

COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO

ACTA No. [REDACTED]

Radicado ORFEO: 20211000002076

FECHA: 09/11/2021

LUGAR: Reunión Virtual

SESIÓN DEL COMITÉ No. 4

ASISTENTES		
No	NOMBRE	CARGO
1	Christian Rafael Jaramillo Herrera	Director General
2	Diana Helen Navarro Bonett	Secretaria General
3	Juan Carlos Loaiza Charry	Subdirector de Minería
4	Carolina Cruz Carvajal	Subdirectora Hidrocarburos
5	Javier Martínez Gil	Subdirector Energía Eléctrica
6	Ligia del Carmen Galvis Amaya	Jefe Oficina Gestión de la Información
7	Lina Patricia Escobar Rangel	Subdirectora Demanda
8	Ella Ximena Caliz Figueroa	Coordinadora GIT de Planeación
9	Bertha Sofía Ortiz Gutiérrez	Asesora de Control Interno
INVITADOS		
No	NOMBRE	CARGO
1	Carolina Sánchez Ruiz	Asesora Dirección General
2	Laura Sofía Gómez Mora	Profesional Esp. GIT de Planeación
3	Nancy Patricia Gómez	Profesional Esp. Contratista. GIT Planeación
4	Estefanía Aya Navarro	Profesional Esp. Contratista. Control Interno
5	Rosa María Buitrago Barón	Profesional Esp. Control Interno

OBJETIVO DE LA REUNIÓN:

Exponer ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, los resultados del Programa Anual de Auditoría 2021, julio a octubre de 2021; así como presentar para aprobación la Política de Gestión de Riesgos actualizada.

ORDEN DEL DÍA

Verificación de Quorum

1. Resultados auditorías de gestión e informes de ley julio a octubre de 2021.
2. Presentación para aprobación Política de Gestión de Riesgos actualizada – GIT de Planeación.
3. Propositiones y varios.

DESARROLLO

Verificación de Quorum.

Se verificó el quorum con la asistencia del Director General, Secretaria General, Subdirector de Minería, Subdirectora de Hidrocarburos, Subdirector de Energía Eléctrica, Subdirectora de

GESTIÓN DOCUMENTAL. Original: Dirección General – Control Interno (Actas Comité Coordinación de Control Interno).

COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACION DE CONTROL INTERNO

ACTA No. [REDACTED]

Radicado ORFEO: 20211000002076

Demanda, Jefe de Oficina de la Gestión de Información, Coordinador del GIT de Planeación y Asesora de Control Interno.

1. Resultados auditorias de gestión e informes de ley julio a octubre de 2021.

La Asesora de Control Interno, inició la presentación dándole la palabra a las profesionales que desarrollaron las auditorias, quienes expusieron los resultados, así:

Auditoria a los Procesos de Gestión de Fondos y Proyectos para Cobertura: la profesional Estefanía Aya, contratista de apoyo de control interno, informó que se identificó un (1) hallazgo, once (11) oportunidades de mejora, nueve (9) recomendaciones y a la fecha no se han suscrito plan de mejoramiento por parte del proceso evaluado. A continuación se detallan los hallazgos y recomendaciones expuestos por la profesional:

Hallazgo: Durante las vigencias 2019 y 2020 se suscribieron 3 contratos, por valor de \$417.600.000, equivalente al 32% de los recursos de inversión asignados a la actividad de los PERS, que no apuntan a desarrollar instrumentos que recolecten y analicen la información socioeconómica y energética de las regiones.

Recomendaciones:

1. Analizar la forma como se realiza el registro de proyectos de fondos en el aplicativo de seguimiento e identificar los controles y las mejoras que permita minimizar el riesgo de no asignación oportuna al evaluador.
2. Incluir en el procedimiento, la actividad de crear un expediente en ORFEO a la primera versión de los proyectos, con el fin de mantener una completa trazabilidad de las versiones.
3. Incluir en el procedimiento puntos de control cuando el concepto se emite como pendiente y reforzar el control que se aplica (revisiones aleatorias del jefe) definiendo la evidencia de la ejecución del mismo.
4. Implementar mecanismos que permitan dar cumplimiento a los tiempos definidos normativamente para dar respuesta a las solicitudes de los proyectos presentados.
5. Documentar un procedimiento en el SIGUEME para la elaboración de los PERS, donde se indique las actividades de Planeación, Dirección y Control.
6. A los supervisores de los convenios que se suscriben para desarrollar los PERS, se recomienda implementar mecanismos de control para que la documentación del convenio se encuentre en su totalidad radicada en ORFEO.
7. Incluir desde los estudios previos la destinación final de los bienes o insumos adquiridos en el desarrollo de los PERS.

