



COMUNICACIÓN INTERNA

Bogotá D.C., miércoles 10 de julio de 2024

PARA: Santiago Trujillo Escobar
Secretario de Cultura, Recreación y Deporte

Luis Fernando Castro Mejía
Jefe Oficina Asesora de Planeación

Sandra Margoth Vélez Abello
Jefe Oficina Jurídica

Luís Felipe Calero González
Subsecretario de Cultura Ciudadana y Gestión del Conocimiento

Ana María Boada Ayala
Subsecretaria de Gobernanza

Leonardo Garzón Ortiz
Director de Arte, Cultura y Patrimonio

Bibiana Andrea Victorino Ramírez
Directora de Lectura y Bibliotecas

Sandra Patricia Castiblanco Monroy
Directora de Gestión Corporativa y Relación con el Ciudadano

Ibón Maritza Munévar Gordillo
Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones

Javier Enrique Mariño Navarro
Jefe Oficina de Tecnologías de la Información

DE: Omar Urrea Romero
Jefe Oficina de Control Interno

ASUNTO: Informe Final de Auditoría de evaluación y seguimiento a la gestión de riesgos institucional.





Estimados integrantes del Comité de Coordinación de Control Interno y Equipo Directivo,

Para su lectura e información remito el informe final de auditoría de evaluación y seguimiento a la gestión de riesgos institucional, con corte a abril 30 de 2024.

Como resultado del trabajo realizado se presentan los siguientes:

TIPO DE RESULTADO	CANTIDAD	REFERENCIACIÓN
Fortalezas	-	
Cumplimientos	-	
Incumplimientos	5	5.4, 5.5, 5.6, 5.7 y 5.9
Oportunidades de Mejora	4	5.1, 5.2, 5.3 y 5.8
TOTAL:	9	

A continuación, se destacan las siguientes conclusiones:

1. Se evidencia que es necesario actualizar la metodología de riesgos de gestión y corrupción V1, incluyendo la tipología de riesgos fiscales y de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo – SARLAFT.
2. Las metas y los indicadores de los planes de tratamiento de los riesgos de gestión y corrupción han sido mal identificados por la mayoría de los procesos, tal como se especifica en el informe anexo.
3. El formato de la matriz de riesgos de gestión y corrupción puede mejorarse, incluyendo la fecha de inicio de ejecución de los planes de tratamiento. Lo anterior permite mejorar el seguimiento y realizar alertas de manera oportuna.
4. El proceso de Gestión del Talento Humano no ha identificado riesgos de corrupción para la vigencia 2024.
5. El proceso de Gestión de la Mejora Continua no cumplió con la actividad formulada en su plan de tratamiento de riesgos de corrupción con corte al 30/04/2024.
6. Los procesos de Gestión de la mejora continua, Gestión del conocimiento y la innovación y Gestión de apropiación de la infraestructura y patrimonio cultural no cumplieron con las actividades formuladas en su plan de tratamiento de riesgos de gestión con corte al 30/04/2024.





7. Los procesos de Gestión de la comunicación estratégica y Gestión documental definieron de manera inadecuada el plan de tratamiento de los riesgos de seguridad de la información.
8. El Manual de Gestión de Riesgos de Seguridad de la Información no establece la periodicidad para hacer seguimiento a los planes de acción.
9. Durante el primer cuatrimestre se materializaron dos (2) riesgos: uno del proceso de Gestión Contractual y otro de Gestión de las Tecnologías de la Información. Para los dos casos no se evidencia el cumplimiento de las acciones establecidas en la política de administración del riesgo.

PLAN

Se adjunta informe detallado de auditoría y matrices de riesgos de gestión y de corrupción con el seguimiento de la Oficina de Control Interno.

De acuerdo con lo indicado en el presente informe, se solicita informar a esta oficina en los siguientes diez (10) días hábiles posteriores a la comunicación del informe final, las acciones correctivas o de mejora que se implementarán, en cumplimiento del Procedimiento para la mejora vigente en la Secretaría.

Cualquier inquietud, con gusto estamos atentos.



Atentamente,

Omar Urrea Romero
Jefe Oficina de Control Interno.

Adjunto: Informe Detallado de Auditoría.
Matrices en Excel con el seguimiento a los riesgos de gestión y corrupción.

Copia: Directores de Área y Coordinadores de Grupo.



Documento 20241400256693 firmado electrónicamente por:	
Omar Urrea Romero	Jefe Oficina de Control Interno Oficina de Control Interno Fecha firma: 10-07-2024 15:36:17
 5d65dcceaafae4a346b99354ffe2e7dd147c6260369b951af76dac51b3e48b51 Codigo de Verificación CV: e9fb3	

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20241400256723 Fecha: 10-07-2024
		VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	FECHA: 13/10/2023	



INFORME FINAL DE EVALUACIÓN DE SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONAL

TABLA DE CONTENIDO

1.	DESCRIPCIÓN GENERAL	3
2.	CRITERIOS DE AUDITORÍA	3
3.	METODOLOGÍA	4
4.	LIMITACIONES	4
5.	RESULTADOS DEL TRABAJO DE AUDITORÍA	4
	GENERALIDADES DE LOS INSTRUMENTOS DE GESTIÓN DEL RIESGO DE LA SECRETARÍA	4
5.1.	Oportunidad de Mejora N°1: Actualizar la metodología de riesgos de gestión y corrupción V1.	5
5.2.	Oportunidad de Mejora N° 2: Falta de una columna en las matrices de riesgos de gestión y corrupción que indique la fecha de inicio de las actividades del plan de tratamiento de riesgos.	5
5.3.	Oportunidad de Mejora N° 3: Se evidencia un inadecuado diligenciamiento de la columna “Meta e indicador” por parte de la primera línea, por lo que se debe mejorar el rol de asesoría de la segunda línea de defensa.	6
	EVALUACIÓN DE LOS MAPAS DE RIESGOS DE GESTIÓN, CORRUPCIÓN, SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LA SCR D CON CORTE AL 30/04/2024	9
	RIESGOS DE CORRUPCIÓN	9
5.4.	Incumplimiento N° 1: Falta de identificación de riesgos de corrupción para la vigencia 2024 por parte del proceso de Gestión del Talento Humano.	9
5.5.	Incumplimiento N° 2: El proceso de Gestión de la Mejora Continua no cumplió con la actividad formulada en su plan de tratamiento de riesgos de corrupción con corte al 30/04/2024	11
	RIESGOS DE GESTIÓN	11
5.6.	Incumplimiento N° 3: Los procesos de Gestión de la mejora continua, Gestión del conocimiento y la innovación y Gestión de apropiación de la infraestructura y patrimonio cultural no cumplieron con las actividades formuladas en su plan de tratamiento de riesgos de gestión con corte al 30/04/2024	12
	RIESGOS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN	13

