

MEMORANDO



Referencia: Plan Anual de Auditorías PAA 2026

Fecha: 1 de octubre de 2026

PARA: Olga Lucía López Morales
Directora UAECD

DE: Luz Angela Fonseca Ruiz
Jefe Oficina de Control Interno

ASUNTO: Informe Final de Seguimiento al Monitoreo y Materialización de Riesgos de la entidad Primer Semestre 2026

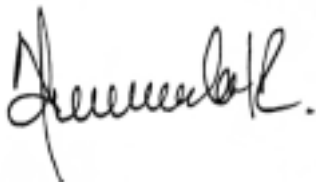
Cordial saludo Doctora Olga Lucía:

En cumplimiento del Plan Anual de Auditorías – PAA vigencia 2026, la Oficina de Control Interno, en el marco de sus actividades, realizó seguimiento al Monitoreo y Materialización de los Riesgos de la entidad, correspondiente al primer semestre 2026.

De acuerdo con lo anterior, atentamente se remite el mencionado informe para su consideración y demás fines pertinentes.

Esperamos que la labor desarrollada por la Oficina de Control Interno contribuya al fortalecimiento y la mejora continua del proceso, de las áreas funcionales y por ende del Sistema de Control Interno de la UAECD.

Cordialmente



Luz Angela Fonseca Ruiz
Jefe de Oficina de Control Interno



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

MEMORANDO

Anexo(s): 3, PDF: Inf_Seg_Monit y Mat Riesgos, Anexo electrónico: Monitoreo_Riesgos_G_IP_F_Itrim_2026, Anexo electrónico: Registro_2a_Linea_Itrim_2026

Copia: OFICINA ASESORA DE PLANEACION Y DE ASEGURAMIENTO DE PROCESOS, OFICINA OBSERVATORIO TECNICO CATASTRAL, OFICINA DE CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO, GERENCIA DE INFRAESTRUCTURA DE DATOS ESPACIALES IDECA, SUBGERENCIA DE OPERACIONES, SUBGERENCIA DE ANALITICA DE DATOS, GERENCIA DE INFORMACION CATASTRAL, SUBGERENCIA DE INFORMACION FISICA Y JURIDICA, SUBGERENCIA DE INFORMACION ECONOMICA, GERENCIA COMERCIAL Y DE ATENCION AL CIUDADANO, SUBGERENCIA DE PARTICIPACION Y ATENCION AL CIUDADANO, GERENCIA JURIDICA, SUBGERENCIA DE GESTION JURIDICA, GERENCIA DE TECNOLOGIA, SUBGERENCIA DE INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA, SUBGERENCIA DE INGENIERIA DE SOFTWARE, GERENCIA DE GESTION CORPORATIVA, SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, SUBGERENCIA DE TALENTO HUMANO, SUBGERENCIA DE CONTRATACION

Elaboró: John Jeiver Roncancio Vanegas

Aprobó: Luz Angela Fonseca Ruiz



INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

Evaluación: Seguimiento: X Auditoría de Gestión: Auditoría de Calidad:

Asesoría y/o Acompañamiento:

En cumplimiento del Plan Anual de Auditorías de la vigencia **2026**, a continuación, se presentan los resultados finales del Informe citado dirigido al Director(a) y a los responsables de la gestión del riesgo en la entidad e integrantes del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

Proceso (s): Direccionamiento Estratégico

NOMBRE DEL INFORME: Informe de Seguimiento al monitoreo y materialización de riesgos de los procesos de la Unidad, correspondiente al periodo comprendido entre el 01 de enero y el 30 de junio de 2026.

1. OBJETIVO GENERAL: Verificar la gestión de riesgos y la aplicación de la política de riesgos de la Unidad.

2. ALCANCE: Verificación del estado de la gestión del riesgo, del monitoreo y de la materialización de los riesgos de los procesos (gestión, integridad y fiscales) y de la seguridad de la información/digital del Mapa de Riesgos Institucional, vigencia 2026, así como la efectividad de los controles. Corte: primer semestre de 2026.

3. MARCO NORMATIVO O CRITERIOS DE AUDITORÍA

- Procedimiento Gestión de Riesgos - Código DIES-PR-05 v.3
- Documento Técnico Política y Metodología de Riesgos – DIES-DT-03 v.4
- Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7 de 2025, DAFP.
- Decreto 640 de 2025

4. METODOLOGÍA

Para el presente seguimiento se aplicaron las normas internacionales para el ejercicio profesional de la auditoría interna, las cuales incluyen la planeación, ejecución, generación y comunicación del informe con las conclusiones y recomendaciones, para contribuir al mejoramiento del Sistema de Control Interno.

Se verificó la información reportada por los responsables de procesos a la Oficina Asesora de Planeación y Aseguramiento de Procesos – OAPAP y a la Gerencia de Tecnología y a su vez remitida a la Oficina de Control Interno mediante correos electrónicos del 21 y 24 de julio de 2026 y la publicada en la página web de la entidad. De igual manera las respuestas dadas por los responsables de los procesos a la solicitud realizada por la Oficina de Control Interno-OCI, a través de memorandos, en relación con las evidencias que soportaron la ejecución de los controles.

Producto de la verificación de la documentación, la revisión adelantada con el referente de la OAPAP y el análisis de la información se procedió a elaborar el presente informe con las conclusiones y recomendaciones para el mejoramiento del Sistema de Control Interno, el cual se comunica para los fines pertinentes.



INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

La Oficina de Control Interno comunicó al Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Aseguramiento de Procesos, con copia a los Gerentes, Subgerentes y Jefes de Oficina, el informe preliminar mediante memorando No. 2026IE25095 del 25 de septiembre de 2026, frente al cual se recibieron observaciones por parte de la OAPAP, Ideca, mediante correos electrónicos de fecha 29 y 30 de septiembre respectivamente y de la Subgerencia de Contratación con memorando radicado 2026IE0025113 del 29 de septiembre de 2026, las cuales fueron analizadas y tenidas en cuenta para la expedición del informe final.

5. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Situaciones evidenciadas

5.1. Publicación del mapa de riesgos institucional y sus seguimientos.

Se observó que la Oficina Asesora de Planeación y Aseguramiento de Procesos, publicó el “*Mapa de Riesgos Institucional 2026*” en la página web de la entidad, en el link “Transparencia y acceso a la información pública” numeral 4 “Planeación, Presupuesto e Informes”, 4.3 Plan de Acción”, 4.3.4 “Mapa de riesgos institucional 2025”, el 27 de enero de 2026, acorde con lo establecido en la Resolución No. 1519 de 2020 del Ministerio de Tecnología y Comunicaciones “*Por la cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos.*” en su anexo No. 2, numeral 2.4.1, literal “e”.

Igualmente se encuentra publicado el “*Monitoreo al mapa de riesgos de gestión, fiscales, seguridad de la información, Integridad/Corrupción, Integridad/LAFT. correspondiente al primer y segundo trimestres 2026*”, en el link “Transparencia y acceso a la información pública” numeral 4 “Planeación”, numeral 4.3.4 “Mapa de Riesgos Institucional”, el cual puede ser consultado en la siguiente dirección electrónica, <https://www.catastrobogota.gov.co/planeacion/mapas-de-riesgos>, tal como se puede constatar en la siguiente imagen:

Imagen de pantalla tomada de enlace Mapa de Riesgos Institucional 2026 | Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital (catastrobogota.gov.co)



Fuente: Mapa de Riesgos | Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital (catastrobogota.gov.co)



INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

5.2 Identificación y valoración de riesgos de gestión, fiscales, seguridad de la información Integridad/Corrupción, Integridad/LAFT

En el seguimiento realizado, se observó la versión 1 del Mapa de Riesgos Institucional para la vigencia 2026, teniendo en cuenta la zona residual establecida después de la aplicación de los controles, identificando 253 riesgos en total, que, de acuerdo con el apetito de riesgos de la Unidad, 137 se ubican en zona residual baja los cuales son asumidos por la Unidad, lo que equivale al 54%. Ahora bien, 110 riesgos se ubican en la zona residual moderada, lo que corresponde al 44%, mientras que el 2% de los riesgos se encuentra en un nivel alto (6 riesgos), requiriendo éstos (moderada y alta) de plan de tratamiento.

5.2.1 Riesgos de Gestión

Los riesgos de gestión equivalen a 56 en total y se distribuyen de la siguiente manera: Treinta y uno (31) en zona residual baja, equivalente al 55%, veinticuatro (24) en moderada-43% y uno (1) en alta-2%, para un total de 56 riesgos identificados.

5.2.2 Riesgos Fiscales

Se identificaron un total de 10 riesgos fiscales, 9 ubicados en zona residual moderada para el 90% y uno (1) en zona residual baja, equivalente al 10%.

5.2.3 Riesgos de Seguridad de la Información

Acorde con el mapa de riesgos institucional se observó un total de 158 riesgos, de estos riesgos identificados, 105 se encontraron en zona residual baja, lo que corresponde a un 66%, 50 en moderada, para un 32% y 3 en zona residual alta- 2%.

5.2.4 Riesgos de Integridad/Corrupción

De un total de 26 riesgos de Integridad/Corrupción identificados, veinticinco (25) se ubicaron en zona residual moderada, equivalentes a un 96% y uno (1) en alta, equivalente al 4%.

5.2.5 Riesgos de Integridad/Lavado de Activos-Financiación del Terrorismo

Se identificaron un total de tres (3) riesgos, dos (2) ubicados en zona residual moderada para el 67% y uno (1) en zona residual alta, equivalente al 33%.

5.3 Seguimiento al monitoreo y materialización de riesgos

5.3.1 Seguimiento Primera línea de defensa

Durante el primer semestre de 2026 se evidenció un adecuado cumplimiento en la entrega de los reportes de seguimiento y revisión de riesgos. En el primer trimestre, los 15 procesos remitieron la información dentro de los plazos establecidos. Para el segundo trimestre, 13 procesos enviaron oportunamente los reportes a la OAPAP; sin embargo, los procesos de **Direccionamiento Estratégico y Gestión Estratégica de Personas** presentaron la información de manera extemporánea el 17 de julio, incumpliendo lo establecido en las Condiciones de Operación del Procedimiento **“Gestión de Riesgos” (código DIES-PR-05, versión 3)**, el cual señala que el reporte de seguimiento y revisión del riesgo y su materialización debe realizarse trimestralmente y remitirse durante los diez (10) primeros días hábiles del mes siguiente al corte al asesor asignado por la



INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

OAPAP. Posteriormente, en el siguiente periodo de reporte, todos los procesos remitieron la información dentro del plazo definido en el procedimiento.

Se realizó la gestión del riesgo mediante el cumplimiento a las acciones programadas dentro del plan de tratamiento, monitoreo y acciones de mejora de acuerdo con lo establecido en el Procedimiento Gestión de Riesgos, código DIES-PR-05 v.3, documento técnico “Política y Metodología de Riesgos por Procesos” DIES-DT-03 v.4

En relación con los riesgos de Seguridad de la Información acorde con el informe recibido de Gerencia de Tecnología, se indicó que fueron remitidos al Oficial de Seguridad de la Información en las fechas establecidas, las matrices de riesgos con el seguimiento correspondiente al primer semestre 2026, acorde con lo reglado en el procedimiento y disponiendo las respectivas evidencias para su verificación por parte de la Gerencia de Tecnología como segunda línea de defensa.

5.3.2 Seguimiento Segunda línea de defensa

Para el seguimiento realizado, se evidenció que la Oficina Asesora de Planeación y Aseguramiento de Procesos como segunda línea de defensa, verificó durante el semestre evaluado, el cumplimiento del reporte trimestral a los riesgos de gestión, corrupción y riesgos fiscales, mediante los reportes publicados en la página web de la entidad en los que se incluyen las actividades desarrolladas, los soportes, el porcentaje de avance, si se presentó o no materialización, especificando las situaciones que la evidencian, las fechas de ocurrencia y las acciones de tratamiento implementadas, tal como se puede observar en el registro de seguimiento de la segunda línea para el primer trimestre 2026 y en la matriz Excel (2do trimestre 2026), ver anexos.

5.3.3 Seguimiento Tercera línea de defensa

La Oficina de Control Interno (OCI) realizó el seguimiento al diseño y la ejecución de los controles establecidos en los diferentes procedimientos, los cuales corresponden a los mecanismos de control definidos para mitigar los riesgos identificados por los procesos. Con este ejercicio se verificó su efectividad en la prevención o reducción de la probabilidad de materialización de los riesgos, mediante la evaluación tanto de su diseño como de su aplicación. Los resultados de esta verificación se presentan en el numeral **5.4. Verificación de la efectividad de los controles**, y se fundamentan en los soportes suministrados por los procesos, considerando la muestra seleccionada de manera aleatoria para su evaluación.

Se observó que la primera línea de defensa integrada por los responsables de los procesos y líderes de MIPG, remitieron a la OAPAP el reporte de seguimiento y revisión del riesgo y su materialización, correspondiente al primer y segundo trimestres de la vigencia, tal como se señaló anteriormente y acorde con lo enunciado en el procedimiento Gestión de Riesgos, código DIES-PR-05 v.3 y que la OAPAP realizó el consolidado de toda la información generada por la primera línea de defensa conforme lo indica el procedimiento, registrando el monitoreo y seguimiento respectivo (ver anexo registro 2ª línea de defensa, matriz de riesgos Excel).

De igual manera se observó que la OAPAP como segunda línea de defensa para la gestión de riesgos institucional, con base en la actualización de la Guía para la gestión integral del riesgo en entidades públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública (agosto de 2025) en su versión 7, actualizó los siguientes documentos institucionales, a fin de cumplir con los requerimientos contenidos en la guía en relación con:

- Documento técnico Política y metodología de riesgos - DIES-DT-03
- Procedimiento Gestión de riesgos - DIES-PR-05



INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

- Matriz de riesgos - DIES-05-FR-01

A partir del monitoreo realizado por la OAPAP, se observó que se presentó materialización del riesgo relacionado en la siguiente tabla durante el primer trimestre de la vigencia.

Tabla No. 8 Riesgos de Gestión Materializados I semestre 2026

Proceso	Riesgo	Evento o Situaciones que evidencian la materialización del Riesgo	Fecha de Ocurrencia	Acciones de Tratamiento implementadas (Primera línea de defensa)	Seguimiento Segunda Línea de defensa	Seguimiento Tercera Línea de defensa
Gestión de Información Catastral y Valuatoria	RG-GICV-6 Posibilidad de afectación reputacional por pérdida de confianza en la entidad por parte de los usuarios de la información a causa de Incumplimiento en la entrega de los productos de la operación estadística	A pesar de haberse publicado el boletín de la OE, este no se difundió de acuerdo con lo programado en el cronograma. Teniendo en cuenta el margen de tolerancia el indicador fue difundido 15 días después de lo programado. No obstante, se destaca que, al ser la primera iteración, no se generó afectación reputacional con los grupos de valor ya que no era pública la fecha en la que saldría los resultados de la primera iteración.	15/03/2026	Se realizaron revisiones para la difusión del documento, lo cual se generó en el mes marzo. Se realizará revisión específica del riesgo con el acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación para identificar mejoras en la formulación, controles y/o plan de tratamiento.	Teniendo en cuenta la recomendación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño se revisó el riesgo y fue reformulado en su redacción, causas, indicador, controles, las acciones en caso de materialización y fue incluida una nueva actividad dentro de su Plan de Tratamiento.	Se observó que fue modificado el riesgo en su redacción, fueron revisados los controles, modificando el control No. 2 y creando un control nuevo, de igual manera fue modificada la actividad que estaba propuesta en caso de materialización del riesgo, así mismo se observó que fue creada una nueva actividad dentro del Plan de Tratamiento del Riesgo, tal como se pudo observar en la versión 2 del mapa de riesgos institucional.

