de acuerdos y abonos suscrios por los usuarios | Reporte Mensual de Financiaciones y Abonos con las variables establecidas, analisis cuantitativo y cualitativo del comportamiento de financiaciones y abonos y Acta de Comite Primario de la Subgrencia Comercial<br>Doce (12) Reportes y Doce (12) Actas de comite primario<br>Informe de verificacion mensual del cumplimeinto de las financiaciones y abonos y Acta de Comite Primario de la Subgrencia Comercial<br>Doce (12) informes y Doce (12) Actas de comite primario<br>Informe mensual del seguimiento al cumplimiento de financiaciones y abonos remitido al Profesional Jefe de Atencion al usuario para toma de decisiones y acciones<br>Doce (12) informes y Doce (12) remisiones | Profesional III Analitica de datos Subgrencia Comercial<br>Profesional Jefe Atencion al Usuario<br>Profesional I Subgerencia Comercial | Enero a Diciembre de 2023 | Se presentan informes de seguimiento al cumplimiento de financiaciones y abonos (octubre y noviembre 2023) firmados por el Subgerente Comercial, Jefe de Atención al Usuario y Profesional I de la Subgerencia Comercial, cuya fuente del dato son los reportes de consulta generados por el sistema de Neptuno. Se presenta acta Comité Primario No. 21 de 2023<br>Valoración parcial del periodo: 10% | 45,00% | Acordar entregables con Gerencia, ya que se requirió para p1 y jefe, informes mensuales, pendiente.<br>Se han remitido al CICCI los informes de la lider del proceso y el PI, quien manifiesta que se elabora un Único informe, sin embargo, esto no permite evidenciar los controles en la primera línea de defensa del PI, PIII y directivo que es el que se presenta en CICCI. Se entregan soportes a agosto de 2023, firmados por PI y Directivo, con análisis y recomendacioens. De los tres entregables mensuales para un total de 36, se reconoce la entrega de 16<br>A septiembre 30 se evidencian los informes pero no se anexan las evidencias ce comites primarios, solicitar aportar para mejorar la calificacion, resultados pendiente socializar en el acuerdo de gestion,<br>Resultados soportados en el Acuerdo de Gestion al cierre de la Vigencia, sin embargo los reportes en las instancias de primera linea no se soportaron, solo informes unicos de la dependencia | **90** |
| 3 | **Gestión Inventarios** | Posibilidad de afectacion económica y reputacional por incumplimiento de los lineamientos procedimentales de la gestión de recursos físicos debido a la entrada y salida de bienes mediante documentos sin soportes y pérdida de bienes | Entrada y salida de bienes mediante documentos sin soportes y pérdida de bienes | | X | | | | Ejecución y administracion de procesos | Moderado | Realizar montoreo al cumplimiento del plan de mejora de inventarios que controle los riesgos identificados e incluya la creación del Comité de Recursos Físicos | Informe trimestral de monitoreo al cumplimiento del plan de mejora de inventarios y soporte de la remision a la Oficina de Control de Gestion<br>Cuatro Informes y soportes, 4 remisiones | Subgerente Administrativo y Financiero | Enero a Diciembre de 2023 | Informe Plan de Mejora III y IV trimestre.<br>Evidencias de avance reportado en informe.<br>Correo de envío a Control de Gestión para verificación<br>Se entrega Informe de cumplimiento al Plan de Mejoramiento del proceso de Inventarios III y IV trimestre, donde se describe el porcentaje de avance de cada una de las actividades definidas | 100,00% | A corte Sep 30, Cumple con soporte, verificado en Control de Gestión y Avance con involucrados y Gerencia, la evaluación reporta un nivel de cumplimiento del 38%, avalado por responsables de cumplimiento y evaluación del plan de mejora. Pendiente en CICCI acordar agenda de reunión para el comite de recursos fisicos y dar avance a entregables.<br>Se debe evaluar efectividad con el avance del Plan suscrito al cierre de la vigencia, especialmente asociado a lograr la conciliación de la cuenta PPyE con el Distrito.<br>Cierra con cumplimiento del 81% ,sin embargo, se debe continuar con el proyecto de mejroa toda vez que aun no se encuentra actualizado el módulo de activos ni conciliado con los auxiliares del Distrito | **100** |
| 4 | **Gestión Documental** | Posibilidad de pérdida reputacional por quejas, demandas o sanciones debido al inadecuado manejo del sistema de gestion documental Orfeo | Inadecuado manejo del sistema de gestion documental Orfeo | X | | | | | Ejecución y administracion de procesos | Moderado | Realizar reporte mensual del número de radicados erróneos asociados a la tipificacion del documento, socialización y acciones de mejora, presentado en instancia de Comite primario del proceso | Reporte mensual de faltas, analisis, decisiones y acciones realizadas y acta de comite primario<br>Doce (12) Reportes y Doce (12) Actas de comite primario | Técnico - Gestión Documental | Enero a Diciembre de 2023 | Se presenta informe IV trimestre (oct, nov, dic) con resultados tabulados de comunicaciones ingresadas y % errores en radicación, sin acta de Comité Primario<br>La actividad tiene periodicidad mensual, por lo que el control a través de Comité Primario debe ser mensual. Valoración parcial | 60,00% | A septiembre 30, se entrega informe consolidado trimestral que detalla datos por cada mes, y actas de comité primario, se requiere definir periodicidad del reporte tanto para el registro de controles como para el mapa se estableció mensual, con análisis y recomendaciones, ya que los entregables estan así planteados, se remitió del proceso e-mail al CIGyD para solicitar consolidados trimestrales en atención a que los resultados evidencian sensible mejora al respecto de la minimización del riesgo identificado, califica 60 hasta tanto se logre decisión de comité.<br>Importante que los registros de evidencias se encuentren identificados, fecha, dependencia, nombre y periodo reportado. Cierra con informe trimestral y sin aval de Comite. Se mantiene evaluación, sin embargo se evidencia impacto de mejora con la implementación del Control | **80** |
| 5 | **Gestión Financiera y Contable** | Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento de pagos de los costos fijos debido a la programación inadecuada respecto al flujo de efectivo | Programación inadecuada respecto al flujo de efectivo | X | | | | | Ejecución y administracion de procesos | Alto | Formular flujo de caja proyectado y realizar seguimiento mensual reportado a la Gerencia a partir del mes de febrero | Reporte del seguimiento flujo de caja mensual y soporte de remision a la Gerencia (a partir mes de febrero)<br>Once (11) reportes y Once (11) remisiones | Subgerente Administrativo y F Profesional Jefe Financiero | Enero a Diciembre de 2023 | No se presentan evidencias | 0,00% | Se reportan registros financieros de febrero y marzo de 2023, sin soporte de remisión a Gerencia, requerir remisión, para cerrar el trimestre, definir utilidad del registro, en instancia de monitoreo.<br>El reporte no enuncia ningún tipo de conclusión o recomendación o acción tomada en el periodo reportado, ya que revisados los soportes disponibles de comites primarios de la dependencia no se hace alusión a este control y su efectividad.<br>A sep 30 se eviencia una única remisión de junio, julio y agosto real no proyectado, manifiesta la gerencia la no presentación del registro con recomendaciones o análisis que permita tomar decisiones, no cumple y por lo tanto no es efectivo el control. Alerta.<br>Al cierre de la vigencia se mantienen los resultados se debe revisar el riesgo con la metodología institucional en la vigencia 2024 | **0** |

| | | |
|---|---|---|
| aguas | **SISTEMA DE GESTIÓN** | **Código:** GES-FR-108 |
| | | **Página:** 1 |
| | **MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2023** | **Versión:** 1 |
| | | **Vigente a partir de:** 01-02-2023 |