GESTIÓN DOCUMENTAL. Original: Dirección General – Control Interno (Actas Comité Coordinación de Control Interno).

COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACION DE CONTROL INTERNO

ACTA No. [REDACTED]

Radicado ORFEO: 20211000002076

8. Hacer los trámites para poner en funcionamiento Sistema de Información Geográfica, en el SIPERS. Así como establecer en la página web de la UPME un sitio para suministrar la información de los PERS o un enlace que redirija al servidor del SIPERS.
9. Se sugiere a los responsables del proyecto de inversión analizar, en conjunto con el GIT de Planeación, controles efectivos que orienten la ejecución de los proyectos, de tal forma que se brinden elementos que permitan prevenir la destinación de recursos a contratos que no apuntan a las actividades del proyecto

Auditoria al Proceso Gestión Documental: Continuó la presentación Rosa María Buitrago, Profesional de control interno, informando que en la auditoría se realizó énfasis en la gestión documental efectuada en el sistema ORFEO, en la que se identificó un (1) hallazgo, nueve (9) oportunidades de mejora, diez (10) recomendaciones y a la fecha no se han suscrito plan de mejoramiento por parte del proceso evaluado. A continuación se detallan los hallazgos y recomendaciones expuestos por la profesional:

Hallazgo: Incumplimiento del Art. 2.1.1.5.2.2 de Decreto 1081 de 2015, por cuanto el Índice de Información Clasificada y Reservada de la Entidad, no da cuenta del fundamento legal y jurídico que justifique la clasificación de la información como “reservada”.

Recomendaciones:

1. Implementar acciones correctivas necesarias para que los servidores activos de la entidad y que presentan radicados sin finalizar, realicen la gestión y liberen sus bandejas en el Sistema ORFEO.
2. Depurar y archivar en el Sistema ORFEO los 234.736 registros de vigencias 2006 a 2021 que el sistema reporta sin finalizar, que corresponden a usuarios con diversas denominaciones.
3. Establecer lineamientos claros para que los supervisores hagan exigible a los contratistas la gestión y depuración de sus bandejas en ORFEO.
4. Revisar las acciones correctivas implementadas para depurar los radicados pendientes en las bandejas de los usuarios de exfuncionarios y si es necesario realizar los ajustes pertinentes.
5. Hacer uso permanente del módulo de auditoría de ORFEO, como mecanismo de control e insumo para la mejora de la Gestión Documental.
6. Efectuar mediciones periódicas sobre el impacto las capacitaciones dadas sobre el Sistema ORFEO.
7. Adoptar en el SIG toda la documentación que se considere necesaria para el proceso de Gestión Documental
8. Actualizar los manuales de usuario del Sistema ORFEO, teniendo en cuenta las necesidades y requerimientos propios de la UPME.

GESTIÓN DOCUMENTAL. Original: Dirección General – Control Interno (Actas Comité Coordinación de Control Interno).

COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACION DE CONTROL INTERNO

ACTA No. [REDACTED]

Radicado ORFEO: 20211000002076

9. Realizar seguimiento permanente y hacer exigible el uso del certificado de la firma digital a los usuarios que les fue asignada
10. Tener en cuenta los requisitos de la Guía Técnica para la gestión de documentos y expedientes electrónicos para el Modelo de Requisitos de Gestión de Documentos Electrónicos implementado para la UPME.

Auditoria al Proceso Gestión Financiera: Continuó la presentación Rosa María Buitrago y Estefanía Aya, Profesionales de control interno, informando que se identificaron tres (3) hallazgos, de los cuales uno (1) fue trasladado al GIT de Talento Humano, trece (13) oportunidades de mejora, de las cuales seis (6) se trasladaron a los Grupos de Talento Humano, Administrativa, Contractual y Planeación, ocho (8) recomendaciones y a la fecha no se han suscrito plan de mejoramiento por parte del proceso evaluado. A continuación se detallan los hallazgos y recomendaciones expuestos por las profesionales:

Hallazgos:

1. No se identificaron los soportes de la aprobación por parte del ordenador del gasto de las reservas presupuestales constituidas a 31/12/2020, incumpliendo con la actividad No. 6, numeral. 6.5 del Procedimiento de Gestión Presupuestal. P-GF-03.
2. Informes de ejecución presupuestal publicados en el sitio web de forma extemporánea, incumpliendo con la actividad No. 1, numeral 6,5 del Procedimiento de Gestión Presupuestal. P-GF-03.
3. Información de prestaciones sociales remitida al Financiera de forma extemporánea, incumpliendo con el numeral 4-2 del Manual de Políticas Contables, hallazgo que fue trasladado al GIT Gestión del Talento Humano.