Fuente: Elaboración propia con base en el monitoreo realizado por la OAPAP corte 31/03/2026 y el mapa de riesgos institucional v.1 publicado en la página web de la entidad

De igual manera, se evidenció el seguimiento realizado por la Gerencia de Tecnología, como segunda línea de defensa a los riesgos de seguridad de la información para el I semestre 2026, y acorde con lo estipulado en el Documento Técnico Política y Metodología de Riesgos de la Unidad y el procedimiento Gestión de Riesgos, observando que los procesos remitieron por correo electrónico al oficial de seguridad de la información, las matrices de riesgos de seguridad de la información/digital con el seguimiento correspondiente al primer semestre, observando la revisión efectuada por la Gerencia de Tecnología a las mismas, correspondiente a cada uno de los planes de tratamiento remitidos por los procesos de la Unidad, evidenciando por parte de la OCI que no se presentó materialización para ninguno de los riesgos identificados en el periodo objeto del presente seguimiento, tal como se puede observar en el archivo Excel adjunto.



INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

5.4 Verificación de la efectividad de los controles asociados a los riesgos de Gestión, Fiscales y Lavado de Activos y Financiación de Terrorismo LAFT

La Oficina de Control Interno, evaluó la efectividad de los controles, atendiendo lo enunciado en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en entidades Públicas Versión 7-2025 del DAFP, en relación con la verificación tanto en la fortaleza de su diseño como su ejecución real, con el fin de determinar si el control reduce la probabilidad y/o el impacto del riesgo identificado. Para lo cual se tomó una muestra del 30% de los controles, seleccionados aleatoriamente del mapa de riesgos institucional ubicados en zona inherente alta y moderada. A continuación, se presentan los resultados conclusiones y recomendaciones, acorde con lo evidenciado en el seguimiento realizado en el archivo Excel anexo.

Con base en la información de los riesgos contenida en el mapa de riesgos institucional y tomando como referencia los criterios de diseño de controles establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas - Versión 7 de 2025 del DAFP, se evaluaron cada uno de los controles frente a los seis criterios de diseño a saber:

1. Responsable definido.
2. Acción de control definida mediante verbo.
3. Complemento u objeto del control claramente identificado.
4. Frecuencia u oportunidad de ejecución.
5. Evidencia o registro de ejecución.
6. Actuación en caso de desviación o incumplimiento (qué pasa si el resultado no es conforme).

5.4.1 Riesgos de Gestión

Proceso Direccionamiento Estratégico

Riesgo RG-DIES-1

“Posibilidad de afectación reputacional por incumplimiento de compromisos del Plan Distrital de Desarrollo y hallazgos administrativos a causa del incumplimiento de metas físicas de los proyectos de inversión al finalizar la vigencia”.

Control	Responsable	Acción	Complemento			
			Documentación	Frecuencia	Evidencia	Ejecución/Desviación
1	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Conclusión:

Si bien la matriz de riesgos institucional tiene contempladas 4 columnas que describen de manera general los criterios definidos en la guía para la Gestión Integral del Riesgo v.7 del DAFP y que éstos se encuentran asociados a los respectivos procedimientos en donde se incluyen las desviaciones en los controles, de ahí la calificación de todos los criterios en la tabla, como resultado de la verificación realizada al riesgo **RG-DIES-1** desde la perspectiva de diseño, los controles 1, 2 y 3 pueden mejorar su redacción, de tal manera que contemplen los 6 criterios definidos, toda vez que se puede identificar claramente

Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital -UAECD-

Av. Carrera 30 No. 25 90, Torre B Piso 2

+57 (601) 2347600

Código Postal: 111311

EIGE-01-FR-02

V.2





INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

el responsable, la acción de control y la documentación, no así el complemento en su frecuencia, ante la ausencia de una periodicidad definida para su ejecución, la falta de identificación expresa de las evidencias que soportan su aplicación y la inexistencia de actividades específicas frente a desviaciones o incumplimientos detectados, lo que limita su capacidad para demostrar de manera objetiva y consistente su contribución a la mitigación del riesgo. Por su parte, el control 4 presenta un diseño más robusto, al incorporar la totalidad de los criterios evaluados; Además de tener una relación adecuada con la causa asociada a la baja gestión y al seguimiento del cumplimiento de metas, sin embargo, requiere fortalecer la definición explícita de las evidencias derivadas de su ejecución.

Respecto de la ejecución, se observó que los controles cuentan con soportes que evidencian su aplicación durante el periodo evaluado, tales como las Fichas Estadístico-Básicas de Inversión, las Fichas MGA, el Acta No. 4 del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, los correos electrónicos de seguimiento mensual efectuados por la OAPAP y las comunicaciones trimestrales relacionadas con los reportes SEGPLAN. Lo anterior permite concluir que, en la práctica, los controles se ejecutan y generan acciones de seguimiento orientadas a prevenir el incumplimiento de metas físicas de los proyectos de inversión.

No obstante, se evidenció que para el riesgo identificado no se observó la definición de un control específico que cubra la causa No. 3, que esté orientado a verificar la suficiencia de los recursos, realizar alertas sobre desfinanciación o gestionar ajustes presupuestales para la ejecución de los proyectos de la entidad, observando que esta causa fue identificada, no está siendo mitigada mediante controles específicos, por lo que se genera una oportunidad de mejora (ver cuadro hallazgos del informe).

Recomendaciones:

- Teniendo en cuenta la revisión que pretende hacer la segunda línea de defensa acorde con su seguimiento, se recomienda fortalecer el diseño de los controles 1, 2 y 3, (ver anexo Excel, seguimiento tercera línea de defensa), incorporando de manera explícita la frecuencia u oportunidad de ejecución, los registros o evidencias que acreditan su aplicación y las acciones que deben adelantarse cuando se identifiquen inconsistencias o incumplimientos. Esto permitirá que los controles cumplan integralmente con los criterios establecidos por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo del DAFP.
- Documentar formalmente las evidencias asociadas a cada control, definiendo en la matriz de riesgos los documentos, registros, actas, correos electrónicos o sistemas de información que constituyen soporte de la ejecución, facilitando así las actividades de seguimiento y evaluación por parte de las líneas de defensa.
- Aprovechar el proceso de formulación del mapa de riesgos institucional para la vigencia 2027, a fin de revisar la alineación entre los riesgos identificados en las Fichas Estadístico-Básicas de Inversión y los riesgos institucionales del proceso, en concordancia con la observación O.M. 2026-017, fortaleciendo la trazabilidad y el seguimiento integral de los riesgos asociados a los proyectos de inversión.

Observaciones Oficina Asesora de Planeación y Gerencia IDECA realizadas mediante correo electrónico de fecha 29 y 30 de septiembre de 2026 respectivamente.

Con respecto a la observación y recomendación: "no así el complemento en su frecuencia, ante la ausencia de una periodicidad definida para su ejecución, la falta de identificación expresa de las evidencias que soportan su aplicación y la inexistencia de actividades específicas frente a desviaciones o incumplimientos detectados..."

Teniendo en cuenta la revisión que pretende hacer la segunda línea de defensa acorde con su seguimiento, se recomienda fortalecer el diseño de los controles 1, 2 y 3, (ver anexo Excel, seguimiento tercera línea de defensa), incorporando de manera explícita la frecuencia u oportunidad de ejecución, los registros o evidencias que acreditan su aplicación y las acciones que deben adelantarse cuando se



INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

identifiquen inconsistencias o incumplimientos. Esto permitirá que los controles cumplan integralmente con los criterios establecidos por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo del DAFP."

Es importante precisar que el diseño de controles se debe detallar en los procedimientos o instructivos que son los que generan las actividades de control.

Según lo establecido por el Manual del Sistema de Gestión Integral, los controles deben contener los seis criterios de diseño de control, incluyendo la periodicidad o frecuencia, **la cual, si no se especifica, se entiende que cada vez que se desarrolla el procedimiento se ejecuta la actividad de control.** Esto está establecido para todos los controles.

Los procedimientos y/o instructivos deben contener los controles necesarios para evitar que se presenten desviaciones que no permitan el cumplimiento o desarrollo de los productos y/o servicios. Dichos controles deben contener los seis criterios de diseño que son: el responsable, la periodicidad con la que se realiza el control (si no se especifica se entiende que cada vez que se desarrolle el procedimiento se ejecuta la actividad de control), el propósito, la forma de realizar la actividad de control y lo que pasa con las observaciones y desviaciones. Así mismo, debe contener un registro asociado a la ejecución del control.

En cuanto a las evidencias de la aplicación del control y a la recomendación: "Documentar formalmente las evidencias asociadas a cada control, definiendo en la matriz de riesgos los documentos, registros, actas, correos electrónicos o sistemas de información que constituyen soporte de la ejecución, facilitando así las actividades de seguimiento y evaluación por parte de las líneas de defensa." Es necesario precisar que los controles documentados en procedimientos o instructivos, **contienen una columna de formatos o registros asociados, en las que se puede evidenciar el registro que queda de la ejecución del control.**

De igual forma, **los controles contienen decisores que permiten identificar las actividades específicas frente a las desviaciones o incumplimientos detectados.**

7	Revisar la coherencia técnica del proyecto de inversión Revisa que el proyecto tenga coherencia con el PDD, que los objetivos y metas sean verificables, medibles y alcanzables, que el presupuesto sea coherente con el MFMP, que esté acorde con la proyección de recursos para el periodo de gobierno y que la información de los diferentes formatos diligenciados sea consistente entre sí. Verifica además que el proyecto cumpla con la normatividad asociada a la planeación, y con los criterios requeridos para su posterior inscripción en el Banco Distrital de Programas y Proyectos (BDPP). © Esta actividad se establece como control de segunda línea del procedimiento, dado que a través de ella se asegura la correcta formulación del proyecto de inversión	Jefe OAPAP	F: ANEXOS A LA FORMULACIÓN DE PROYECTOS DE INVERSIÓN
8	¿El proyecto cumple los requisitos de formulación? No, Se devuelve a la actividad 6 Si, Continúa en la actividad 9	Jefe y Profesional Especializado OAPAP	

Si bien entendemos que es posible fortalecer o complementar la redacción de algunos de los controles en la matriz de riesgos, de forma que contenga o visualice más claramente los diferentes criterios (descritos los procedimientos e instructivos), consideramos que corresponde más a una mejora en la redacción del resumen del control en el mapa de riesgos, que a una inexistencia o debilidad en el diseño de los controles.

Respuesta Oficina de Control Interno frente a las observaciones de la Oficina Asesora de Planeación

Acorde con las precisiones efectuadas por la Oficina Asesora de Planeación, la OCI está de acuerdo respecto de las precisiones que hace la OAPAP en relación con el Manual del Sistema de Gestión Integral, gran parte de los elementos que soportan el diseño y ejecución de los controles se encuentran desarrollados en los procedimientos e instructivos asociados al proceso.

Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital -UAECD-

Av. Carrera 30 No. 25 90, Torre B Piso 2

+57 (601) 2347600

Código Postal: 111311

EIGE-01-FR-02

V.2





INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

En este sentido, la observación formulada por esta Oficina no estuvo orientada a señalar la inexistencia de actividades de control, evidencias o mecanismos para el tratamiento de desviaciones, ni a desconocer que dichos elementos se encuentren documentados en los procedimientos correspondientes. Por el contrario, durante la revisión se evidenció que los procedimientos asociados contienen actividades de control, registros y puntos de decisión que contribuyen a la gestión del riesgo.

No obstante, es importante precisar que la evaluación realizada por la tercera línea de defensa se efectuó bajo los criterios definidos por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo del DAFP y sobre la información consignada en la matriz de riesgos institucional como instrumento principal para la identificación, análisis, monitoreo y seguimiento de los riesgos. Desde esta perspectiva, se observó que en la descripción de los controles 1, 2 y 3 no era posible identificar de manera explícita la totalidad de los seis atributos de diseño exigidos por la metodología, especialmente aquellos relacionados con la periodicidad o frecuencia de ejecución, las evidencias específicas derivadas de la aplicación del control y las acciones concretas a desarrollar cuando se presentan desviaciones o incumplimientos.

Si bien la Oficina Asesora de Planeación señala que la frecuencia se entiende implícita por la ejecución del procedimiento y que las evidencias reposan en los formatos o registros asociados, la OCI considera que la incorporación expresa de estos elementos en la formulación resumida del control dentro de la matriz de riesgos fortalece la claridad metodológica, la trazabilidad y la capacidad de evaluación por parte de las líneas de defensa, reduciendo riesgos de interpretación y facilitando la verificación objetiva de la efectividad del control.

Por lo anterior, la OCI coincide con Planeación en que la situación identificada puede obedecer principalmente a una mejora en la forma como se documenta y sintetiza el control dentro de la matriz de riesgos, más que a una ausencia de mecanismos de control en los procedimientos. Sin embargo, desde la óptica de la gestión del riesgo, dicha mejora resulta relevante, dado que la descripción de los controles en la matriz debe permitir la comprensión integral del diseño del control sin que necesariamente se requiera acudir a los procedimientos para identificar sus atributos esenciales.

En consecuencia, la Oficina de Control Interno mantiene la recomendación orientada a fortalecer la redacción de los controles en la matriz de riesgos, incorporando de manera explícita aquellos elementos que permitan evidenciar claramente el cumplimiento de los criterios establecidos por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo del DAFP, sin que ello implique desconocer la existencia de soportes documentales adicionales ni constituya un pronunciamiento sobre la inexistencia o inadecuado funcionamiento de los controles evaluados.

Finalmente, la OCI reconoce la disposición manifestada por la Oficina Asesora de Planeación para fortalecer y complementar la redacción de los controles, considerando que ello contribuirá a mejorar la calidad de la documentación de los riesgos institucionales, la trazabilidad de su gestión y la labor de monitoreo y evaluación desarrollada por las diferentes líneas de defensa.

Observación de la OAPAP con relación a la observación y la oportunidad de mejora

"se evidenció que para el riesgo identificado no se observó la definición de un control específico que cubra la causa No. 3, que esté orientado a verificar la suficiencia de los recursos, realizar alertas sobre desfinanciación o gestionar ajustes presupuestales para la ejecución de los proyectos de la entidad, observando que esta causa fue identificada, no está siendo mitigada mediante controles específicos, por lo que se genera una oportunidad de mejora (ver cuadro hallazgos del informe)."