| IDENTIFICACIÓN, EVALUACION Y NIVEL DE CONTROL DEL RIESGO | | | | | | | | | | | | PLAN DE ACCIÓN | | | | | | SEGUIMIENTO Corte Diciembre Control Gestión | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | PROCESO | RIESGO | CAUSA RAIZ | TIPO | | | | | | CATEGORIA | RIESGO RESIDUAL | ACTIVIDAD | SOPORTE/ EVIDENCIA | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN | Planificacion IV Trim 2023 | | SEGUIMIENTO | ESTADO (%) |
| | | | | GESTIÓN | CORRUPCIÓN | SEGURIDAD | FISCAL | LABORATORIO | | CLASIFICACIÓN DEL RIESGO | ZONA DE RIESGO FINAL | | | | | | | | |
| 13 | **Gestión Estratégica/Gestión Financiera** | Riesgo de desfase en los costos de administracion, por ausencia de controles, resultados, analisis y toma de decisiones informadas. Informes trimestrales y anual consolidado, que soporten el análisis de la proporción del CMA comprometido con todos los costos y gastos de personal asociados a los acuerdos convencionales, analizados en el comité técnico de sostenibilidad contable | Gastos laborales por acuerdos convencionales | X | | | | | | Ejecución y administración de procesos | Alto | Informe trimestral que inicia con el primer trimestre de 2023. Cuatro informes trimestrales y un informe anual con datos, analisis y recomendaciones. Un acta de Comité técnico de sostenibilidad contable del reporte anual 2023. | Informes trimestral (inicia primer trimestre 2023) Cuatro informes trimestrales y un reporte annual al cierre de la vigencia | Profesional Jefe Financiero<br><br>Subgerente Administrativo | Enero a Diciembre de 2023 | No reporta evidencias en el periodo | 0,00% | No se aportan evidencias | **0** |
| 14 | **Gestión Estratégica** | Posibilidad de efecto dañoso de no operación de la PTARSS debido a la falta de monitoreo continuo y sistemático del desarrollo del proyecto | Pago de multas, cláusulas penales o cualquier tipo de sanción | | | | X | | | Ejecución y administración de procesos | Alto | Mesas de constructibilidad interdisciplinarias. Actas de sesiones que soporten la vigilancia, el control y la toma de decisiones y acciones del proyecto PTARSS. | Número de actas legalizadas (una mensual) | Supervisor y apoyos a la supervisión proyecto PtarSS | Noviembre a diciembre de 2023 | Se presentan actas semanales de mesas de constructibilidad desde el mes de septiembre | 100,00% | Se soportan actas y soportes de las mesas de constructibilidad | **100** |

**52,9**

| | | | |
|---|---|---|---|
| agua | SISTEMA DE GESTIÓN | **Código:** GES-FR-108 | |
| | **MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL** | **Página:** 1 | |
| | | **Versión:** 3 | |
| | | **Vigente a partir de:** 21/10/2023 | |

**Control de version**: Inclusion de lineamientos asociados a los Riesgos Fiscales segun Guia Dafp v6 de 2022. **Revisa**:Yulis Lizcano, Profesional CPS de Gerencia. Aprueba: **Presidente del Comite Institucional de Coordinacion de Control Interno** Acta No 14 de 2023

| IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO | | | | | | | | | | | | ANÁLISIS DEL RIESGO INHERENTE | | | | | EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES | | | | | | | NIVEL DE RIESGO RESIDUAL | | | | | | PLAN DE CONTROLES | | | | | SEGUIMIENTO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | TIPO | | | | | CATEGORIA | RIESGO INHERENTE | | | | | | ATRIBUTOS | | | | | | RIESGO RESIDUAL | | | | | | Cuando la Opcion de tratamiento es reducir | | | | | | |
| No | PROCESO/SUBPROCESO | IMPACTO | RIESGO | CAUSA INMEDIATA | CAUSA RAIZ | GESTIÓN | CORRUPCIÓN | SEGURIDAD DIGITAL | LABORATORIO | FISCAL | CLASIFICACIÓN DEL RIESGO | PROBABILIDAD INHERENTE | % | IMPACTO INHERENTE | % | ZONA DE RIESGO INHERENTE | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL | Tipo | Implementación | Calificación | Documentación | Frecuencia | Evidencia | PROBABILIDAD RESIDUAL | % | IMPACTO RESIDUAL | % | ZONA DE RIESGO RESIDUAL | TRATAMIENTO | ACTIVIDAD | RESPONSABLE | PERIODICIDAD | SOPORTE/ EVIDENCIA | PERIODO IMPLEMENTACIÓN | SEGUIMIENTO | ESTADO |
| 1 | **Gestión Estratégica** | Económico y reputacional | **Posibilidad de efecto dañoso sobre los recursos públicos de la entidad debido a la posible materialización de daño fiscal en atención al atraso de obra PTARSS e incumplimientos asociados, debido a la falta de rigurosidad en la vigilancia y control del proyecto** | atraso de obra PTARSSatraso de obra PTARSS | falta de rigurosidad en la vigilancia y control del proyecto | | | | | X | Ejecución y administración de procesos | Media | 60 | Catastrófico | 100 | Extremo | Interventoria y supervisión | Correctivo | Manual | 15 | si | si | si | Medio | 45 | Catastrófico | 85 | Extremo | Reducir | a. Mesas de Constructibilidad<br>b. Listas de verificación de requisitos por componente | Supervisor y apoyos a la supervisión proyecto PtarSS | **a. Semanal Quincenal**<br>**b. Mensual** | a. Actas y soportes firmados por Aguas, Interventoria y Obra<br>b. Registros firmados por Obra e Interventoria | Enero a diciembre 2024 | | |
| 2 | **Planeación y Gestión Integral** | Reputacional | Posibilidad de afectación económica y reputacional por el incumplimiento de las actividades y controles de los diferentes planes institucionales debido a la falta de seguimiento periódico por parte de los líderes de proceso | incumplimiento de las actividades y controles de los diferentes planes institucionales | falta de seguimiento periódico por parte de los líderes de proceso | X | | | | | Ejecución y administración de procesos | Media | 60 | Mayor | 80 | Alto | Monitoreo trimestral planes | Detectivo | Manual | 15 | si | si | si | Baja | 40 | Mayor | 80 | Mayor | Reducir | Notificar a los líderes de proceso y personal de apoyo cada mes a través del correo institucional sobre las actividades que no registran el cumplimiento esperado al corte evaluado, instándolos a su oportuno y efectivo desarrollo. En cumplimiento de la Política de Planeación Institucional | Profesional III - Planeación | Mensual | **Correos electrónicos a líderes de proceso (x 8 meses)**<br>**Actas mesa de trabajo con el proceso, 12 actas, la ultima a corte 20 de diciembre de 2024** | Abril a noviembre 2024 | | |
| 3 | **Gestión de la Operación/subproceso Saneamiento Básico** | Económico y Reputacional | Posibilidad de afectación económica y reputacional por la no prestación oportuna de los servicios de mantenimiento de alcantarillado debido a la falta de equipos succión presión en optimas condiciones | no prestación oportuna de los servicios de mantenimiento de alcantarillado | falta de equipos succión presión en optimas condiciones | X | | | | | Usuarios, productos y prácticas | Muy alta | 100 | Mayor | 80 | Alto | NA | | | | | | | | | | | | Reducir | Diseñar e implementar plan de mantenimiento del equipo succión presión que incluya diagnóstico y alternativas para adquisición de nuevo equipo | Profesional Jefe Saneamiento Básico | Trimestral | Informe de seguimiento plan de mantenimiento presentado en Comite Primario **y remitido a Gerencia**<br>**Presentado y socializado en CTI, que incluya alertas y gestion de las mismas** | Febrero a noviembre 2024 | | |
| 4 | Gestión de la Operación / Gestión Financiera y Contable / Planificación y gestión integral | Económico y Reputacional | Posibilidad de afectación económica y reputacional por la no prestación del servicio y/o afectación en la calidad de los servicios por daños en la infraestructura de acueducto y alcantarillado asociados al cumplimiento de vida útil de infraestructura | emergencias y contingencias en los sistemas de acueducto y alcantarillado | fenómenos naturales, daños, fallas técnicas y cualquier evento que afecte el sistemas Acueducto y alcantarillado | X | | | | | Usuarios, productos y prácticas | Muy alta | 100 | Mayor | 80 | Alto | Formulación de tres (3) proyectos de inversión de acueducto y/o alcantarillado asegurando la disponibilidad de los recursos | Correctivo | Manual | | Documentado | Continuo | Con registro | | | | | | Reducir | Formular tres (3) proyectos de inversión certificados en banco de proyectos con gestión de recursos | Subgerente de Operaciones | Cuatrimestral | Formular tres (3) proyectos de inversión certificados en banco de proyectos (Sub Operaciones - Distribución y Saneamiento)<br>Certificado de banco de proyectos distrital - BPIN (Sub. Planificación fuentes externas)<br>Certificado de disponibilidad presupuestal - POIR (Sub. Administrativa y Financiera)<br>**NO ES UN CONTROL**<br>**Recomiendo monitoreo periodico del indicador de danos con analisis de desviaciones y acciones en caso de aplicar** | Febrero a noviembre 2024 | | |
| 5 | **Gestión Comercial/subproceso Atención al Usuario** | Económico | Posibilidad de afectación económica por configuracion de un silencio administrativo debido a la no contestación oportuna y de fondo o notificación inadecuada de reclamo comercial canal escrito | configuracion de un silencio administrativo | no contestación oportuna y de fondo o notificación inadecuada de reclamo comercial canal escrito | X | | | | | Ejecución y administración de procesos | Media | 60 | Catastrófico | 100 | Extremo | Interventoria y supervisión | Correctivo | Manual | 15 | si | si | si | Medio | 45 | Catastrófico | 85 | Extremo | Reducir | Realizar seguimiento mensual en Comité Primario del cumplimiento de los términos de respuesta de los reclamos | Profesional Jefe Atención al Usuario | Mensual | Informe trimestral con actas de Comité Primario que evidencia seguimiento mensual y toma de decisiones.<br>El informe debe formar parte del Informe consolidado trimestral de PQRSD.<br>**Este es un requisito legal, recomiendo indicador de oportunidad de respuesta, y analisis causal en caso de presentarse oportunidad con toma de decisiones** | Febrero a noviembre de 2024 | | |
| 6 | **Gestión Financiera y Contable** | Económico | Posibilidad de afectación económica por Insuficiencia financiera para solventar el costo medio administrativo debido a los gastos laborales generados por acuerdos convencionales | Insuficiencia financiera para solventar el costo medio administrativo | gastos laborales generados por acuerdos convencionales | X | | | | | Ejecución y administración de procesos | Media | 60 | Media | 60 | Moderado | | | | | | | | | | | | | Reducir | Informe mes a mes que soporte el análisis de la proporción del CMA comprometido con todos los costos y gastos de personal asociados a los acuerdos convencionales | Subgerente Administrativo y Financiero Profesional Jefe Financiera | Trimestral | Informe trimestral (inicia primer trimestre 2024)<br>**Presentado y socializado en instancia de xxx para analisis y toma de decisiones oportunas**<br>**Recomiendo incluir CMI, CMO, CMT valor de ingreso por tarifa y compromisos mensuales** | Febrero a noviembre 2024 | | |
| 7 | **Gestión Financiera y Contable** | Económico | Posibilidad de afectación económica por comprometer recursos sin observancia de flujo de caja y la ejecución presupuestal | | comprometer recursos sin observancia de flujo de caja y la ejecución presupuestal | X | | | | | Ejecución y administración de procesos | Media | 60 | Mayor | 80 | Alto | | | | | | | | | | | | | Reducir | Realizar seguimiento mensual a la ejecución presupuestal de ingresos y gastos | Subgerente Administrativo y Financiero Profesional Jefe Financiera | Mensual | Informe de ejecución presupuestal mensual remitido a Gerencia<br>**Informe Mensual de Flujo de caja con recomendaciones remitido a la Gerencia** | Febrero a noviembre 2024 | | |

