

Proceso	Tipología del riesgo	No. Riesgos	No. controles	Principales Observaciones	Recomendaciones
15 jurídico	Operativo	03	06	Riesgo 1: Pérdida reputacional por falta de controles en el manejo documental Observación: El control se orienta principalmente a capacitaciones para la organización de expedientes y entrega de documentos, lo cual resulta positivo; sin embargo, este enfoque es básicamente formativo y no garantiza de manera permanente la calidad de los expedientes. Aun cuando se evidencia la entrega organizada, no queda claro si existen revisiones periódicas, auditorías internas o listas de chequeo verificables que aseguren la correcta gestión documental. Evidencia reportada: Capacitaciones realizadas en la organización de los expedientes a cargo de los abogados de contratación. Recomendación: Implementar un sistema de verificación continua (listas de chequeo obligatorias y auditorías internas de archivo), que deje trazabilidad documental. Además, ampliar la periodicidad y alcance de los controles más allá de las capacitaciones. Riesgo 2: Pérdida reputacional y económica por fallas de conectividad en audiencias Observación: Aunque se reporta la creación de una sala de audiencias y la presentación de solicitudes a la mesa TIC desde el año 2021 (según el mapa de riesgos), persisten problemas de conectividad que obligan a recurrir a internet de contratistas. Este hecho	Recomendación General Se recuerda que la hoja de seguimiento es un instrumento de reporte y análisis, cuyo objetivo es reflejar de manera objetiva el nivel de implementación y la eficacia de los controles. No debe diligenciarse de forma mecánica o “por cumplir”, ya que en los reportes cuatrimestrales se evidencian importantes falencias en la calidad de la información consignada. Se observa una debilidad en la gestión del riesgo, reflejada en la ausencia de evidencias verificables, la falta de coherencia entre los riesgos reportados y los controles asociados, así como en la persistencia de prácticas que no permiten establecer con certeza si los riesgos están siendo mitigados. La Oficina de Administración del Riesgo ha ofrecido acompañamiento técnico para el rediseño de riesgos y controles, pero hasta la fecha no se ha recibido una respuesta positiva por parte de la dependencia, lo que limita la posibilidad de mejorar el proceso. En este sentido, se reiteran las observaciones del primer cuatrimestre, entre ellas: • Entrega extemporánea del informe, lo cual refleja baja priorización institucional frente a la gestión del riesgo. • Falta de evidencias concretas de controles, impidiendo verificar su aplicación efectiva y comprometiendo la trazabilidad del seguimiento. • Controles poco estructurados, sin responder de manera

			representa un riesgo alto, pues compromete la adecuada defensa judicial y puede generar sanciones o pérdidas económicas. Evidencia reportada: Solicitudes de apoyo a la mesa de ayuda dirigidas a TIC, sin más soportes adicionales. Recomendación: Coordinar con la Secretaría TIC un plan de conectividad exclusivo y priorizado para las audiencias judiciales. Establecer un plan de contingencia formal (conexión alterna, equipos de respaldo, acuerdos con operadores). Documentar los incidentes de conectividad para medir su impacto y exigir mejoras estructurales en la red. Riesgo 3: Pérdida reputacional y económica por rotación de contratistas en defensa judicial Observación: Se implementan acuerdos de confidencialidad y la socialización de la política de prevención de daño antijurídico, lo cual es pertinente; sin embargo, estos controles no neutralizan completamente el riesgo, ya que la rotación frecuente de contratistas afecta la continuidad y calidad de la defensa judicial. Adicionalmente, en la hoja de seguimiento se reporta de manera general el término "IMPLEMENTAR" en la descripción del control, lo que resulta ambiguo y no corresponde con lo planteado en el mapa de riesgos. Según dicho mapa, los controles establecidos son: capacitaciones, acuerdos de confidencialidad y verificación de idoneidad. No obstante, en el campo de evidencias únicamente se menciona la "Presentación e implementación de la Política de Prevención del Daño Antijurídico", anexando un documento, que no soporta la	adecuada a la criticidad de los riesgos. • Ausencia de controles preventivos eficaces, ya que las acciones reportadas (capacitaciones, revisiones documentales) no constituyen medidas directas frente a amenazas críticas como el daño intencional o la pérdida de información. • Falta de diligenciamiento de la hoja de seguimiento actualizada, dificultando el análisis integral y debilitando el control institucional. Se recomienda a la dependencia adoptar con rigor la metodología de gestión de riesgos, mejorar la calidad del diligenciamiento de las matrices de seguimiento y acoger el acompañamiento ofrecido por la Oficina de Administración del Riesgo, de manera que se fortalezca la gestión institucional y se garantice la trazabilidad de las acciones frente a los riesgos identificados. Es importante resaltar que la responsabilidad en la gestión del riesgo no puede recaer de manera exclusiva en los contratistas. La primera línea de defensa corresponde a los funcionarios de planta, quienes son los responsables directos de los procesos institucionales y, por ende, de los riesgos asociados a cada una de las actividades. Los contratistas pueden apoyar la ejecución de controles o actividades específicas, pero la obligación de garantizar la adecuada administración de los riesgos recae sobre los servidores públicos de planta, en concordancia con los principios de responsabilidad administrativa y control interno.
--	--	--	--	---