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE</small>	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20241400256723 Fecha: 10-07-2024	
		INFORME DE AUDITORIA INTERNA		VERSIÓN: 02
				FECHA: 13/10/2023

5.7. Incumplimiento N° 4: Los procesos de Gestión de la comunicación estratégica y Gestión documental definieron de manera inadecuada el plan de tratamiento de los riesgos de seguridad de la información. (Modificado)	14
5.8. Oportunidad de mejora N° 4: El Manual de Gestión de Riesgos de Seguridad de la Información no establece la periodicidad para hacer seguimiento a los planes de acción. (Modificada)	17
MATERIALIZACIÓN DE RIESGOS	18
5.9. Incumplimiento N° 5: Falta realizar las acciones establecidas en la política de administración del riesgo para los dos riesgos materializados en el primer cuatrimestre por parte de los procesos de Gestión Contractual y Gestión de las Tecnologías de la Información.	18
6. CONCLUSIONES	20
7. RECOMENDACIONES	20
8. PLAN DE MEJORAMIENTO	21
9. FIRMAS	21

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20241400256723 Fecha: 10-07-2024
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	VERSIÓN: 02	



1. DESCRIPCIÓN GENERAL

NOMBRE DE LA AUDITORÍA	Evaluación y Seguimiento a la Gestión de Riesgos Institucional.
TIPO DE AUDITORÍA	Auditoría Interna de Cumplimiento
UNIDAD (ES) AUDITABLES	Todas las Dependencias de la Secretaría
RESPONSABLE (S)	Luis Fernando Mejía Castro - Jefe Oficina Asesora de Planeación. Todos los Líderes de Proceso de la SCRD.
OBJETIVO	Realizar seguimiento a la identificación de riesgos y controles para la vigencia 2024. Así mismo, verificar el estado y avance de los planes de tratamiento y evaluar las acciones adelantadas frente a los riesgos materializados.
ALCANCE	Se realizó seguimiento a la identificación de riesgos para la vigencia 2024, de conformidad con los lineamientos vigentes de la SCRD. Se verificó el estado de las acciones definidas en los planes de tratamiento con corte a abril 30 de 2024.
PERIODO DE EJECUCIÓN	14 de mayo al 28 de junio de 2024.
EQUIPO AUDITOR¹	Omar Urrea Romero, Jefe Oficina de Control Interno. Diana del Pilar Romero Varila, Contratista OCI.

2. CRITERIOS DE AUDITORÍA

- Ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado, y se dictan otras disposiciones”
- Decreto 221 de 2023 - Por medio del cual se reglamenta el Sistema de Gestión en el Distrito Capital, se deroga el Decreto Distrital 807 de 2019 y se dictan otras disposiciones.
- Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6
- Política de administración de riesgos de la SCRD V2 y V3
- Metodología de riesgos de gestión y corrupción V1
- Manual de gestión de riesgos de seguridad de la información V1

¹ Escriba los nombres del Equipo Auditor, el acrónimo correspondiente, así como el rol a desempeñar (Auditor Líder, Auditor Interno, Observador, y/o Experto Técnico)

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20241400256723 Fecha: 10-07-2024
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	VERSIÓN: 02	
		FECHA: 13/10/2023	

- Instructivo para la Identificación, Valoración y Tratamiento de Riesgos de Gestión Ambiental y formato asociado V1
- Demás normatividad aplicable, relacionada con el objetivo de la auditoría.

3. METODOLOGÍA

El equipo auditor verificó la información reportada por la primera línea de defensa con respecto al cumplimiento de los planes de tratamiento de riesgos en la carpeta de Drive dispuesta por la OAP: <https://drive.google.com/drive/u/2/folders/1UZHxMXX6ihrGoh5obsTgZYT0dThVz1t1>

Para las demás verificaciones se realizaron solicitudes de información específicas: al área de Planeación a través del radicado de Orfeo: 20241700215283 y a la Oficina de Tecnologías de la Información a través del radicado de Orfeo: 20241400210343; a esta oficina se le reiteró remitir respuesta a solicitud de información a través del correo electrónico el día 05/06/2024.

Se recibió de manera extemporánea, por parte de la Oficina de Tecnologías de la información, el radicado 20241600250083 con comentarios al informe preliminar de auditoría. Para los numerales del 5.1 al 5.6 la OTI no tenía injerencia en los temas observados, por lo tanto se mantuvieron los hallazgos; para los numerales 5.7 al 5.9 se registró en cada numeral el análisis realizado por la Oficina de Control Interno respecto a la observación de la OTI.

4. LIMITACIONES

No se presentaron limitaciones durante el trabajo de auditoría.



5. RESULTADOS DEL TRABAJO DE AUDITORÍA

TIPO DE RESULTADO	CANTIDAD	REFERENCIACIÓN
Fortalezas	-	
Cumplimientos	-	
Incumplimientos	5	5.4, 5.5, 5.6, 5.7 y 5.9
Oportunidades de Mejora	4	5.1, 5.2, 5.3 y 5.8
TOTAL:	9	

GENERALIDADES DE LOS INSTRUMENTOS DE GESTIÓN DEL RIESGO DE LA SECRETARÍA

Una vez realizado el seguimiento a la identificación de riesgos, controles y planes de tratamiento de los riesgos de gestión y corrupción, se evidenciaron oportunidades de mejora en cuanto a: La metodología de riesgos de gestión y corrupción V1, las matrices para la identificación de riesgos, el diligenciamiento de las matrices por parte de la primera línea de defensa, así como el rol de asesoría que debe brindar la Oficina Asesora de Planeación, como se muestra a continuación:

5.1. Oportunidad de Mejora N°1: Actualizar la metodología de riesgos de gestión y corrupción V1.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20241400256723 Fecha: 10-07-2024
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	VERSIÓN: 02	

Teniendo en cuenta que el día 10/04/2024 se aprobó en el Comité de Coordinación de Control Interno (CICCI) de la Secretaría la actualización de la Política de Administración del Riesgo a su versión 3, y en esta se incluyó la tipología de riesgos fiscales y de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo – SARLAFT, es importante que se actualice la metodología de riesgos de gestión y corrupción, incluyendo los lineamientos para la identificación, valoración y establecimiento de controles de riesgos fiscales de acuerdo con lo estipulado en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en entidades públicas del DAFP, Versión 6. Lo anterior, se recomienda para que la Oficina Asesora de Planeación pueda iniciar con sensibilizaciones, capacitaciones y mesas de trabajo con los líderes de procesos sobre esta tipología de riesgos y se pueda proceder a su identificación y tratamiento, de conformidad con los lineamientos que se establezcan en la metodología.



