

**INFORME DE SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGO INSTITUCIONALES
SEGUNDO TRIMESTRE DE 2026**

**UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR –
ALIMENTOS PARA APRENDER**

BOGOTÁ D.C, AGOSTO DE 2026

Introducción

La Unidad Administrativa Especial de Alimentación Escolar – Alimentos para Aprender (UApA) concibe la administración del riesgo como un elemento fundamental para el cumplimiento de sus objetivos institucionales y su misionalidad, en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), particularmente en sus dimensiones de direccionamiento estratégico y planeación, y control interno. Así mismo, adopta referentes como la norma técnica internacional ISO 31000:2018, la Guía para la Gestión del Riesgo en Entidades Públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP (Versión 7) y el Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información de la estrategia de Gobierno Digital.

En este contexto, la entidad desarrolló un ejercicio colaborativo para la reevaluación e identificación de riesgos institucionales, conforme a los lineamientos establecidos para su gestión, identificando riesgos asociados a la gestión, corrupción, lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación (LA/FT/FP), riesgos fiscales y de seguridad de la información.

Para su gestión, la entidad cuenta con lineamientos internos definidos en la Política de Administración del Riesgo (DES-PO-01) y en la guía para la administración de riesgos y diseño de controles en los procesos (DES-GU-03), en los cuales se establecen los criterios, roles, responsables y periodicidad para el monitoreo, seguimiento y evaluación.

En concordancia con lo establecido en la séptima dimensión de MIPG – Política de Control Interno, el monitoreo se orienta a la supervisión continua de los controles incorporados en la gestión y a la realización de evaluaciones periódicas que permitan valorar el desempeño de los procesos, el cumplimiento de los planes y los resultados institucionales. En este sentido, constituye una responsabilidad propia de la gestión operativa, que facilita la identificación de alertas tempranas, la detección de desviaciones y la generación de acciones de mejora.

En este marco, el presente informe corresponde al monitoreo realizado por líderes de proceso como primera línea de defensa y el seguimiento de la Dirección General – Planeación, en el ejercicio de sus responsabilidades como segunda línea de defensa, evidenciando el avance en la ejecución de las acciones y el estado general de los riesgos, así como posibles oportunidades de mejora en lo correspondiente al segundo trimestre de 2026.

1. Gestión de riesgos

Los lineamientos en materia de administración de riesgos y diseño de controles en la UApA establecen los principios, objetivos y acciones orientados a una gestión integral del riesgo. Estos lineamientos proporcionan un marco estructurado para la identificación, análisis, valoración, tratamiento y monitoreo de los riesgos en los diferentes procesos, contribuyendo a la protección de los activos, la continuidad de la operación y el cumplimiento de los objetivos institucionales. En este sentido, el diseño e implementación de los controles se constituye un elemento esencial, en tanto permite adoptar medidas preventivas, detectivas y correctivas para mantener los riesgos dentro de niveles aceptables.

En concordancia con estos lineamientos y conforme al concepto emitido por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) en la presente vigencia, la UApA implementa el esquema de líneas de defensa del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, el cual define responsabilidades diferenciadas y complementarias para la gestión del riesgo, evitando duplicidades y fortaleciendo la cobertura y efectividad de los controles.

A continuación, se presentan las responsabilidades en materia de gestión del riesgo, de acuerdo con cada línea de defensa:

- **Línea estratégica:** define, orienta y supervisa las políticas institucionales en materia de control interno y gestión del riesgo.
- **Primera línea de defensa:** ejecuta y aplica los controles en el desarrollo diario de los procesos, asumiendo la gestión directa de los riesgos.
- **Segunda línea de defensa:** supervisa y realiza seguimiento transversal a la gestión, asegurando que los controles implementados por la primera línea de defensa sean adecuados y funcionen correctamente.
- **Tercera línea de defensa:** ejercida por Control Interno, evalúa de manera independiente y objetiva la efectividad de la primera y segunda líneas, garantizando la cobertura, eficacia y mejora continua del sistema.

De acuerdo con lo anterior, el **monitoreo** le corresponde principalmente a la primera línea de defensa, es decir, a los **líderes de proceso y sus equipos de trabajo**, en tanto implica la supervisión continua y directa de los controles incorporados en la gestión diaria de los procesos, como parte de la responsabilidad operativa sobre los riesgos.