| | | |
|---|---|---|
| OGWOS | SISTEMA DE GESTION | Codigo: GEN-FR-08 |
| | | Página: 1 |
| | MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL | Versión: 3 |
| | | Vigente a partir de: 21/10/2021 |

**Control de version**: Inclusion de lineamientos asociados a los Riesgos Fiscales segun Guia Dafp v6 de 2022. **Revisa**:Yulis Lizcano, Profesional CPS de Gerencia. Aprueba: **Presidente del Comite Institucional de Coordinacion de Control Interno** Acta No 14 de 2023

| IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO | | | | | | | | | | | | ANÁLISIS DEL RIESGO INHERENTE | | | | | EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES | | | | | | | NIVEL DE RIESGO RESIDUAL | | | | | | PLAN DE CONTROLES | | | | | SEGUIMIENTO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | TIPO | | | | | CATEGORÍA | RIESGO INHERENTE | | | | | | ATRIBUTOS | | | | | | RIESGO RESIDUAL | | | | | | Cuando la Opcion de tratamiento es reducir | | | | | | |
| No | PROCESO/SUBPROCESO | IMPACTO | RIESGO | CAUSA INMEDIATA | CAUSA RAIZ | GESTIÓN | CORRUPCIÓN | SEGURIDAD DIGITAL | LABORATORIO | FISCAL | CLASIFICACIÓN DEL RIESGO | PROBABILIDAD INHERENTE | % | IMPACTO INHERENTE | % | ZONA DE RIESGO INHERENTE | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL | Tipo | Implementación | Calificación | Documentación | Frecuencia | Evidencia | PROBABILIDAD RESIDUAL | % | IMPACTO RESIDUAL | % | ZONA DE RIESGO RESIDUAL | TRATAMIENTO | ACTIVIDAD | RESPONSABLE | PERIODICIDAD | SOPORTE/ EVIDENCIA | PERIODO IMPLEMENTACIÓN | SEGUIMIENTO | ESTADO |
| 8 | Gestión del Talento Humano | Económico | Posibilidad de afectación económica por pago de intereses moratorios debido al no registro oportuno de las novedades de nómina que se presentan en el periodo. | Pago de intereses moratorios | no registro oportuno de las novedades de nómina que se presentan en el periodo. | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Realizar verificación mensual de las novedades reportadas a través de operador PILA vs las novedades registradas en el sistema de información de nómina | Profesional I - Nómina | Mensual | Certificación mensual de verificación cruzada de información de novedades firmada por Profesional I y Subgerente Administrativo y Fro | Febrero a noviembre 2024 | | |
| 9 | Gestion informática | Económico y reputacional | Posibilidad de afectación económica y reputacional por pérdida de información y vulnerabilidad debido a malas practicas de los usuarios en el uso de los recursos compartidos | pérdida de información y vulnerabilidad | malas prácticas de los usuarios en el uso de los recursos compartidos | | X | X | | | | | | | | Extremo | Copias de seguridad de los sistemas de información | preventivo | Manual | 15 | si | si | si | Medio | 48 | Catastrófico | 80 | Extremo | Reducir | a. Realizar revisión y depuración de las carpetas de información compartidas.<br>b. Implementar jornada de sensibilización de buenas prácticas organizacionales para el uso de los recursos compartidos<br>c. Controlar permisos para las carpetas compartidas | Profesional III - Sistemas | Semestral | a y c. Informe semestral presentado en Comité Primario (2)<br><br>b. Ficha técnica jornada (2) | Febrero a Noviembre 2024 | | |
| 10 | Gestion inventarios | Económico | Posibilidad de afectación económica por pérdida de herramientas y equipos del área de mantenimiento, debido a la falta de control en la gestión de los recursos | pérdida de herramientas y equipos. | falta de control en la gestión de los recursos | | | | | X | | | | | | | Toma física Activos de Inventarios | | | | | | | | | | | | Reducir | Realizar trimestralmente toma física del inventario de equipos y herramientas del área mantenimiento | Profesional III - Inventarios | Trimestral | Acta toma física de inventarios con analisis y recomendaciones presentado al comite de recursos físicos (4) | Febrero a noviembre de 2024 | | |

**Observaciones y recomendaciones de Control de gestion:**

El registro reporta varias celdas vacias (color amarillo)

En rojo recomendaciones, lo mas importante asegurar que el control cumpla con los requisitos que el Dafp establece para este.

No se aportan los papeles de trabajo de la gestion del riesgo acorde con la politica y formatos institucionales que permita identificar riesgos listados, analisis, evaluacion de controles y priorizacion 2024, para cada uno de los procesos y subprocesos de la entidad que permita verificar los riesgos identificados, los controles y su efectividad soporte del ejercicio, se solicita remision a esta oficina.

Se solicitan actas de mesas de trabajo firmadas por los Directivos e involucrados que soportan la formulacion y propuesta el mapa de riesgos institucional.

Es importante que se haga alusion en el mapa al mapa de riesgos del Subproceso del Laboratorio de Calidad, toda vez que a pesar que su estructura se ajusta a la NTC ISO IEC 17025, debe ser monitoreado y reportado toda vez que para la auditoria externa es adoptado a Politica Institucional de Riesgos vigente.

# INFORME DE MONITOREO
# MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

## CUARTO TRIMESTRE 2023

Contenido

1 NORMATIVIDAD ..... 3
2 OBJETIVO ..... 4
3 ALCANCE ..... 4
4 DATOS O EVIDENCIAS ..... 4
5 MONITOREO Y SEGUIMIENTO ..... 4
6 OBSERVACIONES/RECOMENDACIONES ..... 10
Anexo A – Formato Excel monitoreo IV T Mapa de Riesgos Institucional ..... 11

# MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2023

La Política para la administración del Riesgo y diseño de Controles es la declaración de la Gerencia y las intenciones generales de la empresa con respecto a la gestión del riesgo en el marco de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, MIPG.

La gestión o administración del riesgo establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.

Es así, como el Mapa de Riesgos Institucional que comprende los riesgos de gestión, de corrupción, de seguridad digital e incorpora un riesgo fiscal; se constituye en la herramienta de prevención que identifica los riesgos significativos por proceso y determina las actividades control para su tratamiento.

La Subgerencia de Planificación presenta el cuarto informe de monitoreo del Mapa de Riesgos Institucional del periodo octubre – diciembre de 2023, teniendo en cuenta las evidencias presentadas por los líderes de proceso y funcionarios responsables de implementar las actividades de control establecidas.