5.2. Oportunidad de Mejora N° 2: Falta de una columna en las matrices de riesgos de gestión y corrupción que indique la fecha de inicio de las actividades del plan de tratamiento de riesgos.

Teniendo en cuenta los monitoreos que adelanta la Oficina Asesora de Planeación, así como las auditorias adelantadas por la Oficina de Control Interno, es oportuno que las matrices de riesgos de gestión y corrupción tengan una columna donde el proceso indique en qué fecha inicia a ejecutar el plan de tratamiento de riesgos, pues en los seguimientos no es posible determinar en qué periodo la actividad inicia su ejecución. Lo anterior permite generar alertas antes de que se cumpla la fecha límite de implementación de las actividades formuladas:

Imagen 1 Ejemplo de que los planes de tratamiento no indican la fecha de inicio de este.

PLAN DE TRATAMIENTO O MANEJO DE RIESGOS -PMR					
TO	ACTIVIDADES	META E INDICADOR	RECURSOS	RESPONSABLES	FECHA LÍMITE DE IMPLEMENTACIÓN
	1. Realizar sensibilizaciones en el marco de documentos actualizados y aprobados en el proceso al equipo de la Dirección del Observatorio y Gestión del Conocimiento Cultural en 2023, así como a los equipos de las demás direcciones que comparten el desarrollo de la implementación y/o ejecución.	1. Indicador: No. de sensibilizaciones realizadas 2. Meta: 4	Recursos humanos, logísticos, técnicos y tecnológicos	Director del Observatorio y Gestión del Conocimiento Cultural Equipo de personal de la DGGC	30/11/2024

Fuente: Matriz de riesgos de gestión.

	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20241400256723 Fecha: 10-07-2024
		VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	FECHA: 13/10/2023	

5.3. Oportunidad de Mejora N° 3: Se evidencia un inadecuado diligenciamiento de la columna “Meta e indicador” por parte de la primera línea, por lo que se debe mejorar el rol de asesoría de la segunda línea de defensa.

En las matrices de riesgos de gestión y corrupción se solicita a la primera línea de defensa definir la meta y el indicador de las actividades propuestas en el plan de tratamiento de riesgos. Una vez realizado el seguimiento, se puede evidenciar que hay procesos que han diligenciado de manera inadecuada esta columna, debido a las siguientes debilidades:

- A.** El indicador se define como una actividad más a realizar. Al respecto, se debe tener en cuenta que un indicador es: *“Una representación (cuantitativa preferiblemente) establecida mediante la relación **entre dos o más variables**, a partir de la cual se registra, procesa y presenta información relevante con el fin de medir el avance o retroceso en el logro de un determinado objetivo en un periodo de tiempo determinado”*² (Negrilla fuera de texto). Por lo tanto, se evidencia que la primera línea tiene debilidades en la identificación y definición de indicadores.
- B.** En otros casos el proceso sólo identifica meta, pero no indicador o viceversa; y de conformidad a cómo está definida la matriz, se deben identificar ambas mediciones: meta e indicador. Por lo señalado, se recomienda separar en dos columnas la identificación: una para la meta y otra para el indicador y así evitar que se deje de identificar alguno de los dos.
- C.** En el reporte del monitoreo solicitado por la OAP en la columna “Descripción de actividades desarrolladas” donde se solicita a la primera línea reportar la descripción del avance cuantitativo y cualitativo por actividad y por indicar del resultado de las variables por indicador. En la mayoría de los casos sólo se está reportando análisis cualitativo. No se evidencia reporte cuantitativo del cumplimiento de la meta y el indicador, por lo que el reporte del monitoreo se está adelantando de manera incompleta por parte de la primera línea.

A continuación, se muestran algunos ejemplos de los casos mencionados anteriormente. De igual manera, se adjuntan las matrices de gestión y corrupción en archivo Excel con el seguimiento adelantado a cada plan de tratamiento, identificando si existe debilidad en el indicador o en meta propuesta. (Ver documentos anexos a este informe en Excel)

² Definición tomada de la guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión V4 de 2028, del DAFP.



	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20241400256723 Fecha: 10-07-2024
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	VERSIÓN: 02	
		FECHA: 13/10/2023	

Imagen 2 Inadecuada formulación de indicadores

PLAN DE TRATAMIENTO O MANEJO DE RIESGOS -PMR				
ACTIVIDADES	META E INDICADOR	RECURSOS	RESPONSABLES	FECHA LÍMITE DE IMPLEMENTACIÓN
1. Realizar la actualización del procedimiento QES-PR-02 Formulación e implementación del Plan de Desarrollo Distrital y asistencia técnica en el proceso de formulación de los proyectos de inversión de la SCRD y del Sector, para fortalecer las actividades de control de formulación y viabilidad de los proyectos de inversión.	Meta: Un procedimiento actualizado con actividades de control fortalecidas Indicador: Número de procedimientos con actividades de control fortalecidas	Humanos, Tecnológicos	Profesionales de la OAP (Equipo 4P y MIFG)	31 de mayo de 2024
Realizar mesas de trabajo para el seguimiento a la implementación de los procedimientos del proceso de Cultura Ciudadana	1. Indicador: Número de mesas de trabajo para el seguimiento a la implementación de los procedimientos del proceso de Cultura Ciudadana 1. Meta: Cuatro (4) mesas de trabajo para el seguimiento a la implementación de los procedimientos del proceso de Cultura Ciudadana	Humanos y tecnológicos	Dirección de Redes y Acción Colectiva, y Dirección de Transformaciones Culturales	1.30/11/2024

Fuente: Mapa de riesgos de Corrupción.