				socialización, lo que denota una falta de coherencia y de trazabilidad en el reporte. Recomendación: Alinear la información consignada en la hoja de seguimiento con lo establecido en el mapa de riesgos, asegurando coherencia entre controles, evidencias y resultados. Fortalecer la verificación de idoneidad y experiencia de los contratistas, y establecer mecanismos de transferencia de conocimiento (manuales, repositorios de procesos) para reducir el impacto de la rotación. Documentar de manera clara y verificable las capacitaciones y los acuerdos de confidencialidad aplicados. Los controles revisados resultan insuficientes, pues el riesgo residual se mantiene alto, lo que exige un seguimiento más constante. No se presentó reporte de seguimiento, incumpliendo con la obligación de informar la gestión de los controles. En el riesgo 2, la probabilidad permanece en nivel medio, pero el impacto aumenta debido al posible incumplimiento de audiencias judiciales y a las fallas de conectividad. Además, no se registran fechas de inicio ni finalización del plan de acción, ni de sus seguimientos. Se evidenció el uso de un formato distinto al autorizado para los mapas de riesgos operativos y, en algunos casos, se reportó como “primer cuatrimestre”, lo que genera inconsistencias. Finalmente, la periodicidad cuatrimestral del seguimiento puede resultar insuficiente para dar respuestas ágiles frente a riesgos que requieren control permanente.	
	Corrupción	3	8	Observaciones Generales Se reitera que el riesgo 03 no guarda concordancia con el mapa institucional vigente y no	Recomendaciones Orientar las acciones hacia la causa raíz del riesgo, de manera

			se adjunta el acta del Comité Operativo que respalde dicha modificación, lo cual constituye una irregularidad formal en el proceso. Asimismo, se evidencia que la hoja de seguimiento no fue diligenciada, situación que dificulta realizar un análisis integral y debilita el control institucional. Observación sobre Evidencias En el informe se registran como evidencias el <i>Acta de Reunión y Capacitación en Gestión Documental</i>, la <i>Plataforma SECOP – Comité de Contratación</i> y el <i>Decreto 046 de 2019 de Prevención de Daño Antijurídico</i>. Sin embargo, estas corresponden a registros genéricos que no detallan de manera concreta las acciones ejecutadas para la prevención del riesgo. Entre los soportes adjuntos se identifican: • Una hoja de asistencia con dos firmas, sin fecha, correspondiente a una capacitación en archivo. • Un registro fotográfico de la misma capacitación. • El Decreto 046 de 2019, presentado además como evidencia en otros riesgos operativos. • Una base de datos con 362 registros, descrita como evidencia del punto 2, pero sin explicación clara de su contribución a la mitigación del riesgo. Estas evidencias, además de ser insuficientes, no abordan la causa raíz del riesgo identificado, limitándose a acciones de tipo formal o documental que no garantizan un control efectivo. Esto genera vacíos en la trazabilidad y debilita la capacidad institucional para demostrar la eficacia real en la mitigación del riesgo. Durante el primer cuatrimestre no se reportó informe, lo que impide realizar un cuadro comparativo	que los controles implementados respondan directamente a los factores que generan la amenaza y no se limiten a registros formales o documentales. Definir evidencias verificables y pertinentes, que demuestren la ejecución real de los controles (actas con fecha y participantes completos, informes de resultados, registros de seguimiento a fallas o mejoras implementadas). Evitar la duplicidad de soportes: no repetir el mismo documento (ej. Decreto 046 de 2019) como evidencia en diferentes riesgos, sino presentar pruebas específicas de la acción ejecutada para cada caso. Explicar la relación de cada evidencia con el riesgo: todo archivo adjunto (como bases de datos o reportes) debe ir acompañado de una descripción que especifique cómo contribuye a mitigar el riesgo y qué resultados se obtuvieron. Fortalecer la trazabilidad del seguimiento, garantizando que las capacitaciones, reuniones o registros incluyan objetivos, compromisos y responsables, de manera que trasciendan de lo meramente formal a lo operativo. Consolidar un plan de acción focalizado, con actividades claras y medibles, que permitan evidenciar el impacto en la reducción de la probabilidad o el impacto del riesgo. De igual manera, se precisa que todo cambio en los mapas de riesgo debe estar debidamente sustentado en un acta del Comité Operativo, firmada por los jefes de la dependencia. En dicha acta se debe dejar constancia clara de cada modificación realizada a los riesgos y controles existentes, así como de la creación de nuevos riesgos. Este documento constituye el soporte formal para dar trámite ante la Oficina del Sistema Integrado de Gestión y su posterior publicación. En consecuencia, mientras no se cuente con el acta de Comité Operativo, no será posible
--	--	--	---	---