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

No.	Descripción del hallazgo	No Conformidad	Oportunidad	Norma, criterio, Requisito o Documento asociado	Área /Cargo Responsable	Anexo Evidencia
1	Oportunidad de mejora (OM) No. 1 Implementación de controles para el monitoreo de la disponibilidad de recursos en proyectos de inversión A partir del seguimiento realizado al monitoreo y materialización de riesgos correspondiente al primer semestre de la vigencia, se evidenció que la causa relacionada con la disminución o baja asignación de recursos para la ejecución de los proyectos de inversión asociada al riesgo RG-DIES-1, no dispone de controles específicos que permitan monitorear la suficiencia presupuestal, generar alertas sobre riesgos de desfinanciación o gestionar oportunamente ajustes de recursos. Por lo anterior, se recomienda evaluar la incorporación de controles que fortalezcan el tratamiento de esta causa, garantizando una cobertura integral del riesgo identificado.		X	N/A	Oficina Asesora de Planeación y Aseguramiento de Procesos	Mapa de Riesgos Institucional

Es necesario precisar que en el mapa de riesgos si se generó una asociación entre la causa 3 y lo controles así:

No	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL Responsable + Acción + Complemento	Causa o Vulnerabilidad	Documento asociado - actividad / Numeral ISO ANEXO A 27001 -(Seguridad de la información)
2	El Comité Institucional de Gestión y Desempeño aprueba los proyectos formulados que son presentados por el Gerente de cada proyecto.	1, 3	Procedimiento Formulación, Ejecución, Seguimiento y Evaluación de Proyectos de Inversión Actividad: Aprobar los proyectos formulados

El control relacionado con la causa corresponde a la aprobación de la formulación de los proyectos, el cual se realiza por el Comité una vez la OAPAP revisa los aspectos técnicos del proyecto que incluyen la proyección de recursos, es decir, se viabilizan o aprueban teniendo en cuenta este criterio. Este control se complementa con las diferentes reprogramaciones que se realizan a los proyectos teniendo en cuenta la cuota global de recursos aprobada. Por esta razón, consideramos no incluir esta oportunidad de mejora.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

7	Revisar la coherencia técnica del proyecto de inversión Revisa que el proyecto tenga coherencia con el PDD, que los objetivos y metas sean verificables, medibles y alcanzables, que el presupuesto sea coherente con el MFMP, que esté acorde con la proyección de recursos para el periodo de gobierno y que la información de los diferentes formatos diligenciados sea consistente entre sí. Verifica además que el proyecto cumpla con la normatividad asociada a la planeación, y con los criterios requeridos para su posterior inscripción en el Banco Distrital de Programas y Proyectos (BDPP). © Esta actividad se establece como control de segunda línea del procedimiento, dado que a través de ella se asegura la correcta formulación del proyecto de inversión	Jefe OAPAP	F: ANEXOS A LA FORMULACIÓN DE PROYECTOS DE INVERSIÓN
8	¿El proyecto cumple los requisitos de formulación? No , Se devuelve a la actividad 6 Si , Continúa en la actividad 9	Jefe y Profesional Especializado OAPAP	
9	Aprobar los proyectos formulados El Comité Institucional de Gestión y Desempeño aprueba los proyectos formulados que son presentados por el Gerente de cada proyecto. @ Esta actividad se establece como control de línea estratégica para su aprobación	Comité Institucional de Gestión y Desempeño, Jefe OAPAP	R: Presentación de la formulación del proyecto de inversión, R: Acta de comité
10	¿El comité aprueba los proyectos formulados? No , Se devuelve a la actividad 5 Si , Continúa en la actividad 11	Comité Institucional de Gestión y Desempeño, Jefe OAPAP	
35	Reprogramar – Actualizar proyecto de inversión Se reprograma la magnitud física y el presupuesto del proyecto de inversión, esto se realiza una vez finalizada la vigencia, con base en resultados alcanzados y la cuota global aprobada para la siguiente vigencia. Es decir, se realiza reprogramación o actualización respecto de sus metas, magnitudes, componentes de inversión, actividades programadas, ya sea en su redacción o ponderación vertical u horizontal, presupuesto u otros, el Gerente del Proyecto radica en la OAPAP la solicitud con la respectiva justificación, los Formatos y anexos actualizados. Nota: No se podrá modificar la programación o seguimiento de periodos anteriores a los del reporte correspondiente. Si se trata de modificaciones a nivel de rubro presupuestal de inversión, debe realizarse de acuerdo con el Procedimiento asociado a la Administración Presupuestal.	Gerente del Proyecto y equipo de trabajo	R: Solicitud justificación de la reprogramación
36	Revisar las actualizaciones de los proyectos Revisa las reprogramaciones y/o actualizaciones. Una vez las actualizaciones estén debidamente aprobadas, se procederá a actualizar el proyecto en los aplicativos de seguimiento SEGPLAN, PIIP y PANDORA y se gestionan los oficios a que haya lugar ante la Secretaría Distrital de Planeación y la Secretaría Distrital de Hacienda. Si requiere ajustes hace la solicitud a través de correo electrónico. © Esta actividad se establece como control de segunda línea del procedimiento porque a través de ella se asegura que las modificaciones no afecten el cumplimiento del plan de acción definido para el proyecto.	Jefe OAPAP	R: Formatos revisados, R: Correo Electrónico
37	¿Las actualizaciones requieren ajustes? No , Continúa en la actividad 38 Si , Se devuelve a la actividad 35	Jefe OAPAP	

Respuesta OCI:

En relación con las observaciones presentadas por la OAPAP respecto de la Oportunidad de Mejora No. 1, se considera pertinente realizar las siguientes precisiones técnicas: La observación formulada se originó a partir de la evaluación de la coherencia entre las causas identificadas para el riesgo y los controles definidos para su tratamiento, evidenciando que la **causa No. 3: "Disminución o baja asignación de recursos para la ejecución de los proyectos de la entidad"**, si bien se encuentra asociada en la matriz a determinados controles, no cuenta con un control cuyo propósito esté orientado de manera específica y directa a gestionar el riesgo derivado de la insuficiencia o disminución de recursos financieros para la ejecución de los proyectos.

Al respecto, la OAPAP señala que la causa se encuentra vinculada al control relacionado con la aprobación de la formulación de los proyectos y a las posteriores reprogramaciones efectuadas conforme a la cuota global de recursos aprobada. No obstante, desde la perspectiva de gestión del riesgo, la mera asociación de una causa a un control no constituye por sí misma evidencia suficiente de que dicha causa se encuentre efectivamente tratada. La evaluación efectuada por la OCI no cuestiona la existencia de la asociación en la matriz, sino la suficiencia del control para mitigar la causa de riesgo identificada.

En este sentido, se observó que el control referido está orientado principalmente a la revisión técnica y viabilización de los proyectos durante la etapa de formulación, verificando entre otros aspectos la proyección inicial de recursos. Sin embargo, la causa identificada se materializa en una etapa posterior y corresponde específicamente a escenarios de disminución, insuficiencia o baja asignación de recursos durante la ejecución de los proyectos. Por lo anterior, existe una gran diferencia entre verificar la disponibilidad o estimación de recursos en la fase de formulación y ejercer controles destinados a monitorear, alertar o gestionar oportunamente eventos de desfinanciación durante la ejecución.

Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital -UAECD-

Av. Carrera 30 No. 25 90, Torre B Piso 2

+57 (601) 2347600

Código Postal: 111311

EIGE-01-FR-02

V.2





INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

De igual manera, lo señalado en relación con las reprogramaciones presupuestales evidencia la existencia de mecanismos de gestión institucional frente a variaciones en los recursos; sin embargo, dentro de la documentación analizada no se identificó un control formalmente definido cuyo objetivo sea detectar oportunamente riesgos de desfinanciación, evaluar la suficiencia de recursos asignados o generar acciones preventivas frente a posibles afectaciones presupuestales. En consecuencia, la OCI considera que las actividades descritas corresponden más a mecanismos de gestión del proceso que a controles explícitamente diseñados para mitigar la causa objeto de análisis.

En el caso evaluado, si bien existe una asociación documental de la causa con controles existentes, no se evidenció que dichos controles contemplen actividades específicas dirigidas a monitorear la suficiencia de los recursos, generar alertas tempranas sobre riesgos de desfinanciación o promover oportunamente ajustes presupuestales cuando se identifiquen desviaciones que puedan afectar el cumplimiento de las metas de los proyectos. Por esta razón, la OCI considera que persiste una brecha entre la causa identificada y los mecanismos de control definidos para su tratamiento.

En consecuencia, la Oficina de Control Interno mantiene la **Oportunidad de Mejora No. 1**, precisando que la observación no está orientada a señalar la ausencia de actividades de planeación, seguimiento o reprogramación presupuestal dentro del proceso, sino a fortalecer la correspondencia técnica entre las causas identificadas y los controles documentados en la matriz de riesgos, de manera que se garantice que cada causa relevante cuente con controles suficientes, específicos y claramente orientados a su mitigación.

Observación OAPAP

Con respecto a la recomendación: *"Aprovechar el proceso de formulación del mapa de riesgos institucional para la vigencia 2027, a fin de revisar la alineación entre los riesgos identificados en las Fichas Estadístico-Básicas de Inversión y los riesgos institucionales del proceso, en concordancia con la observación O.M. 2026-017, fortaleciendo la trazabilidad y el seguimiento integral de los riesgos asociados a los proyectos de inversión."*

Es necesario precisar que, si bien se realizará el análisis para identificar qué actividad desarrollar (que sea procedente y se oriente a mejorar los controles de los proyectos) en cumplimiento de la OM-2026-017, los lineamientos establecidos para la gestión de riesgos de proyectos de inversión se encuentran en la Metodología General Ajustada para Colombia -MGA, mientras que la metodología de gestión de riesgos de procesos corresponde a los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública. La naturaleza de cada tema: proyectos - procesos, si bien puede tener elementos en común, es en esencia distinta, por esta razón, no es posible homologar los riesgos de proyectos definidos por la MGA en el mapa institucional que sigue la metodología DAFP.

Respuesta OCI:

La Oficina de Control Interno reconoce que la gestión de riesgos de proyectos de inversión (MGA) y la gestión de riesgos institucionales (DAFP) corresponden a metodologías diferentes y con propósitos particulares. Sin embargo, la recomendación formulada no estuvo orientada a homologar o trasladar los riesgos de los proyectos al mapa de riesgos institucional. Lo recomendado fue **revisar la alineación, trazabilidad y articulación** entre ambos instrumentos de gestión, con el propósito de fortalecer la identificación y el seguimiento integral de los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales y de los proyectos de inversión.

En consecuencia, la diferencia metodológica expuesta por la Oficina Asesora de Planeación no desvirtúa la recomendación emitida por la OCI, toda vez que ésta busca fortalecer la articulación y complementariedad entre los riesgos asociados a



INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

proyectos de inversión y los riesgos institucionales, considerando que los proyectos de inversión hacen parte de la gestión institucional, sin afectar la autonomía ni los lineamientos propios de cada metodología, ya que el hecho de que se trate de metodologías diferentes no implica que deban gestionarse de manera aislada o desarticulada. Por el contrario, bajo los principios de coordinación, integralidad y gestión basada en riesgos promovidos por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), resulta necesario que la entidad evalúe la existencia de puntos de convergencia entre los riesgos identificados en los proyectos de inversión y aquellos registrados en los mapas de riesgos institucionales, especialmente cuando ambos pueden afectar el cumplimiento de metas estratégicas, planes, programas o proyectos institucionales.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno mantiene la recomendación, considerando que la revisión propuesta constituye una oportunidad de fortalecimiento para la trazabilidad, consistencia e integralidad de la gestión del riesgo en la Entidad.

Proceso Gestión Estratégica de Personas

Riesgo RG-GESP-1

“Posibilidad de afectación económica y reputacional por Investigaciones disciplinarias y posibles demandas a causa de Vinculación de servidores sin el cumplimiento de los requisitos legales”.

Control	Responsable	Acción	Complemento			
			Documentación	Frecuencia	Evidencia	Ejecución/Desviación
1	✓	✓	✓	✓		✓
2	✓	✓	✓	✓		✓
3	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	✓	✓	✓	✓		✓
5	✓	✓	✓	✓		✓
6	✓	✓	✓	✓		✓

Conclusión:

Si bien la matriz de riesgos institucional tiene contempladas 4 columnas que describen de manera general los criterios definidos en la guía para la Gestión Integral del Riesgo v.7 del DAFP. Como resultado de la verificación realizada por la Oficina de Control Interno OCI, al riesgo **RG-GESP-1** desde la perspectiva de diseño y la ejecución de los controles, tenemos que verificados los soportes por parte de la OCI, remitidos mediante correo fechado septiembre 08 de 2026, por parte de la Subgerencia de Talento Humano STH, en carpeta denominada AUDITORIA OCI - CONTROLES II SEMESTRE, se evidenció sus soportes, para el I Trimestre de 2026, en las Subcarpetas Actividad 1 (Normograma) y en la Actividad 2 (41 certificaciones en PDF, sobre el Cumplimiento de Requisitos) y para el II Trimestre de 2026 en la subcarpetas numerales 1. Normograma numeral 2. Certificados de cumplimiento, contentiva de 12 PDF sobre Análisis de Requisitos Mínimos.

El Riesgo de Gestión RG-GESP-1, cuenta con seis (6) Controles:

Control No1, sobre la verificación de forma preliminar del Cumplimiento de Requisitos, del contenido de las Hojas de Vida. A este respecto el seguimiento del control del área, cita, que se hace la verificación del Cronograma y su ajuste de normas recientes. En concepto de la OCI, el seguimiento descrito, no corresponde a lo citado en el Control.



INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

Control No 2, sobre la selección de servidores en periodo de prueba, de realizar la revisión de los requisitos de los Elegibles. el seguimiento afirma que se llevó a cabo la Comisión de Personal entre el 19 y 23 de enero de 2026. No se envían soportes de lo actuado como actas de reunión o listados de asistencia de los participantes.

Control No 3, Verificación de Análisis de Requisitos de servidores en carrera administrativa, se manifestó que si se realizaron las verificaciones de la totalidad. de acuerdo con las convocatorias. Verificados los soportes por la OCI, se evidenciaron 41 PDF de Certificaciones de Cumplimiento y para el I Trimestre y 12 PDF para el II Trimestre de 2026.

Control No 4, referente a la verificación del cumplimiento de los requisitos del Manual de Funciones y Competencias Laborales, frente a los documentos aportados por el aspirante, se manifestó en el seguimiento al Control, que estas revisiones, se hacen previamente al nombramiento. La OCI, no evidenció los 12 soportes, que correspondieran al número de vinculaciones citadas.

Control No 5, que trata sobre la verificación de los títulos de educación y experiencia entre otros, se manifestó que esta labor, se hace para la totalidad de los nombramientos a realizar. Sin embargo, la OCI, no contó con soportes dispuestos por la STH para su verificación.