Imagen 3 Inadecuada formulación de indicadores y falta de formulación de indicadores

ACTIVIDADES	META E INDICADOR	RECURSOS	RESPONSABLES	FECHA LÍMITE DE IMPLEMENTACIÓN
1. Elaborar procedimiento de Gestión de Aprendizaje con sus respectivos controles 2. Actualizar procedimiento de Gestión del Cambio, de acuerdo con la nueva caracterización 3. Elaborar procedimiento de Gestión del Conocimiento con sus respectivos controles 4. Diseñar herramienta para la transferencia del conocimiento de los servidores y contratistas y verificar el o los expediente (s) correspondiente	Meta: 2 procedimientos creados y 1 procedimiento para modificar 1 prototipo de herramienta para la transferencia del conocimiento de los servidores y contratistas	Humanos y tecnológicos	Profesionales- Grupo de Gestión del Conocimiento y la Innovación	1. 28/02/2024 2. 05/04/2024 3. 30/04/2024 4. 31/03/2024
1. Inventario de las herramientas para gestionar el conocimiento. 2. Socialización de los instrumentos de gestión del proceso de Gestión del Conocimiento e Innovación 3. Solicitar a la OTI el registro de la ejecución de los backups realizados en el periodo, como evidencia del control 1.	Meta 1: Inventario de las herramientas para gestionar el conocimiento. Meta 2: Instrumentos de Gestión socializados Meta 3: 2 registro de ejecución de los backups No se identificó indicadores	Humanos y tecnológicos	Profesionales- Grupo de Gestión del Conocimiento y la Innovación	1. 15/03/2024 socializaciones 1ra socialización 15/03/2024 2da socialización 20/04/2024 3ra socialización 31/05/2024 30/11/24

Fuente: Mapa de riesgos de Gestión.



	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20241400256723 Fecha: 10-07-2024
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	VERSIÓN: 02	
	FECHA: 13/10/2023		

Imagen 4 Falta de reporte cuantitativo del cumplimiento de las metas e indicadores

META E INDICADOR	RECURSOS	RESPONSABLES	FECHA LÍMITE DE IMPLEMENTACIÓN	DESCRIPCIÓN ACTIVIDADES DESARROLLADAS (Descripción del avance cuantitativo y cualitativo POR ACTIVIDAD) Indicar el resultado de las variables por indicador.
1. Mesa de trabajo para la actualización de la normatividad asociada con el Modelo de Relacionamiento con la Ciudadanía. 2. Diagnóstico del estado actual del servicio a la ciudadanía radicada en Orfeo	Humanos; técnicos	Dirección de Gestión Corporativa y Relación con el Ciudadano	1. 30/07/2024 2. 30/11/2024	1. Se realizó una reunión al interior del equipo de Relacionamiento con la Ciudadanía para revisar la normativa contenida en el normograma vigente frente a la información registrada. Se solicitaron instrucciones a la Oficina Jurídica a través de correo electrónico para conocer el procedimiento de actualización del normograma. 2. Con el equipo se dejó constancia de los avances en el primer trimestre 2024 frente a la elaboración del diagnóstico en mesa de trabajo, del cual se diseñó un instrumento guía para la elaboración del mismo.

Fuente: Reporte Mapa de riesgos de Gestión.

EVALUACIÓN DE LOS MAPAS DE RIESGOS DE GESTIÓN, CORRUPCIÓN, SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LA SCR D CON CORTE AL 30/04/2024



RIESGOS DE CORRUPCIÓN

A. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN: Con corte al 30 de abril de 2024, veinte (20) de los veintiún (21) procesos de la SCR D identificaron riesgos de corrupción.

El proceso de Gestión de Talento Humano no ha identificado, a la fecha, riesgos de corrupción. Al respecto, se mantiene el siguiente incumplimiento evidenciado en el informe de auditoría a la gestión de riesgos con corte al 31/12/2023 remitido al líder de proceso a través del radicado de Orfeo: 20241400104453.

5.4. Incumplimiento N° 1: Falta de identificación de riesgos de corrupción para la vigencia 2024 por parte del proceso de Gestión del Talento Humano.

Verificados los mapas de riesgos de corrupción publicados en numeral 4.3.8 del botón de Transparencia de la Secretaría se pudo evidenciar que el proceso de Gestión de Talento Humano no ha identificado riesgos de corrupción para la vigencia 2024:

	<p>PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</p>	<p>Código: GEI-PR-01- FR-04</p>	 <p>Radicado: 20241400256723 Fecha: 10-07-2024</p>
	<p>INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>VERSIÓN: 02</p>	
		<p>FECHA: 13/10/2023</p>	

A	B	C	D	E	F	G	I	J	K	N	O	P	Q	R	S
9			RG	HUM	1	Documentos de trabajo internos	Posibilidad de afectación Económica y Reputacional por *Investigación fiscal, penal o disciplinaria *Posibles demandas o investigaciones, debido a selección y vinculación de servidores/as sin la debida verificación y lleno de requisitos legales	NO	*Imprecisiones al verificar el cumplimiento de los requisitos del empleo que se pretende proveer *Desconocimiento u omisión de los requisitos que se deben verificar para que se produzca el nombramiento *	(No de Servidores seleccionados y vinculados con el cumplimiento de requisitos en el periodo / Número total de servidores seleccionados y vinculados en el periodo)*100	100%	Baja	40%	Menor	40%
10															
15		Administrar el diseño, ejecución y seguimiento del ciclo del personal de la Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte, mediante la planeación estratégica y la cultura organizacional, en pro del mejoramiento continuo, la satisfacción personal y el desarrollo institucional que	RG	HUM	2	Base de datos de la nómina	Posibilidad de afectación Económica por *Afectación al presupuesto público *Disminución o aumento del patrimonio del servidor, debido a imprecisión en la liquidación y pago de la nómina, prestaciones sociales y aportes a Seguridad Social	NO	*Inconsistencias generadas por el aplicativo que liquida la nómina *Omisión en la actualización de las novedades de nómina *Rotación del personal que se encarga de la liquidación de la nómina	(Mayor o menor valor pagado en la nómina mensual/ Total valor de la nómina mensual)	100%	Media	60%	Mayor	80%
16															
21	Gestión de Talento Humano		RG	HUM	3	Planes de Talento Humano	Posibilidad de afectación Económica y Reputacional por *desaprovechamiento del recurso *e Insatisfacción de los servidores, debido a Baja participación a los eventos de los Planes gestionados y organizados por el Grupo Interno de Trabajo de Gestión del Talento Humano	NO	*Falta de conocimiento de las actividades programadas *Falta de tiempo para participar en las actividades *Desinterés por participar en las actividades programadas	(No de Servidores (objetivo) asistentes de la actividad programada en el periodo / No de Servidores (objetivo) convocados a la actividad programada en el periodo)*100	30%	Alta	80%	Leve	20%
22															

Fuente: https://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/sites/default/files/2024-02/gestion_de_talwnto_humano_v1_2024.xlsx



Teniendo en cuenta que el proceso de Gestión de Talento Humano es un proceso transversal y que debido a la importancia de las actividades que realiza se puedan presentar situaciones de corrupción donde se use el poder para desviar la gestión de lo público hacia un beneficio privado, la Oficina de Control Interno (OCI) recomienda la identificación de riesgos de corrupción al proceso y así evitar que se presenten hallazgos por los entes de control externos.