				que evidencie avances frente al seguimiento anterior. Las acciones presentadas en el informe no demuestran que los controles estén diseñados para mitigar de manera efectiva la posible ocurrencia de actos de corrupción por parte de funcionarios delegados; en su mayoría se limitan a capacitaciones y recomendaciones generales, sin abordar de forma precisa los riesgos identificados. Se evidencian además las siguientes situaciones: • Uso de una matriz en formato no normalizado, lo que dificulta la homogeneidad y análisis comparativo. • Alta rotación de personal, que constituye un factor de riesgo relevante para la continuidad y efectividad de los procesos. • Pérdida o daño documental, lo cual genera vulnerabilidades que pueden favorecer a terceros. • Pérdida de información por falta de disponibilidad, debilitando la gestión documental y el control institucional.	tramitar ni formalizar nuevos riesgos identificados.
	Fiscal	0	0	Observación sobre Riesgos Fiscales Se evidencia que, en lugar de presentar la matriz correspondiente, la dependencia anexó la matriz de riesgos de corrupción bajo el nombre "<i>Riesgos Fiscales DAJ 2° Cuatrimestre 2025</i>". Esta situación denota falta de cuidado y responsabilidad en el diligenciamiento de la información, reflejando un ejercicio meramente mecánico y sin análisis crítico, que desconoce la importancia de la adecuada gestión de los riesgos. Asimismo, se confirma que la dependencia no ha identificado los riesgos fiscales propios de	Recomendaciones Exigir responsabilidad institucional: Establecer compromisos formales de los jefes de la dependencia frente al diligenciamiento y entrega oportuna de los informes de riesgos, garantizando que no sean tratados como un trámite mecánico sino como una obligación de control interno. Ante la reincidencia en la presentación de informes mal estructurados y con falencias reiteradas en el diligenciamiento de la información, se dispondrá dar traslado al Comité de Coordinación de Control Interno, en su calidad de máxima instancia de la gestión del riesgo dentro de la entidad. Esta medida busca generar los

				su proceso, lo que implica un incumplimiento a los lineamientos establecidos en la Política de Administración del Riesgo de la Alcaldía de Armenia y a las directrices emitidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública en materia de riesgos fiscales. Cabe resaltar que la Oficina de Administración del Riesgo inició desde finales de 2024 el proceso de alistamiento para la identificación de riesgos fiscales en toda la entidad; sin embargo, el proceso jurídico no ha estado activo ni participativo en esta implementación, lo que retrasa la consolidación de un enfoque integral de control fiscal dentro de la institución.	correctivos necesarios y exigir el cumplimiento de los lineamientos establecidos en materia de administración del riesgo. Participación obligatoria en el proceso de riesgos fiscales: La dependencia deberá vincularse de manera inmediata al proceso de identificación y gestión de riesgos fiscales liderado por la Oficina de Administración del Riesgo, aportando insumos y evidencias verificables. Capacitación dirigida y certificada: Ordenar la asistencia obligatoria del equipo responsable a capacitaciones sobre administración del riesgo, con registro de participación y compromisos de mejora específicos. Establecer indicadores de cumplimiento por dependencia: Incluir dentro del seguimiento institucional indicadores que midan la calidad, pertinencia y oportunidad de los reportes de riesgo, con visibilidad en los comités de gestión. Condicionar la validación de informes: No se dará trámite a matrices de riesgo que no estén ajustadas al formato normalizado, con evidencias claras y riesgos coherentes con la política institucional.
	Informático	0	0	Se evidencia la misma situación presentada en los riesgos fiscales: en lugar de la matriz correspondiente, la dependencia anexó la matriz de riesgos de corrupción, a la cual únicamente le modificó el nombre como <i>“Riesgos Informáticos 2° Cuatrimestre 2025”</i>. Este hecho denota una falta de cuidado y responsabilidad en el diligenciamiento de la información, reflejando un ejercicio meramente mecánico y sin análisis crítico, que desconoce la importancia de la adecuada gestión de los riesgos y limita la posibilidad de realizar un seguimiento efectivo.	Se evidencia un bajo compromiso por parte de los funcionarios de planta, quienes han delegado la elaboración del informe a personal sin criterio técnico suficiente para presentar un documento de esta relevancia. Esta situación afecta la calidad, pertinencia y coherencia de la información reportada en el segundo semestre, debilitando la gestión del riesgo institucional. Se recomienda mejorar la trazabilidad de la información, garantizando que los reportes sean elaborados y validados directamente por los responsables del proceso. Es necesario recordar que esta información es de carácter público, se publica en los sistemas institucionales y es objeto de consulta tanto por el Departamento

					Administrativo de Control Interno como por los entes de control externo, por lo que su confiabilidad y calidad son fundamentales para la transparencia y la rendición de cuentas.
--	--	--	--	--	---