



**INFORME DE SEGUIMIENTO A LOS MAPAS DE RIESGOS
CORRUPCIÓN Y FISCAL
II CUATRIMESTRE DE 2026**

GRUPO INTERNO DE TRABAJO
DE CONTROL INTERNO
SEPTIEMBRE 2026

TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN	3
2.	OBJETIVO	3
3.	ALCANCE	4
4.	MARCO LEGAL / CRITERIOS	4
5.	METODOLOGÍA	5
6.	DESARROLLO	6
6.1.	SEGUIMIENTO DE LA TERCERA LÍNEA DE DEFENSA.....	6
6.2.	ANÁLISIS INDEPENDIENTE SOBRE LOS RESULTADOS DEL MONITOREO DE LA SEGUNDA LÍNEA.....	10
6.3.	ALERTA SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PTEP Y DEL SIGRIP.....	11
6.4.	NUEVA POLÍTICA DE RIESGOS Y BRECHA DE IMPLEMENTACIÓN	12
7.	CONCLUSIONES.....	13
8.	RECOMENDACIONES.....	14

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Criterios para la evaluación de controles	6
Tabla 2.	Resumen de resultados de verificación de controles, II cuatrimestre de 2026.	7
Tabla 3.	Evolución del Monitoreo de Segunda Línea (I Trimestre vs. II Trimestre 2026).....	10
Tabla 4.	Comparativo de Transición Metodológica y Brechas para la Implementación de la Política de Riesgos 2026.	12

1. INTRODUCCIÓN

El presente informe contiene los resultados del seguimiento efectuado por el Grupo Interno de Trabajo de Control Interno a los siete (7) riesgos de corrupción identificados por los líderes de los procesos, en la Unidad Administrativa Especial Contaduría General de la Nación (CGN), para el periodo comprendido entre el 1 de mayo y el 31 de agosto de 2026. El análisis integra el monitoreo de la primera línea, el informe correspondiente al segundo trimestre elaborado por el GIT de Planeación como segunda línea y la verificación y evaluación de efectividad con respecto a las evidencias, efectuada por la tercera línea de aseguramiento.

La evaluación de riesgos identificados y los controles aplicados en los procesos, se sustentó en las matrices de riesgos vigentes, las cuales se encuentran articuladas con la versión anterior de la Política de Administración del Riesgo. Lo anterior en consideración a que la entidad avanza en la implementación de la Programa de Transparencia y Ética Pública, cuyo componente programático agrupa acciones estratégicas organizadas por temáticas, como la administración de riesgos, que comprende la incorporación de los lineamientos para la identificación y tratamiento de los riesgos a la integridad pública.

Este proceso de implementación requiere un periodo transitorio, que permita adoptar, al interior de la Entidad, los nuevos conceptos introducidos por la Política de Administración del Riesgo V3 aprobada en julio de 2026 y la cual se encuentra articulada con la metodología establecida por Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), en la Guía para la gestión integral del Riesgo en Entidades Públicas versión 7 y con el Programa de Transparencia y Ética Pública.

En ese sentido, la evaluación de los riesgos de corrupción para el segundo cuatrimestre se realizó considerando la estructura, las categorías y los parámetros establecidos para la matriz de riesgos de corrupción que aún no se ha actualizado de conformidad a lo establecido en el Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública (SIGRIP); no obstante, en el presente informe se mencionan aspectos importantes que permitirán adoptar medidas que disminuyan las brechas identificadas, con el fin de lograr la óptima implementación del PTEP y la Política de Administración del Riesgo.

2. OBJETIVO

Evaluar la aplicación de los controles establecidos para los riesgos de corrupción durante el segundo cuatrimestre de 2026; identificar la brecha entre la matriz vigente y la Política de Administración del Riesgo aprobada el 8 de julio de 2026; y comunicar alertas y recomendaciones que contribuyan al fortalecimiento de la gestión del riesgo y del Sistema de Control Interno.

3. ALCANCE

Para el periodo comprendido entre el 1 de mayo y el 31 de agosto de 2026, la evaluación abarcó los controles asociados a ocho (8) riesgos registrados en la *Matriz de Riesgos de Gestión, Fiscales y de Corrupción*: siete (7) de corrupción y uno (1) fiscal¹.

