

## INFORME DE LEY – CONTROL INTERNO

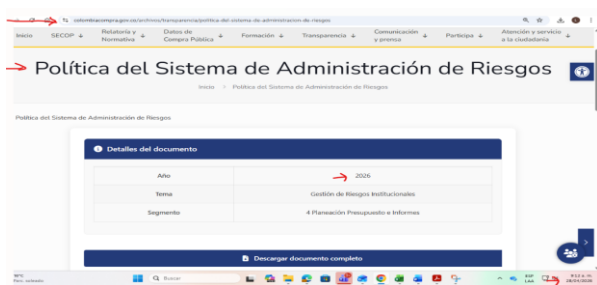
### INFORME DE SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE RIESGOS EN LA AGENCIA NACIONAL DE CONTRATACIÓN PÚBLICA – COLOMBIA COMPRA EFICIENTE A I TRIMESTRE DE 2026

La asesora Experta con Funciones de Control Interno, en cumplimiento con la Ley 87 de 1993, Ley 1474 de 2011, el Decreto 1083 de 2017, el Decreto 648 de 2017 y el Decreto 1499 de 2017, entre otras normas, presenta el Seguimiento a la Gestión de Riesgos Institucionales a corte I trimestre de 2026 desde La III línea de defensa, en aplicación del rol de evaluación de riesgos y evaluación y monitoreo. El informe se realiza de acuerdo con la información suministrada por la II línea de defensa – Grupo Interno de Planeación, Políticas Públicas y Asuntos Internacionales de la ANCP – CCE y verificación realizada por parte de Control Interno de la información de gestión de riesgos disponible en la página web institucional, intranet e información cargada en la SVE en el módulo de Riesgos.


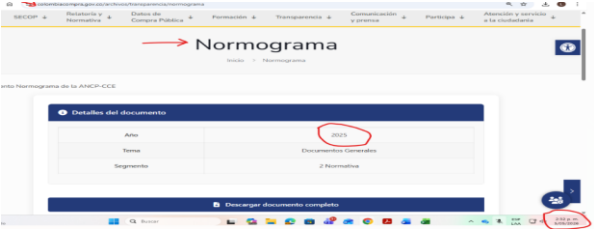
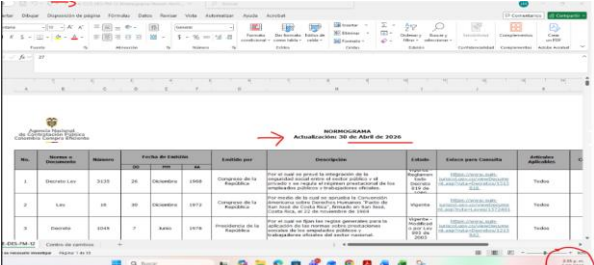
A continuación, se presentan los resultados consolidados del Seguimiento realizado por la III línea de defensa (Control Interno) a la Gestión de Riesgos Institucional a corte acumulado del I trimestre de 2026, a partir de dos criterios de revisión: Estado de implementación por parte de la I y II línea de defensa de las recomendaciones del Informe de seguimiento a riesgos a corte 31 de diciembre de 2025 y Resultados de la Eficiencia de la Gestión de Riesgos institucionales a corte I trimestre 2026.

#### 1) Estado de implementación por la I y II línea de defensa de las recomendaciones citadas en el Informe de seguimiento a Riesgos Institucionales a corte 31 de diciembre de 2025 citadas por parte de Control Interno


Verificación del Estado de implementación de Recomendaciones en Gestión de Riesgos

Recomendación	Verificación Control Interno	Estado
<p>Actualizar la Política SAR y Manual SAR, de acuerdo con los requisitos de la <b>Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas del DAFP V7.</b></p>	<p>La Política SAR publicada en la web, continúa siendo la aprobada en diciembre de 2025 en el CICCI, tal como se evidencia en la siguiente imagen de 28 de abril de 2026</p> 	<p>En desarrollo, dado la transición del SAR al SIGRIP</p> <p>NOTA: En reunión de Mesa de Trabajo de articulación SIGRIP, el Grupo Interno</p>

**INFORME DE LEY – CONTROL INTERNO**

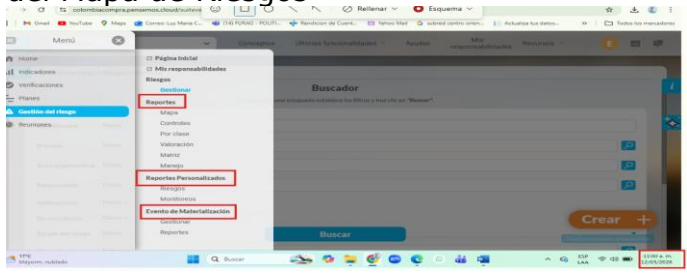
		<p>de Planeación comunicó que la ANCP CCE está en proceso de actualización de la Política SAR en el marco de implementación del SIGRIP</p>
<p>Incluir la Resolución Interna 483 de 2025 en el normograma institucional y actualizar la publicación en la web institucional</p>	<p>Verificado el Normograma Institucional en la página web institucional, a la fecha continúa pendiente la inclusión de la Resolución 483 de 2025 "por medio de la cual se adopta el MIPG y se adoptan otras disposiciones) y se observa desde Control Interno, falla de consistencia entre la identificación de la fecha de Vigencia de publicación del Normograma que figura en 2025 y al abrir el documento cita fecha 30 de abril de 2026 (tal como se evidencia en la siguiente imagen de fecha 6 de mayo de 2026)</p>   <p>Recomendación adicional: Revisar y subsanar las fallas identificadas en cuanto a las fechas de publicación del Normograma, inclusión de normas faltantes y la creación del submenú "vigencia 2026" en la página web institucional, por las instancias correspondientes según funciones.</p>	<p>Parcialmente Implementado</p> <p>Gestión Jurídica consolida el normograma Institucional y gestiona su publicación en web; sin embargo, se observa falta de inclusión de normas y gestión de creación de submenú 2026 en la web institucional.</p> <p>NOTA. En mesa de entendimiento sostenida entre Gestión Jurídica y Control Interno, se establecieron compromisos para subsanar esta recomendación.</p>