Si bien el proceso manifiesta en el acta de reunión con radicado 20247300016383, que:

*“(…) De igual manera, al ser este el mismo riesgo identificado en la vigencia anterior y al encontrarse en una zona de riesgo residual baja en los riesgos de gestión 2024, se decide que para esta vigencia no se suscribirá riesgo de corrupción **al identificar que el riesgo se tiene controlado gracias a los controles establecidos** y como no se identificó otro posible riesgo de corrupción asociado a otro tema que maneje el área se decidió que para esta vigencia solo se trabajarán desde el proceso de Gestión del Talento Humano, los riesgos de gestión”* Subrayado fuera de texto.

La justificación presentada permite evidenciar que sí hay, por lo menos, un riesgo de corrupción identificado por el proceso y que de conformidad con lo indicado se establecen controles para evitar su materialización. Por lo anterior, este riesgo (**y cualquier otro que se identifique por el proceso**) debe estar identificado en el mapa de riesgos de corrupción de la SCRD, donde se pueda evidenciar y tener soporte de los controles y plan de tratamiento aplicados para evitar su materialización. Se debe tener en cuenta que, de conformidad con los lineamientos de la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del DAFP V4” (Guía vigente para los riesgos de corrupción), “ningún riesgo de corrupción podrá ser aceptado” y se debe establecer un plan de tratamiento para reducir, evitar o compartir el riesgo.

Por lo anterior, se reitera el incumplimiento presentado en el seguimiento realizado a la gestión del riesgo por parte de la OCI en el mes de marzo de 2024.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20241400256723 Fecha: 10-07-2024
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	VERSIÓN: 02	
		FECHA: 13/10/2023	

B. SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES FORMULADAS EN LOS PLANES DE TRATAMIENTO DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN:

De conformidad con los lineamientos de la Política de Administración de Riesgos de la SCR D para los riesgos cuya zona de riesgo final sea moderada, alta o extrema se deberán formular planes de acción con el fin de fortalecer o crear nuevos controles que permitan mitigar el riesgo.

La Oficina de Control Interno evaluó el cumplimiento de las acciones formuladas para la vigencia 2024 con corte al 30/04/2024 en los planes de tratamiento de riesgos de corrupción, obteniendo los siguientes resultados:



Total de actividades formuladas en los planes de tratamiento de riesgos de corrupción: 48 **			
Actividades Sin Iniciar	25	52%	Actividades de las cuales no se reportan avances u evidencias de su ejecución y cuya fecha de finalización es posterior al 30/04/2024
Actividades en Proceso	21	44%	Actividades de las cuales se reportan avances en el cumplimiento de lo propuesto.
Actividades Cumplidas	1	2%	Actividades que se ejecutaron de conformidad con lo formulado.
Actividades Incumplidas	1	2%	Actividades cuya fecha de finalización estaba programada durante el primer cuatrimestre de la vigencia y no se remite evidencia de su cumplimiento.
Total	48	100%	

** Se adjunta matriz en archivo Excel con el seguimiento adelantado a cada actividad. (ver Anexo de Excel)

El siguiente proceso no cumplió con las actividades programadas con corte al 30/04/2024:

5.5. Incumplimiento N° 2: El proceso de Gestión de la Mejora Continua no cumplió con la actividad formulada en su plan de tratamiento de riesgos de corrupción con corte al 30/04/2024

El proceso de Gestión de la Mejora Continua formuló la acción: *“Realizar una socialización de los instrumentos de gestión a los enlaces del sistema de gestión”*. Lo anterior tenía como fecha límite de implementación el 30/04/2024. Sin embargo, el proceso no reportó información ni evidencias de su cumplimiento en la herramienta de reporte dispuesta por la OAP: https://drive.google.com/drive/folders/1KLfgDyOlfl3gbr0HKiWshCsZXY2SdYis?usp=drive_link. Por lo tanto, no cumplió con la actividad propuesta.

	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20241400256723 Fecha: 10-07-2024
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	VERSIÓN: 02 FECHA: 13/10/2023	



Fuente: Link de Drive señalado.

RIESGOS DE GESTIÓN



Con corte al 30 de abril de 2024 los veintiún (21) procesos de la SCRD identificaron riesgos de gestión para la presente vigencia.

De conformidad con los lineamientos de la política de administración de riesgos de la SCRD, para los riesgos cuya zona de riesgo final sea moderada, alta o extrema se deberán formular planes de acción con el fin de fortalecer o crear nuevos controles que permitan mitigar el riesgo.

La Oficina de Control Interno evaluó el cumplimiento de las acciones formuladas para la vigencia 2024 con corte al 30/04/2024 en los planes de tratamiento de riesgos de gestión, obteniendo los siguientes resultados:

Total de actividades formuladas en los planes de tratamiento de riesgos de gestión: 88 **			
Actividades Sin Iniciar	28	32%	Actividades de las cuales no se reportan avances ni evidencias de su ejecución y cuya fecha de finalización es posterior al 30/04/2024
Actividades en Proceso	48	55%	Actividades de las cuales se reportan avances en el cumplimiento de lo propuesto.
Actividades Cumplidas	3	3%	Actividades que ya se ejecutaron de conformidad con lo formulado.
Actividades Incumplidas	9	10%	Actividades cuya fecha de finalización estaba programada para el primer cuatrimestre de la vigencia y no se remite evidencia de su cumplimiento.
Total	88	100%	

** Se adjunta matriz en archivo Excel con el seguimiento adelantado a cada actividad.



	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20241400256723 Fecha: 10-07-2024	
		INFORME DE AUDITORIA INTERNA		VERSIÓN: 02
				FECHA: 13/10/2023

Los siguientes procesos no cumplieron con nueve (9) actividades programadas con corte al 30/04/2024:

5.6. Incumplimiento N° 3: Los procesos de Gestión de la mejora continua, Gestión del conocimiento y la innovación y Gestión de apropiación de la infraestructura y patrimonio cultural no cumplieron con las actividades formuladas en su plan de tratamiento de riesgos de gestión con corte al 30/04/2024

A continuación, se describen los procesos y las actividades incumplidas para el primer cuatrimestre de la gestión:

Proceso	Actividad Incumplida	Fecha límite de implementación
Gestión de la Mejora Continua	Elaborar inventario de instrumentos de gestión vigentes.	31/03/2024
Gestión del Conocimiento y la Innovación	Elaborar procedimiento de Gestión de Aprendizaje con sus respectivos controles.	28/02/2024
	Actualizar procedimiento de Gestión del Cambio, de acuerdo con la nueva caracterización.	05/04/2024
	Elaborar procedimiento de Gestión del Conocimiento con sus respectivos controles.	30/04/2024
	Diseñar herramienta para la transferencia del conocimiento de los servidores y contratistas y verificar el o los expediente (s) correspondientes.	31/03/2024
	Inventario de las herramientas para gestionar el conocimiento.	15/03/2024
	Socialización de los instrumentos de gestión del proceso de Gestión del Conocimiento e Innovación	Socializaciones 1ra socialización 15/03/2024 2da socialización 20/04/2024
Gestión de Apropiación de la Infraestructura y Patrimonio Cultural	Diseñar la arquitectura de datos a partir de la cual se crea el aplicativo tecnológico de seguimiento al procedimiento "AIP-PR-05 v1	31/03/2024

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20241400256723 Fecha: 10-07-2024
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	VERSIÓN: 02	



Proceso	Actividad Incumplida	Fecha límite de implementación
	Policivo y Sancionatorio frente a las faltas y comportamientos contrarios a la protección y conservación del Patrimonio Cultural"	
	Elaborar un informe de puesta en funcionamiento del aplicativo tecnológico de seguimiento a trámites de declaratoria, revocatoria o cambio de nivel de intervención de un Bien de Interés Cultural, que incluya la medición de la satisfacción de usuarios.	31/03/2024

RIESGOS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

Con corte al 30 de abril de 2024, doce (12) de los veintiún (21) procesos de la SCR D han identificado riesgos de seguridad de la información. El proceso de Gestión de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones suscribió la acción de mejora N° 15 de 2024 para culminar durante la vigencia 2024 con la identificación de riesgos con todos los procesos de la entidad. De igual manera en el plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información V2 se estableció finalizar con la identificación al culminar la vigencia.

De conformidad con los lineamientos del Manual de Gestión de Riesgos de Seguridad de la Información V1, una vez identificados y valorados los riesgos se debe definir el tratamiento para cada uno de ellos, este tratamiento puede ser: Aceptar, Reducir o Evitar. Si el proceso decide reducir el riesgo es necesario definir un plan de acción o tratamiento, donde se incluya, entre otros, el responsable, la fecha en la que se implementará el control y la fecha de seguimiento. De conformidad con lo anterior, la Oficina de Control Interno verificó la identificación y el cumplimiento del plan de acción formulado para aquellos riesgos cuyo tratamiento seleccionado fue: Reducir el riesgo. Se verificaron los mapas de riesgos vigentes publicados en el botón de transparencia: https://culturarecreacionydeporte.gov.co/es/transparencia-acceso-informacion-publica/planeacion-presupuesto-informes/gestion-de-riesgos?field_fecha_de_emision_value=2&field_tipo_de_documento_target_id=2390, obteniendo el siguiente resultado:

- 5.7. **Incumplimiento N° 4: Los procesos de Gestión de la comunicación estratégica y Gestión documental definieron de manera inadecuada el plan de tratamiento de los riesgos de seguridad de la información. (Modificado)**

	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20241400256723 Fecha: 10-07-2024	
		INFORME DE AUDITORIA INTERNA		VERSIÓN: 02
				FECHA: 13/10/2023

Los siguientes procesos no identificaron plan de acción para los riesgos de seguridad de la información, teniendo en cuenta que establecieron como tratamiento del riesgo “Reducir el Riesgo”, lo cual hace obligatorio la definición de un plan de acción:

A. Gestión de la Comunicación Estratégica: A pesar de que el proceso diligenció algunas casillas del plan de acción, no se realizó la identificación de manera integral:



Riesgo N° 1: Posibilidad de pérdida de la disponibilidad del servicio de la página web que se produce por caída o fallas en la infraestructura tecnológica:

Zona de Riesgo Final	Tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado
Alto	Reducir (mitigar)		Jefe de la DAC y de la OTI	Primeros 10 días del inicio del trimestre			Sin Iniciar
		El responsable de administrar las					

Fuente: https://culturarecreacionydeporte.gov.co/sites/default/files/2024-02/20231200436293_matriz_de_riesgos_de_seguridad_comunicaciones.xlsx

B. Gestión Documental: Para los riesgos 4 y 6 se determinó que el tratamiento sería Reducir, pero no se definió plan de acción:

Riesgo N° 4: Posibilidad de pérdida de disponibilidad en la información de los expedientes documentales debido a pérdida de documentos por robo o desactualización de los inventarios documentales del archivo de gestión centralizado.

	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20241400256723 Fecha: 10-07-2024	
		INFORME DE AUDITORIA INTERNA		VERSIÓN: 02
				FECHA: 13/10/2023

Plan de Acción							
Zona de Riesgo Final	tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado
Moderado	Reducir (cont						

Fuente: https://culturarecreacionydeporte.gov.co/sites/default/files/2024-02/20237100515373_matriz_de_riesgos_de_seguridad_gestion_documental.xlsx



Riesgo 6: Posibilidad de pérdida de Integridad de la información contenida en los documentos y expedientes del sistema debido a errores en las configuraciones, falta de conocimiento sobre el sistema, lo que aumenta la probabilidad de ataques informáticos.

Plan de Acción							
Zona de Riesgo Final	tratamiento	Plan de Acción	Responsable	Fecha Implementación	Fecha Seguimiento	Seguimiento	Estado
Moderado	Reducir (mitig						
Bajo	Reducir (mitig						
Bajo	Reducir (mitig						
Bajo	Reducir (mitig						

Fuente: https://culturarecreacionydeporte.gov.co/sites/default/files/2024-02/20237100515373_matriz_de_riesgos_de_seguridad_gestion_documental.xlsx

Respuesta de la OTI al informe preliminar de auditoría:

De acuerdo a la revisión de las matrices de riesgos de seguridad de la información de los procesos de Gestión de la Comunicación Estratégica y Gestión Documental, los riesgos residuales (finales) de seguridad de la información quedaron en una zona de riesgo Moderada

	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20241400256723 Fecha: 10-07-2024
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	VERSIÓN: 02	

después de la aplicación de los controles que gestionan los mismos, por lo tanto, no requieren plan acción.

En la matriz de riesgos del proceso de Gestión de la Comunicación Estratégica se evidencia que el primer riesgo está gestionado por dos controles, el primero calificado de tipo correctivo que reduce el impacto y el segundo control de tipo preventivo que reduce la probabilidad. Con la aplicación del primer control, el riesgo queda en una zona residual ALTA, por lo cual se requiere de otro control para gestionar el riesgo. La aplicación de estos dos controles gestiona el riesgo, llevándolo a una zona final MODERADA, la cual no requiere plan de acción.