Al respecto, se precisa que los únicos procesos que cuentan con riesgos objeto de este seguimiento son: Centralización de la Información, Gestión Humana, Gestión Administrativa, Gestión de Recursos Financieros, Gestión TIC, y Control y Evaluación.

El detalle del análisis para cada riesgo, junto con las observaciones y recomendaciones formuladas por la tercera línea de aseguramiento se consolidó en la matriz de seguimiento en formato Excel anexo a este documento.

Para el análisis de evolución se comparó el informe del GIT de Planeación correspondiente al segundo trimestre de 2026 con el informe correspondiente al trimestre anterior y los soportes enviados por el GITLa revisión de la transición metodológica incluyó los siguientes referentes normativos e institucionales:

- **Política de Administración del Riesgo:** Versión 02 (2023) y Política PI-POL02 Versión 03 (2026).
- **Lineamientos Institucionales:** Anexo Técnico del Programa de Transparencia y Ética Pública.
- **Comunicaciones Oficiales:** Circular CIR26-00000049 / GFPU 13130000 del 24 de junio de 2026.

4. MARCO LEGAL / CRITERIOS

- **Ley 87 de 1993:** Literales a y d del artículo 2. *Objetivos del Sistema de Control Interno* y literal f del artículo 12. *Funciones de los auditores internos*.
- **Ley 1474 de 2011:** Literal i del artículo 72 *Funciones del Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción* (Adicionado por el artículo 34 de la Ley 1778 de 2016). Artículo 73. *Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano*, reglamentado por el Decreto 1122 de 2024.
- **Ley 1712 de 2014:** Literal g del artículo 9. *Información mínima obligatoria respecto a la estructura del sujeto obligado*.

¹ Se realizó seguimiento al riesgo fiscal, considerando su materialización en el cuatrimestre anterior.

- **Decreto 403 de 2020:** Artículo 62. Sistema de Alertas del Control Interno.
- **Decreto 1083 de 2025:** literal c del artículo 2.2.21.4.9. *Informes*, modificado por el Decreto 648 de 2017.
- **Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas (versión 6)** emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública en noviembre de 2022.
- **Guía para la gestión integral del riesgo en entidades públicas (versión 7)**, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública en septiembre 2025.
- **Política de Administración del Riesgo de la Unidad Administrativa Especial Contaduría General de la Nación**, Versión 03, aprobada el 08 de julio de 2026.
- **Informe ejecutivo de revisión y seguimiento al monitoreo de los riesgos de gestión, fiscales, corrupción, proyectos de inversión y seguridad de la información y ciberseguridad**, segundo trimestre de 2026, elaborado por el GIT de Planeación.
- **Circular CIR26-00000049 / GFPU 13130000 del 24 de junio de 2026.** Emitida por la Secretaría de Transparencia.

5. METODOLOGÍA

La evaluación de los riesgos se desarrolló a partir de las siguientes tres etapas:

- Identificación y consolidación de la información:** El GIT de Control Interno, en ejercicio de la tercera línea de aseguramiento, requirió el monitoreo de los controles documentado en las matrices de riesgos, los soportes correspondientes y el seguimiento realizado por la segunda línea de aseguramiento.
- Verificación de aplicación de los controles:** Se realizó la verificación de los soportes documental y técnica de la aplicación de los controles y de las acciones de monitoreo y tratamiento reportadas por los procesos, verificando su alineación con los controles definidos en la matriz institucional, para lo cual se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

Tabla 1. Criterios para la evaluación de controles

¿Se analizaron los controles?			Efectividad de los controles: ¿Previenen o detectan las causas, son confiables para la mitigación del riesgo?			Responsable de los controles: ¿Cuentan con responsables para ejercer la actividad?		Periodicidad de los controles: ¿Son oportunos para la mitigación del riesgo?		Evidencias de los controles: ¿Se cuenta con pruebas del control?	
NO TIENE CONTROLES	SI	NO	NO TIENE CONTROLES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

Fuente: Elaboración GIT de Control Interno.

Asimismo, cuando aplicó, se verificó la gestión adelantada frente a la materialización de riesgos, incluyendo el análisis de causas, las actuaciones efectuadas por las líneas de aseguramiento y el cumplimiento de las disposiciones institucionales aplicables.