**INFORME DE LEY – CONTROL INTERNO**

<p>Actualizar el Manual metodológico del sistema de administración de riesgos, teniendo en cuenta los contenidos de Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas del DAFP V7.</p>	<p>Verificado el Manual metodológico del Sistema de Administración de Riesgos publicado en la Intranet Institucional, a la fecha continúa pendiente la actualización del Manual, dado que el publicado corresponde al CCE DES MA 02 Manual metodológico del Sistema de Administración de Riesgos V5 26 06 2024, según monitoreo de Control Interno el 7 de mayo de 2025</p> 	<p>En desarrollo, dado la transición del SAR al SIGRIP</p> <p>NOTA: En reunión de Mesa de Trabajo de articulación SIGRIP, el GI de Planeación comunico que la ANCP CCE está en proceso de actualización del Manual metodológico del SAR en el marco de implementación del SIGRIP.</p>
<p>Revisar y ajustar el Mapa de Riesgos institucional II y I (línea de defensa) acorde con lineamientos normativos vigentes y necesidades de priorización de riesgos de mayor relevancia e impacto de control.</p>	<p>Según la verificación realizada por Control Interno en la SVE El Mapa de Riesgos Institucional 2026 se actualizó con la inclusión de nuevos riesgos según necesidades Institucionales, con evidencia progresiva de aumento en el número de riesgos, pasando de 75 riesgos identificados en enero 2026 a 85 riesgos identificados en febrero del 2026 por reorganización de riesgos en tipología ambiental y de gestión del conocimiento y pasando a 92 riesgos identificados en marzo del 2026 por reorganización de riesgos en tipología estratégica entre otras actualizaciones.</p> <p>Control Interno al verificar el <b>7 de mayo de 2025</b> el Mapa de Riesgos en la web figura con un total de 85 riesgos y cita fecha actualización Marzo 2026, información que difiere con el informe de monitoreo de Riesgos de marzo 2026 emitido por la II línea de defensa que</p>	<p>Parcialmente acatada</p> <p>NOTA: En reunión de Mesa de Trabajo de articulación SIGRIP, el GI de Planeación comunicó la actualización de lineamientos asociados con la Gestión de Riesgos, según</p>



**INFORME DE LEY – CONTROL INTERNO**

<p>Revisar en conjunto con el proveedor de la herramienta SVE, la parametrización de aplicación del Modelo de líneas de defensa a nivel institucional</p>	<p>Se evidencia que se mantienen en operación los reportes: Generales (mapa, controles, clase, valoración, matriz, manejo); Personalizados y Evento de materialización. Sin embargo, continúa pendiente la parametrización del campo “recomendado” para registrar el seguimiento realizado por parte de la II y III línea de defensa, resaltando desde Control Interno que el beneficio para la Entidad, se traduce en el aporte a la eficiencia en la gestión pública, en términos de la consolidación de la cultura de integridad, segregación de responsabilidades, y transparencia, al disponer del ciclo completo del monitoreo con una visión sistémica de la Gestión de Riesgos. Así mismo se recomienda a la II línea de defensa contemplar los riesgos detectados en los Informes de Auditorias Interna o de seguimiento como “fuentes de entrada” de identificación de riesgos y por consiguiente entrada para los ajustes a lugar del Mapa de Riesgos</p> 	<p>Pendiente</p>
<p>Revisar en el reporte de controles de riesgos en la SVE, porque al seleccionar la agrupación 1: “institucional”, registra “No institucional”.</p>	<p>Al verificar el módulo de Riesgos -Reporte de Control de la SVE el 12 de mayo de 2026, se observa que continúa en igual estado el reporte de controles de riesgos, tal como se evidencia en la siguiente imagen:</p>	<p>Pendiente</p>

## INFORME DE LEY – CONTROL INTERNO

<p>Por otra parte, se solicita revisar el nombre de procesos acorde con el Mapa de procesos vigente en la ANCP CCE y realizar los ajustes a lugar</p>	<div style="text-align: center; font-size: small;"> <b>REPORTE DE CONTROLES DE RIESGOS</b>                  Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente                  12/Mar/2026 16:00             </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td style="width: 30%;">Forma de aprobación 1</td> <td style="width: 70%;">Institucional</td> </tr> <tr> <td>Forma de aprobación 2</td> <td>Ninguna</td> </tr> <tr> <td>Activo en el sistema</td> <td>Si</td> </tr> </table> <div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">NO INSTITUCIONAL. (TOTAL CONTROLES = 286)</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">CONTROL</th> <th style="width: 10%;">CLASE DE CONTROL</th> <th style="width: 10%;">ESCALA</th> <th style="width: 20%;">DESCRIPCIÓN</th> <th style="width: 10%;">RIESGO</th> <th style="width: 10%;">CLASE DE RIESGO</th> <th style="width: 10%;">ÁREA</th> <th style="width: 10%;">PROCESO</th> <th style="width: 10%;">INSTITUCIONAL</th> <th style="width: 10%;">CORUPCIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Validar que la base de datos deprecada cumple los criterios de la entidad.</td> <td>Preventiva</td> <td>Probabilidad</td> <td>Validar que la base de datos deprecada cumple los criterios de la entidad.</td> <td>Lineamientos técnicos, operativos, normativos o metodológicos que no promuevan la inclusión de las partes interesadas en el Sistema de Compra Pública.</td> <td>Riesgo Estratégico</td> <td>Subdirección de Estudios de Mercado y Abastecimiento Estratégico</td> <td>Normativa de la contratación en la administración pública</td> <td>No</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>Realizar copias de seguridad periódicas para garantizar la recuperación de la información íntegra en caso de alteración o pérdida</td> <td>Preventiva</td> <td>Probabilidad</td> <td>Realizar copias de seguridad periódicas para garantizar la recuperación de la información íntegra en caso de alteración o pérdida</td> <td>Pérdida de integridad de la información</td> <td>Riesgo de Seguridad y privacidad de la información</td> <td>Subdirección de Información y Desarrollo Tecnológico</td> <td>Activo de Formación</td> <td>No</td> <td>No</td> </tr> </tbody> </table> <p>Se observa el nombre del proceso "activos de Información" que al comparar con el Mapa de Procesos de la ANCP CCE publicado en la web institucional, éste no figura, por lo cual se solicita su revisión y/o texto de justificación de dicha denominación, aclarando que caso que dicha situación obedezca a temáticas "de riesgos comunes a nivel institucional", su identificación se realice en los procesos vigentes con descripción detallada en las causas, en cumplimiento con el numeral 3.4 "Descripción del Riesgo" de la <i>Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas V7 2025</i> que cita: como premisas para una adecuada redacción del riesgo (página 58):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No describir como riesgos fallas ni desviaciones del control</li> <li>No describir riesgos como negación de un control</li> <li>No existen riesgos transversales, lo que pueden existir son causas transversales</li> </ul>	Forma de aprobación 1	Institucional	Forma de aprobación 2	Ninguna	Activo en el sistema	Si	CONTROL	CLASE DE CONTROL	ESCALA	DESCRIPCIÓN	RIESGO	CLASE DE RIESGO	ÁREA	PROCESO	INSTITUCIONAL	CORUPCIÓN	Validar que la base de datos deprecada cumple los criterios de la entidad.	Preventiva	Probabilidad	Validar que la base de datos deprecada cumple los criterios de la entidad.	Lineamientos técnicos, operativos, normativos o metodológicos que no promuevan la inclusión de las partes interesadas en el Sistema de Compra Pública.	Riesgo Estratégico	Subdirección de Estudios de Mercado y Abastecimiento Estratégico	Normativa de la contratación en la administración pública	No	No	Realizar copias de seguridad periódicas para garantizar la recuperación de la información íntegra en caso de alteración o pérdida	Preventiva	Probabilidad	Realizar copias de seguridad periódicas para garantizar la recuperación de la información íntegra en caso de alteración o pérdida	Pérdida de integridad de la información	Riesgo de Seguridad y privacidad de la información	Subdirección de Información y Desarrollo Tecnológico	Activo de Formación	No	No
Forma de aprobación 1	Institucional																																				
Forma de aprobación 2	Ninguna																																				
Activo en el sistema	Si																																				
CONTROL	CLASE DE CONTROL	ESCALA	DESCRIPCIÓN	RIESGO	CLASE DE RIESGO	ÁREA	PROCESO	INSTITUCIONAL	CORUPCIÓN																												
Validar que la base de datos deprecada cumple los criterios de la entidad.	Preventiva	Probabilidad	Validar que la base de datos deprecada cumple los criterios de la entidad.	Lineamientos técnicos, operativos, normativos o metodológicos que no promuevan la inclusión de las partes interesadas en el Sistema de Compra Pública.	Riesgo Estratégico	Subdirección de Estudios de Mercado y Abastecimiento Estratégico	Normativa de la contratación en la administración pública	No	No																												
Realizar copias de seguridad periódicas para garantizar la recuperación de la información íntegra en caso de alteración o pérdida	Preventiva	Probabilidad	Realizar copias de seguridad periódicas para garantizar la recuperación de la información íntegra en caso de alteración o pérdida	Pérdida de integridad de la información	Riesgo de Seguridad y privacidad de la información	Subdirección de Información y Desarrollo Tecnológico	Activo de Formación	No	No																												