Recomendaciones:

1. Revisar la pertinencia de actualizar la documentación del proceso Gestión Financiera para fortalecer sus registros, puntos de control y desagregación de actividades.
2. Documentar el procedimiento para autorizar, reconocer, pagar y legalizar las comisiones de servicio al interior y exterior del país.
3. Fortalecer los controles en la parametrización de la nómina en KACTUS, para suministrar información confiable e integra a Gestión Financiera.
4. Implementar controles para garantizar integridad, confiabilidad y oportunidad de la información sobre prestaciones sociales, suministrada a Financiera
5. Analizar la pertinencia de ajustar el "Formato Certificado de Cumplimiento para pago a contratistas", numeral 1, e incluir un ítem para "impresos, publicaciones, suscripciones y afiliaciones".

GESTIÓN DOCUMENTAL. Original: Dirección General – Control Interno (Actas Comité Coordinación de Control Interno).

COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACION DE CONTROL INTERNO

ACTA No. [REDACTED]

Radicado ORFEO: 20211000002076

6. Establecer controles a la calidad de la información remitida a entes externos, especialmente a las solicitudes de concepto para los traslados presupuestales externos
7. Crear los expedientes virtuales ORFEO para garantizar trazabilidad, integridad, disponibilidad y custodia de la información de la gestión financiera y presupuestal, de acuerdo con la TRD del proceso.
8. Definir los controles de los riesgos faltantes y fortalecer el diseño de los controles identificados para el proceso

Informes y Seguimientos de Ley julio a octubre de 2021.

Continuó la Asesora de Control Interno presentando la relación de los catorce (14) informes y ocho (8) seguimientos de ley, realizados durante el periodo comprendido entre julio y octubre, en cumplimiento del Programa Anual de Auditoría Interna 2021, así:

Informes:

1. Informe avance plan de mejoramiento - SIRECI - CGR (semestral)
2. Informe gestión contractual - SIRECI - CGR (mensual)
3. Informe delitos contra la Admón. Pública - SIRECI - CGR (semestral)
4. Informe obras inconclusas - SIRECI - CGR (Mensual)
5. Informe acciones de repetición - SIRECI - CGR (semestral)
6. Informe seguimiento al Sistema eKOGUI (Semestral)
7. Informe seguimiento a las PQRSD (semestral)
8. Informe Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno (semestral)

Seguimientos:

1. Seguimiento al Plan Anticorrupción art. 78 Ley 1474/11 (Cuatrimestral)
2. Seguimiento a los Mapas de Riesgos de Corrupción (Cuatrimestral)
3. Seguimiento y evaluación Estrategia de Racionalización de Trámites - SUIT (Trimestral)
4. Seguimiento a acreencias a favor de la entidad (semestral)
5. Seguimiento a Evaluación del Desempeño y Acuerdos de Gestión (semestral)
6. Seguimiento Ley de Transparencia 1712 de 2014 (anual)
7. Seguimiento al reporte información en SIGEP (anual)
8. Seguimiento a Ley de Cuotas (anual)

Resultados Informe Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno – I semestre de 2021.

GESTIÓN DOCUMENTAL. Original: Dirección General – Control Interno (Actas Comité Coordinación de Control Interno).

COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO

ACTA No. [REDACTED]

Radicado ORFEO: 20211000002076

Continuó la Asesora de Control Interno presentando los resultados de la evaluación del Sistema de Control Interno, correspondiente al primer semestre de la vigencia 2021, informando que se tuvo un avance de nueve (9) puntos, con relación a la evaluación del sistema efectuada en el segundo semestre de la vigencia 2020, pasado de un 61% a un 70%, haciendo énfasis en el componente “Ambiente de Control” en el que se presentan debilidades en la adopción mediante acto administrativo de la política de gestión de riesgos actualizada, así como en la disponibilidad de la documentación actualizada del Sistema de Gestión Integrado de la UPME, conforme a la nueva versión del Mapa de Procesos de la Entidad, lo que afectó la disminución en un punto a dicho componente, tal como se detalla en el siguiente esquema:



Seguimiento Plan de Mejoramiento CGR – I semestre de 2021.