- c. Síntesis y trazabilidad de la información:** Consolidación de las observaciones y recomendaciones derivadas de la evaluación del II cuatrimestre de 2026, en las que se identificaron oportunidades de mejora respecto del diseño de los controles, las evidencias establecidas y de la efectividad de estos.

Finalmente, se contrastó la matriz con la política de 2026, el PTEP y la Circular CIR26-00000049 para establecer la brecha de implementación y formular la alerta correspondiente.

6. DESARROLLO

6.1. SEGUIMIENTO DE LA TERCERA LÍNEA DE DEFENSA

La tercera línea de aseguramiento evaluó los controles asociados a los ocho (8) riesgos objeto de seguimiento —siete (7) de corrupción y uno (1) fiscal, verificando que la totalidad cuenta con responsable asignado y una periodicidad adecuada.

En términos de efectividad, la revisión arrojó los siguientes resultados:

- **Efectivos:** Cuatro (4) controles aportaron evidencia suficiente de diseño y ejecución para prevenir o detectar las causas asociadas.
- **Parcialmente efectivos:** Tres (3) controles mostraron limitaciones en su diseño o en el alcance de sus mecanismos frente a factores de riesgo como conflicto de interés o favorecimiento.

- **No efectivo / Con inconsistencia de evidencia:** En un (1) riesgo, los soportes no demostraron el cubrimiento del universo total de requerimientos ni contaron con una fuente independiente para detectar omisiones.

A continuación, se presenta la síntesis de los resultados y el estado de la verificación efectuada por el GIT de Control Interno para cada uno de los procesos y riesgos evaluados durante el periodo:

Tabla 2. Resumen de resultados de verificación de controles, II cuatrimestre de 2026.

N°	Proceso	Riesgo / Tipo	Evaluación OCI (Analizado / Efectivo / Evidencia)	Resultado de la Verificación (Síntesis)
1	Centralización de la Información	Solicitud/recepción de dádivas en trámite de requerimientos. (Corrupción)	Sí / No / Sí	Respecto a la ejecución del control asociado a este riesgo, se aportó evidencia del seguimiento mensual y la supervisión contractual en catorce (14) contratos. En los soportes aportados para el seguimiento del II cuatrimestre, no se evidenció que el control, tal como se encuentra documentado en la matriz, incorpore de manera expresa y trazable el contraste entre los informes de actividades de los analistas el pronunciamiento del coordinador con respecto a las actividades desarrolladas por el contratista. Esto permitiría verificar la cobertura de los eventos o situaciones que mitiguen la posibilidad de recibir o solicitar dádivas por omitir requerimientos. En los comentarios remitidos al informe preliminar, el proceso precisó que los requerimientos formulados por la CGN se originan en criterios previamente establecidos y en información derivada, entre otros, de planes de trabajo, evaluaciones, reportes y sistemas institucionales, los cuales proporcionan elementos de trazabilidad sobre la gestión adelantada. Si bien se evidenció la ejecución del control y se cuenta con soportes que acreditan su aplicación, estos no permitieron determinar su efectividad para detectar posibles omisiones deliberadas en la formulación de requerimientos.
2	Gestión Humana	Favorecimiento a terceros en el ajuste del Manual de Funciones. (Corrupción)	Sí / Si/ Sí	Para el segundo cuatrimestre de 2026, las evidencias revisadas demostraron la ejecución del control mediante la consulta sindical sobre la modificación del Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales.