Fuente: Elaboración propia

## INFORME DE LEY – CONTROL INTERNO

### 2. Eficiencia en riesgos a corte primer trimestre de 2026

Control interno para verificar la eficiencia en riesgos, tuvo en cuenta:

2.1 Cumplimiento de los roles y responsabilidades de la gestión de riesgos según lo dispuesto en aplicación de la Resolución 483 de 2025 “adopción de MIPG” en el artículo 9 – Responsables del Sistema institucional de control interno (Líneas de defensa) y la frecuencia de monitoreo definida en la Política de Administración de Riesgos vigente a la fecha del presente informe.

2.2 Resultado del indicador de Eficiencia SAR definido en el Plan de Acción Institucional, así:

Producto de la verificación de la Eficiencia de Riesgos por parte de Control Interno, a continuación, se citan los resultados obtenidos:

#### 2.1 Cumplimiento de Roles y Responsabilidades



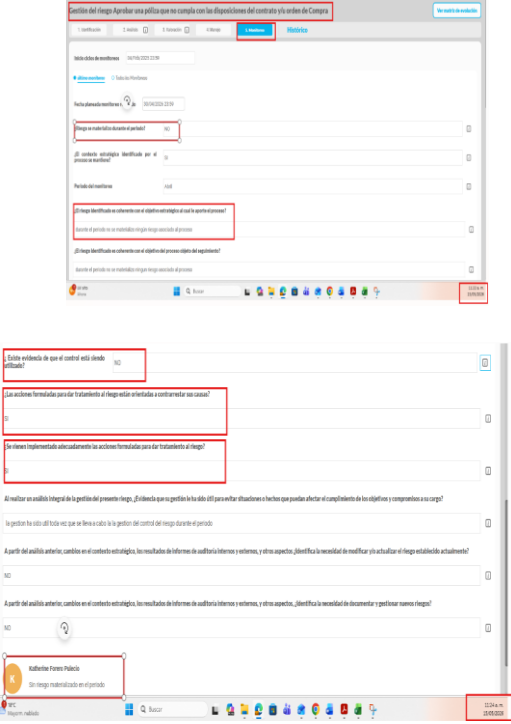
#### Política de Administración del Riesgo

Criterios de Valoración:	Niveles de riesgo y criterios de aceptación:	Tratamiento:	Monitoreo
<p>Los riesgos identificados se analizan considerando los niveles de probabilidad y de impacto. Se establecen los niveles de riesgo inherente y residual, de acuerdo con la combinación de los anteriores factores en la SVE.</p> <p>Para la determinación del riesgo residual, se consideran los criterios de valoración de controles, los cuales permiten reducir los niveles de probabilidad e impacto en función del diseño y la eficacia de los controles.</p>	<p>El apetito de riesgo se establece a partir de las cuatro (04) zonas del nivel de riesgo: extremo, alto, moderado y bajo, las cuales se distribuyen según el mapa de calor que combina los criterios de probabilidad e impacto. Se prioriza la definición e implementación de opciones de tratamiento para los riesgos que a nivel residual se valoren como alto y extremo.</p> <p>En los casos en que se requiera se pueden establecer los planes de tratamiento para los riesgos que a nivel residual queden valorados en zonas moderada o baja.</p> <p>Se debe tener en cuenta que los riesgos de integridad pública, en ningún caso serán "Asumidos".</p>	<p>Las opciones de tratamiento que aplican son: Evitar, prevenir, reducir o mitigar, compartir o transferir, asumir, compensar o corregir. Estas se establecerán de acuerdo con el nivel de cada riesgo, de acuerdo con lo establecido en la metodología.</p> <p>Para riesgos de integridad pública las opciones de tratamiento son: Evitar o prevenir.</p>	<p>La 1ª. Línea de Defensa (responsables de los riesgos) es la responsable de realizar el monitoreo mensual de los riesgos a su cargo, así como de los de integridad pública.</p> <p>La 2ª. Línea de Defensa realizará monitoreo mensual de todos los riesgos, consolida la información y genera un informe. Los líderes de componentes del SIG y el oficial de cumplimiento o quien haga sus veces debe realizar el monitoreo de los riesgos a su cargo y reportar al Grupo interno de Planeación.</p> <p>La Oficina de Control Interno realizará el seguimiento a la gestión de riesgos para cada vigencia de acuerdo con la normativa establecida.</p>