Por su parte, el **seguimiento** es una función ejercida por la segunda línea de defensa, que verifica de manera transversal la adecuada implementación y funcionamiento de los controles y de la gestión del riesgo, generando alertas y orientaciones a la Alta Dirección. En este sentido, esta responsabilidad recae en la **Dirección General – Planeación**.

La tercera línea de defensa, a cargo de la **Dirección General - Control Interno**, efectúa **evaluaciones independientes** y objetivas sobre la eficacia de las actividades desarrolladas por las dos primeras líneas. Esta diferenciación garantiza la no coadministración, preserva la autonomía funcional de cada línea y fortalece la integridad del Sistema de Control Interno.

2. Ajustes al Mapa de Riesgos Institucionales

Dentro de las dinámicas de operación y para garantizar la consistencia de los controles en su ejecución, a solicitud de los líderes de proceso, se presentan los siguientes ajustes al Mapa de Riesgos Institucionales 2026:

Gestión Administrativa

- **GAD-03** Se reevalúa riesgo respecto a la descripción, cambiando causa inmediata y principal, se redefine control ante cambio de causa principal, se modifica responsable y fecha de inicio de la acción.

Gestión Contractual

- **GCA-01** Se ajusta evidencia del control.
- **GCA-02** Se ajusta medio de verificación del control.
- **GCA-03** Se ajusta medio de verificación del control.

Talento Humano

- **GTH-01** Se ajusta redacción de la acción.
- **GTH-03** Se ajusta una palabra en la redacción del riesgo y se precisa frente al responsable del control y la acción.
- **GTH-06** Se ajusta periodicidad y redacción tanto del control como de la acción.

Gestión Documental

- **GDO-03** Se reevalúa riesgo respecto a la descripción, cambiando causa principal, se redefine control y acción.

Evaluación Independiente y mejoramiento continuo

- **EMC-01** Se solicita ajuste en la descripción del riesgo
- **EMC-02** Se solicita la eliminación de este riesgo.

Justificación líder de proceso: "Se solicita eliminación del Riesgo EMC-02 toda vez que corresponde a una actividad propia de la gestión de Control Interno, clasificada como actividad de requerimiento legal, la cual ya aparece incluida en el Plan anual de auditoría y por tanto su incumplimiento igualmente estaría considerado en el riesgo anterior (EMC-01)."

- **EMC-03** Se ajusta periodicidad del control y se precisa en tiempo de entrega de medio de verificación.

Dichos ajustes fueron aprobados por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI) en sesión extraordinaria el 26 de mayo de 2026.

3. Resultados del monitoreo a los riesgos institucionales

Atendiendo a los ajustes aprobados al mapa de riesgos, de acuerdo con lo referido en el numeral 2, la UApA cuenta con un total de cuarenta y seis (46) riesgos institucionales, de los cuales treinta y seis (37) corresponden a riesgos de gestión, cuatro (4) a integridad pública/corrupción, dos (2) a riesgos fiscales, dos (2) a seguridad de la información y uno (1) a integridad pública/ (LA/FT/FP). Estos se encuentran distribuidos en los procesos de la entidad de la siguiente manera:

Tabla 1. Distribución de riesgos por proceso

Proceso	Tipo de riesgo				
	Gestión	Seguridad de la Información	Corrupción	Fiscal	LA/FT/FP
Direccionamiento Estratégico	3	0	0	0	0
Evaluación Independiente y mejoramiento continuo	2	0	0	0	0
Gestión Documental	2	1	0	0	0
Comunicación estratégica	4	0	0	0	0
Gestión Administrativa	5	0	0	0	0

Proceso	Tipo de riesgo				
	Gestión	Seguridad de la Información	Corrupción	Fiscal	LA/FT/FP
Gestión Contractual y adquisiciones	1	0	1	1	0
Gestión Financiera	4	0	0	1	0
Gestión Jurídica	2	0	1	0	0
Gestión Talento Humano	5	1	0	0	0
Mantenimiento y Soporte de Tecnología	2	0	0	0	0
Relación Estado Ciudadano	2	0	1	0	0
*Gestión de Información y Tecnología	3	0	1	0	0
*Misionales	2	0	0	0	1
TOTAL	37	2	4	2	1