Sin embargo, se observa que en la columna tratamiento se presenta una oportunidad de mejora en la definición del tratamiento que se debe seguir para la gestión del riesgo; además se evidencia que las columnas “Responsable, Fecha de implementación y Fecha de seguimiento” contienen actualmente información y estas columnas no debieron quedar diligenciadas. Para la matriz del proceso de Gestión Documental, se identifica que en la columna “Tratamiento” existe registro de información que indica que se debe reducir el riesgo. En consideración a que los riesgos después de la aplicación de los controles quedaron en una zona residual MODERADA, su tratamiento debe ser “ACEPTAR” y por tanto, no requeriría plan de acción. De acuerdo a lo descrito para los dos procesos, la OTI considera que no se trata de un incumplimiento, sino más bien de una oportunidad de mejora, y en tal sentido, se recomienda que los líderes de proceso realicen los ajustes correspondientes en las matrices de riesgos de seguridad de la información de la presente vigencia



Análisis Oficina de Control Interno:

De conformidad con los roles y responsabilidades establecidos en el MANUAL DE GESTIÓN DE RIESGOS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN V1, es responsabilidad de la OTI: “Apoyar a la OAP y las dependencias en el seguimiento, identificación, valoración y tratamiento de los riesgos de Seguridad de la Información”. Teniendo en cuenta la respuesta remitida, el error de establecer como tratamiento del riesgo la opción de “reducir”, después de la aplicación de controles, se debió a un mal diligenciamiento de la matriz por parte de los responsables de procesos. Por lo indicado, se evidencia que la OTI y la OAP, en su rol de apoyo, no retroalimentaron al proceso para indicarle que el plan de tratamiento de “reducir” no era el correcto, de conformidad con los controles identificados. Por lo tanto, el incumplimiento **se modifica y se mantiene** para que se realice el ajuste de las matrices por parte de los dos procesos y se establezcan controles por parte de la OAP y la OTI para fortalecer el rol de apoyo en el seguimiento, identificación, valoración y tratamiento de los riesgos de Seguridad de la Información.

De igual manera, se evidencia la siguiente oportunidad de mejora con respecto al Manual de Gestión de Riesgos de Seguridad de la Información V1:

5.8. Oportunidad de mejora N° 4: El Manual de Gestión de Riesgos de Seguridad de la Información no establece la periodicidad para hacer seguimiento a los planes de acción. (Modificada)

Verificados los lineamientos del Manual de Gestión de Riesgos de Seguridad de la Información V1, se evidencia que el documento no se define la periodicidad para realizar monitoreo a los planes de

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20241400256723 Fecha: 10-07-2024
		VERSIÓN: 02	
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	FECHA: 13/10/2023	

acción, así como tampoco se define cada cuánto se hace entrega de los soportes por parte de la primera línea que permitan evidenciar el cumplimiento de los planes de acción, a la fecha no hay un repositorio documental o Drive dónde se puedan consultar las evidencias del cumplimiento de los planes de acción, por lo que se recomienda que se definan estos lineamientos en el Manual.

Respuesta al informe preliminar de auditoría OTI:

En el Manual de Riesgos de Seguridad de la Información, en el ítem No.7 ROLES Y RESPONSABILIDADES, se define que la Oficina Asesora de Planeación tiene el rol de la Segunda Línea de Defensa y una de sus responsabilidades es: “- Realizar el monitoreo a los riesgos de Seguridad de la Información y al plan de acción, acorde con la información suministrada por los líderes de procesos”, sin embargo se procederá a realizar la revisión y ajuste del manual frente a la periodicidad del monitoreo y seguimiento de los planes de acción por parte de la Segunda Línea de Defensa, en concordancia con las disposiciones de la OAP.

Análisis Oficina de Control Interno:

Se evidencia que en el MANUAL DE GESTIÓN DE RIESGOS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN V1 se indica que la segunda línea es responsable de realizar el monitoreo a los riesgos de Seguridad de la Información y al plan de acción, acorde con la información suministrada por los líderes de procesos es la Oficina Asesora de Planeación, por lo cual **se modifica** la oportunidad de mejora. Sin embargo, se recomienda analizar la pertinencia de que la segunda línea responsable de hacer el monitoreo a los riesgos de seguridad de la información sea la OTI, teniendo en cuenta el conocimiento técnico requerido para asesorar y monitorear la materialización de esta tipología de riesgos.



MATERIALIZACIÓN DE RIESGOS

De conformidad con la información reportada por la primera línea, la Oficina Asesora de Planeación y la Oficina de Tecnologías de la Información reportan que se materializaron dos (2) riesgos en el primer cuatrimestre de la vigencia 2024. Al verificar si se siguieron las acciones establecidas en la política de administración del riesgo V2 y V3, se evidencia que, en ninguno de los casos, a la fecha, se han adelantado la totalidad de acciones establecidas. Por lo señalado, se presenta el siguiente incumplimiento:



5.9. Incumplimiento N° 5: Falta realizar las acciones establecidas en la política de administración del riesgo para los dos riesgos materializados en el primer cuatrimestre por parte de los procesos de Gestión Contractual y Gestión de las Tecnologías de la Información.

A la fecha no se han realizado las siguientes acciones para los dos riesgos materializados:

Riesgo	Informar por	Proceder de manera	Actualizar el
--------	--------------	--------------------	---------------

	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20241400256723 Fecha: 10-07-2024	
		INFORME DE AUDITORIA INTERNA		VERSIÓN: 02
				FECHA: 13/10/2023

Materializado	correo electrónico a la Oficina Asesora de Planeación como segunda línea de defensa, el evento o materialización del riesgo	inmediata a aplicar el plan de contingencia o de tratamiento de incidentes de seguridad de la información que permita la continuidad del servicio o el restablecimiento de este (si es el caso) y documentar en el plan de mejoramiento.	Realizar los correctivos necesarios frente al cliente e iniciar el análisis de causas y determinar acciones correctivas, preventivas, y de mejora, así como la revisión de los controles existente, documentar la acción correctiva (procedimiento para la mejora)	mapa de riesgos
Riesgo de seguridad de la información de la OTI: “Posibilidad de pérdida de disponibilidad por fallas técnicas y de servicio en la infraestructura tecnológica de la SCRD”.	No se reportó su materialización a la OAP.	No se contaba con un plan de contingencia. A la fecha no se ha documentado el plan de mejoramiento.	A la fecha no se ha realizado el análisis de causas, ni documentado la acción correctiva en la herramienta de la mejora.	El mapa de riesgos de la OTI vigente y publicado en el botón de transparencia es la versión del 15/12/2023. Por lo tanto, no se ha actualizado el mapa de riesgos.
Riesgo de Gestión: “Posibilidad de afectación Económica y reputacional por investigación disciplinaria, fiscal y penal y posibles demandas, debido a la apertura de un proceso de selección sin el cumplimiento de los requisitos establecidos	Sí se notificó a la OAP través de radicado: 20247600152213	Se dio tratamiento a la situación presentada. Sin embargo, no se documentó en el plan de mejoramiento.	A la fecha no se ha realizado el análisis de causas, ni documentado la acción correctiva en la herramienta de la mejora.	El mapa de riesgos de Gestión Contractual vigente y publicado en el botón de transparencia es la versión del 25/01/2024. Por lo tanto, no se ha actualizado el mapa de riesgos