Continuó la Asesora de Control Interno presentando los resultados del seguimiento efectuado al plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la República, informando que, a la fecha se tienen suscritas 21 acciones, derivadas de 8 hallazgos, de las cuales el 29% de encuentran cumplidas, el 52% cumplidas parcialmente y el 19% restante no presentan ningún tipo de avance, dentro de las que se encuentran 3 acciones del área Jurídica a las que se les amplió el plazo de ejecución por solicitud del área y una a cargo del GIT de Planeación que debe ser replanteada, por cuanto la acción no subsana la causa raíz del hallazgo, tal como se detalla en el siguiente esquema:

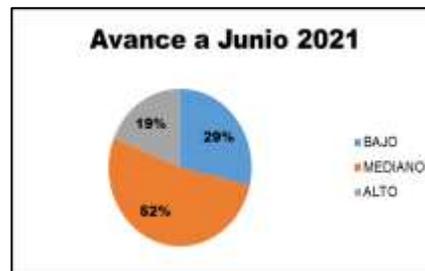
GESTIÓN DOCUMENTAL. Original: Dirección General – Control Interno (Actas Comité Coordinación de Control Interno).

COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACION DE CONTROL INTERNO

ACTA No. [REDACTED]

Radicado ORFEO: 20211000002076

ESTADO ACCIONES	NIVEL DE RIESGO (de Incumplimiento)	CANTIDAD DE ACCIONES	%
CUMPLIDA	BAJO	6	29%
CUMPLIDA PARCIALMENTE	MEDIANO	11	52%
PENDIENTE	ALTO	4	19%
TOTAL ACCIONES		21	100%
TOTAL HALLAZGOS		8	
FECHA VENCIMIENTO:	Diciembre-31-2019	1	
	Enero-30-2021	2	
	Febrero-28-2021	1	
	Abril-30-2021	1	
	Junio-30-2021	7	
	Diciembre-31-2021	2	
	Junio-30-2022	1	



Seguimiento riesgos de corrupción – agosto de 2021.

Continuó la Asesora de Control Interno presentando los resultados del seguimiento efectuado a los riesgos de corrupción, correspondiente al segundo cuatrimestre de la vigencia, periodo en el que no se identificó la materialización riesgos; sin embargo el 50% de los riesgos requieren planes de acción o diseño de controles para mejorar su solidez, así:

PROCESO	NÚMERO RIESGOS	TOTAL CONTROLES ago-21	EFFECTIVIDAD CONTROLES	%	REQUIERE PLAN DE ACCION
Gestión Documental	1	1	FUERTE	72,7%	No
Gestión del Talento Humano	1	1			
Gestión Administrativa	1	1			
Divulgación e Información Minero Energética	1	1			
Direccionamiento Estratégico	2	2			
Planeación Estratégica Integral de Minería	1	4			
Planeación Estratégica Integral de Energía Eléctrica	2	10			
Planeación Estratégica Integral de Hidrocarburos	1	1			
Fondos Energéticos y Proyectos para cobertura	1	3			
Evaluación y Control	1	4			
Demanda y Prospectiva Minero Energética	1	4			
Convocatorias	1	3			
Conceptos Técnicos	1	5			
Planeación Estratégica Integral de Hidrocarburos	1	2			
Mejora Continua	2	2			
Servicio al Ciudadano	1	1			
Gestión Jurídica	1	1			
Fondos Energéticos y Proyectos para cobertura	1	1			
Gestión Financiera	2	2			
Gestión del Talento Humano	1	1			
Gestión de las TICs	1	1			
Gestión Contractual	1	1			
Direccionamiento Estratégico	3	3			
Comunicación Estratégica	1	1			
Información Sectorial	1	1			
TOTAL RIESGOS	29	55	DEBL	23,6%	Si

GESTIÓN DOCUMENTAL. Original: Dirección General – Control Interno (Actas Comité Coordinación de Control Interno).

COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACION DE CONTROL INTERNO

ACTA No. [REDACTED]

Radicado ORFEO: 20211000002076

Seguimiento PQRSD – I semestre de 2021.