## 1 NORMATIVIDAD

Decreto No 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.

Manual Operativo MIPG v2: El Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, como un marco de referencia diseñado para que las entidades ejecuten y hagan seguimiento a su gestión para el beneficio del ciudadano.

Guía para la administración del riesgo y el Diseño de Controles en entidades públicas v6 del Departamento Administrativo de la Función Pública, DAFP

Resolución No. 42 de 2023. Por medio de la cual se adopta el Mapa de Riesgos Institucional para la vigencia 2023 de la empresa Aguas de Barrancabermeja S.A. E.S.P.

Resolución No. 291 de 2023. Por medio de la cual se actualiza a v5 la Política para la Gestión del Riesgo y el Diseño de Controles y actualiza el Mapa de Riesgos Institucional de la vigencia 2023 de la empresa Aguas de Barrancabermeja S.A. E.S.P.

## 2 OBJETIVO

Determinar el grado de cumplimiento de las actividades de control establecidas en Mapa de Riesgos Institucional vigencia 2023, identificando recomendaciones y/o acciones de mejora respecto de las evidencias presentadas por los líderes de proceso y funcionarios responsables, actuando la Subgerencia de Planeación como Segunda Línea de Defensa.

## 3 ALCANCE

El monitoreo del Mapa de Riesgos Institucional comprende el avance de las actividades realizadas al cuarto trimestre de la vigencia 2023 a nivel de procesos.

## 4 DATOS O EVIDENCIAS

Las evidencias fueron entregadas por los líderes de proceso y funcionarios responsables de las actividades establecidas, registrando los avances en el formato Excel del Mapa de Riesgos.

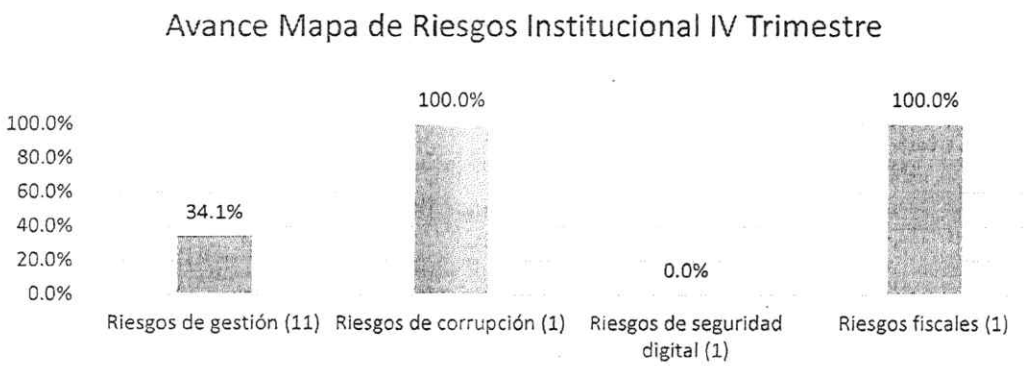
Recibidas las evidencias a través de plataforma digital, fueron revisadas, validadas y consolidados los avances en el presente informe.

## 5 MONITOREO Y SEGUIMIENTO

El presente informe de avance del Mapa de Riesgos Institucional 2023, refleja su nivel de cumplimiento en el IV trimestre de la vigencia, teniendo en cuenta cada uno de los 14 riesgos significativos identificados por tipo de riesgo y por proceso responsable.

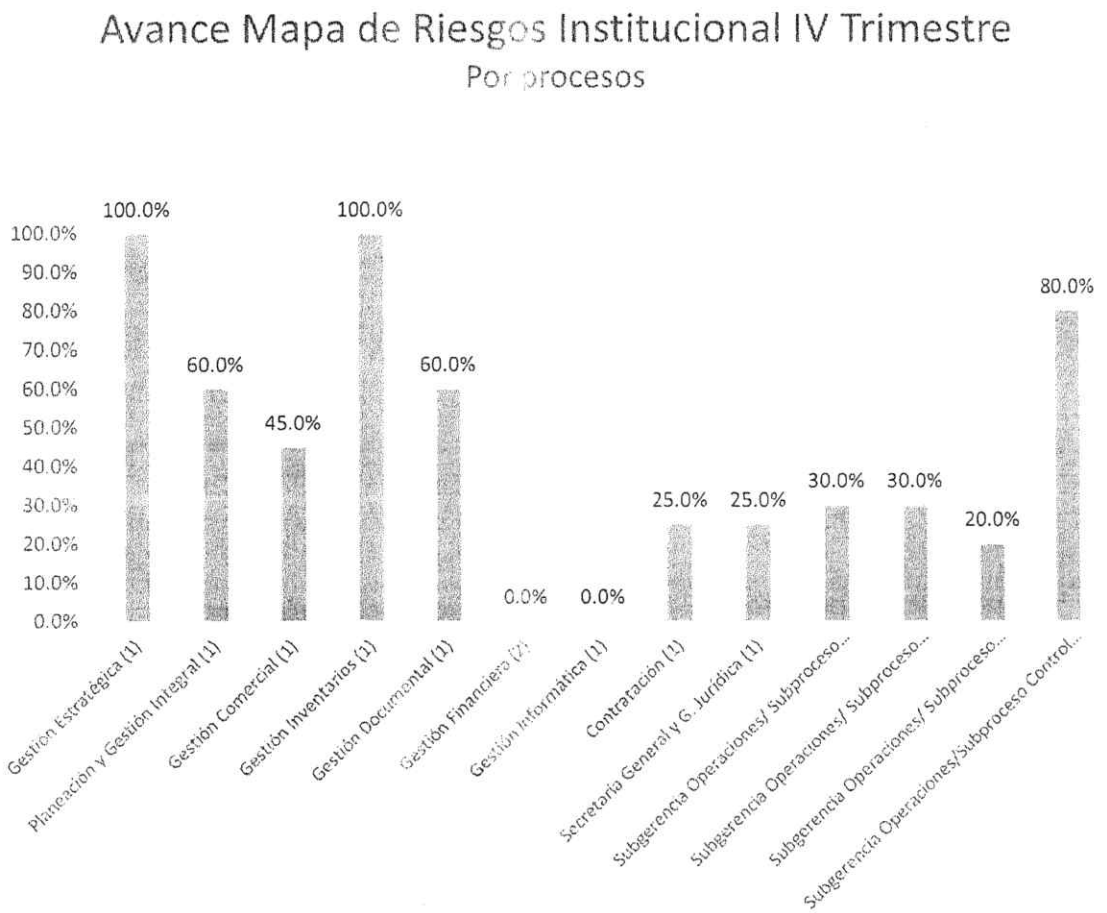
El Mapa de Riesgos Institucional vigencia 2023 presenta, de acuerdo con los tipos de riesgos que lo componen, un **nivel de cumplimiento en el cuarto trimestre del 58.5%**, lo que significa un rendimiento bajo.

| TIPO DE RIESGO | % avance |
|---|---|
| Riesgos de gestión (11) | 34.1% |
| Riesgos de corrupción (1) | 100.0% |
| Riesgos de seguridad digital (1) | 0.0% |
| Riesgos fiscales (1) | 100.0% |
| **TOTAL** | **58.5%** |




Por proceso responsable, el nivel de cumplimiento es el siguiente:

| PROCESO | % avance |
|---|---|
| Gestión Estratégica (1) | 100.0% |
| Planeación y Gestión Integral (1) | 60.0% |
| Gestión Comercial (1) | 45.0% |
| Gestión Inventarios (1) | 100.0% |
| Gestión Documental (1) | 60.0% |
| Gestión Financiera (2) | 0.0% |
| Gestión Informática (1) | 0.0% |
| Contratación (1) | 25.0% |
| Secretaría General y G. Jurídica (1) | 25.0% |
| Subgerencia Operaciones/ Subproceso Mantenimiento (1) | 30.0% |
| Subgerencia Operaciones/ Subproceso Distribución (1) | 30.0% |
| Subgerencia Operaciones/ Subproceso Saneamiento Básico (1) | 20.0% |
| Subgerencia Operaciones/Subproceso Control de Calidad (1) | 80.0% |




De los procesos responsables de gestión del riesgo con actividades de control asociadas con monitoreo aplicable al corte del cuarto trimestre, **2 procesos no registran ningún avance**, lo que evidencia alto grado de incumplimiento, teniendo en cuenta que varias actividades están determinadas por controles periódicos mensuales y/o trimestrales.