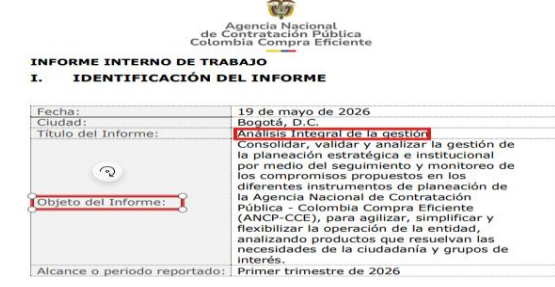
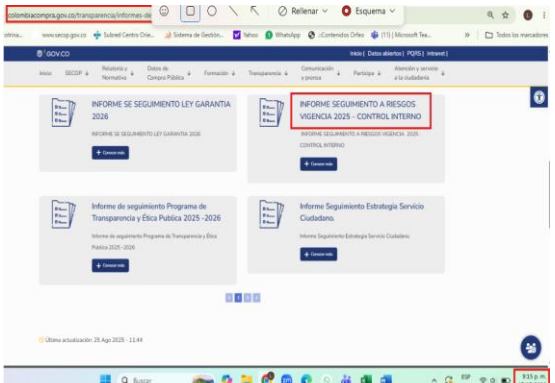
Fuente: “Contenidos” de Política SAR publicada en Web institucional

**INFORME DE LEY – CONTROL INTERNO**

**VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO ROLES Y RESPONSABILIDADES EN LA POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO**

MONITOREO	VERIFICACION CONTROL INTERNO	EVIDENCIA
<p>•La 1ª. Línea de Defensa (responsables de los riesgos) es la responsable de realizar el monitoreo mensual de los riesgos a su cargo, así como de los de integridad pública.</p>	<p>Cumple parcialmente dado que se observa:</p> <p>Inoportunidad de seguimiento de Gestión de Riesgos y/o falta de cargue de evidencias de la aplicación de controles en los procesos: Gestión de Agregación de la Demanda, Gestión de Contratación, Gestión TIC, Gestión Financiera, Gestión Jurídica, Operaciones SECOP, Relacionamento con la Ciudadanía, Seguimiento y mejora institucional, Activos de información</p> <p>Persiste fallas de consistencia en el seguimiento reportado por la I línea de defensa reportes tales como: “se han aplicado los controles sin novedades” o en otros casos “para el periodo registrado no se materializó el riesgo”, sin soportes documentados por parte de los responsables de I línea de defensa, e que den solidez al reporte de aplicación de controles</p>	<p>Muestreo de Imágenes exportadas SVE - 15 Mayo2026 – Riesgos -Módulo monitoreo</p> <p>Gestión Contratación</p> <p>Riesgo: Aprobar una póliza que no cumpla con las disposiciones del contrato y/u orden de compra</p> <p>Evidencia de fallas de consistencia frente a seguimiento de autocontrol reportado y falta de cargue de soporte</p> 

## INFORME DE LEY – CONTROL INTERNO

<p>La 2ª.Línea de Defensa realizará monitoreo mensual de todos los riesgos, consolida la información y genera un informe.</p>	<p>Cumple</p> <p>El Grupo Interno de Planeación, Políticas públicas y asuntos internacionales cumple con con el monitoreo de riesgos con reporte mensual, con evidencia documentada de los informes de monitoreo de riesgos de enero, febrero y marzo 2026.</p> <p>Sin embargo, Control interno reitera su recomendación de parametrizar en la SVE, el monitoreo de Líneas de defensa a cargo de la II y III a nivel institucional, dado el beneficio que representaría para la Entidad en términos del fortalecimiento del ambiente de control y la evaluación de riesgos, la trazabilidad de información oportuna para la toma de decisiones, la transparencia y la eficiencia operativa de la gestión de riesgos ante verificaciones de orden interno o externo.</p>	<p>Evidencia de los informes de monitoreo de riesgos de Enero, Febrero y Marzo 2026 por el GI de Planeación</p>     
<p>La Oficina de Control Interno realizará el seguimiento a la gestión de riesgos para cada vigencia de acuerdo con la normativa establecida.</p>	<p>Cumple</p> <p>De acuerdo con el Plan Anual de Auditorias basado en riesgos, Control Interno realiza el seguimiento a riesgos y publica el informe en la página web institucional</p>	

## INFORME DE LEY – CONTROL INTERNO

Control Interno en cumplimiento de su rol y responsabilidad de III línea de defensa y de ejecución del Plan Anual de Auditorías basado en riesgos (aprobado por el Comité de Coordinación Institucional de Control Interno), realiza la verificación de riesgos en cada informe de Auditoría Interna o Informe de seguimiento, los cuales son fuentes de entrada para el monitoreo de riesgos institucionales realizado por parte de la II línea de defensa, en cumplimiento de aplicación de las bases conceptuales de la Política de Gestión Integral de Riesgos referida en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas 2025 que cita en el numeral:

*"..5.2 Liderazgo y Compromiso que cita "...La alta dirección y los órganos de supervisión, cuando sea aplicable, deberían asegurar que la gestión del riesgo esté integrada en todas las actividades de la organización y deberían demostrar el liderazgo y compromiso....para la elaboración de la política para la gestión integral de riesgos se debe considerar que: i) para su formulación se requiere del compromiso y responsabilidad por parte de la Alta Dirección (Línea Estratégica); ii) debe aportar al como propósito fundamental de lograr los objetivos estratégicos de la entidad; iii) debe partir del análisis del contexto interno y externo, así como de la consideración de **riesgos emergentes**, para a partir de este análisis, prever la asignación de recursos y medidas consecuentes iv) debe definir los niveles de autoridad y responsabilidad frente al manejo de los riesgos, **con el fin de garantizar su eficiencia en la implementación y efectividad para evitar afectaciones por materializaciones del riesgo que impidan el logro de los objetivos y metas institucionales y el buen uso de los recursos públicos...**"*

Es importante recordar que, Control Interno en cumplimiento de la Resolución 1519/2020 de MinTic, publica los Informes de Auditorías Internas basadas en Riesgos e informes de ley en la Página web institucional en el Menú de Transparencia numeral 4.8 Informes de la Oficina de Control Interno, para la consulta de los grupos de valor e interés en el link: <https://www.colombiacompra.gov.co/transparencia/informes-de-control-interno>.

Asociado con el aspecto anterior, Control Interno en la Auditoría de Nómina 2025 realizada en 2026, evidenció que el sujeto auditado no presentó respuesta ni argumentos orientados a desvirtuar la "Observación No. 07" formulada en el Informe Preliminar de Auditoría. No obstante, en la elaboración del Informe Final de Auditoría, frente al Componente de Riesgos, Control Interno evidenció diferencias entre los controles definidos en la Matriz Integral de Riesgos y los controles documentados y aplicados en el procedimiento auditado.

