

 JEP JURISDICCIÓN ESPECIAL PARA LA PAZ	FORMATO ACTA DE COMITÉ	Versión 0.0	JEP-FR-02-02
		2018-11-21	Página 1 de 16

Fecha: 2 de febrero de 2022	Hora inicial: 9:00 a.m.	Hora Final: 10:30 p.m.
Dependencia que Convoca:	Subdirección de Control Interno	
Objetivo:	Realizar la Sesión Extraordinaria del Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno de la Jurisdicción Especial para la Paz – JEP.	
Lugar:	Virtual Microsoft Teams	

ACTA No. 2

Asistentes:

Integrantes del Comité:

1. Harvey Danilo Suárez Morales – Secretario Ejecutivo (e) – Presidente del comité.
2. Blanca Elizabeth Álvarez Pinilla – Delegada de las Salas de Justicia.
3. Marlon Andrés Bernal Morales - Delegado del Tribunal para la Paz
4. Gladys Emilse Martínez Alzate – Fiscal Ante Tribunal – Delegada de la Unidad de Investigación y Acusación – UIA.
5. Ana Lucía Rosales Callejas – Directora Administrativa y Financiera.
6. Ángela María Mora Soto – Directora de Asuntos Jurídicos.
7. Adela del Pilar Parra González – Subdirectora de Planeación.
8. Luz Amanda Granados Urrea - Subdirectora de Fortalecimiento Institucional.
9. María Omaira Álvarez Iriarte - Subdirectora de Control Interno - Secretaria Técnica.

Invitados:

1. Luis Felipe Rivera García – Director de Tecnologías de la Información.
2. Ana María Olivella López – Asesora - Secretaría Ejecutiva.
3. Carlos Iván Castro Sabbagh - Jefe Departamento de Conceptos y Representación Jurídica.
4. Constanza Eugenia Cañón Charry – Jefe Departamento de Atención al Ciudadano.
5. Liliana María Hurtado Londoño – Profesional Experto - Unidad de Investigación y Acusación.
6. Oscar Javier Pedroza Mogollón - Profesional Especializado II - Subdirección de Fortalecimiento Institucional.
7. Amparo Prada Tapia – Profesional Especializado II – Subdirección de Control Interno.
8. Rosemberg Leguizamón Vargas - Profesional Especializado II – Subdirección de Planeación
9. Julián David Hernández Valencia - Profesional de Gestión II - Subdirección de Fortalecimiento Institucional.
10. Yurani González Cruz - Profesional de Gestión II - Dirección de Tecnologías de la Información.

11. Juan Camilo Hernández Ochoa - Profesional de Gestión II - Subdirección de Fortalecimiento Institucional.
12. Lina Alejandra Morales Sarmiento – Contratista – Subdirección de Control Interno.
13. Adriana Sofía Borda Plata – Contratista – Subdirección de Planeación.
14. Cristian Villalba Arango – Secretario Administrativo I – Subdirección de Control Interno.

Agenda – Orden del día:

1. Verificación del quórum.
2. Aprobación del orden del día.
3. Presentación resultados del análisis de las PQRSDF extemporáneas. Departamento de Atención al Ciudadano (DAC) y Subdirección de Control Interno–(SCI) – Informativo.
4. Modificación del Plan Anual de Auditorías vigencia 2022 (SCI)– Aprobación.
5. Metodología para la Administración de Riesgos de Seguridad de la Información y sus anexos Dirección de Tecnologías de la Información (DTI)– Aprobación.
6. Manual para la Administración de Riesgos de Gestión y Corrupción de la JEP Subdirección de Fortalecimiento Institucional (SFI)- Aprobación.
7. Documento “Pautas y lineamientos para el ejercicio del Sistema de Control Interno” Subdirección de Fortalecimiento Institucional (SFI) y Subdirección de Planeación (SP) – Aprobación.
8. Propositiones y varios.
 - 8.1. Verificación de compromisos del Acta No. 1 del 11/01/2022.

Desarrollo de la Sesión:**1. Verificación del quórum:**

Siendo las 9:05 a.m. del 2 de febrero de 2022 se dio inicio a la primera sesión extraordinaria de la vigencia 2022 del Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno (CCSCI). La doctora María Omaira Álvarez Iriarte, como secretaria técnica del comité, presentó un saludo a cada uno de los participantes de la sesión; seguidamente solicitó el registro de la asistencia por medio del chat Microsoft Teams a los miembros del comité con voz y voto, de acuerdo con lo establecido en el Acuerdo AOG No. 016 del 12 de marzo de 2019.

Verificado el registro de asistencia, se informó que el 100% de los miembros del comité se encontraban presentes y existía el quórum reglamentario para sesionar. Se continuó con el punto No. 2.