Se incorpora al presente monitoreo el riesgo fiscal: Posibilidad de efecto dañoso de no operación de la PTARSS debido a la falta de monitoreo continuo y sistemático del desarrollo del proyecto, cuya actividad de control es: Mesas de constructibilidad interdisciplinarias. Actas de sesiones que soporten la vigilancia, el control y la toma de decisiones y acciones del proyecto PTARSS.

| | Proceso | Soporte/Evidencia | Seguimiento | % |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Planeación y Gestión Integral | Informe de monitoreo trimestral de cumplimiento de planes a las instancias pertinentes en cada monitoreo (incluye las actas de reunión con los lideres de los procesos soporte de socializaciones, seguimiento a las acciones correctivas, recomendaciones y alertas) y soporte de remisiones a las instancias pertinentes | Se presentan actas de Comité Institucional de Gestión y Desempeño donde se socializaron los informes periódicos de cumplimiento de los diferentes planes institucionales.<br><br>No es posible la entrega de 4 informes por los cortes y consolidación de los mismos en la vigencia. | 60.00% |
| 2 | Gestión Comercial/ Subproceso cartera | Reporte Mensual de Financiaciones y Abonos con las variables establecidas, análisis cuantitativo y cualitativo del comportamiento de financiaciones y abonos y Acta de Comité Primario de la Subgerencia Comercial Doce (12) Reportes y Doce (12) Actas de comité primario<br><br>Informe de verificación mensual del cumplimiento de las financiaciones y abonos y Acta de Comité Primario de la Subgerencia Comercial Doce (12) informes y Doce (12) Actas de comité primario<br><br>Informe mensual del seguimiento al cumplimiento de financiaciones y abonos remitido al Profesional Jefe de Atención al usuario para toma de decisiones y acciones Doce (12) informes y Doce (12) remisiones | Se presentan informes de seguimiento al cumplimiento de financiaciones y abonos (octubre y noviembre 2023) firmados por el Subgerente Comercial, Jefe de Atención al Usuario y Profesional I de la Subgerencia Comercial, cuya fuente del dato son los reportes de consulta generados por el sistema de Neptuno. Se presenta acta Comité Primario No. 21 de 2023. Valoración parcial del periodo: 10% | 45.00% |
| 3 | Gestión Inventarios | Informe trimestral de monitoreo al cumplimiento del plan de mejora de inventarios y soporte de la remisión a la Oficina de Control de Gestión Cuatro Informes y soportes, 4 remisiones | Informe Plan de Mejora III y IV trimestre. Evidencias de avance reportado en informe.<br>Correo de envío a Control de Gestión para verificación.<br><br>Se entrega Informe de cumplimiento al Plan de Mejoramiento del proceso de Inventarios III y IV trimestre, donde se describe el porcentaje de avance de cada una de las actividades definidas. | 100.00% |
| 4 | Gestión Documental | Reporte mensual de fallas, análisis, decisiones y acciones realizadas y acta de comité primario<br><br>Doce (12) Reportes y Doce (12) Actas de comité primario | Se presenta informe IV trimestre (oct, nov, dic) con resultados tabulados de comunicaciones ingresadas y % errores en radicación, sin acta de Comité Primario.<br>La actividad tiene periodicidad mensual, por lo que el control a través de Comité Primario debe ser mensual. Valoración parcial. | 60.00% |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5 | Gestión Financiera y Contable | Reporte del seguimiento flujo de caja mensual y soporte de remisión a la Gerencia (a partir mes de febrero)<br><br>Once (11) reportes y Once (11) remisiones | No se presentan evidencias | 0.00% |
| 6 | Gestión Informática | Informe trimestral de monitoreo de los planes presentados en instancia del CIGyD | No reporta evidencias para el periodo. No hay efectividad en el control. | 0.00% |
| 7 | Contratación | Plan de Trabajo aprobado en Comité primario de la Dependencia.<br>Documento (1) Plan y Un (1) Acta Comité primario Cuatro (4) Informes de monitoreo del plan y cuatro (4) actas de comité primario de la dependencia | No se reportan evidencias en el periodo. En el primer trimestre, se presentó acta de Comité Primario No. 8 con informe del estado del archivo físico en la planta baja de la empresa donde quedó expreso que el sitio tiene condiciones inadecuadas de trabajo no aptas para el desarrollo de actividades. Solicitan se suspenda la ejecución del plan de trabajo hasta tanto se superen las condiciones descritas. | 25.00% |
| 8 | Secretaría General | Plan de Trabajo aprobado en Comité primario de la Dependencia.<br>Documento (1) Plan y Un (1) Acta Comité primario Cuatro (4) Informes de monitoreo del plan y cuatro (4) actas de comité primario de la dependencia | No se reportan evidencias en el periodo. En el primer trimestre, se presentó acta de Comité Primario No. 8 con informe del estado del archivo físico en la planta baja de la empresa donde quedó expreso que el sitio tiene condiciones inadecuadas de trabajo no aptas para el desarrollo de actividades. Solicitan se suspenda la ejecución del plan de trabajo hasta tanto se superen las condiciones descritas. | 25.00% |
| 9 | Subgerencia Operaciones/ Subproceso Mantenimiento | Doce (12) Monitoreos de control a materiales consumibles presentado en Comité primario: Doce (12) Actas | Se presenta acta de Comité Primario No. 12 del 20-11-2023 donde se presentaron los monitoreos de control a materiales consumibles de enero a octubre de 2023. Monitoreo acumulado, no hubo efectividad en la actividad de control. Valoración parcial | 30.00% |
| 10 | Subgerencia Operaciones/ Subproceso Distribución | Acta Comité Primario - reporte mensual PQRSD Doce (12) Reportes y doce (12) actas de comité primario | Se presenta acta de Comité Primario No. 12 del 20-11-2023 donde se presentaron los reportes mensuales PQRSD de enero a octubre de 2023. Monitoreo acumulado, no hubo efectividad en la actividad de control. Valoración parcial | 30.00% |
| 11 | Subgerencia Operaciones/ Subproceso Saneamiento Básico | Acta Comité Primario - reporte mensual PQRSD Doce (12) Reportes y doce (12) actas de comité primario | No reporta evidencias | 20.00% |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 12 | Subgerencia Operaciones/Subproceso Control de Calidad | Actas de Reunión para medir el nivel de cumplimiento del Plan de Mejoramiento y las Acciones correctivas suscrito entre el Profesional III de Sistemas de Gestión de la Subgerencia de Planificación y los profesionales III de los Subprocesos Calidad y Producción soportado en los registros trimestrales de plan de mejora y acciones correctivas monitoreadas<br>Cuatro (4) Actas con los soportes pertinentes | Se presenta acta No. 6 del 03 de agosto de 2023 donde se revisaron y actualizaron varios formatos sin registrar avance en el cumplimiento del plan.<br>Con corte a 14 de diciembre de 2023 se realizó valoración de cumplimiento de las acciones correctivas según auditoría interna Icontec. Valoración parcial. | 80.00% |
| 13 | Gestión Estratégica/Gestión Financiera | Informe mensual que soporte el análisis de la proporción del CMA comprometido con todos los costos y gastos de personal asociados a los acuerdos convencionales. Se solicita Informe trimestral (inicia primer trimestre 2023) | No reporta evidencias en el periodo | 0.00% |
| 14 | Gestión Estratégica | Mesas de constructibilidad interdisciplinarias. Actas de sesiones que soporten la vigilancia, el control y la toma de decisiones y acciones del proyecto PTARSS | Se presentan actas semanales de mesas de constructibilidad desde el mes de septiembre | 100.00% |

## CUADRO COMPARATIVO DE AVANCE TRIMESTRAL

| PROCESO | I Trimestre | II Trimestre | III Trimestre | IV Trimestre |
|---|---|---|---|---|
| Gestión Estratégica | NA | NA | NA | 100.0% |
| Planeación y Gestión Integral | 0.00% | 25.00% | 50.00% | 60.0% |
| Gestión Comercial/ Subproceso cartera | 25.00% | 25.00% | 35.00% | 45.0% |
| Gestión Inventarios | 25.00% | 50.00% | 75.00% | 100.0% |
| Gestión Documental | 15.00% | 30.00% | 50.00% | 60.0% |
| Gestión Financiera y Contable | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.0% |
| Gestión Informática | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.0% |
| Contratación | 25.00% | 25.00% | 25.00% | 25.0% |
| Secretaría General | 25.00% | 25.00% | 25.00% | 25.0% |
| Subgerencia Operaciones/ Subproceso Mantenimiento | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 30.0% |
| Subgerencia Operaciones/ Subproceso Distribución | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 30.0% |
| Subgerencia Operaciones/ Subproceso Saneamiento Básico | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 20.0% |
| Subgerencia Operaciones/Subproceso Control de Calidad | 25.00% | 40.00% | 60.00% | 80.0% |
| **TOTAL** | **12.20%** | **22.30%** | **32.40%** | **58.50%** |

## 6 OBSERVACIONES/RECOMENDACIONES

1. Las actividades definidas en el Mapa de Riesgos Institucional son "actividades de control", sistemáticas y con una periodicidad definida precisamente para minimizar y/o evitar la materialización de situaciones o eventos que afecten negativamente la gestión empresarial y, por ende, el cumplimiento de los objetivos organizacionales. El mapa de riesgos cierra la vigencia 2023 con un nivel de cumplimiento bajo del 58.5%.