N°	Proceso	Riesgo / Tipo	Evaluación OCI (Analizado / Efectivo / Evidencia)	Resultado de la Verificación (Síntesis)
				En relación con el diseño del control, se identificaron limitaciones en su capacidad para mitigar el riesgo de favorecimiento a terceros, debido a que la consulta sindical, cuyas observaciones no tienen carácter vinculante, no constituye por sí sola un mecanismo suficiente para prevenir o detectar posibles situaciones de favorecimiento. Si bien el proceso precisó que las modificaciones del Manual se fundamentan en necesidades institucionales, estudios técnicos y requisitos normativos, estos elementos no se encuentran incorporados expresamente como criterios verificables en el diseño del control ni en las evidencias definidas para su ejecución. Adicionalmente, se observó que la frecuencia establecida como «mensual» no corresponde con la naturaleza del control, cuya ejecución depende de las necesidades institucionales de modificación del Manual. En consecuencia, se identifica una oportunidad de mejora en el diseño del control, sus evidencias y periodicidad.
3	Gestión Administrativa	Direccionamiento contractual en procesos de selección. (Corrupción)	Sí / Sí / Sí	Se verificó la designación de equipos estructuradores/evaluadores colectivos en 8 procesos (MC, SAMC, SASIE) y capacitación en transparencia. Medida pertinente para reducir la intervención individual.
4	Gestión Recursos Financieros	Solicitud o recepción de dádivas en el manejo de caja menor. (Corrupción)	Sí / No / Sí	El proceso aportó las evidencias (arqueos, extractos y auxiliares contables de mayo a agosto), las cuales permiten observar la operatividad del control. Con respecto a la efectividad, el resultado de la evaluación permite concluir que el control NO es efectivo, si bien se orienta a la detección de inconsistencias financieras, esta revisión no evita que se materialice la conducta o acción que genera el riesgo; es decir, que los valores registrados sean consistentes; no previene la desviación de los recursos. El arqueo de la caja menor es una medida posterior y correctiva y se requiere realizar un análisis para definir un nuevo control que mitigue de manera preventiva la materialización del riesgo.
5	Gestión Recursos Financieros	Pagos extemporáneos en	Sí / No / Sí	Pese a que en el anterior cuatrimestre el riesgo se materializó, no se observa modificaciones al control, ni la

Nº	Proceso	Riesgo / Tipo	Evaluación OCI (Analizado / Efectivo / Evidencia)	Resultado de la Verificación (Síntesis)
		declaraciones de impuestos. (Fiscal)		implementación de acciones orientadas a mitigar su ocurrencia. Se observa el cumplimiento del plan de acción asociado a la materialización del riesgo. Se aportaron los correos del calendario interno y seguimientos mensuales. Control preventivo efectivo que atiende directamente la causa raíz, evitando sanciones e intereses de mora.
6	Gestión TIC	Uso o divulgación inapropiada de información institucional. (Corrupción)	Sí / Sí / Sí	Se acreditaron 6 acuerdos de confidencialidad, la ejecución del Plan de Sensibilización 2026 y la gestión de accesos mediante GLPI (formato GTI10-FOR09). Controles ejecutados según su diseño.
7	Gestión TIC	Adquisición de bienes/servicios tecnológicos innecesarios. (Corrupción)	Sí / Si / Sí	Se revisaron 3 Fichas de Viabilidad Técnica (GTI04-FOR01) que justifican la necesidad técnica. El resultado de la evaluación permite inferir que el control es efectivo, no obstante, se requiere verificar la acción en caso de desviación, considerando que ajustar el Plan de adquisiciones no corrige la conducta que originó la materialización del riesgo.
8	Control Evaluación y	Solicitud/recepción de dádivas en la elaboración de informes. (Corrupción)	Sí / Si / Sí	Se verificaron las listas de asistencia y socialización en ética. Se deberá programar la evaluación de apropiación del conocimiento para culminar el segundo semestre de acuerdo con la periodicidad establecida en el Control.

Fuente: Elaboración propia del GIT de Control Interno, con base en la Matriz de Riesgos de Gestión, Corrupción y Fiscales y los resultados de la verificación del periodo.

En términos generales, la tercera línea de aseguramiento analizó los controles asociados a los ocho (8) riesgos objeto de evaluación (siete (7) de corrupción y uno (1) fiscal), de los resultados se observó que el 100% cuenta con un responsable formalmente asignado y con una periodicidad definida.

En términos de efectividad, la revisión evidenció resultados heterogéneos: cinco (5) controles resultaron efectivos al prevenir o detectar adecuadamente las causas asociadas y tres (3) controles no efectivos.

Para consultar el detalle de la evidencia revisada, las observaciones específicas formuladas a cada uno de los riesgos y la recomendación remítase al documento adjunto ***Matriz Consolidada de Evaluación de Controles y Riesgos de Corrupción y Fiscal (Excel)***.