Continuó la Asesora de Control Interno presentando los resultados del seguimiento realizado al trámite de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias recibidas en la entidad, durante el primer semestre de 2021, informando que se registraron 1375 PQRSD a través de los diferentes canales, 1296 fueron atendidas dentro del término y las restantes 79 se contestaron fuera de los términos legales, de las cuales 15 corresponden a la Subdirección de Energía Eléctrica y 54 al grupo de Incentivos, las cuales se contestaron dentro de un tiempo mínimo de mora de 31 días y máximo de 89 días hábiles.

Producto del seguimiento, se presentaron las recomendaciones relacionadas con la documentación de los procedimientos internos por cada canal de atención, que contenga controles para evitar el incumplimiento en los términos legales para contestar las PQRSD e iniciar los procesos disciplinarios por la vulneración del derecho constitucional de petición. Los resultados del seguimiento se detallan en el siguiente esquema:



Por consiguiente, la Subdirectora de Demanda solicitó conocer cómo se determinó el tiempo de mora de las respuestas dadas, específicamente sobre las 54 PQRSD a cargo del Grupo de Incentivos, preguntando si se tuvo en cuenta la modificación a los plazos por parte del Gobierno Nacional, con ocasión de la Emergencia Sanitaria declarada por el COVID -19, sobre lo cual se indicó que para el cálculo se tuvo en cuenta los nuevos plazos dados, para el caso 30 días hábiles e invitó, de ser necesario, a programar una reunión con la profesional del área que realizó el seguimiento, para aclarar las dudas generadas.

GESTIÓN DOCUMENTAL. Original: Dirección General – Control Interno (Actas Comité Coordinación de Control Interno).

COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACION DE CONTROL INTERNO

ACTA No. [REDACTED]

Radicado ORFEO: 20211000002076

Alerta implementación versión II – SIGUEME /Septiembre de 2021.

Por último, la Asesora de Control Interno expuso ante el Comité la alerta que generó el área de Control Interno en el mes de septiembre, relacionada con la puesta en funcionamiento de la versión II del aplicativo SIGUEME, la cual no ha sido implementada a la fecha y genera un riesgo para la entidad, al no contar con un Sistema de Gestión Integrado actualizado con el mapa de procesos vigente, alineado con -MIPG-, que permita consultar los procedimientos y documentos actualizados, por parte de la comunidad institucional y la ciudadanía en general, como lo dispone la Ley 1712 de 2014, transparencia y del derecho de acceso a la información pública.

Para el caso, expuso los antecedentes e hitos del proceso de implementación de dicha versión, para que sean tenidos en cuenta en la toma de decisiones, así:

- El 17 de diciembre de 2020 se suscribió con ITS SOLUCIONES ESTRATEGICAS SAS, el Contrato C-076 de 2020, con un único pago por valor de \$88'394.390, para ejecutarse desde el 23 de diciembre de 2020 hasta el 23 de diciembre de 2021.
- El 31 de diciembre de 2020 el supervisor del Contrato C-976 de 2020, certificó un avance financiero y de gestión del 100% al recibir a satisfacción la versión actualizada del software ITS-GESTION.
- El 11 de mayo de 2021, el coordinador del GIT de Planeación informó que el SIGUEME estaría dispuesto con la mayoría de los módulos y con acceso remoto sin necesidad de VPN en el mes de agosto.
- El 06 de octubre de 2021 fue designado un nuevo supervisor del contrato C-076 de 2020, a quien se solicitó que todos los documentos de ejecución sean incluidos en el expediente No. 2020114140100076E.

2. Presentación para aprobación Política de Gestión de Riesgos – Actualizada.

La Asesora de Control Interno dio la palabra a la Coordinadora del GIT de Planeación, quien inició su presentación exponiendo la estructura de la política, así:

Declaración de la Política:

La Alta Dirección de la UPME y el equipo humano de la entidad está comprometido para llevar a cabo una gestión integral de riesgos que facilite el cumplimiento de la misión, los objetivos estratégicos, objetivos de los procesos y la satisfacción de los grupos de interés, llevando a cabo la identificación de riesgos de gestión por proceso, los riesgos de corrupción y los riesgos de seguridad digital, su análisis, valoración y formulación de los planes de tratamiento de riesgos o acciones para prevenir su ocurrencia o mitigar el impacto.