   No se realizó valoración sobre varias actividades de control porque los responsables de su ejecución no reportaron evidencias. Y sobre otras actividades, las evidencias reportadas carecen de efectividad o no guardan correspondencia con el soporte establecido.

   Con preocupación se observa incumplimiento total por parte de los procesos Gestión Financiera y Gestión Informática. Es fundamental que el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno valore el incumplimiento de las actividades de control y defina con los líderes de proceso responsables las acciones a tomar.

2. Debido a las condiciones inadecuadas del área de archivo físico de la Secretaría General ubicado en la planta baja de la empresa, no fue posible implementar el plan de trabajo para la gestión de los fondos acumulados y de los expedientes de gestión coactiva. Por este motivo fue suspendido el plan de trabajo y así quedó consignado en el monitoreo periódico cerrando las acciones con un nivel de cumplimiento del 25%.

3. Varias actividades para su cumplimiento requieren la presentación de informes en comités institucionales. Bajo esta instancia de control, se deben organizar las fechas de corte de los informes, su revisión y validación por parte de los líderes de proceso y los tiempos de solicitud y presentación ante instancia de comité.

4. Reiterar la importancia de los Comités Primarios para el monitoreo de primera línea de los compromisos establecidos en los planes institucionales. Se definió una estructura modelo de las actas de comité primario para facilitar los temas orientadores de las reuniones.

5. Hubo materialización de riesgos por el incumplimiento de las acciones y controles comprometidos en los instrumentos normativos de planeación y control.

PAULA ANDREA CRUZ CASTRO
Subgerente de Planificación

HERNAN DARÍO HERNÁNDEZ ZÚÑIGA
Profesional III de Planificación

Anexo A – Formato Excel monitoreo IV T Mapa de Riesgos Institucional

| | SISTEMA DE GESTIÓN | Código: GES-FR-108 |
|---|---|---|
| | | Página: 1 |
| | MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2023 | Versión: 1 |
| | | Vigente a partir de: 01-02-2023 |

| IDENTIFICACIÓN, EVALUACION Y NIVEL DE CONTROL DEL RIESGO | | | | | | | | | | PLAN DE ACCIÓN | | | | SEGUIMIENTO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | TIPO | | | | CATEGORÍA | RIESGO RESIDUAL | | | | | | |
| | PROCESO | RIESGO | CAUSA RAIZ | GESTIÓN | CORRUPCIÓN | SEGURIDAD DIGITAL | LABORATORIO | CLASIFICACIÓN DEL RIESGO | ZONA DE RIESGO FINAL | ACTIVIDAD | SOPORTE/ EVIDENCIA | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN | SEGUIMIENTO | ESTADO (%) |
| 1 | Planeación Gestión Integral | Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento de las acciones y controles comprometidos en los instrumentos normativos de planeación y control | Inefectividad de los controles de la segunda línea de defensa del sistema de gestión | X | | | | Ejecución y administración de procesos | Alto | Realizar reporte trimestral a los líderes de proceso (primer monitoreo soportado en actas de reunión con los líderes de los procesos) a la alta gerencia (segundo monitoreo) y control interno disciplinario (tercer monitoreo) del incumplimiento de los planes, indicadores y controles con el fin de que se aplique la *POLITICA PARA ASEGURAR EL CUMPLIMIENTO DEL ROL DEL CONTRATO LABORAL DE LOS TRABAJADORES OFICIALES, LAS FUNCIONES DE LOS EMPLEADOS PUBLICOS Y LOS COMPROMISOS INSTITUCIONALES* | Informe de monitoreo trimestral de cumplimiento de planes a las instancias pertinentes en cada monitoreo (incluye las actas de reunión con los líderes de los procesos soporte de socializaciones, seguimiento a las acciones correctivas, recomendaciones y alertas) y soporte de remisiones a las instancias pertinentes<br><br>4 Informes con soportes de actas de reunión remisiones a las instancias pertinentes. | Profesional III Sistemas de Gestión | Enero a Diciembre de 2023 | Se presentan actas de Comité Institucional de Gestión y Desempeño donde se socializaron los informes periódicos de cumplimiento de los diferentes planes institucionales.<br><br>No es posible la entrega de 4 informes por los cortes y consolidación de los mismos en la vigencia. | 60.00% |
| 2 | Gestión Comercial/Subproceso cartera | Posibilidad de afectación económica por la inefectividad de la gestión del cobro de cartera, asociado a la no disponibilidad de resultados del estado de financiaciones para toma de decisiones y acciones oportunas y efectivas | Inexistencia de Controles a la gestión de financiaciones | X | | | | Ejecución y administración de procesos | Alto | Presentar en Comité Primario de la Subgerencia Comercial el reporte mensual de Financiaciones y Abonos que detalle ID, Datos básicos del Suscriptor, Estado Micromedición, Cartera Financiada, Financiación/Abono, cumplimiento del acuerdo medido en términos del recaudo en el periodo, con el análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados<br><br>Realizar verificación aleatoria mensual de Suscriptores que han suscrito financiaciones o realizado abonos que cumplen la política de financiaciones vigente y sus reglas, presentado en Comité primario de la Subgerencia Comercial<br><br>Realizar seguimiento mensual y reporte para decisiones y acciones inmediatas al Profesional Jefe, frente al incumplimiento de acuerdos y abonos suscritos por los usuarios | Reporte Mensual de Financiaciones y Abonos con las variables establecidas, análisis cuantitativo y cualitativo del comportamiento de financiaciones y abonos y Acta de Comité Primario de la Subgerencia Comercial<br>Doce (12) Reportes y Doce (12) Actas de comité primario<br><br>Informe de verificación mensual del cumplimiento de las financiaciones y abonos y Acta de Comité Primario de la Subgerencia Comercial<br>Doce (12) informes y Doce (12) Actas de comité primario<br><br>Informe mensual del seguimiento al cumplimiento de financiaciones y abonos remitido al Profesional Jefe de Atención al usuario para toma de decisiones y acciones<br>Doce (12) informes y Doce (12) remisiones | Profesional III Analítica de datos Subgerencia Comercial<br><br>Profesional Jefe Atención al Usuario<br><br>Profesional I Subgerencia Comercial | Enero a Diciembre de 2023 | Se presentan informes de seguimiento al cumplimiento de financiaciones y abonos (octubre y noviembre 2023) firmados por el Subgerente Comercial, Jefe de Atención al Usuario y Profesional I de la Subgerencia Comercial, cuya fuente del dato son los reportes de consulta generados por el sistema de Neptuno. Se presenta acta Comité Primario No. 21 de 2023.<br>Valoración parcial del periodo: 10% | 45.00% |
| 3 | Gestión Inventarios | Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento de los lineamientos procedimentales de la gestión de recursos físicos debido a la entrada y salida de bienes mediante documentos sin soportes y pérdida de bienes | Entrada y salida de bienes mediante documentos sin soportes y pérdida de bienes | X | X | | | Ejecución y administración de procesos | Moderado | Realizar monitoreo al cumplimiento del plan de mejora de inventarios que controle los riesgos identificados e incluye la creación del Comité de Recursos Físicos | Informe trimestral de monitoreo al cumplimiento del plan de mejora de inventarios y soporte de la remisión a la Oficina de Control de Gestión<br><br>Cuatro Informes y soportes, 4 remisiones | Subgerente Administrativo y Financiero | Enero a Diciembre de 2023 | Informe Plan de Mejora III y IV trimestre<br>Evidencias de avance reportado en informe.<br>Correo de envío a Control de Gestión para verificación.<br><br>Se entrega informe de cumplimiento al Plan de Mejoramiento del proceso de Inventarios III y IV trimestre, donde se describe el porcentaje de avance de cada una de las actividades definidas. | 100.00% |

| | | |
|---|---|---|
| CONCOS | SISTEMA DE GESTIÓN | Código: GES-FR-108<br>Página: 1<br>Versión: 1 |
| | MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2023 | Vigente a partir de: 01-02-2023 |