6.2. ANÁLISIS INDEPENDIENTE SOBRE LOS RESULTADOS DEL MONITOREO DE LA SEGUNDA LÍNEA

En cumplimiento de su rol de aseguramiento independiente y objetivo, la tercera línea adelantó un análisis sobre el monitoreo reportado por la segunda línea (GIT de Planeación). Esta revisión busca fortalecer de manera continua la efectividad de los controles y la cultura de gestión del riesgo, asegurando la oportunidad, suficiencia, trazabilidad y consistencia de la información institucional.

El informe de la segunda línea de aseguramiento (GIT de Planeación) correspondiente al segundo trimestre de 2026 mantuvo una cobertura del 100% de los ocho (8) riesgos verificados (siete (7) de corrupción y uno (1) fiscal), indicando que la totalidad de los procesos presentó sus reportes dentro de los plazos institucionales. Frente al primer trimestre de 2026, la segunda línea reportó una mejora en la oportunidad y en la calidad de algunos soportes, así como el cierre formal de las acciones de los planes de acción para el tratamiento de riesgos, correspondientes a la vigencia 2025, sin registrar la materialización de riesgos de gestión, corrupción o fiscales en el periodo evaluado.

Si bien la tercera línea constata el cumplimiento oportuno en los tiempos de reporte por parte de los procesos, esta condición no elimina las debilidades estructurales advertidas en el seguimiento de la segunda línea. En la evaluación realizada se ratifica la persistencia de falencias relacionadas con el envío de soportes incompletos, archivos sin las firmas de los responsables, deficiencias en la nomenclatura y ubicación en repositorios oficiales, evidencias sin relación directa con el control, y el empleo de muestreos no contemplados en el diseño original.

De igual forma, se confirma la presencia de reportes sobre actividades vinculadas a planes de acción cerrados en la vigencia 2025, aspecto que requiere una verificación profunda por los procesos con el fin de efectuar la depuración de la información y la identificación de los riesgos y controles y definición de planes de acción para el tratamiento de riesgos, orientados a la disminución del riesgo residual.

Tabla 3. Evolución del Monitoreo de Segunda Línea (I Trimestre vs. II Trimestre 2026).

Aspecto	Primer Trimestre de 2026	Segundo Trimestre de 2026
Oportunidad	Reportes entregados dentro del plazo institucional.	100% de los procesos reportó dentro del plazo.
Evidencias	Limitaciones de suficiencia, completitud y trazabilidad.	Mejora parcial; persisten faltantes, ausencias de firma y falta de relación directa entre el soporte y el control.
Planes de Acción	No se evidenciaron actividades adicionales en varios riesgos.	Cierre de acciones 2025; continúan reportándose hitos de vigencias anteriores.
Materialización	Sin materialización de corrupción; se analizó un evento fiscal.	Sin materialización de riesgos de gestión o corrupción.

Actualización Metodológica	Se recomendó armonizar política e instrumentos con la Guía DAFP v7.	Se inició la actualización de la política y se proyectó el ajuste de las matrices.
-----------------------------------	---	--

Fuente: Elaboración del GIT de Control Interno, basada en la Matriz de Riesgos Institucionales y el resultado de la verificación adelantada.

En síntesis, si bien la segunda línea refleja disciplina en el cumplimiento de los tiempos de reporte y avances en la gestión documental, la tercera línea precisa que la oportunidad en la entrega no permite concluir, por sí misma, la efectividad de los controles evaluados. Esto se debe a que persisten observaciones abiertas en aspectos clave como la calidad y pertinencia de la evidencia, la cobertura del control y la depuración de los planes de tratamiento.

En consecuencia, las observaciones formuladas por la tercera línea constituyen insumos de aseguramiento para que la administración (primera línea) y el equipo de seguimiento (segunda línea) implementen los ajustes necesarios en la correcta identificación, diseño, y evidencias, contenidas en los mapas de riesgo de corrupción.

6.3. ALERTA SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PTEP Y DEL SIGRIP

La Circular CIR26-00000049 / GFPU 13130000 expedida el 24 de junio de 2026, por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, dispuso que, para efectos del levantamiento de información con cada proceso, para la identificación, descripción, valoración y control de las matrices o mapas de riesgos, podrá extenderse por un plazo “razonable” y hasta por seis (6) meses después de la fecha límite establecida (15 de septiembre de 2026); no obstante, consideran pertinente construir un cronograma que contemple desde el levantamiento de riesgos hasta que el SIGRIP esté formulado y adoptado.