Control No 6, sobre el Retiro de Personal y en el seguimiento se cita que el Control, no guarda relación con el Riesgo, dado que se hace referencia en el control a la revisión y validación del acta de posesión y memo de presentación. Es decir que aquí se presenta una situación que, según la STH, no corresponde con el diseño del control.

Recomendaciones:

- Teniendo en cuenta la revisión y verificación que hace la Oficina de Control Interno OCI, como Tercera Línea de Defensa, se recomienda fortalecer el diseño de los controles 1 y 6, (ver anexo Excel, Observaciones OCI, tercera línea de defensa), ajustando los textos que describen el Control, que para el caso del No 1, sus soportes de lo evidenciado, esta referido a la actualización del Normograma y no específicamente a la verificación del cumplimiento de requisitos. Para el caso del No 6, la misma área la Subgerencia de Talento Humano afirma que el control, no guarda relación con el riesgo correspondiente. Esto permitirá que los controles cumplan integralmente con los criterios establecidos por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo del DAFP.
- Para efectos de poder realizar el seguimiento por parte de la Tercera Línea de Defensa, la OCI **recomienda** documentar formalmente las evidencias asociadas a cada control, definiendo en la matriz de riesgos los documentos, registros, actas, correos electrónicos o sistemas de información que constituyen soporte de la ejecución, facilitando así las actividades de seguimiento y evaluación por parte de las líneas de defensa, dado que para los controles Nos 2, 4 y 5, no se pudo evidenciar los documentos soportes.

Riesgo RG-GESP-3

“Posibilidad de afectación económica y reputacional por fuga de capital intelectual y afectación a la operación de los procesos a causa de pérdida del conocimiento explícito y tácito de los servidores que se retiran y/o cambian de empleo de manera temporal”



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

Control	Responsable	Acción	Complemento			
			Documentación	Frecuencia	Evidencia	Ejecución/Desviación
1	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	✓	✓	✓	✓		✓
4	✓	✓	✓	✓		✓
5	✓	✓	✓	✓		✓

Conclusión:

Si bien la matriz de riesgos institucional tiene contempladas 4 columnas que describen de manera general los criterios definidos en la guía para la Gestión Integral del Riesgo v.7 del DAFP. Como resultado de la verificación realizada por la Oficina de Control Interno OCI, al riesgo **RG-GESP-3** desde la perspectiva de diseño y la ejecución de los controles, tenemos que verificados los soportes por parte de la OCI, remitidos mediante correo fechado septiembre 08 de 2026, por parte de la Subgerencia de Talento Humano STH, en carpeta denominada AUDITORIA OCI - CONTROLES II SEMESTRE, se evidenció sus soportes, para el I Trimestre de 2026, Verificados los soportes por parte de la OCI, remitidos mediante correo fechado septiembre 08 de 2026, por parte de la Subgerencia de Talento Humano STH, en carpeta denominada AUDITORIA OCI - CONTROLES II SEMESTRE, se evidenció sus soportes, para el I Trimestre de 2026, 25 PDF, diligenciados sus formatos de Entrega de Cargo y para el II Trimestre de 2026, 6 PDF diligenciados de Entrega de Cargo.

El Riesgo de Gestión RG-GESP-3, cuenta con cinco (5) Controles:

Verificados los soportes por parte de la OCI, remitidos mediante correo fechado septiembre 08 de 2026, en carpeta denominada AUDITORIA OCI - CONTROLES II SEMESTRE, se pudo establecer para los cinco (5) Controles que, su diseño cuenta con un Responsable de cada Control, sus Acciones de Control, están definidos mediante verbos, el Objeto de Control está definido, así como también la Frecuencia u Oportunidad de Ejecución y la actuación en caso de Desviación o Incumplimiento; es decir que los seis (6) criterios están definidos. Ahora bien, con respecto a cada control, se pudo evidenciar que:

Control No 1, sobre la entrega del cargo y el informe de gestión, el seguimiento hace referencia que cuando se retira el servidor, que la STH no interviene, sino que es competencia del Jefe Inmediato de quien se retira. En concepto de la OCI, habría que revisar este control por parte de la STH.

Control No 2, sobre el diligenciamiento del formato de retiro, el seguimiento, de la STH, manifiesta que se hace sobre si está completamente diligenciado y firmado por el Jefe de la dependencia. Para el II Trimestre de 2026, se presentaron seis (6) retiros, cuyos PDF fueron verificados por la OCI.

Control No 3, relacionado con los Proyectos de aprendizaje en equipo PAE y la verificación del informe de ejecución, solamente se presentó uno (1) en marzo y el otro está programado para diciembre. La OCI considera que al ser esto algo esporádica, también podría replantearse este control. Además, no se presentó soporte del informe de avance.

Control No 4, referente a la Inducción y entrega del puesto de trabajo, la OCI, no contó con los soportes de las Inducciones, en cambio sí, verificó en el caso de Entrega del Cargo, los seis (6) PDF, remitidos como soportes, en el Formato GESP-10-FR-01 vers3.

Control No 5, en cuanto al entrenamiento en los puestos de trabajo, se manifiesta que se cumplió. Sin embargo, para la verificación de la OCI, no se expusieron los soportes que evidenciaran su cumplimiento.



INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

Recomendaciones:

- Teniendo en cuenta que los Controles 1 y 2, que están directamente relacionados con una verificación que hace el Jefe inmediato al servidor que entrega el cargo y no la STH, que hace una revisión posterior, entonces bien podría considerarse el replantear estos controles.
- Para efectos de poder realizar el seguimiento por parte de la Tercera Línea de Defensa, la OCI recomienda documentar formalmente las evidencias asociadas a cada control, definiendo en la matriz de riesgos, mediante los documentos, registros, actas, correos electrónicos o sistemas de información que constituyen soporte de la ejecución, facilitando así las actividades de seguimiento y evaluación por parte de las líneas de defensa, dado que para los controles Nos 3, 4 y 5, no se pudo evidenciar los documentos soportes.

Proceso Gestión del Conocimiento y la Innovación

Riesgo RG-GCIN-2

“Posibilidad de afectación reputacional por pérdida del conocimiento crítico y/o estratégico de la entidad a causa de no ejecutar el plan de Gestión de Conocimiento e Innovación Institucional con el fin de implementar acciones y/o herramientas para retener el conocimiento que se encuentra de forma tácita”.

Control	Responsable	Acción	Complemento			
			Documentación	Frecuencia	Evidencia	Ejecución/Desviación
4	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Conclusión:

Se evidenció que los controles No. 4, 5 y 6 fueron ejecutados durante el período evaluado, de acuerdo con los soportes suministrados por la OAPAP, permitiendo verificar la aplicación de actividades de revisión, validación y seguimiento asociadas a la gestión del conocimiento e innovación. Por su parte, los controles No. 1, 2 y 3 tienen programada su ejecución para el último trimestre de la vigencia, razón por la cual su efectividad será evaluada en el seguimiento correspondiente al segundo semestre de 2026.

En cuanto al diseño de los controles, se observaron avances en la formalización de los mismos dentro de la matriz de riesgos institucional, especialmente por la incorporación de atributos relacionados con documentación, frecuencia, evidencias y ejecución, en concordancia con los lineamientos establecidos en la Guía para la Administración del Riesgo del DAFP versión 7. No obstante, tal como lo identificó la segunda línea de defensa, se puede mejorar la redacción de los controles evaluados, debido a que algunos no incorporan de manera explícita elementos como la periodicidad de ejecución, las evidencias generadas, los criterios de validación, las fuentes de información y las acciones a desarrollar ante desviaciones o hallazgos; si bien en los documentos (procedimientos), en los cuales se encuentran asociados, se pueden observar de manera más detallada, al encontrarse inmersos en la definición específica del control, estos aspectos permiten fortalecer su trazabilidad y facilitan la evaluación de su efectividad.

La verificación realizada permitió evidenciar su ejecución la cual se observó que mediante registros y soportes que demuestran las actividades de aprobación, revisión, validación y seguimiento efectuadas por las instancias responsables. En

Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital -UAECD-

Av. Carrera 30 No. 25 90, Torre B Piso 2

+57 (601) 2347600

Código Postal: 111311

EIGE-01-FR-02

V.2





INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

particular, los registros de Pandora evidencian tanto la aprobación de los mapas de conocimiento por parte de los responsables de los procesos, como la validación realizada por la OAPAP para su consolidación. Asimismo, se observaron evidencias del seguimiento efectuado al Plan de Gestión del Conocimiento e Innovación durante el semestre evaluado.

Por lo tanto, en cuanto a **la efectividad** y con base en las evidencias revisadas, en términos generales, se evidencian avances en la gestión de los controles asociados al riesgo evaluado, por lo que se concluye que los controles No. 4, 5 y 6 se encuentran operando y contribuyen a la mitigación del riesgo identificado. No obstante, resulta conveniente ajustar la redacción para garantizar que contengan de manera explícita todos los elementos requeridos por la metodología del DAFP, fortaleciendo así su diseño, facilitando su monitoreo y permitiendo una evaluación más objetiva de su efectividad.

Recomendaciones:

Se recomienda a la **OAPAP** fortalecer el diseño de los controles No. 4, 5 y 6, ajustando su redacción para incorporar de manera explícita todos los atributos definidos en la Guía para la Administración del Riesgo del DAFP versión 7, especialmente en lo relacionado con la periodicidad de ejecución, las evidencias que se generan, los criterios de validación y las acciones que deben ejecutarse cuando se identifiquen desviaciones o incumplimientos. Lo anterior permitirá mejorar la trazabilidad de los controles, facilitar su monitoreo y evaluación, y robustecer la demostración de su efectividad frente a la mitigación del riesgo.

Adicionalmente, se recomienda revisar la descripción del control No. 5, con el fin de precisar el objeto de la validación y establecer criterios claros y verificables que orienten su ejecución, asegurando su aplicación por parte de los responsables.

Proceso Gestión Estratégica de Tecnología

Riesgo RG-GEST-1

“Posibilidad de afectación reputacional por desmejoramiento en la provisión, gestión, gobierno TI, y en el uso y apropiación de las tecnologías de la información, a causa de incumplimiento de la Política de Gobierno Digital, el PETI y el objetivo del proceso”.

Control	Responsable	Acción	Complemento			
			Documentación	Frecuencia	Evidencia	Ejecución/Desviación
1	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Conclusión:

Los controles definidos son pertinentes frente al riesgo, ya que contemplan la aprobación, seguimiento y revisión de la ejecución del PETI, así como la planeación de las adquisiciones necesarias para el sostenimiento de la infraestructura tecnológica. En conjunto, permiten identificar desviaciones y tomar acciones frente al incumplimiento de la Política de Gobierno Digital, el PETI y los objetivos del proceso, contribuyendo a reducir la posibilidad de afectación reputacional.

Con relación al diseño de los controles se evidenció:



INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

Control 1: El control define claramente el responsable, la acción, el propósito y se encuentra documentado en el procedimiento correspondiente. Además, permite generar evidencia mediante las actas o registros del Comité. Sin embargo, no se establece de manera explícita la frecuencia de ejecución, por lo que este aspecto debe ser fortalecido.

Control 2: El control identifica claramente al responsable, establece una frecuencia mensual, define el propósito del seguimiento y se encuentra documentado en el procedimiento. La revisión permite generar evidencias y detectar oportunamente posibles desviaciones en la ejecución de los planes y proyectos del PETI.

Control 3: El control establece responsable, acción, propósito y documento asociado, y su ejecución puede ser soportada mediante las evidencias generadas por el Comité. No obstante, no se determina expresamente la periodicidad de la revisión, lo cual limita la precisión sobre la oportunidad del control.

Control 4: El control identifica responsable, acción, propósito y documento asociado, y permite contar con evidencia de la información presentada para la formulación del PAA. Sin embargo, no se define claramente la frecuencia o momento específico de ejecución, aspecto que debe precisarse para fortalecer su trazabilidad y oportunidad.

Si bien en el Mapa de Riesgos Institucional se incluyeron las columnas de Documentación, Frecuencia, Evidencia y Ejecución, estas se consideran un instrumento complementario de verificación y seguimiento. La evaluación del diseño de los controles debe realizarse principalmente a partir de los criterios que se encuentren directamente definidos y explícitamente incorporados en la redacción de cada control, conforme a lo establecido en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas – Versión 7. Por tanto, la existencia de estas columnas facilita la verificación posterior, pero no reemplaza la necesidad de que el control esté formulado de manera clara, precisa y completa desde su diseño.

En relación con la ejecución de los controles asociados al riesgo RG-GEST-1, se evidenció el seguimiento mediante el Indicador PETI código 4.4.1, con un cumplimiento del 57,02 % frente al 62,76 % programado, alcanzando un 90,85 % de ejecución, lo cual constituye evidencia relacionada con el seguimiento a la ejecución de la Planeación Estratégica de TI.

Asimismo, se identificó el archivo PLANTILLA_PAA_FUNCIONAMIENTO_INVERSION_V2.xlsx, correspondiente al consolidado del Plan Anual de Adquisiciones, el cual guarda relación con el control asociado a la presentación y planeación de las necesidades de adquisición. No obstante, la información suministrada no permite acreditar de manera integral la ejecución de los cuatro controles, particularmente la revisión y aprobación del PETI y la revisión de su ejecución por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, por lo que se recomienda fortalecer la trazabilidad documental de la ejecución de los controles.

Recomendaciones:

Se recomienda fortalecer el diseño de los controles 1, 3 y 4, precisando en su redacción la periodicidad o momento específico de ejecución. Asimismo, se recomienda fortalecer la trazabilidad documental de los cuatro controles, especialmente mediante actas del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, registros de seguimiento y análisis del Indicador PETI 4.4.1, de manera que permitan acreditar las revisiones realizadas, las desviaciones identificadas, las decisiones adoptadas y las acciones de seguimiento. Esto permitirá demostrar de forma integral la ejecución de los controles y su contribución al cumplimiento del PETI y de la Política de Gobierno Digital.

Riesgo RG-GEST-2

“Posibilidad de afectación reputacional por la no prestación de los servicios tecnológicos, a causa de pérdida, fuga o alteración de información de la UAECD”.

Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital -UAECD-

Av. Carrera 30 No. 25 90, Torre B Piso 2

+57 (601) 2347600

Código Postal: 111311

EIGE-01-FR-02

V.2





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

Control	Responsable	Acción	Complemento			
			Documentación	Frecuencia	Evidencia	Ejecución/Desviación
1	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Conclusión:

Los controles definidos son pertinentes y presentan una articulación adecuada frente al riesgo, dado que actúan sobre diferentes factores asociados a la pérdida, fuga o alteración de la información. La aprobación de los planes y políticas establece lineamientos de protección; la gestión de cuentas reduce accesos no autorizados; la capacitación fortalece el comportamiento seguro; la validación de la infraestructura contribuye a mantener la disponibilidad de los servicios y los planes de continuidad permiten responder ante eventos que afecten la operación. En conjunto, los controles contribuyen a prevenir, detectar y mitigar situaciones que puedan generar la no prestación de los servicios tecnológicos y su consecuente afectación reputacional.