GESTIÓN DOCUMENTAL. Original: Dirección General – Control Interno (Actas Comité Coordinación de Control Interno).

COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACION DE CONTROL INTERNO

ACTA No. [REDACTED]

Radicado ORFEO: 20211000002076

Las políticas de manejo de riesgo aplican a todos los procesos de la UPME y establecen las opciones para el tratamiento de los riesgos. Los riesgos de corrupción son inaceptables y en consecuencia no se pueden asumir. El tratamiento general para los riesgos corresponde a la implementación de acciones que conlleven a reducir, evitar, compartir, aceptar o transferir y serán individuales para cada uno de los riesgos identificados. Las acciones o controles se formularán considerando su viabilidad técnica, económica y legal.

Objetivo General: Establecer los lineamientos para la administración de los riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital asociados a la gestión institucional.

Objetivos específicos:

- Comunicar a todos los niveles de la Unidad los lineamientos para la administración del riesgo, para promover su aplicación.
- Fomentar la cultura de la prevención del riesgo en todos los niveles de la Institución.
- Asignar responsabilidades frente a la administración del riesgo.

Roles y responsabilidades:

Linea de Defensa	Responsable del Riesgo
Linea Estratégica	Comité Institucional de Coordinación de Control Interno Comité de Gestión y Desempeño Institucional
Primera Linea de Defensa	Líderes de Proceso Secretaría General Subdirectores (as) Jefes de Oficina Responsable de proyecto
Segunda Linea de Defensa	GIT de Planeación Coordinadores GIT: Administrativa, Financiera, Talento Humano y Servicio al Ciudadano. GIT de Gestión Jurídica y Contractual. Comité de Contratación Delegados de riesgos en cada proceso Jefe o profesional de la OGI quien desempeñe el rol de Oficial de Seguridad de la Información
Tercera Linea de Defensa	Asesor de Control Interno

GESTIÓN DOCUMENTAL. Original: Dirección General – Control Interno (Actas Comité Coordinación de Control Interno).

COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACION DE CONTROL INTERNO

ACTA No. ██████████

Radicado ORFEO: 20211000002076

Ciclo de gestión del riesgo.

Se informó que la gestión del riesgo se fundamenta en cinco etapas, así:

1. Contexto interno y externo
2. Política de administración del riesgo
3. Identificación
4. Valoración
5. Tratamiento

Actualización en el análisis del riesgo.

Seguidamente, la Coordinadora del GIT de Planeación expuso los principales cambios efectuados a la política, con el fin de someterla a aprobación del Comité, específicamente en la metodología para proceso de análisis del riesgo, teniendo en cuenta la nueva guía para la administración del riesgo de la Función Pública, relacionado los criterios que se tenían en cuenta antes y los que incorpora la nueva política para calcular la probabilidad y el impacto; así mismo la integración de los riesgos de seguridad digital, así:

Criterios Probabilidad:

Antes				Ahora		
Frecuencia	Nivel	Descriptor	Descripción		Frecuencia de la actividad	Probabilidad
Más de 1 vez al año.	5	Casi Seguro	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias.	Muy Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta como máximos 2 veces por año	20%
Al menos 1 vez en el último año.	4	Probable	Es viable que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias.	Baja	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 3 a 24 veces por año	40%
Al menos 1 vez en los últimos 2 años.	3	Posible	El evento podrá ocurrir en algún momento.	Media	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta de 24 a 500 veces por año	60%
Al menos 1 vez en los últimos 5 años.	2	Improbable	El evento puede ocurrir en algún momento.	Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta mínimo 500 veces al año y máximo 5000 veces por año	80%
No se ha presentado en los últimos 5 años.	1	Rara vez	El evento puede ocurrir sólo en circunstancias excepcionales (poco comunes o anormales)	Muy Alta	La actividad que conlleva el riesgo se ejecuta más de 5000 veces por año	100%

Criterios Impacto:

GESTIÓN DOCUMENTAL. Original: Dirección General – Control Interno (Actas Comité Coordinación de Control Interno).

COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO

ACTA No. [REDACTED]

Radicado ORFEO: 20211000002076

Antes

Descriptor	Descripción (Consecuencias) Cualitativa
Catastrófico	- Interrupción de las operaciones de la entidad por más de cinco (5) días. - Intervención por parte de un ente de control u otro ente regulador. - Pérdida de información crítica para la entidad que no se puede recuperar. - Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando de forma grave la ejecución presupuestal. - Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por actos o hechos de corrupción comprobados.
Mayor	- Interrupción de las operaciones de la entidad por más de dos (2) días. - Pérdida de información crítica que puede ser recuperada de forma parcial o incompleta. - Sanción por parte del ente de control u otro ente regulador. - Incumplimiento en las metas y objetivos institucionales afectando el cumplimiento en las metas de gobierno. - Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por incumplimientos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos.
Moderado	- Interrupción de las operaciones de la entidad por un (1) día. - Reclamaciones o quejas de los usuarios que podrían implicar una denuncia ante los entes reguladores o una demanda de largo alcance para la entidad. - Inoportunidad en la información ocasionando retrasos en la atención a los usuarios. - Reproceso de actividades y aumento de carga operativa. - Imagen institucional afectada en el orden nacional o regional por retrasos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos. - Investigaciones penales, fiscales o disciplinarias.
Menor	- Interrupción de las operaciones de la entidad por algunas horas. - Reclamaciones o quejas de los usuarios, que implican investigaciones internas disciplinarias. - Imagen institucional afectada localmente por retrasos en la prestación del servicio a los usuarios o ciudadanos.
Insignificante	- No hay interrupción de las operaciones de la entidad. - No se generan sanciones económicas o administrativas. - No se afecta la imagen institucional de forma significativa.

Ahora

	Afectación Económica	Reputacional
Leve 20%	Afectación menor a 10 SMLMV.	El riesgo afecta la imagen de algún área de la organización.
Menor-40%	Entre 10 y 50 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores.
Moderado 60%	Entre 50 y 100 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con algunos usuarios de relevancia frente al logro de los objetivos.
Mayor 80%	Entre 100 y 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad con efecto publicitario sostenido a nivel de sector administrativo, nivel departamental o municipal.
Catastrófica 100%	Mayor a 500 SMLMV	El riesgo afecta la imagen de la entidad a nivel nacional, con efecto publicitario sostenido a nivel país.

Riesgos de Gestión
Riesgos de Seguridad Digital

Seguridad digital: Generación e integración del procedimiento Gestión del Riesgos de Seguridad Digital (fase de aprobación), en el cual se definen las actividades para la gestión eficiente y efectiva de los riesgos de seguridad digital, alineadas con la “*Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas*”.

Por consiguiente, se sometió a aprobación al actualización de la Política, siendo aprobada por los miembros del Comité asistentes a la reunión.

3. Proposiciones y Varios.

Por último, la Asesora de Control Interno presentó y sometió para aprobación del Comité una modificación al Programa Anual de Auditoría Interna 2021, para incluir en el mes de noviembre un seguimiento, siendo aprobado por los miembros del Comité asistentes a la reunión, así:

Actividad	Fecha Inicial	Nueva Fecha	Modificación
Seguimiento a lineamientos de la Dirección para conceptos de conexión.		Noviembre	Incluir

CONCLUSIONES / DECISIONES

GESTIÓN DOCUMENTAL. Original: Dirección General – Control Interno (Actas Comité Coordinación de Control Interno).

COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACION DE CONTROL INTERNO

ACTA No. [REDACTED]

Radicado ORFEO: 20211000002076

1. Se aprobó la actualización de la Política de Gestión Integral del Riesgo.
2. El documento final de Política de Gestión Integral de Riesgos hace parte integral de la presente acta.
3. Se aprobó la modificación al Programa Anual de Auditoría Interna 2021.
4. El documento final del programa hace parte integral de la presente acta.
5. La presentación realizada en el comité hace parte integral de la presente acta

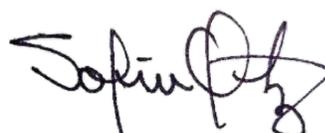
COMPROMISOS - PARTICIPANTES

TAREA	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA FIN
Realizar reunión para aclarar las dudas sobre los tiempos de mora de las PQRSD a cargo de Incentivos	Estefanía Aya Navarro Lina Patricia Escobar Rangel	09/11/2021	09/11/2021

FIRMAS



CHRISTIAN JARAMILLO HERRERA
Director General



BERTHA SOFÍA ORTIZ GUTIÉRREZ
Asesora de Control Interno

Elaboro: Rosa María Buitrago Barón

Reviso: Bertha Sofía Ortiz Gutiérrez