Fuente. Mapa de Riesgos Institucionales 2026 – Versión 2

***Nota aclaratoria:** Se precisa que los procesos denominados "Misionales" y "Gestión de Información y Tecnología" no hacen parte del mapa de procesos actualmente vigente de la entidad. Lo anterior, en razón a que el ejercicio de identificación de riesgos se desarrolló de manera paralela al proceso de adopción del mapa de procesos, el cual fue aprobado por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño el 14 de abril de 2025. En consecuencia, estos procesos fueron considerados en la identificación inicial de riesgos de acuerdo a las dinámicas de operación; sin embargo, deberán ser objeto de revisión y ajuste para su alineación con la estructura de procesos vigente.

Ahora bien, para la consolidación de la información, la Dirección General – Planeación, el 09 de julio de 2026 realizó la solicitud formal a través de correo electrónico del reporte de avance de las acciones definidas en el plan de acción del mapa de riesgos institucionales 2026 a los líderes de proceso, correspondiente al segundo trimestre de la vigencia, con fecha límite de entrega el 17 de julio del mismo año. Para tal efecto, se remitieron los formatos de "Monitoreo y seguimiento al mapa de riesgos institucionales" y "Base de eventos de riesgo" para su diligenciamiento en caso de materialización de riesgos o identificación de alertas tempranas. Así mismo, se solicitó el suministro de las evidencias en las carpetas dispuestas por planeación para cada proceso, las cuales se estructuraron según el ID de cada riesgo.

No obstante, si bien la fecha establecida para el envío de los reportes de monitoreo correspondía al 17 de julio, se presentó falta de oportunidad en el reporte por parte de algunos procesos.

En el anexo 1, se presenta el consolidado de los reportes de monitoreo allegados por los líderes de proceso, así como las observaciones derivadas del seguimiento efectuado por la Dirección General – Planeación.

De acuerdo con la información referida en el anexo 1, se informa que, para el segundo trimestre de la vigencia 2026, se identificaron cincuenta y seis (56) acciones programadas para ejecución y reporte, correspondientes a aquellas con fecha de inicio en los meses de abril y junio.

De este total, cuarenta (40) acciones se encuentran en ejecución, cuatro (4) acciones han sido cumplidas, una (1) se encuentra incumplida y sin reporte once (11). La acción que se encuentra incumplida se encuentra asociada al riesgo CES-02 del proceso de comunicación estratégica a cargo de la Dirección General - Comunicaciones.

Con relación a las once (11) acciones sin reporte, estas corresponden a los siguientes procesos:

Acciones sin reporte - Segundo trimestre				
PROCESO	ID Riesgo	Riesgo	Acciones	Dependencia responsable
Relación Estado - Ciudadano	REC-01	Posibilidad de afectación reputacional por sanciones de entes de control debido a incumplimiento de los términos de ley para la gestión de solicitudes	El profesional designado por el subdirector (a) de gestión corporativa para la gestión de las PQRSDF generará diariamente alertas dirigidas a los responsables de las solicitudes próximas a vencer a través del correo electrónico institucional. Estas alertas se enviarán para aquellas solicitudes que se encuentren a tres (3) días de su fecha de vencimiento.	Subdirección de Gestión Corporativa
			El profesional designado por el subdirector (a) de gestión corporativa para la gestión de las PQRSDF generará mensualmente un reporte sobre el estado de oportunidad en las respuestas a las PQRSDF, el cual será remitido a través del correo electrónico institucional. El reporte incluirá el detalle de las PQRSDF con términos vencidos, así como las alertas generadas a los responsables de las solicitudes.	Subdirección de Gestión Corporativa