Al examinar la estructura y diseño de los controles, se identificó:

Control 1: El control identifica el responsable, la acción y el propósito, orientado a garantizar la protección de la información institucional. Sin embargo, no define expresamente la frecuencia de ejecución ni la evidencia que debe generarse, por lo que estos elementos requieren fortalecimiento en la redacción del control.

Control 2: Se encuentra claramente definido el responsable, la acción y el propósito preventivo frente a accesos no autorizados. No obstante, no se establece la frecuencia o momento de ejecución ni la evidencia específica que debe soportar la solicitud de inactivación, aspectos que deben precisarse.

Control 3: El control identifica responsable, acción y propósito, y permite establecer una actividad preventiva frente a los riesgos de seguridad de la información. Sin embargo, no se determina la frecuencia de las actividades ni la evidencia que debe generarse, por lo cual se recomienda precisar estos elementos.

Control 4: El control establece los responsables, la acción y el propósito relacionado con la disponibilidad de los servicios tecnológicos. Sin embargo, no especifica la frecuencia de la validación ni la evidencia requerida para demostrar su ejecución, por lo que se requiere fortalecer su formulación.

Control 5: El control establece la acción y su propósito, pero no identifica de manera explícita el responsable de ejecutarlo, la frecuencia, la evidencia ni la forma de ejecución. Se recomienda fortalecer su redacción incorporando estos elementos para facilitar su trazabilidad y evaluación.

Dicho esto, aunque el Mapa de Riesgos Institucional incluye campos de Documentación, Frecuencia, Evidencia y Ejecución, estos sirven como apoyo para la verificación y seguimiento. La evaluación del diseño debe realizarse sobre los criterios expresamente definidos en la redacción de cada control, conforme a la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas – Versión 7.



INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

En relación con la ejecución de los controles, se evidenció la existencia del Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información y el Documento Técnico Manual de Políticas Detalladas de Seguridad y Privacidad de la Información. Sin embargo, no se lograron evidenciar los documentos que acrediten formalmente la aprobación de dicha documentación. Respecto a la depuración de cuentas de usuario, se observaron controles periódicos soportados mediante reportes de las depuraciones realizadas. Asimismo, se evidenciaron soportes relacionados con actividades de sensibilización y capacitación en materia de seguridad de la información. En cuanto al monitoreo de la disponibilidad, se evidenció el documento “II TRIM Informe_Disponibilidad.pdf”, correspondiente al seguimiento de la disponibilidad y capacidad de la infraestructura tecnológica de la UAEDC, que incluye el monitoreo de redes y comunicaciones, servidores, servicios en nube, seguridad informática, plataformas ArcGIS, UPS y sistemas de refrigeración, mediante indicadores de disponibilidad, consumo y capacidad. Finalmente, frente a la elaboración de los Planes de Continuidad del Negocio, no se evidenciaron soportes que permitieran acreditar la ejecución de este control durante el periodo evaluado.

Recomendaciones:

Se recomienda fortalecer el diseño y la trazabilidad de los controles, precisando en su formulación la frecuencia, responsables, evidencias y forma de documentar los resultados, especialmente para el control relacionado con los Planes de Continuidad del Negocio. Asimismo, se recomienda conservar los soportes que acrediten formalmente la aprobación de los planes y políticas de seguridad, así como complementar los registros de depuración, sensibilización y monitoreo con los resultados y acciones derivadas. Esto permitirá demostrar de manera integral la ejecución de los controles y fortalecer su capacidad de mitigación frente al riesgo.

Proceso Gestión de Información Geográfica

Riesgo RG-GIGE-2

“Posibilidad de afectación reputacional por desactualización, ausencia o baja calidad de instrumentos para la eficiente gestión de la información geográfica a causa de La gestión inoportuna de las actividades o incumplimiento de los requisitos para la elaboración de propuestas de instrumentos técnicos”.

Control	Responsable	Acción	Complemento			
			Documentación	Frecuencia	Evidencia	Ejecución/Desviación
1	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Conclusión:

Los controles definidos son pertinentes frente al riesgo, ya que permiten verificar la disponibilidad de recursos, revisar el cumplimiento de las especificaciones y validar la funcionalidad de los instrumentos antes de su implementación. Como fortaleza, cubren diferentes etapas del proceso.

En relación a la evaluación del diseño de los controles, es importante considerar que los campos de Documentación, Frecuencia, Evidencia y Ejecución del Mapa de Riesgos Institucional constituyen elementos de apoyo para su seguimiento. Sin embargo, la valoración se realizó con base en los criterios definidos en la redacción de cada control, conforme a la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas - Versión 7, dicho esto se logró evidenciar:

Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital -UAEDC-

Av. Carrera 30 No. 25 90, Torre B Piso 2

+57 (601) 2347600

Código Postal: 111311

EIGE-01-FR-02

V.2





INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

Control 1: El control identifica claramente los responsables, la acción y el propósito, orientado a validar la disponibilidad de recursos y la alineación con los planes institucionales. Sin embargo, no establece de manera explícita la frecuencia de ejecución ni la evidencia que soporta la revisión y aprobación, por lo que estos elementos requieren fortalecimiento.

Control 2: Se identifica el responsable, la acción y el propósito preventivo del control, orientado a verificar que el instrumento cumpla las especificaciones requeridas. No obstante, no se precisa la frecuencia de ejecución ni la evidencia que debe generarse como resultado de la revisión, aspectos que deben incorporarse o precisarse.

Control 3: El control define el responsable, la acción y el propósito de validar la conformidad del producto. Sin embargo, no se establece expresamente la frecuencia, la evidencia ni la forma específica de documentar el resultado de las pruebas, por lo que se recomienda fortalecer estos elementos en la descripción del control.

Se evidenció ejecución de los controles asociados al riesgo RG-GIGE-2, principalmente mediante el Acta de Priorización de Instrumentos 2026, en la cual se documenta la presentación, revisión y definición de la priorización por parte de la Gerencia IDECA y los responsables técnicos, considerando los insumos, criterios de priorización y recursos disponibles. El acta además registra como compromiso la aprobación de la priorización, asignada a la Gerente IDECA.

Respecto al C2, se encontraron evidencias de revisión de instrumentos preliminares. En particular, el correo del 5 de junio de 2026 señala que la Guía de Uso de la Herramienta Integral de Estándares fue revisada y ajustada a partir de observaciones de profesionales de la Subgerencia de Operaciones, anexando las listas de chequeo firmadas como soporte de dicha revisión.

Frente al C3, también se evidenció la aplicación del procedimiento previsto para la validación funcional, mediante la remisión de instrumentos previamente revisados y aprobados a la Subgerencia de Operaciones para la aplicación de pruebas, utilizando la correspondiente lista de chequeo.

Recomendaciones:

Se recomienda fortalecer la formulación de los controles, precisando en cada uno la frecuencia de ejecución, las evidencias requeridas y la forma de documentar los resultados, especialmente frente a la aprobación de la priorización, la revisión de los instrumentos y la validación de su funcionalidad. Asimismo, se recomienda mantener la trazabilidad de las actas, listas de chequeo, correos y resultados de las pruebas, de manera que permitan acreditar de forma integral las actividades realizadas, las observaciones identificadas y las decisiones adoptadas en cada etapa.

Riesgo RG-GIGE-3

“Posibilidad de afectación reputacional por dificultades en el seguimiento de la oferta y demanda de los recursos geográficos dispuestos en la IDE de Bogotá a causa de la desactualización, imprecisión o inadecuada estructuración del catálogo de recursos geográficos”.

Control	Responsable	Acción	Complemento			
			Documentación	Frecuencia	Evidencia	Ejecución/Desviación
1	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Conclusión:

Los controles definidos son pertinentes toda vez que el primero permite verificar la actualización, trazabilidad y consistencia del catálogo de recursos geográficos, mientras que el segundo contribuye a que los requerimientos tecnológicos sean analizados y atendidos de manera adecuada. Como fortaleza, ambos controles actúan sobre aspectos relacionados con la calidad de la información y la atención de necesidades tecnológicas:

Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital -UAECD-

Av. Carrera 30 No. 25 90, Torre B Piso 2

+57 (601) 2347600

Código Postal: 111311

EIGE-01-FR-02

V.2





INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

Respecto a la evaluación del diseño de los controles la OCI I observó:

Control 1: El control relacionado con la verificación de la actualización del catálogo de recursos geográficos cumple parcialmente, ya que define responsables, acción y propósito; sin embargo, no establece de forma explícita la frecuencia ni la evidencia requerida para su ejecución.

Control 2: El control relacionado con el análisis de requerimientos y diseño de soluciones de software cumple parcialmente, dado que identifica responsables, acción y propósito, pero no precisa la frecuencia ni la evidencia que permita demostrar su ejecución.

por último, se evidenció documentación relacionada con la gestión y actualización de los recursos de información geográfica, así como con el desarrollo y ajuste de soluciones tecnológicas. Para el control 1, los documentos técnicos de IDECA establecen la importancia de mantener actualizados los catálogos, registros y demás instrumentos que permiten la identificación, trazabilidad y consistencia de los recursos geográficos. Sin embargo, no se identificó en los soportes revisados evidencia suficiente que permita demostrar de manera directa la verificación efectuada por los responsables sobre la actualización del catálogo durante el periodo evaluado.

Respecto al control 2, se evidenció mayor correspondencia documental. La documentación de Gestión y Operación de TI contempla actividades de análisis de requerimientos, diseño de soluciones, desarrollo o ajuste de software y ejecución de pruebas como parte del ciclo de vida de desarrollo.

Recomendaciones:

Se recomienda fortalecer el diseño de los controles, precisando la frecuencia de ejecución y las evidencias requeridas para acreditar su aplicación. Así mismo, para el Control 1, se requiere fortalecer la trazabilidad de la verificación de la actualización del catálogo, mediante soportes que permitan identificar la actividad realizada, responsable y resultado. Para el Control 2, se recomienda conservar evidencia de los requerimientos analizados, soluciones diseñadas, ajustes realizados y pruebas efectuadas, de manera que se pueda demostrar integralmente la ejecución del control y su contribución a la mitigación del riesgo.

Riesgo RG-GIGE-4

“Posibilidad de afectación reputacional por insatisfacción de los usuarios de la Infraestructura de Datos Espaciales de Bogotá a causa de incumplimientos de los requisitos normativos y del cliente o de los grupos de valor en la atención de los requerimientos de información geográfica”.

Control	Responsable	Acción	Complemento			
			Documentación	Frecuencia	Evidencia	Ejecución/Desviación
1	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Conclusión:

El control definido es pertinente y presenta una capacidad de mitigación adecuada frente al riesgo, ya que contempla la revisión y aprobación de las respuestas antes de ser entregadas al usuario, verificando su pertinencia, oportunidad y cumplimiento de los requisitos normativos establecidos. Como fortaleza, actúa directamente sobre la calidad de la respuesta y permite detectar incumplimientos antes de su entrega; sin embargo, su alcance se concentra en la revisión final y no evidencia controles sobre todas las etapas de atención del requerimiento.

Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital -UAECD-

Av. Carrera 30 No. 25 90, Torre B Piso 2

+57 (601) 2347600

Código Postal: 111311

EIGE-01-FR-02

V.2





INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

Dentro de la evaluación del diseño de los controles se evidencio que el control establecido define los responsables, la actividad de revisión y el propósito de verificar que la respuesta sea pertinente, oportuna y acorde con los lineamientos establecidos. Sin embargo, no establece de manera explícita la frecuencia ni la evidencia que permita demostrar la ejecución y resultado de la revisión. Se recomienda precisar estos elementos en la redacción del control.

De acuerdo con las actas revisadas, se evidencia la ejecución del control asociado al riesgo RG-GIGE-4, toda vez que en estos documentos se registra la revisión de las respuestas proyectadas a las solicitudes, así como la validación de su contenido frente a los requisitos y lineamientos establecidos. Esta evidencia permite establecer que el control fue aplicado por los responsables definidos y que se realizó seguimiento a la pertinencia de las respuestas antes de su aprobación. Como aspecto de mejora, se recomienda mantener en las actas una trazabilidad clara de la solicitud revisada, responsable de la validación, observaciones realizadas y aprobación final, con el fin de fortalecer la evidencia de ejecución del control.

Recomendaciones:

Se recomienda fortalecer el diseño del control precisando la frecuencia de aplicación y la evidencia requerida, así como mantener en las actas una trazabilidad completa de las solicitudes revisadas, incluyendo responsable, observaciones, validaciones realizadas y aprobación final. Esto permitirá demostrar de manera más clara la ejecución del control y fortalecer el seguimiento sobre la calidad y oportunidad de las respuestas.

Riesgo RG-GIGE-5

“Posibilidad de afectación reputacional por inconformidad y pérdida de credibilidad en el producto Mapa de Referencia por parte de los usuarios a causa de incumplimiento en la publicación del número de datos de referencia solicitados para actualizar por versión”.

Control	Responsable	Acción	Complemento			
			Documentación	Frecuencia	Evidencia	Ejecución/Desviación
1	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Conclusión:

Los controles son pertinentes frente al riesgo, debido a que contribuyen a asegurar la calidad de los documentos, la consistencia de los datos y la continuidad de los sistemas, sin embargo en relación con el diseño de los controles se concluyó: Control 1: El control relacionado con la verificación de documentos técnicos cumple parcialmente, ya que identifica el responsable, la acción y el propósito de la revisión. Sin embargo, no establece explícitamente la frecuencia ni la evidencia que permita demostrar su ejecución.

Control 2: Validación de la actualización y cargue de datos de referencia en la base geográfica. El control relacionado con la validación de datos de referencia en la base geográfica cumple parcialmente, dado que define responsable, acción y propósito orientado a verificar la consistencia de los datos. No obstante, no precisa la frecuencia ni la evidencia requerida para soportar la validación.

Control 3: Mantenimiento y soporte de aplicaciones y sistemas de información. El control relacionado con el mantenimiento y soporte de las aplicaciones y sistemas de información cumple parcialmente, pues identifica al responsable, la acción y el

Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital -UAECD-

Av. Carrera 30 No. 25 90, Torre B Piso 2

+57 (601) 2347600

Código Postal: 111311

EIGE-01-FR-02

V.2





INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

propósito de disminuir los problemas tecnológicos. Sin embargo, no define de manera explícita la frecuencia ni la evidencia de las actividades realizadas.

Frente a los controles definidos para el riesgo RG-GIGE-5, la documentación revisada presentó relación con las actividades de gestión y aseguramiento de la información geográfica.

Para el Control 1, se evidenció que los documentos técnicos contemplan criterios de consistencia, calidad, actualización y documentación de los recursos geográficos, incluyendo aspectos como consistencia lógica, exactitud y características técnicas que deben ser verificadas antes de su utilización o disposición. Esto guarda correspondencia con la revisión de los documentos en términos de forma, consistencia y coherencia.

Respecto al Control 2, se encuentra pertinencia documental frente a la gestión y actualización de los datos geográficos, dado que se establece la responsabilidad de mantener actualizados los registros, catálogos y demás instrumentos que permitan la identificación, trazabilidad y reutilización de los recursos, así como documentar sus características y calidad.