2. Aprobación del orden del día:

La secretaria técnica presentó a consideración el orden del día y lo sometió a votación a través del chat Microsoft Teams para la correspondiente aprobación. De manera unánime, los miembros del comité aprobaron el orden del día propuesto.

Se continuó con el punto No. 3.

3. Presentación resultados del análisis de las PQRSDF extemporáneas (DAC – SCI) – Informativo.

La Dra. María Omaira Álvarez explicó que este punto consistía en la presentación de los resultados del análisis de las PQRSDF extemporáneas, a cargo de la Doctora Constanza Cañón, jefe del DAC, quien expresó que, de acuerdo con el informe de evaluación de las PQRSDF que realizó la SCI, se dio respuesta extemporánea a 137 solicitudes, con lo que se había materializado el riesgo de gestión 29G y que era necesario mitigarlo. Asimismo, manifestó que se habían realizado mesas de trabajo entre el DAC y la SCI para la revisión de esas 137 PQRSDF extemporáneas, donde se había identificado que de los 137 radicados, 19 eran trámites judiciales, 20 correspondían a PQRSDF respondidas en término, 41 eran peticiones que fueron asignadas vencidas desde la Secretaría Judicial (SEJUD) y 57 fueron respondidas de manera extemporánea, lo que daba un total de 98 respondidas fuera de término, que correspondía al 3.29% del total de PQRSDF recibidas durante el primer semestre de 2021.

Seguidamente intervino la Doctora Ángela Mora, quien solicitó autorización al comité para que estuviese presente el Doctor Carlos Iván Castro Sabbagh - jefe del Departamento de Conceptos y Representación Jurídica, encargado de las peticiones y quien venía realizando el trabajo de seguimiento a las PQRSDF asignadas a la Secretaría Ejecutiva.

De otra parte, la Doctora Constanza Cañón precisó que, como resultado de las mesas de trabajo con las áreas involucradas, se determinaron de manera general las siguientes causas:

- Las peticiones no se asignan correctamente desde Secretaría General Judicial y Ventanilla Única.
- Cálculo incorrecto en el conteo de términos en el Sistema de Gestión Documental - Conti (Conteo de días hábiles y calendario).
- Algunos radicados reportados en el informe de Control Interno como vencidos, nunca fueron asignados al área.
- No se tienen en cuenta los parámetros establecidos para el proceso de devolución de un radicado y reasignación desde otra área.

Asimismo, informó sobre las acciones de mejora realizadas, así:

Radicados que se identificaron como trámites judiciales (19):

- Se implementó la ruta 94 para excluir del flujo los radicados que no corresponden a PQRSDF y se trabaja con Servisoft y la DTI en el levantamiento de requerimientos para la implementación de casos especiales.
- Se solicitó a Servisoft la asignación al usuario del DAC e inclusión en la nueva ruta, lo que conlleva al ajuste de los informes trimestrales de 2021.
- Respecto de los radicados que se identifiquen como trámites judiciales del II semestre de 2021, se aplicará el mismo procedimiento para el I semestre de 2021.
- Cuando los usuarios identifiquen que se debe excluir un radicado del flujo de PQRSDF deberán incluirlo en la ruta 94.
- Se realizará de manera permanente el monitoreo o revisión a los radicados excluidos de la ruta de PQRSDF para asegurar su correcta exclusión del flujo.

PQRSDF respondidas en término (20):

Una de las causas por las que aparecían respondidas fuera de término estaba relacionada con las respuestas enviadas por fuera del Sistema de Gestión Documental – SGD (Conti), por lo que se solicitó al proveedor de Conti la implementación de una funcionalidad para incluir las respuestas tramitadas fuera del SGD; se está trabajando con Servisoft y la DTI en el levantamiento de requerimientos para la implementación de dicha funcionalidad, mientras tanto, se debe enviar la respuesta por el SGD.

PQRSDF respondidas fuera de término (57):

- Continuar con el envío de alertas para cumplimiento de términos.
- Implementar la notificación diaria por correo electrónico al responsable de las PQRSDF pendientes y la solicitud de justificación de la causa de vencimiento. Actualmente se trabaja con Servisoft y la Dirección de TI, en el levantamiento de requerimientos para la implementación.
- Realizar el seguimiento a las justificaciones de las causas de vencimiento y enviar a los superiores las debilidades encontradas para que se tomen las acciones respectivas.
- **PQRSDF recibidas con términos vencidos de SEJUD (41)** (contabilizadas como fuera de términos para un total de 98 extemporáneas):

A través del secretario ejecutivo se comunicará a la Magistratura la situación presentada, a fin de realizar mesas de trabajo para analizar la viabilidad de la consulta de información de trámites judiciales.