| IDENTIFICACIÓN, EVALUACION Y NIVEL DE CONTROL DEL RIESGO | | | | | | | | | | PLAN DE ACCIÓN | | | | SEGUIMIENTO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | TIPO | | | | CATEGORÍA | RIESGO RESIDUAL | | | | | | |
| | PROCESO | RIESGO | CAUSA RAIZ | GESTIÓN | CORRUPCIÓN | SEGURIDAD DIGITAL | LABORATORIO | CLASIFICACIÓN DEL RIESGO | ZONA DE RIESGO FINAL | ACTIVIDAD | SOPORTE/ EVIDENCIA | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN | SEGUIMIENTO | ESTADO (%) |
| 4 | Gestión Documental | Posibilidad de pérdida reputacional por quejas, demandas o sanciones debido al inadecuado manejo del sistema de gestión documental Orfeo | Inadecuado manejo del sistema de gestión documental Orfeo | X | | | | Ejecución y administración de procesos | Moderado | Realizar reporte mensual del número de radicados erróneos asociados a la tipificación del documento, socializarlo y acciones de mejora, presentado en instancia de Comité primario del proceso | Reporte mensual de fallas, análisis, decisiones y acciones realizadas y acta de comité primario<br><br>Doce (12) Reportes y Doce (12) Actas de comité primario | Técnico - Gestión Documental | Enero a Diciembre de 2023 | Se presenta informe IV trimestre (oct, nov, dic) con resultados tabulados de comunicaciones ingresadas y % errores en radicación, sin acta de Comité Primario. La actividad tiene periodicidad mensual, por lo que el control a través del Comité Primario debe ser mensual. Valoración parcial. | 50.00% |
| 5 | Gestión Financiera y Contable | Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento de pagos de los costos fijos debido a la programación inadecuada respecto al flujo de efectivo | Programación inadecuada respecto al flujo de efectivo | X | | | | Ejecución y administración de procesos | Alto | Formular flujo de caja proyectado y realizar seguimiento mensual reportado a la Gerencia a partir del mes de febrero | Reporte del seguimiento flujo de caja mensual y soporte de remisión a la Gerencia (a partir mes de febrero)<br><br>Once (11) reportes y Once (11) remisiones | Subgerente Administrativo y F. Profesional Jefe Financiero | Enero a Diciembre de 2023 | No se presentan evidencias | 0.00% |
| 6 | Gestión Informática | Posibilidad de afectación económica y reputacional debido a pérdida de integridad de la información o configuración de los servicios gestionados por el proceso de gestión informática debido a ataques informáticos, fallas eléctricas, errores de configuración, errores humanos, fallas tecnológicas o vulnerabilidades en el software y hardware | Ataques informáticos, fallas eléctricas, errores de configuración, errores humanos, fallas tecnológicas o vulnerabilidades en el software y hardware | | | X | | Fallas tecnológicas | Alto | Monitorear plan de tratamiento de riesgos de seguridad de la información y el Plan de Preservación Digital a Largo Plazo Vigencia 2023 y presentar en instancia del CIGyD | Informe trimestral de monitoreo de los planes presentados en instancia del CIGyD | Subgerente Administrativo y Financiero | Enero a Diciembre de 2023 | No reporta evidencias para el periodo. No hay efectividad en el control. | 0.00% |
| 7 | Contratación | Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento Normativo de la Ley de Archivos debido a la existencia de fondos acumulados en la Dependencia Secretaria GENERAL | Existencia de fondos acumulados | X | | | | Ejecución y administración de procesos | Moderado | Monitorear trimestralmente el plan de trabajo para la gestión de procesos archivísticos de la información correspondiente a fondos acumulados no gestionados y presentar en instancia de comité primario para soportar resultados y nivel de cumplimiento, análisis y acciones de mejoramiento. | Plan de Trabajo aprobado en Comité primario de la Dependencia.<br>Documento (1) Plan y Un (1) Acta Comité primario<br>Cuatro (4) informes de monitoreo del plan y cuatro (4) actas de comité primario de la dependencia | Secretario General | Enero a Diciembre de 2023 | No se reportan evidencias en el periodo. En el primer trimestre, se presentó acta de Comité Primario No. 8 con informe del estado del archivo físico en la planta baja de la empresa donde quedó expreso que el sitio tiene condiciones inadecuadas de trabajo no aptas para el desarrollo de actividades. Solicitan se suspenda la ejecución del plan de trabajo hasta tanto se superen las condiciones descritas. | 25.00% |

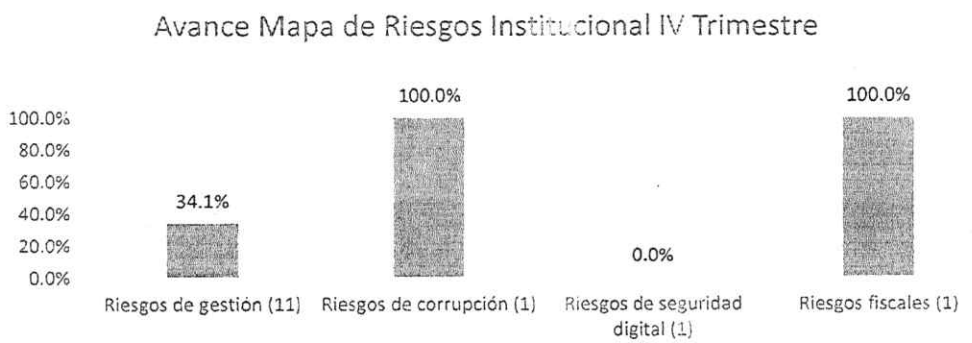
| | | |
|---|---|---|
| | SISTEMA DE GESTIÓN | Codigo: GES-FR-108 |
| | | Página: 1 |
| | MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2023 | Versión: 1 |
| | | Vigente a partir de: 01-02-2023 |

| IDENTIFICACIÓN, EVALUACION Y NIVEL DE CONTROL DEL RIESGO | | | | | | | | | | PLAN DE ACCIÓN | | | | SEGUIMIENTO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | PROCESO | RIESGO | CAUSA RAIZ | TIPO | | | | CATEGORÍA | RIESGO RERIDUAL | ACTIVIDAD | SOPORTE/ EVIDENCIA | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACION | SEGUIMIENTO | ESTADO (%) |
| | | | | GESTIÓN | CORRUPCIÓN | SEGURIDAD DIGITAL | LABORATORIO | CLASIFICACIÓN DEL RIESGO | ZONA DE RIESGO FINAL | | | | | | |
| 8 | Secretaria General | Posibilidad de afectación económica y reputacional por incumplimiento Normativo de la Ley de Archivos debido a la falta de implementación de los instrumentos archivísticos en la conformación de expedientes de gestión coactiva | Falta de implementación de los instrumentos archivísticos en la conformación de expedientes de gestión coactiva | X | | | | Ejecución y administración de procesos | Moderado | Formular e implementar plan de trabajo para la implementación de los procesos archivísticos de los expedientes de gestión coactiva | Plan de Trabajo aprobado en Comité primario de la Dependencia Documento (1) Plan y Un (1) Acta Comité primario Cuatro (4) informes de monitoreo del plan y cuatro (4) actas de comité primario de la dependencia | Profesional Jefe Jurídica | Enero a Diciembre de 2023 | No se reportan evidencias en el periodo. En el primer trimestre, se presentó acta de Comité Primario No. 8 con informe del estado del archivo físico en la planta baja de la empresa donde quedó expreso que el sitio tiene condiciones inadecuadas de trabajo no aptas para el desarrollo de actividades. Solicitan se suspenda la ejecución del plan de trabajo hasta tanto se superen las condiciones descritas. | 25.00% |
| 9 | Subgerencia Operaciones/ Subproceso Mantenimiento | Posibilidad de afectación económica y reputacional por la ausencia de controles a las existencias de materiales consumibles de alta rotación en la planta, que permita la identificación oportuna de necesidades y disponibilidad de los mismos. | Ausencia de controles a las existencias de materiales consumibles de alta rotación en la planta | X | | | | Ejecución y administración de procesos | Moderado | Implementar el formato de control a materiales consumibles con periodicidad mensual presentado en Comité Primario | Doce (12) Monitoreos de control a materiales consumibles presentado en Comité primario Doce (12) Actas | Profesional III - Mantenimiento | Enero a Diciembre de 2023 | Se presentan actas de Comité Primario No. 8 del 06-05-2023, No. 9 del 01-08-2023 y No. 12 del 20-11-2023 donde se presentaron los monitoreos de control a materiales consumibles por trimestre. Los monitoreos no fueron mensuales sino por trimestre acumulado. No hubo efectividad en la actividad de control. Valoración parcial 30% | 30.00% |
| 10 | Subgerencia Operaciones/ Subproceso Distribución | Falta de control a la oportunidad, completitud y pertinencia de las PQRSD del subproceso | Oportunidad, completitud, respuestas PQRSD | X | | | | Ejecución y administración de procesos | Moderado | Reporte mensual en instancia de Comité Primario, que evalúe la oportunidad de repuesta, la completitud y el fondo de la misma | Acta Comité Primario - reporte mensual PQRSD Doce (12) Reportes y doce (12) actas de comité primario | Profesional III - Redes | Enero a Diciembre de 2023 | Se presentan actas de Comité Primario No. 8 del 06-05-2023, No. 9 del 01-08-2023 y No. 12 del 20-11-2023 donde se presentaron los reportes PQRSD por trimestre. Los monitoreos no fueron mensuales sino por trimestre acumulado. No hubo efectividad en la actividad de control. Valoración parcial 30% | 30.00% |
| 11 | Subgerencia Operaciones/ Subproceso Saneamiento Básico | Falta de control a la oportunidad, completitud y pertinencia de las PQRSD del subproceso | Oportunidad, completitud, respuestas PQRSD | X | | | | Ejecución y administración de procesos | Moderado | Reporte mensual en instancia de Comité Primario, que evalúe la oportunidad de repuesta, la completitud y el fondo de la misma | Acta Comité Primario - reporte mensual PQRSD Doce (12) Reportes y doce (12) actas de comité primario | Profesional III - Saneamiento Básico | Enero a Diciembre de 2023 | Se presentan actas de Comité Primario No. 8 del 06-05-2023 y No. 9 del 01-08-2023, donde se presentaron los reportes PQRSD por trimestre. Los monitoreos no fueron mensuales sino por trimestre acumulado. No hubo efectividad en la actividad de control. Valoración parcial 30% | 20.00% |