Respecto al Control 3, el informe INF-SIEM-01-31-JULIO-2026_Pub (2).pdf evidencia actividades de monitoreo y detección de eventos de seguridad sobre los sistemas y aplicaciones de la UAECD, lo que contribuye a identificar oportunamente situaciones que pueden generar incidentes o problemas tecnológicos. Esto se relaciona con el control en la medida en que el monitoreo permite apoyar la identificación y atención de eventos que puedan afectar la operación de las aplicaciones y sistemas de información, No obstante, el informe no demuestra de manera integral el mantenimiento y soporte de las aplicaciones, ya que no evidencia las acciones correctivas, mantenimientos o soluciones realizadas frente a los eventos identificados.

Recomendaciones:

Se recomienda fortalecer el diseño de los controles, definiendo de manera explícita la frecuencia y las evidencias requeridas para su ejecución, así como mejorar la trazabilidad de las actividades realizadas. En particular, para el control de mantenimiento y soporte de aplicaciones, se recomienda complementar los reportes de monitoreo con registros que permitan evidenciar las acciones de atención, mantenimiento o solución efectuadas, de manera que los soportes demuestren integralmente la ejecución y contribución del control a la mitigación del riesgo.

Proceso Gestión Presupuestal y Financiera

Riesgo RG-GPFI-1

“Posibilidad de afectación económica y reputacional por la generación de sanciones administrativas, disciplinarias, y reprocesos a causa de Trámites de pago sin el lleno de los requisitos legales”.

Control	Responsable	Acción	Complemento			
			Documentación	Frecuencia	Evidencia	Ejecución/Desviación
1	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital -UAECD-

Av. Carrera 30 No. 25 90, Torre B Piso 2

+57 (601) 2347600

Código Postal: 111311

EIGE-01-FR-02

V.2





INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

Conclusión:

Redacción: En relación con la efectividad de los controles definidos para el riesgo, se verificó el diseño de los controles 1, 2 y 3 y su ejecución, con base en los soportes suministrados por la Subgerencia Administrativa y Financiera – SAF. Se observó que los controles contemplan los elementos de responsable, acción y complemento y que, dentro de sus atributos, se encuentran definidos aspectos relacionados con documentación, frecuencia, evidencia y ejecución.

Como soporte de la ejecución se suministró un archivo de Excel denominado “Consolidado”, en el cual se registran las cuentas objeto de revisión y diferentes actividades asociadas al proceso, incluyendo, entre otros, los campos de revisado por, número de veces que la cuenta ha sido radicada, cuentas en el mes, porcentaje de participación, pendientes por revisar, días promedio de respuesta, tiempo general de respuesta, estado, valor de vigencia, valor de reserva, girado vigencia y girado reserva. Asimismo, contiene información detallada de las cuentas, tales como repeticiones, asignado a, fecha de asignación, radicado, zona/ubicación, número de proceso, fecha de radicación en Pandora, contrato, proyecto, dependencia, ID, contratista, RP, descripción del fondo, total de pagos del contrato, número de pago a cobrar, período del informe, número de factura, valor del informe, endoso, valor del endoso, estado de la cuenta, PAC en BogData, números de órdenes de pago, motivo del rechazo, observaciones, segunda revisión de jurídicas, fecha de aprobación o rechazo y número y fecha de envío de las órdenes de pago. Adicionalmente, como soporte de la trazabilidad de las verificaciones realizadas, se suministraron los documentos correspondientes a la prueba de recorrido CTO_349_2026.

Razonamiento: Si bien el archivo “Consolidado” contiene información estructurada y campos que permiten registrar y realizar seguimiento a diferentes actividades relacionadas con la revisión de las cuentas, se observó que dicho archivo no se encuentra expresamente identificado en la descripción de los controles 1, 2 y 3 como herramienta o registro mediante el cual se documenta su ejecución.

En este sentido, si bien los campos del “Consolidado” permiten identificar información asociada a las cuentas, órdenes de pago, responsables, estados, rechazos, observaciones y revisiones, entre otros aspectos, no se encuentra expresamente documentada la correspondencia entre los registros o marcas utilizados en el archivo y cada una de las validaciones específicas previstas en los tres controles. Adicionalmente, las marcas de colores utilizadas en el archivo como resultado de las revisiones no permiten establecer, a partir del soporte suministrado, el criterio asociado a cada color ni si corresponden a una funcionalidad automatizada del archivo o a un registro efectuado manualmente. Esta situación limita la posibilidad de identificar de manera uniforme el resultado de las validaciones efectuadas y su relación con las actividades de control definidas.

Riesgo: La falta de una correspondencia claramente documentada entre las actividades de control y los registros utilizados para evidenciar su ejecución podría limitar la trazabilidad y verificabilidad de las validaciones efectuadas sobre los trámites de pago, dificultando demostrar de manera objetiva que las verificaciones previstas en los controles fueron realizadas y que las inconsistencias fueron identificadas y gestionadas oportunamente.

Relevancia: La adecuada articulación entre la descripción de los controles y los registros utilizados para evidenciar su ejecución permite fortalecer la trazabilidad de las validaciones realizadas sobre los trámites de pago y facilita su verificación por parte de las diferentes líneas de defensa.

Recomendaciones:

Fortalecer el diseño y documentación de los controles asociados a los riesgos evaluados, de conformidad con los elementos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – Versión 7 de 2025, procurando que se encuentren

Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital -UAECD-

Av. Carrera 30 No. 25 90, Torre B Piso 2

+57 (601) 2347600

Código Postal: 111311

EIGE-01-FR-02

V.2





INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

claramente definidos el responsable, la acción, el complemento, la documentación, la frecuencia, la evidencia y la forma de ejecución, de manera articulada con las actividades que efectivamente se realizan.

Así mismo, se recomienda precisar las fuentes de información, criterios y validaciones aplicables, los mecanismos para documentar los resultados de las verificaciones y el tratamiento de las diferencias o situaciones identificadas, de forma que los soportes permitan evidenciar de manera suficiente la ejecución, trazabilidad y reproducibilidad de los controles.

Riesgo RG-GPFI-2

“Posibilidad de afectación económica y reputacional por reprocesos, desgaste administrativo e incumplimiento en la ejecución y pagos a causa de anulación errónea de saldos de registros presupuestales de compromisos vigentes”.

Control	Responsable	Acción	Complemento			
			Documentación	Frecuencia	Evidencia	Ejecución/Desviación
1	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Conclusión:

Redacción: Los cinco controles identifican, en términos generales, el responsable y la acción de control; no obstante, presentan oportunidades de mejora en la precisión de algunos de sus atributos. En los controles que contemplan la generación de reportes se hace referencia a los “aplicativos correspondientes” o “aplicativos dispuestos”, sin precisar el aplicativo o fuente de información utilizada, el reporte generado y la forma en que se conserva la evidencia de la verificación. Adicionalmente, se observó similitud entre los controles 1 y 4, así como entre los controles 3 y 5, por lo que se requiere revisar su diferenciación y aporte individual frente al riesgo.

Razonamiento: Los controles están orientados a prevenir y detectar la anulación de saldos de registros presupuestales asociados a compromisos vigentes, mediante la verificación de las solicitudes y sus soportes, la revisión del acta de anulación y la comprobación posterior de los registros efectuados. Sin embargo, con base en los soportes correspondientes a la muestra suministrada, se evidenció que las solicitudes de liberación de saldos se soportan principalmente en memorandos remitidos por las dependencias y en reportes del aplicativo en Excel.

En uno de los casos se aportó el documento denominado “Acta_1_2026_Cance_Anula_Reserva_Presupuestal_Fol_2_Firm”, suscrito por el ordenador del gasto y el responsable de presupuesto, correspondiente al Subgerente Administrativo y Financiero. No obstante, esta condición no se encuentra expresamente definida dentro de los controles como parte de las verificaciones a realizar, ni se evidenció de manera equivalente en los dos casos revisados.

Adicionalmente, en el acta aportada se relacionan tres registros de reintegros que, en conjunto, representan aproximadamente \$12 millones. De estos, dos se encuentran asociados al Gerente Corporativo; sin embargo, en la documentación suministrada no se identifica de manera clara la razón o relación que sustenta dicha asociación, ni la causa



INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

específica que origina la liberación de estos saldos. Esta situación limita la trazabilidad entre los valores relacionados, su origen, la justificación de su liberación y la verificación efectuada para autorizar la anulación.

Asimismo, el ejemplo incluido en el acta corresponde a un valor de \$1, sin que el documento permita establecer de manera directa la correspondencia o justificación de los valores de mayor cuantía relacionados en el mismo documento. Lo anterior evidencia la necesidad de que el control defina de manera precisa los documentos y criterios que deben ser objeto de verificación, incluyendo la identificación y justificación de los valores objeto de liberación o anulación.

De otra parte, los controles 1 y 4 presentan actividades sustancialmente similares frente a la verificación de la solicitud y sus soportes, mientras que los controles 3 y 5 tienen una finalidad igualmente coincidente respecto de la comprobación posterior de las anulaciones mediante reportes. Esta similitud dificulta identificar el aporte específico de cada control, así como la evidencia que debe generarse en cada etapa del proceso.

Relevancia: Los cinco controles son relevantes frente al riesgo identificado, al estar orientados a prevenir y detectar errores en la anulación y registro de saldos presupuestales. No obstante, con base en la evaluación realizada, se identifican debilidades en su diseño, relacionadas con la falta de precisión sobre los documentos y criterios que deben ser objeto de verificación. En particular, aunque los controles establecen la revisión del acta de liquidación del contrato o del informe final de supervisión, así como del acta de anulación de saldos, estos documentos no fueron evidenciados de manera completa en los soportes de la muestra suministrada, ni se encuentran definidos con suficiente detalle los elementos que deben ser verificados en cada uno.

Adicionalmente, se requiere fortalecer el diseño de los controles mediante la identificación concreta del aplicativo o fuente de información utilizada, el reporte o documento que constituye la evidencia de su ejecución, la forma de conservación de dicha evidencia y los criterios de verificación aplicables. Así mismo, se requiere diferenciar los controles que presentan actividades similares, de manera que sea posible identificar su propósito y aporte específico frente al riesgo.

Recomendaciones:

Fortalecer el diseño y documentación de los controles asociados a los riesgos evaluados, de conformidad con los elementos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – Versión 7 de 2025, procurando que se encuentren claramente definidos el responsable, la acción, el complemento, la documentación, la frecuencia, la evidencia y la forma de ejecución, de manera articulada con las actividades que efectivamente se realizan.

Así mismo, se recomienda precisar las fuentes de información, criterios y validaciones aplicables, los mecanismos para documentar los resultados de las verificaciones y el tratamiento de las diferencias o situaciones identificadas, de forma que los soportes permitan evidenciar de manera suficiente la ejecución, trazabilidad y reproducibilidad de los controles.

Riesgo RG-GPFI-5

“Posibilidad de afectación económica y reputacional por la generación de sanciones administrativas, disciplinarias, y pago de intereses de mora a causa de giro de pagos asociados a la nómina, órdenes judiciales y otros pagos administrativos de forma extemporánea”.

Control	Responsable	Acción	Complemento			
			Documentación	Frecuencia	Evidencia	Ejecución/Desviación
1	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital -UAECD-

Av. Carrera 30 No. 25 90, Torre B Piso 2

+57 (601) 2347600

Código Postal: 111311

EIGE-01-FR-02

V.2





INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

Control	Responsable	Acción	Complemento			
			Documentación	Frecuencia	Evidencia	Ejecución/Desviación
2	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Conclusión:

Control 1. Recepción y validación de órdenes en OPGET

Redacción: El control identifica el responsable y la acción general; sin embargo, presenta oportunidades de mejora en el complemento y la definición de la ejecución, dado que no precisa el mecanismo mediante el cual se realiza la trazabilidad de las órdenes recibidas ni los criterios aplicados para determinar cuándo una orden debe ser devuelta a Presupuesto. Si bien en el documento denominado “Cómo de ejecución del control” se describe el uso del archivo “CONTROL CONSECUTIVO ENVIOS 2026”, este mecanismo no se encuentra incorporado de manera expresa en la redacción del control.

Razonamiento: La revisión permitió establecer que la entidad dispone de un mecanismo denominado “CONTROL CONSECUTIVO ENVIOS 2026”, mediante el cual se registran y controlan los envíos recibidos por Tesorería, y que adicionalmente se realizan validaciones en OPGET.

No obstante, existe una diferencia entre la información contenida en la matriz y la forma descrita para ejecutar el control. Mientras el control señala la recepción de las órdenes, su validación en OPGET y la devolución a Presupuesto cuando se presentan inconsistencias, el “Cómo de ejecución” incorpora actividades adicionales relacionadas con el registro de los envíos, lectura del código de barras, validación en OPGET y generación del archivo plano.

En consecuencia, el mecanismo que efectivamente soporta la trazabilidad del control no se encuentra suficientemente integrado a su formulación, situación que dificulta determinar, a partir de la matriz, qué información debe registrarse, qué validaciones deben efectuarse y cuál es la evidencia que demuestra la ejecución del control.

Riesgo: La situación identificada puede limitar la trazabilidad y reproducibilidad del control, particularmente frente a la identificación de las órdenes recibidas, las validaciones efectuadas y las que fueron devueltas a Presupuesto, aumentando la posibilidad de reprocesos, demoras o continuidad del trámite de órdenes que presenten inconsistencias.

Relevancia: El control resulta pertinente frente al riesgo, pero requiere fortalecimiento en su diseño y documentación, principalmente en los componentes de complemento, documentación, evidencia y ejecución. En particular, el archivo “CONTROL CONSECUTIVO ENVIOS 2026”, que constituye el soporte suministrado para evidenciar la trazabilidad de los envíos, debe encontrarse formalmente articulado con el control, definiendo su finalidad, responsable, información mínima, validaciones y tratamiento de las situaciones identificadas.

Control 2. Validación de pagos en BogData

Redacción: El control identifica el responsable implícito en la actividad de Tesorería, la acción y el aplicativo utilizado; no obstante, requiere mayor precisión en el complemento y la ejecución, dado que la validación descrita comprende dos momentos diferentes: la revisión durante el cargue de los planos en BogData y la verificación posterior mediante el Reporte Historial de Pagos. Estas etapas no se encuentran diferenciadas con suficiente claridad en la formulación del control.



INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

Razonamiento: La información suministrada evidencia que el control se ejecuta en dos momentos. Primero, durante el cargue de los planos en BogData, se realizan validaciones relacionadas con NIT, cédula, PAC, tercero, valores, nombres y demás información requerida para el procesamiento. Cuando se presentan errores, se realizan los ajustes correspondientes y se efectúa nuevamente el cargue.

Posteriormente, se descarga el Reporte Historial de Pagos para verificar que las transacciones hayan resultado exitosas y, cuando se identifican rechazos, se informa a la dependencia correspondiente para que efectúe los ajustes requeridos.

Así mismo, se suministró el “INFORME DE PAGOS BOGDATA PRIMER SEMESTRE 2026” como evidencia relacionada con la ejecución del control.