Por otro lado, explicó sobre la actualización de informes de la siguiente manera:

- **Actualización informe I semestre:**

- ✚ Se realizó entre el 26 y 28 de enero de 2022.
- ✚ Se pueden realizar los ajustes conforme a los datos que arroja este análisis, pero no se verán reflejados en el sistema Conti hasta tanto no se implementen las funcionalidades requeridas.

- **Actualización informe II semestre:**

- ✚ Se realizará una vez se cuente con el informe de PQRSDF por parte de la SCI, de acuerdo con la revisión que se realice a finales del mes de febrero de 2021.

- **Actualización página web:**

- ✚ Se requiere saber si se realiza aclaración o actualización del informe que se encuentra publicado en la página web.

Respecto de lo anterior, el doctor Carlos Iván Castro manifestó que fue un proceso riguroso adelantado por el DAC desde que se generó el informe de la SCI, que el Departamento de Conceptos acompañó en algunos momentos en la valoración que se estaba realizando. Recalcó que el informe hacía referencia a un período de tiempo específico y no a una vigencia completa y estuvo de acuerdo con lo manifestado por la doctora Constanza Cañón en relación con la identificación de lo sucedido con los 137 radicados.

De otra parte, hizo énfasis en el trabajo que se debía realizar en relación con los radicados que se recibieron vencidos y que surtieron un trámite en otras dependencias. Puso el ejemplo particular de la Secretaría General Judicial, cuando un escrito va dirigido a la Sala de Reconocimiento o a la Sala de Amnistía, entra dentro de la carga normal de trabajo de un despacho, pero luego el despacho identifica que no es asunto de su competencia y lo remite a la Secretaría Ejecutiva. En este caso, si bien la Secretaría Judicial no tiene funcionalmente la capacidad de entrar a valorar qué debe ser objeto de análisis de los magistrados y qué no, si cree que los secretarios judiciales podrían revisar la documentación que reciben e identificar en el momento de la radicación lo que no es un asunto de competencia de las salas o del Tribunal. Resaltó que en este tema se tiene algún margen de mejora, con el apoyo de las secretarías judiciales.

Asimismo, explicó sobre el seguimiento que se hace desde el Comité de Conciliación a las PQRSDF, que en 2018 al inicio de actividades de la entidad, el cúmulo de solicitudes era tal que se tenían unos niveles de represamiento en todas las dependencias, no solamente en la Secretaría Judicial, en la UIA o en la Secretaría Ejecutiva, que superaba los miles, que el Departamento de Conceptos y Representación Jurídica tenía fácilmente dos mil a tres mil asuntos en trámite y con corte a 28 de enero de 2022 se tenían solamente 109 asuntos en trámite y al día.

Igualmente informó que desde el Comité de Conciliación se había evidenciado que ese volumen tenía relación directa con las acciones de tutela, que eventualmente los peticionarios acudían a

dicha acción para impulsar su solicitud y que les fuera contestada; que ahí había un riesgo, no solo frente al cumplimiento de los términos, sino el impacto que tenía en acciones constitucionales, razón por la cual el acompañamiento y el seguimiento al comportamiento de esos trámites al interior de la Secretaría Ejecutiva se había asumido como un riesgo de la Política de Prevención del Daño Antijurídico para las vigencias 2020 y 2021, lo que dio como resultado que en la actualidad las acciones de tutela con origen o por causa de la vulneración del derecho de petición con relación a la Secretaría Ejecutiva eran cero (0), que en 2021 se había presentado un caso de unos radicados donde se apoyó a la Secretaría Judicial en su momento y precisó que la Secretaría Ejecutiva sigue siendo vinculada a todos los procesos de tutela y en estos casos para mostrar la trazabilidad que han tenido las solicitudes en el SGD y en el sistema Legali.

Finalmente aclaró que el seguimiento que realiza el Comité de Conciliación no es de carácter estadístico, que el Departamento de Conceptos realiza un acompañamiento a las áreas de la Secretaría Ejecutiva, lo que conlleva a que de una u otra forma se pueda identificar a tiempo aquellos casos donde hay una amenaza o en efecto se están contestando algunos asuntos por fuera de término que permite generar una reacción rápida y se ha logrado llegar a un cumplimiento por encima del 99% de asuntos contestados en términos, sin perjuicio de que la meta sea continuar con el seguimiento detallado de cada uno de los trámites y que se logren reportes con cero (0) asuntos atendidos por fuera de término.