			El profesional designado por el subdirector (a) de gestión corporativa para la gestión de las PQRSDF consolidará trimestralmente la información relacionada con la gestión de las PQRSDF mediante la elaboración del informe de ley para su publicación en página web.	Subdirección de Gestión Corporativa
Misionales	MIS-03	Posibilidad de afectación reputacional por debilidades en la medición de resultados de las ETC y de las ETC no certificadas debido a la falta de definición y/o aplicación de la metodología para evaluar la implementación del Programa de Alimentación Escolar	El subdirector(a) general periódicamente revisa los lineamientos internos para el seguimiento integral a la operación del PAE. Esta revisión se realiza a través de mesas de trabajo destinadas a verificar la correcta aplicación del procedimiento correspondiente y sus productos.	Subdirección General
Gestión Administrativa	GAD - 01	Posibilidad de afectación económica por hallazgos y/o sanciones de entes de control debido al incumplimiento normativo en el desarrollo de actividades administrativas	El subdirector(a) de gestión corporativa cada vez que se requiera establece los lineamientos para garantizar la disponibilidad, el adecuado manejo y la custodia de los bienes que ingresan a la Unidad a través del registro y actualización permanente de las novedades presentadas.	Subdirección de Gestión Corporativa
	GAD - 02	Posibilidad de afectación económica y reputacional por cultura organizacional basada en extemporaneidad y retrasos debido a la falta de planeación por parte de las áreas que requieren trámites relacionados con comisiones y/o desplazamientos	El profesional designado por el subdirector(a) de gestión corporativa semestralmente realiza una capacitación virtual dirigida a las personas encargadas de aprobar las comisiones y desplazamientos en cada una de las dependencias, sobre los tiempos y políticas de operación definidos en el procedimiento.	Subdirección de Gestión Corporativa
	GAD - 03	Posibilidad de pérdida de activos de la Unidad por elaboración de registro manual del inventario debido a falta de un sistema de información para la gestión de bienes	El profesional universitario de gestión administrativa semestralmente realiza verificación al inventario físico de los bienes y muebles de la Unidad. En caso de identificar daño o pérdida de algún elemento inventariado se realizará informe a la Subdirectora de Gestión Corporativa con el fin de presentar la situación ante el Comité de Bienes. Se dejará como evidencia el acta de verificación de bienes y muebles y el informe para el Comité.	Subdirección de Gestión Corporativa
	GAD - 04	Posibilidad de afectación económica por ausencia de un sistema de información que permita el reconocimiento contable y de existencia de los bienes de la unidad debido a la falta de designación de recursos (humanos y financieros) para su administración y control	El subdirector(a) de gestión corporativa cada vez que se requiera solicita a la Subdirección de Información el desarrollo y/o mantenimiento de una herramienta que permita el reconocimiento contable y de existencia de los bienes mediante comunicación formal.	Subdirección de Gestión Corporativa

Gestión Documental	GDO - 01	Posibilidad de afectación reputacional y económica por sanciones de entes de control debido a incumplimientos de los lineamientos de la función archivística establecidos en la normatividad vigente	El profesional universitario de gestión documental mensualmente verifica el estado de los lineamientos internos relacionados con la función archivística. Esta verificación se realizará mediante la elaboración de un informe de ejecución y cumplimiento de avance en la gestión, el cual será presentado al subdirector(a) de gestión corporativa para la toma de decisiones correspondientes.	Subdirección de Gestión Corporativa
	GDO - 02	Posibilidad de afectación en la toma de decisiones por falta de trazabilidad de la gestión institucional debido a la ausencia de un sistema de gestión documental acorde con las necesidades de la entidad	El profesional universitario de gestión documental en el momento de la adquisición de un sistema de gestión documental, deberá consolidar un informe o anexo de necesidades técnicas que sirva como base para la elaboración y/o actualización del modelo de requisitos del sistema de gestión documental a través del levantamiento de información de manera conjunta con las diferentes dependencias.	Subdirección de Gestión Corporativa
	GDO - 03	Pérdida o vulnerabilidad de la información por instrumentos archivísticos desactualizados debido a la falta de seguimiento periódico al plan institucional de archivos PINAR	El profesional de gestión documental designado por el subdirector(a) de gestión corporativa trimestralmente realiza seguimiento al cumplimiento de las actividades definidas en el Plan Institucional de Archivos (PINAR). Como evidencia quedará el informe de seguimiento del avance en el cumplimiento del PINAR.	Subdirección de Gestión Corporativa

Por otra parte, desde el proceso de gestión administrativa, reportan la materialización del siguiente riesgo:

- **GAD-05:** Durante el segundo trimestre se materializó el riesgo, al presentarse el pago extemporáneo de una factura de servicios públicos en el mes de junio, lo que generó intereses por mora. Como acción de mejora, se implementarán recordatorios en Microsoft Teams para realizar seguimiento al trámite de pago y prevenir la recurrencia del evento.