Si bien existe evidencia y se encuentra descrita la forma en que se ejecuta la actividad, la matriz no diferencia claramente las dos instancias de control ni precisa la evidencia asociada a cada una, el tratamiento de las desviaciones y la forma en que se deja constancia de las verificaciones realizadas.

Riesgo: La falta de precisión en las diferentes etapas de ejecución puede afectar la trazabilidad de las validaciones y del tratamiento de las inconsistencias, dificultando establecer de manera uniforme qué se verifica antes del pago, qué se comprueba posteriormente y qué actuación corresponde frente a los rechazos identificados, con potencial incidencia en procesos y demoras en la efectividad de los pagos.

Relevancia: El control resulta pertinente frente al riesgo, dado que contempla verificaciones sobre las transacciones antes y después de su procesamiento. No obstante, requiere fortalecimiento en los componentes de complemento, documentación, evidencia y ejecución, diferenciando las dos instancias de validación y estableciendo claramente los aspectos objeto de revisión, el tratamiento de las desviaciones y la evidencia que demuestra cada etapa.

Recomendaciones:

Fortalecer el diseño y documentación de los controles asociados a los riesgos evaluados, de conformidad con los elementos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – Versión 7 de 2025, procurando que se encuentren claramente definidos el responsable, la acción, el complemento, la documentación, la frecuencia, la evidencia y la forma de ejecución, de manera articulada con las actividades que efectivamente se realizan.

Así mismo, se recomienda precisar las fuentes de información, criterios y validaciones aplicables, los mecanismos para documentar los resultados de las verificaciones y el tratamiento de las diferencias o situaciones identificadas, de forma que los soportes permitan evidenciar de manera suficiente la ejecución, trazabilidad y reproducibilidad de los controles.

Proceso Gestión Contractual

Riesgo RG-GCON-1

“Posibilidad de afectación económica y reputacional por inejecución de las metas, planes y proyectos de la UAECDD a causa de Incumplimiento en la gestión y publicación de los procesos contractuales requeridos por la UAECDD”.

Control	Responsable	Acción	Complemento			
			Documentación	Frecuencia	Evidencia	Ejecución/Desviación
1	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital -UAECDD-

Av. Carrera 30 No. 25 90, Torre B Piso 2

+57 (601) 2347600

Código Postal: 111311

EIGE-01-FR-02

V.2





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

Control	Responsable	Acción	Complemento			
2	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Conclusión:

Se evidenció que los cuatro controles evaluados que hacen parte del proceso de gestión contractual cumplen satisfactoriamente con los criterios de formalización y diseño establecidos por la Guía del Riesgo. Se constató que cuentan con periodicidad o frecuencia clara, generan evidencia formal que garantiza la trazabilidad del proceso, asignan de forma puntual el cargo responsable de la ejecución (Subdirectora/Subgerente de Contratación o Abogado) y se encuentran documentados y descritos en la caracterización del proceso contractual.

Todos los controles están concebidos como controles **preventivos** (se activan en la entrada o durante la preparación/planeación de las etapas contractuales antes de la firma o perfeccionamiento) y operan bajo modalidades manuales o automáticas/asistidas por plataforma (SECOP II)

- **Efectividad:** Las evidencias reportadas por el proceso demostraron que los controles se ejecutan activamente en la práctica con la periodicidad prevista (mensual, por trimestre o por evento) utilizando los soportes pertinentes (actas de comité, flujos de SECOP II, actos administrativos expedidos e instrumentos actualizados).

El proceso de Gestión Contractual CUMPLE con los lineamientos metodológicos de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo (Versión 7, 2025) de la Función Pública.

Recomendaciones:

Fortalecimiento del Control de Fase Pos-contractual y Liquidación: Se recomienda a la Subgerencia de Contratación robustecer los mecanismos de control preventivo y de seguimiento en las etapas de ejecución y liquidación de los contratos, complementando las verificaciones que actualmente se concentran en las fases de planeación y selección. Para ello, es conveniente implementar control o alertas que midan el cumplimiento en los tiempos de liquidación y la oportunidad en la rendición de informes de supervisión, reduciendo el riesgo de vencimientos de términos legalmente establecidos y pasivos contingentes para la entidad.

5.4.2 Riesgos Fiscales

Proceso Gestión Estratégica de Personas

Riesgo RF-GESP-3

“Posibilidad de efecto dañoso sobre Recursos públicos por pagos de nómina o de seguridad social realizados por encima de los valores establecidos normativamente y/o pago de multas o intereses moratorios a causa de la omisión en la aplicación de validaciones y verificaciones de la correcta liquidación de los valores a pagar”.

Control	Responsable	Acción	Complemento			
			Documentación	Frecuencia	Evidencia	Ejecución/Desviación

Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital -UAECD-

Av. Carrera 30 No. 25 90, Torre B Piso 2

+57 (601) 2347600

Código Postal: 111311

EIGE-01-FR-02

V.2





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

Control	Responsable	Acción	Complemento			
1	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Conclusión:

Se evidencia una adecuada secuencia de control en diferentes momentos del proceso:

1. Validación de novedades en prenomina.
2. Segunda revisión por profesional especializado.
3. Cruce de novedades frente a prenomina.
4. Verificación de Ingresos Base de Cotización para seguridad social.

Esta estructura genera varios niveles de revisión y permite reducir significativamente la probabilidad de pagos superiores a los autorizados. El riesgo RF-GESP-3 presenta una adecuada relación entre la causa identificada y los controles definidos. Los controles 1 y 2 cuentan con un diseño sólido, incorporando responsable, acción, complemento, frecuencia y manejo de desviaciones.

Si bien la matriz de riesgos institucional tiene contempladas 4 columnas que describen de manera general los criterios definidos en la guía para la Gestión Integral del Riesgo v.7 del DAFP y que éstos se encuentran asociados a los respectivos procedimientos en donde se incluyen las desviaciones en los controles, de ahí la calificación de todos los criterios en la tabla, desde la perspectiva de diseño, los controles 3 y 4 presentan oportunidades de mejora debido a la ausencia de una identificación explícita del responsable, la evidencia generada y las acciones frente a desviaciones.

Recomendaciones:

La cobertura del riesgo es suficiente y existe una adecuada segregación de funciones; no obstante, se recomienda fortalecer la formalización de los controles 3 y 4 para asegurar el cumplimiento integral de los seis atributos de diseño exigidos por la Guía V7 del DAFP, acorde con el ejemplo señalado (ver archivo Excel anexo).

Proceso Gestión Presupuestal y Financiera

Riesgo RF-GPFI-1

“Posibilidad de efecto dañoso sobre Recursos públicos por pagos de intereses moratorios y sanciones por incumplimiento de plazos y pagos extemporáneos, a causa de una presentación inexacta y/o extemporánea de declaraciones tributarias”.

Control	Responsable	Acción	Complemento			
			Documentación	Frecuencia	Evidencia	Ejecución/Desviación
1	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital -UAECD-

Av. Carrera 30 No. 25 90, Torre B Piso 2

+57 (601) 2347600

Código Postal: 111311

EIGE-01-FR-02

V.2





INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

Conclusión:

Redacción: Se verificó el diseño y la ejecución de los cuatro controles asociados al riesgo fiscal, relacionados con la identificación de obligaciones tributarias, la validación de los valores objeto de declaración y el seguimiento a los plazos establecidos para su presentación y pago. En términos generales, los controles identifican el responsable y la acción de control, y contemplan actividades orientadas a prevenir errores, omisiones y pagos extemporáneos.

Razonamiento

Los soportes suministrados —“ACTIVIDAD 1 CIRCULAR 004”, “ACTIVIDAD 2 y 3 DECLARACIONES TRIBUTARIAS” y “ACTIVIDAD 4 pantallazo carpetas de DECLARACIONES TRIBUTARIAS”— permiten evidenciar la realización de actividades asociadas con los controles.

Riesgo: La falta de identificación y comunicación oportuna de las obligaciones tributarias que puedan derivarse desde el inicio de la contratación, celebración de convenios, acuerdos comerciales u otras operaciones de la entidad, así como de los elementos necesarios para su determinación y cumplimiento, puede ocasionar que dichas obligaciones no sean consideradas oportunamente en el proceso tributario, generando omisiones, inconsistencias o vencimientos en su declaración y pago, con posibles reprocesos, intereses o sanciones.

Relevancia

Los controles evaluados son relevantes y guardan relación directa con el tratamiento del riesgo fiscal, en la medida en que están orientados a prevenir errores en la determinación, declaración y pago oportuno de las obligaciones tributarias de la entidad.

Recomendaciones:

Fortalecer el diseño y documentación de los controles asociados a los riesgos evaluados, de conformidad con los elementos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – Versión 7 de 2025, procurando que se encuentren claramente definidos el responsable, la acción, el complemento, la documentación, la frecuencia, la evidencia y la forma de ejecución, de manera articulada con las actividades que efectivamente se realizan.

Así mismo, se recomienda precisar las fuentes de información, criterios y validaciones aplicables, los mecanismos para documentar los resultados de las verificaciones y el tratamiento de las diferencias o situaciones identificadas, de forma que los soportes permitan evidenciar de manera suficiente la ejecución, trazabilidad y reproducibilidad de los controles.

Proceso Gestión Contractual

Riesgo RF-GCON-1

“Posibilidad de efecto dañoso sobre Recursos públicos por pérdida de competencia para liquidar contratos a causa de demora o incumplimiento en la radicación de la solicitud de liquidación bilateral o unilateral del contrato con el lleno de los requisitos por parte del supervisor”.

Control	Responsable	Acción	Complemento			
			Documentación	Frecuencia	Evidencia	Ejecución/Desviación
1	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital -UAECD-

Av. Carrera 30 No. 25 90, Torre B Piso 2

+57 (601) 2347600

Código Postal: 111311

EIGE-01-FR-02

V.2





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

3	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Conclusión:

Se evidenció que los seis (6) controles evaluados que hacen parte del proceso de gestión contractual cumplen con los atributos exigidos. Presentan asignación clara de roles (Supervisor, Abogado designado, Subgerente/Subdirectora de Contratación), definen la acción o mecanismo de verificación (listas de chequeo, mesas de servicio, vistos buenos, publicación) y establecen una clara frecuencia ligada al hito operativo de la liquidación contractual.

Los Controles 1 al 5 son de carácter preventivo (enfocados en mitigar errores antes de la firma del acta), mientras que el Control 6 actúa como detectivo y de transparencia (publicidad del acto administrativo expedido).

La evaluación realizada al proceso de liquidación contractual evidencia que el diseño y la ejecución de los controles cumplen en un alto porcentaje con los lineamientos de la *Guía para la Gestión Integral del Riesgo (V.7)*. Los mecanismos preventivos implementados (listas de chequeo, mesas de ayuda, vistos buenos jerárquicos y publicación en SECOP II) mitigan de forma idónea el riesgo fiscal derivado de inconsistencias, imprecisiones legales o falta de soporte en el cierre de los contratos.

El proceso de Gestión Contractual CUMPLE con los lineamientos metodológicos de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo (Versión 7, 2025) de la Función Pública.

Recomendaciones:

Se evidenció una superposición entre la redacción del Control 3 y el Control 4, ya que ambos describen exactamente la misma acción (revisión integral del expediente cuya trazabilidad se registra en el acta de liquidación en SECOP II). Se recomienda fusionarlos o precisar el alcance uno del otro, toda vez como esta diseñados genera sobrecarga operativa en el seguimiento sin aportar un valor de control diferenciado frente a la gestión del riesgo fiscal.

5.4.3 Riesgos Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo-LAFT

Proceso Gestión Estratégica de Personas

Riesgo RLAFT-GESP-1

“Posibilidad de afectación económica y reputacional por investigaciones por responsabilidad disciplinaria, administrativa y/o fiscal a causa de posibles vinculaciones de servidores que estén en listas asociadas al lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva”.

Control	Responsable	Acción	Complemento			
			Documentación	Frecuencia	Evidencia	Ejecución/Desviación
1	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital -UAECD-

Av. Carrera 30 No. 25 90, Torre B Piso 2

+57 (601) 2347600

Código Postal: 111311

EIGE-01-FR-02

V.2





INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

Conclusión:

Los controles definidos se consideran adecuados frente al riesgo identificado, en tanto contemplan la revisión de requisitos, antecedentes y documentación de los servidores durante el proceso de vinculación, contribuyendo a prevenir situaciones que puedan generar afectaciones económicas, reputacionales o investigaciones de carácter disciplinario, administrativo y/o fiscal.

En relación al diseño de los controles se evidenció:

Control 1: El control relacionado con la verificación de requisitos y antecedentes del personal vinculado cumple parcialmente, ya que identifica el responsable y la acción a realizar, orientada a validar el cumplimiento de los requisitos de vinculación. Sin embargo, no establece de manera explícita la frecuencia ni la evidencia que permita demostrar la ejecución de la revisión.

Control 2: Control relacionado con la validación de los documentos registrados en SIDEAP y SIGEP cumple parcialmente, dado que define el responsable, la actividad y los criterios que deben verificarse. No obstante, no precisa la frecuencia ni la evidencia que soporte la validación realizada.

Por último, la documentación revisada evidenció el cumplimiento de los requisitos mínimos de estudio y experiencia para servidores vinculados, mediante las certificaciones GESP-01-FR-09, en las cuales se relacionan la formación académica, experiencia laboral y la validación final de cumplimiento por parte de Talento Humano. Certificando los servidores cumplen los requisitos exigidos para el cargo. No obstante, frente al control 1, aunque estos documentos soportan la revisión de requisitos y antecedentes en términos generales, no permiten evidenciar específicamente la consulta o verificación de listas asociadas a LA/FT/FPADM, aspecto directamente relacionado con el riesgo evaluado. Para el control 2, no se identificó dentro de los soportes revisados evidencia suficiente que permita verificar la validación de los documentos cargados en SIDEAP y SIGEP y su correspondencia con cada servidor.

Recomendaciones:

Se recomienda fortalecer los controles mediante una definición más precisa de sus elementos y mejorar la trazabilidad de su ejecución, asegurando que las actividades realizadas cuenten con soportes suficientes que permitan demostrar su aplicación y contribución a la mitigación del riesgo.

Observación OAPAP

Con relación a las observaciones relacionadas con Riesgos de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo, descritos en el numeral 5.4.3, teniendo en cuenta que el Documento Técnico Manual de Debida Diligencia LA/FT/FPADM fue publicado el pasado 06 de julio de 2026 por el Proceso de Direccionamiento Estratégico, y su posterior socialización fue desarrollada por la Oficina Asesora de Planeación y Aseguramiento de Procesos el pasado 28 de julio de 2026, se han desarrollado las siguientes actividades:

Gestión estratégica de personas:

- *Con el fin de incorporar plenamente los lineamientos de verificación de listas restrictivas asociadas a LA/FT/FPADM, se están adelantando mesas de trabajo conjuntas con la Subgerencia de Talento Humano. El objetivo primordial es modificar y actualizar el Procedimiento de Selección y Vinculación de Servidores.*
- *En el marco de la actualización del mencionado procedimiento, se implementará el lineamiento del Documento Técnico Manual de Debida Diligencia LA/FT/FPADM, en el que se establece la frecuencia de consulta de las listas restrictivas se ejecutará de forma obligatoria y de manera previa a la suscripción del acta de posesión. Asimismo, se definirá como*



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

evidencia el reporte digital o constancia de consulta expedida por las plataformas de verificación correspondientes, el cual pasará a formar parte de la lista de chequeo del expediente o carpeta de vinculación.