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20241400256723 Fecha: 10-07-2024
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	VERSIÓN: 02	

legalmente”				
-------------	--	--	--	--



Por lo anterior, se evidencia que los procesos de Gestión de las Tecnologías de la Información y Gestión Contractual no están ejecutando las acciones establecidas en la política de administración del riesgo cuando se materializa un riesgo. Por lo que también se evidencia que falta una mayor socialización de la política a la primera línea de defensa. Se recomienda buscar alternativas de socialización adicionales a publicarla en CULTUNET y compartirla a través del correo institucional.

Respuesta de la OTI al informe preliminar de auditoría:

La OTI realizará la acción correctiva correspondiente.

6. CONCLUSIONES

1. Se evidencia que es necesario actualizar la metodología de riesgos de gestión y corrupción V1, incluyendo la tipología de riesgos fiscales y de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo - SARLAFT.
2. Las metas y los indicadores de los planes de tratamiento de los riesgos de gestión y corrupción han sido mal identificados por la mayoría de los procesos, tal como se especifica en el informe anexo.
3. El formato de la matriz de riesgos de gestión y corrupción puede mejorarse, incluyendo la fecha de inicio de ejecución de los planes de tratamiento. Lo anterior permite mejorar el seguimiento y realizar alertas de manera oportuna.
4. El proceso de Gestión del Talento Humano no ha identificado riesgos de corrupción para la vigencia 2024.
5. El proceso de Gestión de la Mejora Continua no cumplió con la actividad formulada en su plan de tratamiento de riesgos de corrupción con corte al 30/04/2024.
6. Los procesos de Gestión de la mejora continua, Gestión del conocimiento y la innovación y Gestión de apropiación de la infraestructura y patrimonio cultural no cumplieron con las actividades formuladas en su plan de tratamiento de riesgos de gestión con corte al 30/04/2024.
7. Los procesos de Gestión de la comunicación estratégica y Gestión documental definieron de manera inadecuada el plan de tratamiento de los riesgos de seguridad de la información.
8. El Manual de Gestión de Riesgos de Seguridad de la Información no establece la periodicidad para hacer seguimiento a los planes de acción.

	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20241400256723 Fecha: 10-07-2024	
		INFORME DE AUDITORIA INTERNA		VERSIÓN: 02
				FECHA: 13/10/2023

9. Durante el primer cuatrimestre se materializaron dos (2) riesgos: uno del proceso de Gestión Contractual y otro de Gestión de las Tecnologías de la Información. Para los dos casos no se evidencia el cumplimiento de las acciones establecidas en la política de administración del riesgo.



7. RECOMENDACIONES

1. Realizar una revisión y actualización integral de los instrumentos de gestión del riesgo de la SCRD, identificando las actualizaciones que se deben realizar teniendo en cuenta la inclusión en la política de administración del riesgo de la tipología de riesgos fiscales y de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo – SARLAFT.
2. Fortalecer el rol de asesoría de la Oficina Asesora de Planeación a la primera línea de defensa, con el objeto de superar las debilidades evidenciadas en el diligenciamiento de las matrices de riesgos de gestión y corrupción.
3. Es importante que la Oficina de Tecnologías de la información, en su rol de apoyo en la identificación de riesgos de seguridad de la información, realice acompañamiento a la primera línea de defensa en la definición de tratamiento de riesgos, así como de los planes de acción de los riesgos cuyo tratamiento sea “reducir”.
4. Realizar, durante la vigencia 2024, jornadas de capacitación y socialización de las herramientas de gestión del riesgo con las que cuenta la SCRD y sus respectivas actualizaciones. Buscar alternativas de socialización adicionales a remitir los instrumentos a través del correo electrónico y publicarlos en CULTUNET.
5. Ejecutar, a la mayor brevedad, las actividades establecidas en la política de administración del riesgo para los dos riesgos materializados durante el primer cuatrimestre de 2024.
6. Debido a que el repositorio de evidencias del plan de tratamiento de riesgos de seguridad de la información está bajo el control de cada responsable de proceso, no existe un repositorio o Drive institucional custodiado por la segunda línea donde se pueda tener el control de las evidencias que soporten la gestión del riesgo. Se recomienda unificar el repositorio y ponerlo bajo control de la Oficina de Planeación o de la Oficina de Tecnologías de la Información.

8. PLAN DE MEJORAMIENTO

De acuerdo con lo indicado en el presente informe, se solicita informar a esta oficina, en los siguientes diez (10) días hábiles posteriores a la comunicación del informe final, las acciones correctivas o de mejora a implementar, en cumplimiento del Procedimiento para la mejora vigente en la Secretaría.

9. FIRMAS

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>SECRETARÍA DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE</small>	PROCESO GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Código: GEI-PR-01- FR-04	 Radicado: 20241400256723 Fecha: 10-07-2024
	INFORME DE AUDITORIA INTERNA	VERSIÓN: 02 FECHA: 13/10/2023	

Elaboró
Diana del Pilar Romero
Contratista OCI
Firma electrónica

Aprobó
Omar Urrea Romero
Jefe Oficina Control Interno
Firma electrónica

Anexo: Matrices de Excel con el seguimiento a riesgos de gestión y riesgos de corrupción.

Nota: La comunicación interna remisoría del presente informe se constituirá como el informe ejecutivo y debe incluir como mínimo el resumen del resultado.

Documento 20241400256723 firmado electrónicamente por:	
Omar Urrea Romero	Jefe Oficina de Control Interno Oficina de Control Interno Fecha firma: 10-07-2024 15:37:41
 46cd84d03d92c272bf40f496f0461f490f0dd8c98f9f4994c916fc64a6fa0e44 Codigo de Verificación CV: 21653	