Esta temática se abordó en la sesión del 18 de agosto del 2026 del Comité de Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI) y en las dos (2) últimas sesiones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño².

Es importante mencionar que, la política institucional para la Administración del Riesgo se actualizó el 8 de julio de 2026 y reconoce los siete factores de riesgo. Sin embargo, con la documentación verificada para esta evaluación, no se observó el plan de acción o el cronograma para la modificación e implementación de las matrices de riesgos, por lo cual, no será posible comprobar la adopción e implementación integral de los elementos del PTEP.

En consecuencia, existe una alerta, con respecto al posible incumplimiento de los términos establecidos, en el caso de que la entidad no cuente con el plan de acción o el cronograma para la modificación e implementación de las matrices de riesgos, cuya confirmación exige que la instancia responsable consolide y acredite las actuaciones adoptadas y su publicación.

² Última sesión del Comité de Gestión y Desempeño se realizó el 14 de septiembre de 2026.

6.4. NUEVA POLÍTICA DE RIESGOS Y BRECHA DE IMPLEMENTACIÓN

La Política PI-POL02 versión 3 representa un cambio de alcance y de enfoque frente a la política anterior. Pasa de un tratamiento concentrado en riesgos de gestión, corrupción, fiscales, seguridad de la información y proyectos a una gestión integral que incorpora expresamente los riesgos para la integridad pública, la función de cumplimiento y los siete factores definidos por la Guía versión 7.

También incorpora apetito y tolerancia, indicadores clave de riesgo (KRI) vinculados con indicadores de desempeño (KPI), análisis de madurez, debida diligencia y herramientas especializadas del SIGRIP.

Tabla 4. Comparativo de Transición Metodológica y Brechas para la Implementación de la Política de Riesgos 2026.

Dimensión	Política anterior y matriz actual	Política de 2026	Brecha por superar
Alcance	Riesgos de corrupción como tipología diferenciada.	Riesgos para la integridad pública con siete factores.	Identificar y valorar de forma diferenciada corrupción, soborno, fraude, conflicto de intereses, lavado de activos (LA), Financiación del Terrorismo (FT) y, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masivas (FP).
Gobernanza	Esquema tradicional de líneas de defensa.	Incluye función de cumplimiento y articulación del SIGRIP.	Formalizar su distribución, responsabilidades, reportes y coordinación.
Conocimiento de contrapartes	No se observa como componente estructurado de la matriz.	Exige mecanismos de debida diligencia.	Adoptar lineamiento y aplicar mecanismos simplificados, ordinarios y ampliados.
Herramientas específicas	Controles y planes generales.	Políticas y procedimientos antisoborno, antifraude, AntiLavado de Activos (ALA), Contra la Financiación del Terrorismo (CFT), conflictos, denuncias y operaciones sospechosas.	Formular, adoptar, integrar y divulgar los instrumentos.
Medición	Probabilidad, impacto y riesgo residual según Guía versión 6.	Incluye apetito, tolerancia, KRI y articulación con KPI.	Definir umbrales, fuentes, responsables y escalamiento.

Fuente: Elaboración propia del GIT de Control Interno.

La discordancia actual es metodológica y operativa: la política vigente desde el 8 de julio de 2026 exige una gestión integral, mientras la matriz evaluada conserva la categoría de corrupción, la estructura de valoración y los controles diseñados bajo la Guía versión 6. Esta situación limita la aplicación uniforme de la política, dificulta el seguimiento de los siete factores y mantiene controles que no siempre responden de manera directa a las causas de integridad identificadas.

La brecha no se supera únicamente con la aprobación de la política, requiere una estrategia institucional que establezca procesos, productos, secuencia, plazos, evidencias y mecanismos de seguimiento para completar los elementos del PTEP y del SIGRIP, y actualizar posteriormente las matrices dentro del plazo razonable definido por la entidad.