## INFORME DE LEY – CONTROL INTERNO

De otra parte, los riesgos asociados al Procedimiento de Liquidación de Nómina CCE-GFI-PR-02, versión 9, Control Interno evidenció falta de correspondencia entre los controles definidos en la Matriz de Riesgos institucional con corte a 31 de diciembre de 2025 y los puntos de control documentados y aplicados en el procedimiento auditado, particularmente en actividades relacionadas con conciliación de información, validación de novedades, incapacidades, prestaciones sociales y trazabilidad de la información financiera.

Adicionalmente, se evidenció que parte de los controles relacionados con validaciones, cruces de información y conciliaciones continúan ejecutándose mediante archivos Excel y verificaciones manuales, pese a que la entidad cuenta con el aplicativo KACTUS-HCM como herramienta institucional para la gestión de nómina.

Por otro lado, En desarrollo de la auditoría se identificaron los siguientes riesgos:

- **Riesgos operativos** relacionados con inconsistencias en conciliaciones entre información presupuestal, contable y de nómina.
- **Riesgos financieros** asociados a diferencias en incapacidades, prestaciones sociales y razonabilidad de la información financiera.
- **Riesgos tecnológicos y de control** derivados del uso de archivos Excel, validaciones manuales y debilidades en la trazabilidad de la información.
- **Riesgos de cumplimiento** relacionados con debilidades en la actualización, articulación y aplicación de controles definidos en la Matriz Integral de Riesgos y en el procedimiento auditado.
- Riesgo fiscal conforme al *“Decreto 403 de 2020, artículo 81, numeral f), relacionado con la ocurrencia de errores relevantes que generen glosas en la revisión de cuentas y afecten el ejercicio de la vigilancia y el control fiscal”*, derivado de inconsistencias entre registros presupuestales, contables y de nómina, conciliaciones de información y debilidades en la trazabilidad de la información financiera.

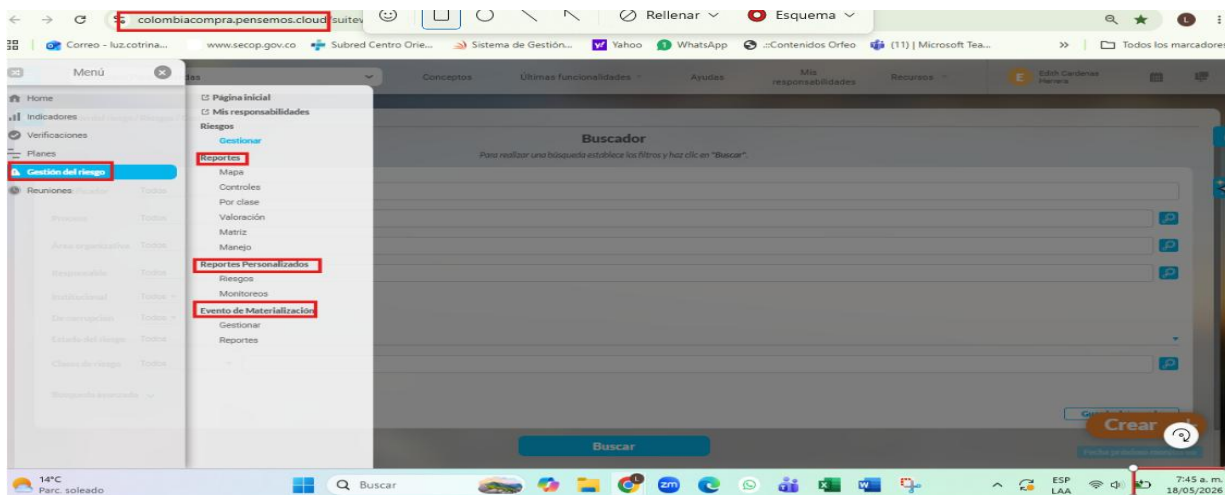
### 2.2 Resultado del Indicador Eficiencia del Sistema de Administración de Riesgos

Institucionalmente el indicador “Eficiencia del Sistema de Administración de Riesgos SAR” hace parte integral de los indicadores de Gestión – KPIs con un meta es del 98% mensual. Según la verificación por Control Interno, el resultado del indicador fue del 97.27% (promedio) a I trimestre de 2026, no alcanzando la meta esperada, dado la materialización de riesgos reportadas por la I línea de defensa en

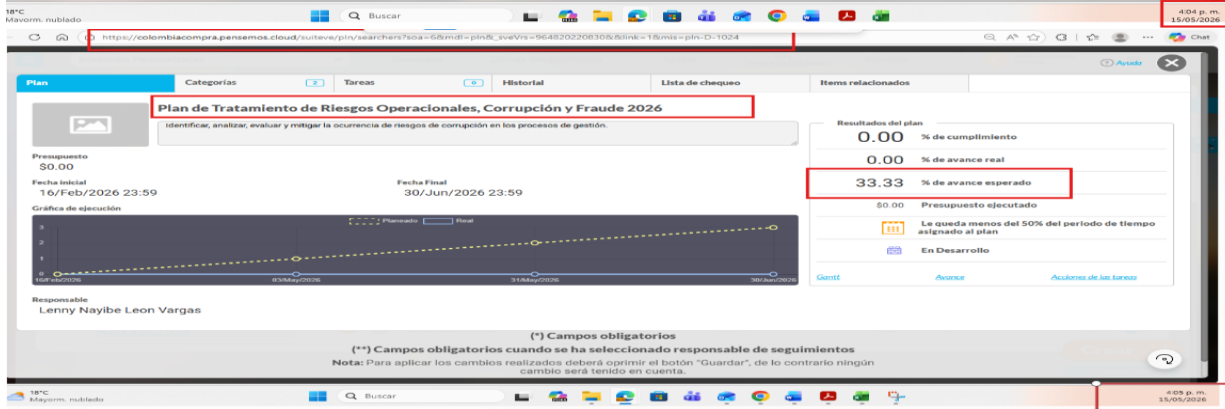
## INFORME DE LEY – CONTROL INTERNO

el Módulo de Riesgos de la SVE, en los reportes de Riesgos que operan en dicha plataforma tal como se visualiza en las siguientes imágenes:

### Reportes SVE



Nombre	C	7	E	Fecha inicial planificada	Fecha final planificada	% de cumplimiento	P.P.A.	T.P.A.	E.L.B.	% de avance real
<a href="#">PLAN DE ACCIÓN DE MEJORA PARA LA RENDICIÓN DE CUENTAS 2026</a>				01/Ene/2026 23:59:00	31/Dic/2026 23:59:00	16.67 %	0.00	5		9.09 %
<a href="#">PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL - PM 2026</a>				02/Ene/2026 23:59:00	31/Dic/2026 23:59:00	113.27 %	0.00	0		15.71 %
<a href="#">Plan de mejoramiento auditoría Interna CI</a>				18/Abr/2022 00:00:00	20/Dic/2026 15:40:00	100.00 %	0.00	5		100.00 %
<a href="#">Plan de Mujeres, Paz y Seguridad 2026</a>				01/Ene/2026 23:59:00	31/Dic/2026 23:59:00	N.D	0.00	0		36.40 %
<a href="#">Plan de Tratamiento de Riesgos Operacionales, Corrupción y Fraude 2026</a>				16/Feb/2026 23:59:00	30/Jun/2026 23:59:00	0.00 %	1.00	1		0.00 %
<a href="#">PLAN MEJORAMIENTO LAGN 2024 - 2025</a>				16/Nov/2024 00:00:00	30/Dic/2026 23:59:00	121.05 %	0.00	0		79.31 %
<a href="#">PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA EN EL SECTOR PÚBLICO 2023</a>				16/Ene/2023 00:00:00	31/Dic/2023 23:59:00	95.35 %	0.00	0		95.35 %
<a href="#">PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA 2025-2026</a>				16/Jul/2025 00:00:00	31/Dic/2026 23:59:00	99.16 %	0.00	0		44.96 %



Fuente SVE

## INFORME DE LEY – CONTROL INTERNO

### VERIFICACION DE RIESGOS POR CONTROL INTERNO -ENERO DEL 2026

RIESGOS	TIPOLOGIA		RIESGOS MATERIALIZADOS			ANALISIS CONTROL INTERNO MENSUAL
	Tipo	#	Total	Descripción	Análisis	
<b>75</b>	Operativo	36	1 gestión	Inoportunidad en el cumplimiento de los términos legales de respuesta de las PQRSD	<p>La materialización del riesgo se presenta por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Olvido del funcionario.</li> <li>• Ineficiencia en la gestión interna</li> <li>• Demoras en la aprobación de la respuesta</li> <li>• Aumento de PQRSD.</li> <li>• Desconocimiento del aplicativo</li> </ul> <p>El riesgo se materializó dado que se dio respuesta de manera extemporánea a dos (2) PQRSD a cargo de la Subdirección de Negocios.</p>	<p>1. Durante enero del 2026 Control interno evidenció que la entidad identificó 75 riesgos (según informe de monitoreo de la II línea de defensa). NO obstante al verificar el Mapa de Riesgos publicado en la página web institucional se evidencian 85 riesgos con 245 controles, detectándose diferencia de 10 Riesgos identificados, según los insumos de información verificados.</p> <p>2. Persiste debilidad en la cultura de reporte oportuno y con evidencia de aplicación de controles en la SVE en los procesos de : Gestión de Agregación de la Demanda, Gestión de Contratación, Gestión de TIC, Gestión Financiera, Gestión Jurídica, Operaciones SECOP Relaciónamiento con la Ciudadanía y Activos de información.</p> <p>3. Se evidencia actividades vencidas del plan de tratamiento de riesgos de gestión de la Subdirección EMAE y Subdirección de IDT</p> <p>4. Control Interno detecto diferencia en el resultado del indicador de eficiencia SAR reportado en el informe de Planeación de Enero 2026 dado que: En la fase de monitoreo de riesgos de gestión citan Indicador de eficiencia SAR: 98,67% de eficiencia y en la parte de resultados citan Eficiencia SAR: 97,34% de eficiencia SAR., por lo cual se solicita al GI de Planeación revisar dicho informe y realizar los ajustes a lugar.</p> <p>5. Se evidencian 4 actividades vencidas y sin reporte de las dependencias: Análisis estratégico del Sistema de Compras y Contratación Pública, Gestión de Correspondencia</p> <p>6. Durante enero del 2026 se evidenciaron 2 riesgos materializados (1 de gestión y 1 riesgo emergente) con la siguiente descripción: Riesgo de gestión " Inoportunidad en el cumplimiento de los términos legales de respuesta de las PQRSD" y el riesgo emergente: "No tener en cuenta factores que afecten la estimación de los costos y el tiempo de ejecución del proyecto de desarrollo de plataformas propias del proyecto de inversión: Generación, efectividad y transparencia en las plataformas de compra pública nacional"</p>
	Corrupción	23				
	Legal	1				
		2				
	Fraude					
	Tecnología	1	1 emergente	No tener en cuenta factores que afecten la estimación de los costos y el tiempo de ejecución del proyecto de desarrollo de plataformas propias del proyecto de inversión: Generación, efectividad y transparencia en las plataformas de compra pública nacional	<p>Desfinanciación del proyecto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayores costos en la ejecución del proyecto</li> <li>• Retrasos en la ejecución del proyecto</li> </ul>	
	Fiscal	5				
	Imagen o reputacional	1				
	Seguridad y privacidad información	5				
	Continuidad del negocio	1				

Fuente: Verificación CI según monitoreo Riesgos GI Planeación y consulta SVE

## INFORME DE LEY – CONTROL INTERNO

### VERIFICACION DE RIESGOS POR CONTROL INTERNO -FEBRERO DEL 2026

RIESGOS	TIPOLOGIA		RIESGOS MATERIALIZADOS			ANALISIS CONTROL INTERNO MENSUAL
	Tipo	#	Total	Descripción	Análisis	
85	Operativo	35	2 gestión	Inoportunidad en el cumplimiento de los términos legales de respuesta de las PQRSD  Deterioro de la percepción y credibilidad de la Agencia	La materialización del riesgo se presenta por: • Olvido del funcionario. • Ineficiencia en la gestión interna Demoras en la aprobación de la respuesta • Aumento de PQRSD. • Desconocimiento del aplicativo  El riesgo se materializó dado que se dio respuesta de manera extemporánea a cinco (5) PQRSD a cargo de la Subdirección de Negocios, Secretaría General y Subdirección de De Negocios.  Situación presentada debido a que algunos influenciadores y figuras públicas tergiversaron información de carácter público al afirmar que el Gobierno del presidente Gustavo Petro había realizado 544 mil contratos en enero	1. Durante febrero del 2026 Control interno evidenció que la entidad identificó 85 riesgos con 270 controles (según informe de monitoreo de la II línea de defensa). NO obstante al verificar en el modulo de Riesgos de la SVE, se observa parametrizados un total de 90 riesgos para este periodo, detectandose diferencia de identificación de riesgos.  2. Persiste debilidad en la cultura de reporte oportuno y con evidencia de aplicación de controles con cargue en la SVE en los procesos de: Gestión de Agregación de la Demanda, Gestión de Contratación, Gestión de TIC, Gestión Financiera, Gestión Jurídica, Operaciones SECOP Relacionamiento con la Ciudadanía, Seguimiento y mejora institucional y Activos de información.  3. Falta de cargue de reporte de cumplimiento de 3 actividades del plan de tratamiento de riesgos de gestión 2025 vencidas de la Subdirección de EMAE y Subdirección de IDT.o  4. El indicador de eficiencia SAR fué del 97.65% (incumpliendo la meta), debido a la materialización de 2 de riesgos de gestión: Inoportunidad en el cumplimiento de los términos legales de respuesta de las PQRSD y Deterioro de la percepción y credibilidad de la Agencia
	Corrupción	23				
	Legal					
	Fraude	2				
	Tecnología	1				
	Fiscal	5				
	Imagen o reputacional	1				
	Seguridad y privacidad información	5				
	Continuidad del negocio	1				
	Ambiental	11				
Gestión del conocimiento	1					