Frente a la modificación de los reportes, la Doctora María Omaira Álvarez aclaró que aquellos que sirvieron de insumo para el informe de evaluación se encontraban publicados y no se podían modificar e informó que próximamente se iniciará la evaluación del segundo semestre de 2021 de las PQRSDF y en ese informe se realizarán las aclaraciones correspondientes de acuerdo con las estadísticas del primer semestre de 2021.

El Secretario Ejecutivo intervino y reiteró lo expresado por el Dr. Carlos Iván Castro en la articulación entre el DAC y el trabajo de acompañamiento por parte de la SCI, en términos no solo de realizar la estadística, sino en función de identificar aquellos puntos críticos que han requerido acciones institucionales de mejora para la respuesta a tiempo de las PQRSDF y recalcó que las cifras son un buen indicador de ese resultado, con el compromiso de continuar cerrando la brecha que hoy es muy pequeña; que, en su momento por razones institucionales comprensibles, era un problema grande, por el mismo inicio de la Jurisdicción, la articulación de los equipos, los procedimientos y la infraestructura informática; que ha sido un trabajo que ha contado con el apoyo de diversas instancias que permiten mostrar los resultados que se están presentando.

Por otra parte, la doctora Gladys Martínez solicitó que al final de la reunión se permitiera un espacio con el Departamento de Atención al Ciudadano para revisar las cifras, teniendo en cuenta que en el primer semestre de 2021 aparecía en la UIA seis (6) peticiones de PQRSDF y al revisar el informe aparecían 54.

Se continuó con el punto No. 4.

4. Modificación del Plan Anual de Auditorías vigencia 2022 (SCI)– Aprobación:

La secretaria técnica del comité presentó las modificaciones al Plan Anual de Auditorías y aclaró que se trataba de ampliación de fechas que no afectaban ni generaban ningún tipo de incumplimiento, así:

La primera modificación estaba relacionada con las fechas de presentación de la evaluación a la efectividad de los controles establecidos en el mapa de riesgos de gestión, teniendo en cuenta que los insumos se recibían el 20 de enero, el 20 de mayo y el 21 de septiembre de 2022 y las evaluaciones se presentaban el 31 de enero, el 13 de junio y el 13 de octubre de 2022, de acuerdo con la aprobación del Manual de riesgos de gestión y de corrupción en el marco de la Política de administración del riesgo de la JEP.

Igualmente, en cuanto a la evaluación de indicadores de gestión, y en coherencia con la Guía de indicadores, manifestó que se trataba de recibir los insumos el 20 de enero, el 28 de abril, el 25 de julio y el 24 de octubre 2022 y los resultados de las evaluaciones se presentaban el 31 de enero, el 13 de mayo, el 12 de agosto y el 11 de noviembre de 2022.

La doctora María Omaira Álvarez sometió a votación a través del chat Microsoft Teams para la correspondiente aprobación. De manera unánime, los miembros del comité aprobaron la modificación del Plan Anual de Auditorías vigencia 2022.

Se continuó con el punto No. 5.

5. Metodología para la Administración de Riesgos de Seguridad de la Información y sus anexos (DTI)– Aprobación.

El Director de Tecnologías de la Información puso en contexto a los integrantes del comité, e informó que la implementación de la política de seguridad informática, la identificación de activos de información y los riesgos asociados a los mismos, se adelantó a través de una contratación realizada por el Fondo Colombia en Paz con la compañía “Password”, basada en ISO 27001 y que, una vez hecho este ejercicio, se inició el trabajo con el equipo de la Subdirección de Fortalecimiento Institucional (SFI), para adoptar la metodología de riesgos digitales del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). Asimismo, dio a conocer que la metodología fue revisada por el equipo de la SFI y validada por el equipo de la SCI.

Indicó que se presentó un resumen ejecutivo de la metodología, la cual, una vez aprobada, se pondría en práctica para realizar nuevamente la validación de los riesgos de seguridad

informática y se procedería durante esta vigencia a realizar la validación de la gestión de riesgos con base en la misma y aclaró que el DAFP en su anexo, a estos riesgos los denomina “Riesgos digitales”,

Seguidamente la profesional de la DTI, Yurani González inició con la presentación, y expuso lo siguiente:

Metodología Riesgos de Seguridad de la Información:

Sigue los lineamientos de la guía del DAFP en su versión No. 5 y los lineamientos del Acuerdo 032 de 2021 “Por la cual se adopta la Política de administración del riesgo de la Jurisdicción Especial para la Paz- JEP” y contiene varias etapas como la identificación de riesgos de seguridad, que se divide en: i) establecimiento de Contexto, ii) identificación de amenazas; y, iii) identificación de vulnerabilidad.