7. CONCLUSIONES

De conformidad con el objetivo del presente seguimiento, el Grupo Interno de Trabajo de Control Interno evaluó la aplicación de los controles asociados a los siete (7) riesgos de corrupción y el seguimiento a un (1) riesgo fiscal, correspondientes al II cuatrimestre de 2026, analizó la transición metodológica e identificó las brechas de implementación institucional. A partir de este análisis se concluye lo siguiente:

- 1. Alineación y Operatividad General de los Controles Evaluados:** La UAE Contaduría General de la Nación cuenta con controles definidos, asignación de responsables en el 100% de los casos y monitoreo por parte de la primera y segunda línea de aseguramiento. Durante el periodo evaluado no se registró la materialización de riesgos de corrupción. Sin embargo, el análisis de efectividad arrojó resultados heterogéneos: cinco (5) controles resultaron efectivos; tres (3) controles no efectivos.
- 2. Evaluación al seguimiento de la segunda línea:** A partir del análisis al informe del GIT de Planeación y de la muestra documental examinada, se observó que la tercera línea valora la disciplina de los procesos en el monitoreo de los riesgos y en el cumplimiento de los plazos de entrega del reporte. No obstante, se precisa que la puntualidad en el reporte es un requisito formal que no permite concluir, por sí solo, sobre la efectividad operativa de los controles. De acuerdo con las observaciones registradas por la propia segunda línea en su seguimiento, persisten oportunidades de mejora en la integridad documental, tales como el envío de soportes incompletos o sin firma, dificultades de acceso en repositorios oficiales, uso de muestreos no previstos en el diseño del control y el reporte reiterado de hitos sobre planes de acción que figuraban como cerrados en la vigencia 2025.
- 3. Brecha metodológica y operativa (Matriz Vigente vs. Política v3/2026):** Existe una discordancia entre la matriz de riesgos evaluada —

que conserva la metodología de la Guía DAFP v6 (2022)— y la Política de Administración del Riesgo (PI-POL02 v3 de julio de 2026), alineada con la Guía DAFP v7. La matriz actual no incorpora la aproximación a los *Riesgos para la Integridad Pública* ni sus siete (7) factores, restringiendo la gestión a un enfoque tradicional que dificulta evaluar la verdadera exposición institucional ante faltas a la integridad.

- 4. Alerta Institucional sobre el Cumplimiento del SIGRIP y del PTEP:** Si bien la adopción de la Política v3 de 2026 representa un avance normativo, esta no acredita por sí sola la implementación integral del Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública (SIGRIP) ni del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP). Ante la ausencia de evidencias sobre la formalización y notificación de la función de cumplimiento, el lineamiento de debida diligencia y las políticas específicas (Antilavado, Antisoborno, Antifraude y Conflicto de Intereses), se genera una alerta por el posible incumplimiento de los lineamientos establecidos en la Circular CIR26-00000049 al 15 de septiembre de 2026.

8. RECOMENDACIONES

- 1. Formalización de la Estrategia Institucional de Transición (SIGRIP y PTEP):** Determinación y formalización de una estrategia por parte de la instancia competente para la implementación integral de los componentes de la Política PI-POL02 versión 03 (2026), el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), la Guía para la Gestión Integral del Riesgo versión 7 del DAFP y la Circular CIR26-00000049 de la Secretaría de Transparencia. La definición de responsables, dependencias participantes, secuencia, plazos, evidencias y mecanismos de seguimiento corresponde a la administración, en el marco de sus competencias operativas.
- 2. Acreditación de Evidencias frente al Plazo de la Circular Conjunta:** Consolidación y documentación, por parte de las dependencias responsables, sobre el cumplimiento de los cuatro (4) requerimientos mínimos del SIGRIP, en especial la asignación y notificación de la función de cumplimiento, la adopción del lineamiento de debida diligencia y las políticas/procedimientos específicos con el propósito de valorar el estado de cumplimiento de la circular.
- 3. Adopción del Cronograma de Actualización de Matrices de Riesgo:** Definición de un cronograma institucional para la actualización de la Matriz de Riesgos conforme a la metodología de la Guía versión 7 del DAFP. El ajuste debe contemplar la transición hacia los Riesgos para la Integridad Pública, la identificación diferenciada de sus siete (7) factores (corrupción, soborno, fraude, conflicto de intereses, LA, FT y FP) y la coherencia técnica entre causas, eventos, consecuencias, tipología, periodicidad y controles.