Gestión Contractual:

- *Se están adelantando mesas de trabajo conjuntas con la Subgerencia de Contratación con el propósito de modificar y actualizar el Documento Técnico Manual de Contratación y el Documento Técnico Manual de Supervisión e Interventoría. Esta actualización procedimental permitirá incorporar de manera expresa los lineamientos de verificación de listas restrictivas asociadas a LA/FT/FPADM, garantizando que la debida diligencia se aplique como control preventivo en las etapas precontractuales por la Subgerencia de Contratación y como control preventivo los supervisores de contrato lo realicen durante la relación contractual.*

Respuesta OCI

La OCI reconoce el avance y la gestión adelantada por las dependencias responsables relacionadas con las observaciones formuladas; sin embargo, mantendrá el seguimiento a las acciones propuestas para evidenciar su implementación efectiva en los procedimientos, manuales y controles aplicables, así como la existencia de registros que permitan demostrar la ejecución de las actividades de debida diligencia conforme a los lineamientos establecidos para la gestión del riesgo LA/FT/FPADM.

Proceso Gestión Contractual

Riesgo RLAF-T-GCON-1

“Posibilidad de afectación económica y reputacional por usar la entidad para dar apariencia de legalidad a los activos provenientes de actividades delictivas o para canalizar recursos hacia la realización de actividades terroristas o la proliferación de armas de destrucción masiva a causa de la suscripción de contratos con personas naturales o jurídicas relacionadas con estos delitos”.

Control	Responsable	Acción	Complemento			
			Documentación	Frecuencia	Evidencia	Ejecución/Desviación
1	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Conclusión:

Se evidenció que los dos (2) controles evaluados que hacen parte del proceso de gestión contractual cumplen con los atributos exigidos. Presenta un responsable definido (enlace de contratación), una acción clara (evaluación de antecedentes / Debida Diligencia), periodicidad (cada vez que se adelante la contratación, adición o prórroga) y evidencia trazable (constancia sobre la misma). Su naturaleza es preventiva frente al riesgo de SARLAFT/FPADM.

Frente a la efectividad: Cumplimiento parcial_ Si bien los abogados realizaron la revisión de antecedentes de acuerdo con los procedimientos contractuales ordinarios, la actividad desplegada reconoce explícitamente la ausencia del Documento Técnico Manual de Debida Diligencia LA/FT/FPADM y la falta de sensibilización al personal de la Subgerencia de Contratación durante el periodo. Al no haberse formalizado ni socializado el instrumento técnico estipulado por la política institucional (OAPAP), la verificación realizada por los abogados carece del marco metodológico específico que exige la política de prevención del riesgo SARLAFT.



INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

Recomendaciones:

- Se recomienda a la Subgerencia de Contratación, continuar con la implementación de manera activa frente a las herramientas operativas que permitan disminuir la exposición al riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.
- Unificar los Controles 1 y 2 en una sola entrada metodológica y capacitar al equipo jurídico para asegurar que la verificación de antecedentes cumpla de manera estricta con los parámetros específicos de gestión del riesgo del lavado de activos y financiación del terrorismo.

Observación OAPAP y Subgerencia de Contratación

Respecto a la recomendación del informe que sugiere a la Subgerencia de Contratación "expedir y socializar formalmente el Documento Técnico Manual de Debida Diligencia LA/FT/FPADM", precisamos que el mencionado Manual de Debida Diligencia fue expedido y publicado formalmente el pasado 06 de julio de 2026 por la OAPAP, siendo esta la dependencia que funge como función de cumplimiento en la implementación SARLAFT. La Subgerencia de Contratación implementa de manera activa herramientas operativas que permiten disminuir la exposición al riesgo de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo, alineándose con rigor a las directrices y lineamientos establecidos por la OAPAP. Por lo anterior, no es procedente recomendar que la Subgerencia de Contratación expida dicho documento. En su lugar, se solicita reorientar la recomendación hacia el acompañamiento en la implementación, capacitación y optimización metodológica de la matriz de riesgos (unificación de los controles 1 y 2).

Respuesta OCI

La Oficina de Control Interno acepta la precisión realizada por la OAPAP respecto a que el **Documento Técnico Manual de Debida Diligencia LA/FT/FPADM** fue expedido, publicado y socializado en el mes de julio 2026, en su calidad de instancia responsable de la función de cumplimiento del sistema, por lo que se reconoce que la recomendación relacionada con su expedición dirigida a la Subgerencia de Contratación no resulta procedente en los términos planteados, por lo cual se ajustó la mencionada recomendación.

Hallazgos



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

No.	Descripción del hallazgo	No Conformidad	Oportunidad	Norma, criterio, Requisito o Documento asociado	Área /Cargo Responsable	Anexo Evidencia
1	Oportunidad de mejora (OM) No. 1 Implementación de controles para el monitoreo de la disponibilidad de recursos en proyectos de inversión A partir del seguimiento realizado al monitoreo y materialización de riesgos correspondiente al primer semestre de la vigencia, se evidenció que la causa relacionada con la disminución o baja asignación de recursos para la ejecución de los proyectos de inversión asociada al riesgo RG-DIES-1, no dispone de controles específicos que permitan monitorear la suficiencia presupuestal, generar alertas sobre riesgos de desfinanciación o gestionar oportunamente ajustes de recursos. Por lo anterior, se recomienda evaluar la incorporación de controles que fortalezcan el tratamiento de esta causa, garantizando una cobertura integral del riesgo identificado.		X	N/A	Oficina Asesora de Planeación y Aseguramiento de Procesos	Mapa de Riesgos Institucional

7. FORTALEZAS

- Cumplimiento de los principios de transparencia y acceso a la información pública, evidenciado en la publicación oportuna del Mapa de Riesgos Institucional 2026 y de los informes de monitoreo y seguimiento de riesgos en la página web institucional, facilitando el acceso de los grupos de valor a la información relacionada con la gestión del riesgo.
- Madurez en la gestión integral del riesgo institucional, reflejada en la identificación, valoración y monitoreo de riesgos de gestión, fiscales, seguridad de la información, integridad/corrupción e integridad/LAFT, bajo los lineamientos de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo del DAFP versión 7.
- Fortalecimiento del rol de la segunda línea de defensa, mediante la actualización del Procedimiento de Gestión de Riesgos, la Política y Metodología de Riesgos y la Matriz Institucional de Riesgos, en concordancia con los lineamientos normativos y metodológicos vigentes.
- Compromiso de los procesos con el monitoreo de riesgos, evidenciado en la entrega general oportuna de los reportes de seguimiento trimestral y en la realización de las actividades de monitoreo, revisión y tratamiento de riesgos por parte de los responsables de proceso.



INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

- Adecuada articulación de las líneas de defensa, observándose la participación coordinada de la primera, segunda y tercera línea en las actividades de monitoreo, seguimiento, verificación y evaluación de la gestión del riesgo institucional.

8. DEBILIDADES

- Debilidades en el diseño de controles asociados a varios riesgos institucionales, debido a que algunos no incorporan de manera explícita la totalidad de los atributos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo del DAFP, especialmente en lo relacionado con frecuencia de ejecución, evidencias generadas y acciones ante desviaciones.
- Insuficiente documentación y trazabilidad de las evidencias de ejecución de algunos controles, lo que dificulta demostrar de manera objetiva, uniforme y verificable su aplicación y efectividad.
- Existencia de controles cuya redacción no refleja completamente las actividades que realmente se ejecutan, generando diferencias entre el diseño documentado y la operación efectiva del control.
- Limitaciones en la conservación y disponibilidad de soportes documentales, evidenciadas en algunos procesos donde no fue posible verificar completamente la ejecución de ciertos controles por ausencia de registros, actas o documentos de respaldo.
- Oportunidades de mejora en la alineación entre riesgos, causas y controles, debido a que algunos controles presentan superposición de actividades, escasa diferenciación o una relación limitada con las causas que pretenden mitigar.
- Debilidades en la definición explícita de evidencias dentro de las matrices de riesgos, situación observada en diferentes procesos y que restringe la capacidad de seguimiento y evaluación por parte de las líneas de defensa.
- Necesidad de fortalecer la cultura de documentación del control, de manera que las actividades de revisión, validación, seguimiento y toma de decisiones queden suficientemente soportadas para efectos de monitoreo, evaluación y mejora continua.
- Debilidades en la trazabilidad de algunas validaciones y revisiones efectuadas en procesos financieros y presupuestales, debido a que los soportes utilizados no siempre permiten identificar claramente la correspondencia entre el control ejecutado y el registro que evidencia su aplicación.
- Necesidad de fortalecer la estandarización en el diseño de controles institucionales, garantizando que todos los procesos incorporen de manera uniforme los criterios metodológicos exigidos por la Guía para la Gestión Integral del Riesgo versión 7 del DAFP.

Observación OAPAP Sobre la debilidad:

"Debilidades en el diseño de controles asociados a varios riesgos institucionales, debido a que algunos no incorporan de manera explícita la totalidad de los atributos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo del DAFP, especialmente en lo relacionado con frecuencia de ejecución, evidencias generadas y acciones ante desviaciones."

Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital -UAECD-

Av. Carrera 30 No. 25 90, Torre B Piso 2

+57 (601) 2347600

Código Postal: 111311

EIGE-01-FR-02

V.2





INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

Si bien entendemos que como parte de la mejora continua se puede fortalecer la redacción de algunos controles para que sean más claros o precisos en el mapa de riesgos, es necesario precisar que está establecido el cumplimiento de los seis criterios de diseño del control desde la documentación del sistema de gestión.

Respuesta OCI:

La Oficina de Control Interno reconoce que los seis criterios de diseño de los controles pueden encontrarse desarrollados en la documentación del Sistema de Gestión; sin embargo, la debilidad identificada no está relacionada con su inexistencia, sino con que algunos de estos atributos no se evidencian de manera explícita en la descripción del control en la matriz de riesgos institucional.

En consecuencia, aunque se comparte el criterio de Planeación respecto a la posibilidad de fortalecer la redacción de los controles, la OCI considera que esta situación trasciende un aspecto meramente formal, dado que afecta la claridad, trazabilidad y evaluación objetiva del diseño de los controles frente a los lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo del DAFP. Por lo anterior, se mantiene la observación y la recomendación orientada a que los atributos del control sean claramente identificables en su descripción, sin necesidad de acudir a documentación complementaria para verificar su diseño.

9. CONCLUSIONES

- La UAECD mantiene implementado y operando su esquema de gestión integral del riesgo, evidenciando actividades de identificación, valoración, monitoreo y seguimiento de los riesgos institucionales, en concordancia con los lineamientos y metodologías vigentes.
- Se evidenció un adecuado funcionamiento de las líneas de defensa, especialmente en las actividades de monitoreo, seguimiento y consolidación de la información de riesgos, contribuyendo al fortalecimiento del Sistema de Control Interno.
- La actualización de los instrumentos institucionales de gestión de riesgos por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Aseguramiento de Procesos (OAPAP) refleja el compromiso de la entidad con la mejora continua y la alineación a los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP).
- Durante el periodo evaluado se presentó la materialización de un riesgo de gestión; sin embargo, se observó la implementación oportuna de acciones de tratamiento y mejora encaminadas a evitar su recurrencia.
- No se evidenció materialización de riesgos de seguridad de la información durante el primer semestre de 2026, aspecto que refleja la efectividad de las actividades de monitoreo y control implementadas en esta materia.
- La evaluación de la efectividad de los controles permitió concluir que, en términos generales, estos se encuentran operando; no obstante, persisten oportunidades de fortalecimiento en su diseño y documentación para garantizar el cumplimiento integral de los atributos definidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo versión 7 del DAFP.
- Las principales recomendaciones identificadas están relacionadas con el fortalecimiento de la trazabilidad de las evidencias, la precisión en la formulación de controles, la definición de frecuencias de ejecución y la incorporación de acciones frente a desviaciones o incumplimientos.
- En términos generales, la gestión del riesgo en la UAECD presenta un nivel de madurez favorable y constituye una herramienta que contribuye al cumplimiento de los objetivos institucionales, sin perjuicio de continuar fortaleciendo los controles y mecanismos de seguimiento para incrementar su efectividad.



INFORME DE EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO, AUDITORÍA O ASESORIA Y/O ACOMPAÑAMIENTO

9. RECOMENDACIONES

- Fortalecer el diseño de los controles institucionales, asegurando que incorporen de manera explícita los atributos definidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo del DAFP: responsable, acción de control, frecuencia, evidencia y actuación frente a desviaciones o incumplimientos ya que, en la matriz de riesgos institucional, si bien se identifican todos los criterios estos se encuentran muy generalizados.
- Robustecer la documentación de las evidencias asociadas a los controles, definiendo de manera clara los registros, sistemas de información, actas, informes o demás soportes que acrediten su aplicación y faciliten las actividades de monitoreo y evaluación.
- Aprovechar la formulación del mapa de riesgos institucional 2027 con el fin de garantizar que todas las causas identificadas cuenten con mecanismos de control adecuados y que estos contribuyan efectivamente a la mitigación de los riesgos institucionales.

NOTA: Las observaciones y recomendaciones presentadas por la Oficina de Control Interno en sus informes tienen como fin generar valor para la Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital, contribuyendo al logro efectivo de los objetivos misionales a través de la mejora continua de los procesos, por esta razón, se espera sean consideradas por los responsables, a quienes se conmina a la realización de los ajustes, correcciones o mejora a que haya lugar, y a incluirlas en el aplicativo del Sistema de Gestión vigente y gestionarlas de manera adecuada, oportuna y preventiva, ante la posible materialización de riesgos y/o pronunciamientos de los diferentes organismos externos de control. Adicionalmente, es de gran importancia comprender que dada la magnitud de la información, lo evaluado, observado, recomendado y demás aspectos señalados en los informes por esta Oficina, tiene fundamento en verificaciones y revisiones realizadas sobre muestras seleccionadas con técnicas de auditoría, es decir, no es posible cubrir el cien por ciento del universo, por lo cual los responsables de los procesos y la Alta dirección deben tener presente el autocontrol y considerar la existencia de riesgos dentro de la información no seleccionada, para lo cual es factible pensar en extrapolar los efectos, controles y correctivos sugeridos para la muestra sobre el total del universo.

LUZ ANGELA FONSECA RUIZ
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró: Astrid Cecilia Sarmiento Rincón-Profesional Especializado OCI, Bibiana Stella Tijero Sánchez, Eliana del Pilar López Rodríguez, Rafael Ignacio Díaz Lugo, Walter Alvarez Bustos -Profesionales Contratistas—OCI
Revisó: Luz Angela Fonseca Ruiz
Anexos: Registro segunda línea de defensa, matriz de riesgos I y II trimestres 2026