Otra etapa es valoración de riesgos de la seguridad de la información, donde se encuentra: i) probabilidad, impacto, mapa de calor, ii) valoración controles existentes, iii) tratamiento riesgos/plan acción; y, iv) monitoreo, seguimiento y evaluación.

Identificación de Riesgos Seguridad de la Información:

En esta etapa se identifican tres riesgos inherentes a la Política de seguridad de la información. Frente a esto, el Ingeniero Luis Felipe Rivera aclaró que estos riesgos fueron los que quedaron incorporados dentro de los objetivos propios de la Política y que consisten en preservar la confidencialidad, la integridad y la disponibilidad de todos los activos de información.

Continuó la profesional Yurani González y explicó que para cada riesgo se va a asociar un grupo de activos o activos específicos de los procesos, para analizar las posibles amenazas o vulnerabilidades asociadas que pueden causar la materialización de un riesgo, contando así con un listado de amenazas y vulnerabilidades en la metodología y expuso algunos ejemplos concretos para identificar dichos activos.

Precisó que para poder identificar los riesgos era necesaria la identificación de activos, lo que estaría a cargo de los líderes de los procesos, quienes van a actualizar y documentar los activos con base en el procedimiento de gestión de activos, que está anexo a la política como un instructivo para generar el respectivo inventario de activos de información, para lo cual se deben tener en cuenta seis pasos, así:

- Paso 1. Listar los activos por cada proceso
- Paso 2. Identificar el dueño de los activos

- Paso 3. Clasificar los activos
- Paso 4. Clasificar la información
- Paso 5. Determinar la criticidad del activo
- Paso 6. Identificar si existe infraestructura crítica cibernética

Valoración de Riesgos Seguridad de la Información:

En esta etapa se asocian las tablas de probabilidad de impacto (consecuencia que puede ser económica o reputación, que puede llegar a generar la materialización de ese riesgo), se establece la probabilidad (posibilidad de que ocurra ese riesgo), se define el nivel de severidad (bajo, moderado, alto o extremo) y se aplica el mapa de calor de riesgos.

Tratamiento de Riesgos Seguridad de la Información:

Explicó en detalle el tratamiento, incluyendo la forma de reducir, compartir o aceptar los riesgos. Asimismo, aclaró en qué momento se va a requerir de un plan de acción, lo que está especificado en el formato con que se cuenta, el cual contiene la actividad de control que hace parte de la norma de la ISO 27000 (fechas de inicio, fechas de terminación, entregable, período de seguimiento, responsable, y proceso que está participando en el plan de acción).

Monitoreo, Seguimiento, Evaluación:

El monitoreo lo va a realizar el responsable de seguridad de la información, con el apoyo de los líderes de procesos. El seguimiento lo realizará el director de Tecnologías de la Información, quien verificará los controles y los acciones que se definan. La evaluación estará a cargo de la Subdirección de Control Interno a través de la verificación de controles y acciones realizadas tanto en el monitoreo como en el seguimiento y posteriormente realizará la publicación de los resultados.

Formato Matriz Riesgos Seguridad de la Información:

Incluye el componente del riesgo inherente, las acciones de control, las evaluaciones de estos, el riesgo residual, el plan de acción y finalmente, el monitoreo, seguimiento y evaluación.

La secretaria técnica informó que por parte de la SCI se revisó el documento y se tuvieron en cuenta algunas sugerencias y que el mismo se encuentra ajustado a la Política de administración del riesgo de la JEP.

Seguidamente se puso a consideración del comité el documento para su aprobación.

El doctor Andrés Bernal intervino para manifestar que dentro de las funciones del comité, consagradas en el Acuerdo 016 del 2019, está previsto no solamente la aprobación de la Política de Administración del Riesgo, sino la posibilidad hacia adelante de hacer seguimiento, actualizar y evaluar la eficiencia frente a la gestión del riesgo institucional y preguntó si ya se había diseñado por la SFI y si se podía dar el detalle de cómo se ejecutaría ese seguimiento, actualización y evaluación de la eficiencia de esta política o si se presentaría en una próxima sesión.

Frente a lo anterior, la doctora Luz Amanda Granados informó que la política había sido aprobada por el Órgano de Gobierno en enero de 2020 y modificada en diciembre de 2021. Referente a lo preguntado por el doctor Andrés Bernal, consideraba que era un tema que debía llevar la subdirectora de Control Interno al comité, como secretaria técnica, porque la SFI realizaba el seguimiento a los riesgos y Control Interno realizaba la evaluación.