4. Insumos de Aseguramiento para el Diseño de la Nueva Matriz de Riesgos y Controles de la Entidad (Guía DAFP v7): Consideración y aplicación de las debilidades de efectividad, cobertura, tipología, periodicidad y trazabilidad de la evidencia identificadas en el presente seguimiento por parte de la primera y segunda línea de defensa al momento de actualizar los mapas de riesgo institucionales. Dado que el proceso de alineación con la Guía v7 del DAFP y la transición hacia los Riesgos para la Integridad Pública implica la probable reestructuración, depuración, consolidación o sustitución de los riesgos y controles actuales, la formulación de los nuevos mecanismos de control que adopten los líderes de proceso deberá resolver de fondo las siguientes brechas operativas detectadas de manera transversal:

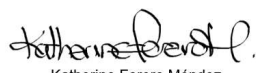
- **Mecanismos de verificación objetiva e independiente:** Incorporación de herramientas de validación cruzada y contraste directo frente a fuentes o bases de datos independientes que permitan verificar la totalidad del universo de eventos, solicitudes o trámites gestionados, evitando la dependencia exclusiva de reportes autodeclarados o consolidados por los mismos ejecutores del control.
- **Sustento técnico y trazabilidad en la toma de decisiones:** Definición de criterios metodológicos objetivos, verificables y normativamente fundamentados para las actuaciones que impliquen modificación de condiciones, requisitos o instrumentos institucionales, asegurando que la periodicidad y la tipología asignadas al control correspondan con la naturaleza y frecuencia real de la actividad.
- **Rutas de escalamiento ante presiones o conflictos de interés:** Inclusión explícita de protocolos de actuación, canales de reporte formal y rutas de escalamiento ante la primera línea, la segunda línea y la Función de Cumplimiento cuando se adviertan indicios de presión indebida, posibles conflictos de interés o intentos de favorecimiento a terceros en la ejecución de los procesos.
- **Evaluación de efectividad y apropiación:** Diseño e implementación de instrumentos periódicos de medición que permitan verificar la apropiación efectiva del conocimiento, la aplicación de los lineamientos de integridad y la efectividad operativa de las medidas adoptadas, superando el alcance de actividades orientadas únicamente a la socialización o divulgación de contenidos.

5. Aseguramiento de la Suficiencia y Trazabilidad de Evidencias: Establecimiento de lineamientos por parte de los líderes de proceso para que los soportes aportados durante el monitoreo identifiquen explícitamente el universo o muestra autorizada, los criterios de validación, los casos revisados, las firmas correspondientes y los resultados obtenidos. En aquellos controles

diseñados para el cubrimiento del 100% de los eventos, la inclusión de muestras imprevistas o parciales no sustituye la cobertura total establecida.

- 6. Depuración y Calidad en los Reportes de Monitoreo:** Revisión y depuración de los informes periódicos por parte del GIT de Planeación y los líderes de proceso, para evitar la inclusión reiterada de hitos o actividades pertenecientes a planes de acción cerrados en vigencias anteriores. Asimismo, corresponde a la administración la revaloración de los riesgos residuales para la determinación oportuna de nuevos tratamientos o ajustes operacionales.
- 7. Gestión Preventiva de Contingencias y Cumplimiento Financiero:** Mantenimiento actualizado del análisis de causa raíz y consolidación preventiva de los expedientes administrativos en el proceso de Gestión de Recursos Financieros, asegurando el sustento de actuaciones oportunas ante contingencias externas que puedan derivar en sanciones económicamente perjudiciales o intereses de mora. *(Nota: La gestión de estas causas deberá integrarse, en la nueva matriz Guía v7, bajo la categoría de riesgo operativo de proceso o dentro del factor de fraude/incumplimiento según corresponda).*

Cordialmente,


Katherine Forero Méndez
Coordinador GIT Control Interno

KATHERINE FORERO MÉNDEZ
Coordinadora GIT de Control Interno

Revisó y aprobó: Katherine Forero Gómez – Coordinadora GIT Control Interno.
Elaboró: Deisy Hernández Sotto – Profesional Especializado 