| | | |
|---|---|---|
| | SISTEMA DE GESTIÓN | Código: GES-FR-108 |
| | | Página: 1 |
| | MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL 2023 | Versión: 1 |
| | | Vigente a partir de: 01-02-2023 |

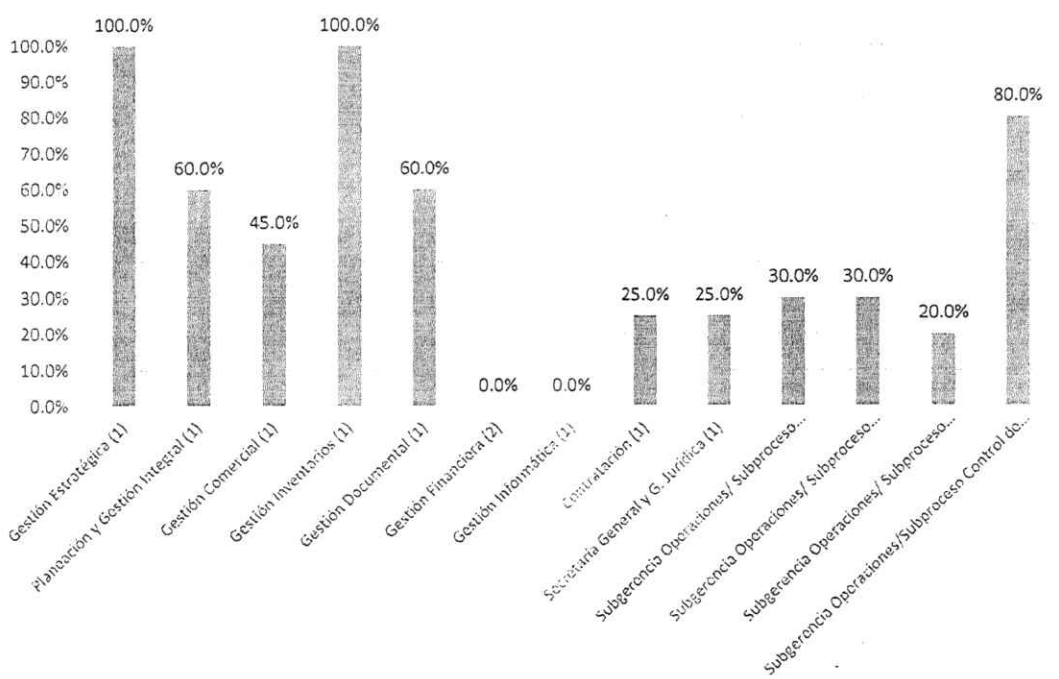
| IDENTIFICACIÓN, EVALUACION Y NIVEL DE CONTROL DEL RIESGO | | | | | | | | | | PLAN DE ACCIÓN | | | | SEGUIMIENTO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | TIPO | | | | CATEGORÍA | RIESGO RESIDUAL | | | | | | |
| | PROCESO | RIESGO | CAUSA RAIZ | GESTIÓN | CORRUPCIÓN | SEGURIDAD DIGITAL | LABORATORIO | CLASIFICACIÓN DEL RIESGO | ZONA DE RIESGO FINAL | ACTIVIDAD | SOPORTE/ EVIDENCIA | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN | SEGUIMIENTO | ESTADO (%) |
| 12 | Subgerencia Operaciones/Subproceso Control de Calidad | Posibilidad de afectación económica y reputacional por el cierre del laboratorio de Control de Calidad debido a incumplimiento normativo | Incumplimiento normativo | X | | | | Ejecución y administración de procesos | Alto | Monitorear el plan de mejoramiento suscrito con la Secretaría Departamental de Salud y las acciones correctivas establecidas como resultado de la auditoría interna del icontec nel ISO 17025 | Actas de Reunión para medir el nivel de cumplimiento del Plan de Mejoramiento y las Acciones correctivas suscrito entre el Profesional III de Sistemas de Gestión de la Subgerencia de Planificación y los profesionales III de los Subprocesos Calidad y Producción soportado en los registros trimestrales de plan de mejora y acciones correctivas monitoreadas<br>Cuatro (4) Actas con los soportes pertinentes | Profesional III de Sistemas de Gestión de la Subgerencia de Planificación y los profesionales III de los Subprocesos Calidad y Producción | Enero a Diciembre de 2023 | Se presenta acta No. 6 del 03 de agosto de 2023 donde se revisaron y actualizaron varios formatos sin registrar avance en el cumplimiento del plan.<br>Con corte a 14 de diciembre de 2023 se realizó valoración de cumplimiento de las acciones correctivas según auditoría interna icontec.<br>Valoración parcial | 80.00% |
| 13 | Gestión Estratégica/Gestión Financiera | Insuficiencia financiera para sufragar el costo medio administrativo debido a los gastos laborales generados por acuerdos convencionales | Gastos laborales por acuerdos convencionales | X | | | | Ejecución y administración de procesos | Alto | Informe mensual que soporte el análisis de la proporción del CMA comprometido con todos los costos y gastos de personal asociados a los acuerdos convencionales | Informe trimestral (inicia primer trimestre 2023) | Profesional Jefe Financiero<br>Subgerente Administrativo | Enero a Diciembre de 2023 | No reporta evidencias en el periodo | 0.00% |
| 14 | Gestión Estratégica | Posibilidad de efecto dañoso de no operación de la PTARSS debido a la falta de monitoreo continuo y sistemático del desarrollo del proyecto | Pago de multas, clausulas penales o cualquier tipo de sanción | X | | | | Ejecución y administración de procesos | Alto | Mesas de constructibilidad interdisciplinarias. Actas de sesiones que soporten la vigilancia, el control y la toma de decisiones y acciones del proyecto PTARSS | Número de actas legalizadas (una mensual) | Supervisor y apoyos a la supervisión proyecto PtarSS | Noviembre a diciembre de 2023 | Se presentan actas semanales de mesas de constructibilidad desde el mes de septiembre | 100.00% |

| TIPO DE RIESGO | % avance |
|---|---|
| Riesgos de gestión (11) | 34.1% |
| Riesgos de corrupción (1) | 100.0% |
| Riesgos de seguridad digital (1) | 0.0% |
| Riesgos fiscales (1) | 100.0% |
| **TOTAL** | **58.5%** |



| PROCESO | % avance |
|---|---|
| Gestión Estratégica (1) | 100.0% |
| Planeación y Gestión Integral (1) | 60.0% |
| Gestión Comercial (1) | 45.0% |
| Gestión Inventarios (1) | 100.0% |
| Gestión Documental (1) | 60.0% |
| Gestión Financiera (2) | 0.0% |
| Gestión Informática (1) | 0.0% |
| Contratación (1) | 25.0% |
| Secretaría General y G. Jurídica (1) | 25.0% |
| Subgerencia Operaciones/ Subproceso Mantenimiento (1) | 30.0% |
| Subgerencia Operaciones/ Subproceso Distribución (1) | 30.0% |
| Subgerencia Operaciones/ Subproceso Saneamiento Básico (1) | 20.0% |
| Subgerencia Operaciones/Subproceso Control de Calidad (1) | 80.0% |

c

## Avance Mapa de Riesgos Institucional IV Trimestre

Por procesos