Respecto a este tema la profesional de la SCI, Lina Morales, añadió que los riesgos de seguridad de la información iniciaban su implementación durante la presente vigencia y que apenas se estaba aprobando la metodología. Con relación a los riesgos de gestión y de corrupción, informó que se llevaban dos años de implementación y los resultados de ese monitoreo, seguimiento y evaluación se habían presentado en las diferentes sesiones del Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, que se había materializado un riesgo con relación a las PQRSDF, tema que se trató en el primer punto del orden del día. Asimismo, aclaró que la gestión de riesgos de la Jurisdicción ha presentado una implementación adecuada conforme a la Política administración del riesgo del momento. Finalmente, precisó que ya se había dado inicio a la implementación de la política aprobada en diciembre de 2021 y con las nuevas metodologías actualizadas de acuerdo con los lineamientos de Función Pública y de la ISO 31000.

La Dra. María Omaira Álvarez sometió a votación a través del chat Microsoft Teams para la correspondiente aprobación. De manera unánime, los miembros del comité aprobaron la Metodología para la administración de riesgos de seguridad de la información y sus anexos.

Se continuó con el punto No. 6.

6. Manual para la Administración de Riesgos de Gestión y Corrupción de la JEP (SFI) - Aprobación:

La Subdirectora de Fortalecimiento Institucional recordó que la Política de Administración de Riesgos había sido modificada y aprobada por el Órgano de Gobierno en sesión de diciembre de 2021 y que una de las modificaciones centrales consistió en que el documento aprobado por el Órgano de Gobierno tuviera los lineamientos generales y que el detalle de procedimiento y de

metodología para la administración de riesgos de gestión, de corrupción, de tecnologías de la información, de contratación y de proyectos, se llevará a través de instrumentos tipo manuales que serían presentados y aprobados en este comité. Lo anterior, teniendo en cuenta que las metodologías suelen cambiar y era dispendioso llevar cada cambio al Órgano de Gobierno, razón por la cual se dejó la política a nivel de lineamientos, y los aspectos metodológicos en el manual que se está presentado, el cual corresponde específicamente a riesgos de gestión y de corrupción.

El profesional de la SFI, Julián Hernández inició con la presentación indicando que el Manual tiene tres componentes, así:

Antecedentes: Con dos hitos centrales.

- Articulación de los instrumentos metodológicos con la Política aprobada el 14 de diciembre del 2021 con cuatro tipologías de riesgos principales, así: i) de gestión y corrupción, ii) de seguridad de la información, iii) los asociados a contratos; y, iv) los asociados a proyectos de inversión. Cada uno tendrá un documento que los operativiza de la siguiente manera: Un Manual de administración de riesgos de gestión y corrupción; Un Manual del sistema de gestión de seguridad y privacidad de la información, para los de seguridad de la información; el Manual de identificación y cobertura del riesgo en proceso de contratación de “Colombia Compra eficiente”, para los riesgos asociados a contratos, y los asociados a proyectos de inversión a través de la Metodología general ajustada (MGA) del Departamento Nacional de Planeación.
- Actualización a la nueva Guía de riesgos del DAFP V5: El manual de la JEP está adaptado a esta nueva versión del DAFP.

Objetivo y Alcance:

- **Objetivo:** Establecer los lineamientos para la identificación, valoración y tratamiento de los riesgos de gestión y de corrupción, en cumplimiento de la Política para la Administración de riesgos de la JEP.
- **Alcance:** El manual abarca los riesgos de gestión y de corrupción, y es aplicable a los procesos de la entidad, con excepción de los relacionados con la toma de decisiones judiciales.

Metodología para la administración de riesgos de gestión y de corrupción de la JEP: con tres etapas, así:

- **Identificación de riesgos:** en esta etapa se identifican los riesgos que estén bajo el control de la entidad.

- Valoración de riesgos: tiene como objetivo: i) establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y el nivel de impacto y ii) valorar los controles con el fin de encontrar la zona de riesgo residual.
- Tratamiento: Una vez determinada la zona de riesgo residual, se pueden establecer planes de acción con el fin de reducirlo, aceptarlo o evitarlo.

Responsables y compromisos frente a la administración del riesgo:

- Secretario(a) Ejecutivo(a):
 - Revisar y aprobar los riesgos de corrupción. Para el caso de los riesgos de gestión y de seguridad de la información, aquellos cuyo nivel de riesgo residual es “Alto” o “Extremo”.
- Subdirector(a) de Fortalecimiento Institucional (Segunda línea de defensa):
 - Asesorar la aplicación de la metodología para la identificación, valoración y tratamiento de los riesgos de gestión y corrupción.
 - Liderar la elaboración (riesgos de corrupción y gestión) y consolidación del mapa de riesgos institucional.
 - Realizar seguimiento al reporte del monitoreo de los riesgos de gestión de manera cuatrimestral con el fin de determinar la correcta implementación de los controles y acciones definidas.
 - Presentar al secretario ejecutivo, para revisión y aprobación, los riesgos de corrupción. Para el caso de los riesgos de gestión y de seguridad de la información aquellos cuyo nivel de riesgo residual es “Alto” o “Extremo”.
 - Publicar la matriz de riesgos de corrupción en la página web de la entidad, y la matriz de riesgos de gestión y de seguridad de la información en la intranet.
- Subdirector(a) de Control Interno (Tercera línea de defensa):
 - Realizar cuatrimestralmente la evaluación a la efectividad de los controles de los riesgos de corrupción, gestión, seguridad de la información y al cumplimiento de las acciones definidas, previa aprobación del Plan Anual de Auditorías.
 - Socializar a los líderes de procesos los resultados de la evaluación conforme a su gestión.
 - Presentar al Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno los resultados de la evaluación de la gestión del riesgo anualmente o cuando por circunstancias especiales se requiera.
 - Publicar la evaluación de los riesgos de corrupción, de gestión y de seguridad de la información en la página web de la entidad.

- Líderes de procesos (Primera línea de defensa):
 - Identificar y valorar riesgos y controles, y formular posibles planes de acción asociados a los procesos a su cargo.
 - Aprobar en primera instancia los riesgos de gestión y de corrupción.
 - Realizar monitoreo a los riesgos de gestión y corrupción identificados según la periodicidad establecida para los controles y planes de acción.
 - Socializar a su equipo de trabajo los riesgos asociados al proceso.
 - Proponer actualizaciones a los riesgos asociados a su proceso.

El Monitoreo, seguimiento y evaluación: se deben realizar, así:

- a) Primer corte: al 30 de abril de cada vigencia.
- b) Segundo corte: al 31 de agosto de cada vigencia.
- c) Tercer corte: al 31 de diciembre de cada vigencia

Los reportes de los riesgos de gestión se deben realizar así:

- a) Monitoreo: primeros diez (10) días hábiles del mes siguiente.
- b) Seguimiento: primeros quince (15) días del mes siguiente.
- c) Evaluación: De acuerdo con lo planificado en el plan anual de auditoría.

Los reportes de los riesgos de corrupción se deben realizar conforme a lo aprobado en el Plan Anual de Auditorías.

En relación con este punto, la doctora Liliana Hurtado manifestó que en la UIA se revisó el manual y se enviaron algunas observaciones a Control Interno, enfocadas en que se entiende que en el alcance y en el objetivo del manual se incluye lo relacionado con la identificación, pero que en este no se hablaba del análisis y hace la claridad que para poder realizar la valoración primero debe darse el análisis, es decir realizó la recomendación de incluir dentro del objetivo y el alcance el análisis de riesgos, aunque el mismo este contenido dentro de la valoración

La otra observación estaba relacionada con los roles que tenían quienes verificaban en cada una de las etapas del manual de riesgos, donde habían identificado que se hacía mención a seguridad de la información, cuando se trataba del manual de riesgos de gestión y de corrupción. Dejó las observaciones a consideraciones del comité para hacer las modificaciones al documento. La doctora Omaira Álvarez informó que dichas inquietudes habían sido trasladadas a la SFI.

Seguidamente se sometió a votación la aprobación del Manual, a través del chat Microsoft Teams. De manera unánime, los miembros del comité aprobaron el Manual para la administración de riesgos de gestión y corrupción de la JEP.

Se continuó con el punto No. 7.

7. Documento “Pautas y lineamientos para el ejercicio del Sistema de Control Interno” (SFI y SP) - Aprobación:

La Doctora Adela del Pilar Parra solicitó al presidente del comité la participación de los profesionales de la Subdirección de Planeación, Rosemberg Leguizamón y Adriana Borda y de la Subdirección de Fortalecimiento Institucional Juan Camilo Hernández para presentar este punto, en calidad de invitados, a lo cual el presidente del comité dio su aprobación.

La Doctora Luz Amanda Granados precisó que el documento lo habían presentado en el comité anterior y en esa ocasión se sugirió que se tratara en un comité extraordinario, dado que se habían recibido varias observaciones de la Dirección de Asuntos Jurídicos, la Dirección Administrativa y Financiera y la UIA, que todas las observaciones y comentarios fueron acordados y el documento ya tiene la versión final.