Fuente: Verificación CI según monitoreo Riesgos GI Planeación y consulta SVE

## INFORME DE LEY – CONTROL INTERNO

### VERIFICACION DE RIESGOS POR CONTROL INTERNO -MARZO DEL 2026

RIESGOS	TIPOLOGIA		RIESGOS MATERIALIZADOS			ANALISIS CONTROL INTERNO MENSUAL
	Tipo	#	Total	Descripción	Análisis	
92	Estratégico	7	3 gestión	Inoportunidad en el cumplimiento de los términos legales de respuesta de las PQRSD*	La materialización del riesgo se presenta por: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Olvido del funcionario.</li> <li>• Ineficiencia en la gestión interna.</li> <li>• Demoras en la aprobación de la respuesta</li> <li>• Aumento de PQRSD.</li> <li>• Desconocimiento del aplicativo</li> </ul> El riesgo se materializó dado que se dio respuesta de manera extemporánea a cinco (5) PQRSD a cargo de la Subdirección de Negocios, Secretaría General y Subdirección de IDT	<p>1. Durante marzo del 2026 Control interno evidenció que la entidad identificó 92 riesgos con 286 controles (según informe de monitoreo de la II línea de defensa), información consistente con el número de riesgos de la SVE. NO obstante al verificar el Mapa de Riesgos publicado en la página web institucional se evidencian 85 riesgos, detectándose diferencia de 7 Riesgos identificados, según los insumos de información verificados.</p> <p>2. Persiste debilidad en la cultura de reporte oportuno y con evidencia de aplicación de controles en SVE, dado que 10 procesos y los relacionados con activos de información no están relacionando en la SVE el enlace de la ubicación de las evidencias de la aplicación de los controles. de Gestión de Agregación de la Demanda, Gestión de Contratación, Gestión de TIC, Gestión Financiera, Gestión Jurídica, Operaciones SECOP, Relacionamiento con la Ciudadanía, Seguimiento y mejora institucional, direccionamiento estratégico y Activos de información.</p> <p>3. En Marzo del 2026, Control interno evidenció el incumplimiento de la meta del indicador eficiencia del SAR definida en el 98%, dado que se alcanzó resultado del 96,74% de eficiencia SAR con desviación del 2.26%, debido a la materialización de 3 de riesgos de gestión (reincidentes en meses anteriores) a saber: Inoportunidad en el cumplimiento de los términos legales de respuesta de las PQRSD, Deterioro de la percepción y credibilidad de la Agencia y Pérdida de disponibilidad de la información</p> <p>4. El indicador de eficiencia SAR fue del 96.74% incumpliendo la meta, debido a la materialización de los tres riesgos referidos anteriormente</p>
	Operativo	35		Deterioro de la percepción y credibilidad de la Agencia	Se evidenció en la difusión de información falsa por parte de algunos medios de comunicación y redes sociales, relacionada con la supuesta adjudicación de contratos "a dedo" por \$31 billones a organizaciones de la economía popular. Esta situación generó interpretaciones erróneas de la información oficial suministrada por la entidad, afectando la percepción pública y la confianza institucional.	
	Corrupción	23		Pérdida de disponibilidad de la información	El incidente fue originado por un fallo interno severo del motor de Microsoft SQL Server el 14 de marzo de 2026, desencadenado durante la ejecución del proceso de captura de datos de cambio(sys.sp_MScdc_capture_job-CDC), que generó una excepción fatal de tipo c0000005EXCEPTION_ACCESS_VIOLATION en el módulo sqlmin(evidenciada en los volcados de memoria SQLDump0005 ySQLDump0006, con carga de memoria al 88%). Este evento produjo un daño o bloqueo persistente en la página18:18302799 del archivo Community_06.ndf.	
	Fraude	2				
	Tecnología	1				
	Fiscal	5				
	Imagen o reputacional	1				
	Seguridad y privacidad información	5				
	Continuidad del negocio	1				
	Ambiental	11				
Gestión del conocimiento	1					

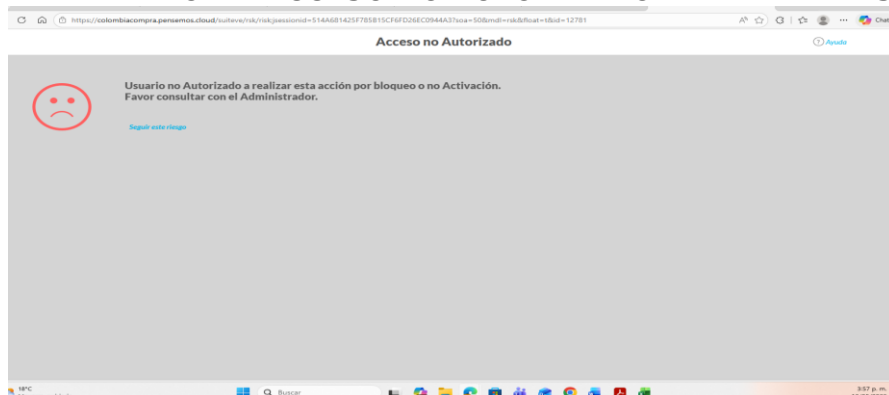
Fuente: Verificación CI según monitoreo Riesgos GI Planeación y consulta SVE

## INFORME DE LEY – CONTROL INTERNO

### Gestión de Riesgos en SVE (Reportes)

Durante la verificación realizada por Control interno en la SVE se detectó restricciones para acceso de consulta de información, tal como se evidencia en el siguiente pantallazo:

### PANTALLAZO DE ACCESO NO AUTORIZADO PARA VER RIESGO



Fuente: Verificación de Control Interno en SVE

## CONCLUSIONES DE EVALUACION DE RIESGOS POR CONTROL INTERNO A I TRIMESTRE 2026

1. La ANCP-CCE mantiene en operación el desarrollo de la Política del Sistema de Administración de Riesgos, el Manual metodológico del Sistema de Administración de Riesgos y la Matriz de Riesgos institucional 2026, el cual ha presentado actualizaciones a nivel de identificación de riesgos y controles según las necesidades institucionales, con registro del seguimiento de la I línea de defensa y cargue de soportes de aplicación de los controles establecidos en la SVE en enero, febrero y marzo del 2026 en los procesos: Direccionamiento Estratégico, Comunicación Estratégica, Análisis estratégico del Sistema de Compras y Contratación Pública, Normativa de la contratación en la administración pública, Gestión Administrativa, Gestión documental, Gestión de Talento Humano y Evaluación Independiente.
2. Inoportunidad de seguimiento de Gestión de Riesgos y/o falta de cargue de evidencias de la aplicación de controles en los procesos: Gestión de Agregación de la Demanda, Gestión de Contratación, Gestión TIC, Gestión Financiera, Gestión Jurídica, Operaciones SECOP, Relacionamiento Estado - Ciudadano, Seguimiento y mejora institucional.

## INFORME DE LEY – CONTROL INTERNO

3. La ANCP CCE esta en proceso de transición de la metodología del Sistema de Administración de Riesgos SAR al Sistema Integral de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública (SIGRIP), representando un cambio de enfoque con evolución de una visión de control puramente operativo e institucional a un modelo preventivo, articulado y orientado a blindar a la Entidad frente a hechos de corrupción, fraude, soborno y lavado de activos.
4. El resultado del Indicador de gestión “EFICIENCIA DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS SAR” a I trimestre del 2026 fue del 97.27%, según la información verificada desde Control interno, precisando que aunque no se logra la meta del 98% del indicador KPI Eficiencia de Riesgos (principalmente por la reincidencia de materializaciones de riesgos) Control Interno reconoce el esfuerzo institucional, Liderado desde la II línea de defensa, de estructurar de forma ordenada la transición del SAR al SIGRIP.
5. A I trimestre de 2026 se han identificado 92 riesgos al interior de los 16 procesos y activos de información (transversal), de los cuales se identificaron 7 materializaciones de riesgos (Incluido 1 riesgo emergente materializado en enero del 2026), con reincidencia de los riesgos: “Inoportunidad en el cumplimiento de los términos legales de respuesta de las PQRSD”, “pérdida de disponibilidad de información”, “Deterioro de la percepción y credibilidad de la Agencia”, entre otros.
6. Existe un ambiente de control dado el cumplimiento y funcionamiento del Modelo de aplicación de líneas de Defensa para la Gestión de Riesgos, que refleja el compromiso y voluntad por parte del Gobierno Corporativo actual de avanzar en resultados de eficiencia de la implementación del SAR.
7. El Módulo de Riesgos de la SVE registra información de la gestión y resultados del Sistema de Administración de Riesgos Institucional, sin embargo, al consultar los reportes de resultados desde Control Interno, se visualizan datos históricos o en otros casos restricciones de acceso (notificados en informes anteriores por parte de Control Interno), que no facilitan disponer de reportes consolidados e integrales de la gestión y resultados, siendo necesario (en ocasiones) realizar tareas manuales.

## RECOMENDACIONES DE CONTROL INTERNO

1. La metodología de Gestión de Riesgos institucional opera en un ambiente integrado, donde confluyen la integración de riesgos de gestión, ambientales y de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) en un mismo Mapa de Riesgos, por lo cual Control Interno reconoce que aunque facilita la consolidación de un Sistema Integrado de Gestión (SIG) con optimización de recursos y simplificación de requisitos al existir complementariedad de

## INFORME DE LEY – CONTROL INTERNO

aspectos comunes entre el MIPG y las normas ISO, se **recomienda detallar “de forma clara” la metodología con aspectos claves de su manejo así como la gestión y tratamiento de los riesgos emergentes identificados a nivel institucional por las diferentes fuentes**, en la Política y/o Manual SAR aprovechando la etapa de transición de actualización de la metodología SAR A SIGRIP, para facilitar la comprensión y debida aplicación por parte de la Entidad, a partir de la homologación de criterios, la competencia técnica de cada sistema de gestión de riesgos y los roles y responsabilidades de cada responsable, con el fin de impactar positivamente en la eficiencia de la administración de los riesgos institucionales y en la cultura del autocontrol de la gestión de los riesgos por cada responsable.

2. Realizar las acciones conducentes, pertinentes y razonables que permitan llevar a cabo y de forma “efectiva” el proceso de transición de la metodología del Sistema de Administración de Riesgos SAR al Sistema Integral de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública (SIGRIP), teniendo en cuenta los requisitos de la **Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas del DAFP V7 (principalmente)** y contemplando los resultados de las auditorías externas e internas y los informes de Ley realizados por Control Interno, publicados en la página web institucional, como fuente de entrada muy valiosa para la actualización o rediseño de los riesgos institucionales con prioridad de la tipología “fiscal” para que en conjunto, se asegure el fortalecimiento de la cultura de autocontrol, autogestión y autorregulación de la eficiencia de Gestión de Riesgos institucional.
3. Revisar de “fondo” la causa “Raíz” de los riesgos materializados y reincidentes (desde la vigencia anterior), presentados, de forma articulada entre la I y II línea de defensa, para identificar los ajustes a que haya lugar, a nivel de análisis, valoración, diseño de controles y plan de tratamiento, que asegure la implementación de controles de impacto que sean sostenibles en el tiempo y minimicen la reincidencia y afectación del resultado del Indicador de gestión: “Eficiencia del SAR”.
4. Fortalecer el Esquema de Líneas de Defensa de manera permanente con el fin de consolidar la Gestión de Riesgos en la ANCP-CCE, con la recomendación de la parametrización del seguimiento de II y III línea de defensa en la Plataforma de SVE teniendo en cuenta los beneficios institucionales registrados en el presente informe.

## INFORME DE LEY – CONTROL INTERNO

5. Reactivar la realización de los Subcomités de Control Interno (para la I línea de defensa), como estrategia de monitoreo de los riesgos y del desempeño institucional, en términos de eficacia y eficiencia del desarrollo de sus operaciones, en un ambiente de articulación y comunicación que refleje resultados satisfactorios y sostenibles.

Edith Cárdenas Herrera  
Asesora Experta de Control Interno

Aprobó	Edith Cárdenas Herrera
Revisó	Edith Cárdenas Herrera
Elaboró:	Luz María Cotrina Romero <i>Luz</i>
Fecha:	22 de Mayo de 2026
Código de informe	40-2

CONTROL DE CAMBIOS DEL DOCUMENTO					
VERSION	AJUSTES	FECHA	VERSIÓN ACTUAL	01	
01	Creación y estandarización de formato	01/07/2021	<b>Elaboró</b>	Judith Gómez	Asesora Experta con funciones de Control Interno
			<b>Revisó</b>	Judith Gómez	Asesora Experta con funciones de Control Interno
			<b>Aprobó</b>	Judith Gómez	Asesora Experta con funciones de Control Interno