El profesional Rosemberg Leguizamón explicó el propósito del documento, teniendo como referente los lineamientos de Función Pública, con lo que se buscaba institucionalizar los tres niveles de líneas de defensa que se han venido desarrollando en los últimos años en la gestión pública, así:

Primera línea de defensa: se refiere a quienes participan en los procesos. Los líderes de los procesos deben preservar mecanismos y buenas prácticas en el ejercicio del control interno. Explicó además que esta línea tiene unos controles operativos, unas medidas de control interno y que los líderes de los procesos, los servidores públicos, los contratistas, los pasantes y los judicantes que participan en los mismos, son quienes ejercen esos controles y esas medidas. A esa categoría se le desarrolla implícitamente en el documento el concepto del autocontrol.

Segunda línea de defensa: en cabeza de algunos procesos especializados que pueden dar asistencia, generar metodologías y hacer seguimiento. Básicamente quienes participan en la segunda línea son las Subdirecciones de Planeación, Fortalecimiento Institucional y Comunicaciones; y la Dirección de Tecnologías de Información.

Tercera línea de Defensa: es exclusiva al ejercicio de control interno que, desde la Constitución y la ley 87 de 1993, tiene un carácter autónomo, así como desde los desarrollos que en materia de control interno se han realizado desde la gestión pública y el DAFP. A través de esta línea se

ejecutan las auditorías internas y el proceso de evaluación independiente y de manera transversal hay una articulación del sistema y sus diferentes componentes con organismos de control y de auditoría externa, principalmente con la Contraloría, la Procuraduría o cualquier ente de control que requiera institucionalmente interacción con la entidad.

En las últimas versiones también se ha destacado una nueva línea estratégica que es transversal y que tiene que ver con los temas de direccionamiento, que se homologaría con el rol del Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno en la JEP.

Informó además que se generó la representación gráfica de cómo se entiende el Sistema de Control Interno en la JEP, con identificación y articulación de las diferentes líneas de defensa, los roles y las responsabilidades.

Finalmente, precisó que el documento contiene unos anexos, que son una recopilación de los diferentes actos administrativos que ha venido generando la Jurisdicción en materia de control interno; una parte de buenas prácticas; unas siglas para facilitar la lectura del documento y un glosario con los principios que se acogen.

La secretaria técnica del comité manifestó que al documento se le realizaron ajustes según las observaciones presentadas por parte de la Subdirección de Control Interno.

Teniendo en cuenta que no se presentaron preguntas u observaciones al documento, la Doctora María Omaira Álvarez sometió su aprobación mediante votación a través del chat Microsoft Teams. De manera unánime, los miembros del comité aprobaron el documento "Pautas y lineamientos para el ejercicio del Sistema de Control Interno".

Se continuó con el punto No. 8.

8. Propositiones y varios:

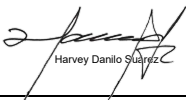

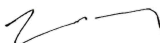

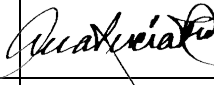
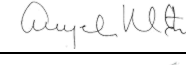


8.1 Verificación de compromisos del Acta No. 1 del 11/01/2022.

La secretaria técnica del comité procedió a informar sobre los compromisos de la sesión anterior, así:

- Se realizó la sesión extraordinaria del Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno.
- Se presentaron los resultados del análisis de las 137 PQRSDF extemporáneas.
- Aspectos para mejorar por parte de la Subdirección de Control Interno en las auditorías. Frente a este punto la Doctora Luz Amanda Granados manifestó que, esto estaba referido a un tema tratado en la última sesión del comité que tenía que ver con las auditorías a las Salas y Secciones en los procesos misionales, lo cual había quedado en el acta respectiva.

Agotados los temas a tratar se dio por terminada la sesión extraordinaria del Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno por parte de la Doctora María Omaira Álvarez, quien agradeció a todos los integrantes por la asistencia.

Compromisos / tareas	Fecha	Responsable
N/A	N/A	N/A

FIRMA ASISTENTES			
Nombre	Cargo	Entidad / Dependencia	Firma
Harvey Danilo Suárez Morales	Presidente del Comité	Secretario Ejecutivo (e).	
Blanca Elizabeth Álvarez Pinilla	Integrante	Delegada de las Salas de Justicia.	
Marlon Andrés Bernal Morales	Integrante	Delegado del Tribunal para la Paz.	
Gladys Emilse Martínez Alzate	Integrante	Delegada de la Unidad de Investigación y Acusación – UIA.	
Ana Lucía Rosales Callejas	Integrante	Directora Administrativa y Financiera	
Ángela María Mora Soto	Integrante	Directora de Asuntos Jurídicos.	
Adela del Pilar Parra González	Integrante	Subdirectora de Planeación.	
Luz Amanda Granados Urrea	Integrante	Subdirectora de Fortalecimiento Institucional.	
María Omaira Álvarez Iriarte	Secretaria Técnica	Subdirectora de Control Interno.	