En cuanto a situaciones detectadas, se recibe información del proceso de Evaluación y Mejoramiento Continuo:

- **EMC-01:** El cumplimiento del Plan Anual de Auditoría podría verse afectado por la entrega inoportuna de la información requerida a las áreas objeto de auditoría, los cambios normativos y la insuficiencia del talento humano requerido para su ejecución, circunstancias que podrían hacer necesario ajustar las actividades inicialmente establecidas.

La situación detectada se encuentra registrada en el anexo 1. En este contexto, la Dirección General – Planeación brindará el respectivo acompañamiento para el diligenciamiento del formato de base de eventos de riesgos, el cual permitirá documentar, analizar y hacer seguimiento a los eventos potenciales, con el fin de fortalecer la gestión, trazabilidad, apropiación de este instrumento y toma de decisiones frente a los riesgos institucionales.

4. Recomendaciones

En cumplimiento de las responsabilidades de la segunda línea de defensa, en cuanto a la formulación de recomendaciones dirigidas a los líderes de proceso y sus equipos de trabajo, orientadas a fortalecer la calidad, oportunidad y consistencia del monitoreo y reporte de los riesgos institucionales, se refieren las siguientes:

- Se recomienda a los líderes de proceso y personas designadas adelantar un monitoreo permanente de los riesgos y asegurar la adecuada elaboración de los reportes, lo cual implica la verificación previa de la información registrada, así como la garantía de calidad, coherencia y suficiencia de las evidencias aportadas. Es necesario fortalecer los mecanismos internos de monitoreo, asegurando que éste se realice de manera continua, articulada y oportuna, sin depender de solicitudes puntuales de la Dirección General – Planeación; esto bajo la apropiación de los principios de autogestión y autocontrol. Para ello, es necesario implementar revisiones periódicas de la información, que permitan garantizar su completitud, consistencia y debida validación al momento de su presentación.
- Es importante que por parte de los procesos se validen cada una de las observaciones realizadas por la Dirección General – Planeación en el marco de la revisión de los reportes y las evidencias aportadas, con el propósito de evitar reprocesos y fortalecer la mejora continua en la gestión de riesgos, considerando que la información reportada por líderes de proceso está sujeta a evaluación objetiva por parte de la tercera línea de defensa, es necesario garantizar que tanto los reportes como sus evidencias cumplan con criterios de calidad, claridad y trazabilidad.
- De igual forma, se recomienda revisar de manera periódica la coherencia entre los riesgos, controles y acciones definidos en el mapa de riesgos institucionales, así como fortalecer los ejercicios de identificación, análisis y actualización de riesgos, incluyendo la evaluación de cambios en el entorno y el seguimiento al cumplimiento de las acciones de mitigación y prevención.

- En caso de identificar debilidades en la ejecución de los controles o cambios en las dinámicas de la gestión de los riesgos, se deberá informar oportunamente a la Dirección General – Planeación, con el fin de programar los espacios de acompañamiento para realizar los ajustes que se consideren pertinentes.
- Así mismo, es importante reportar cualquier cambio documental que pueda impactar la gestión de riesgos, asegurando la debida alineación entre los controles establecidos y los procedimientos vigentes.
- En caso de materialización de riesgos, los líderes de proceso deberán definir e implementar los controles correctivos, debidamente documentados en el mapa de riesgos institucionales y soportados con evidencias suficientes.
- Se recomienda designar al interior de cada proceso un responsable de la consolidación, revisión y reporte oportuno de la información, especialmente en los procesos asociados a la Subdirección de Gestión Corporativa (dependencia con mayor número de procesos a cargo), con el fin de fortalecer la articulación interna y la calidad de los reportes presentados.
- Finalmente, se recuerda a todos los líderes de procesos y equipos de trabajo designados que cualquier cambio al mapa de riesgos debe ser informado a la segunda línea de defensa (en cabeza de la Dirección General – Planeación), con el propósito de garantizar la trazabilidad en la gestión de riesgos de la UApA, la consolidación en el instrumento dispuesto (mapa de riesgos institucionales) y efectuar la debida diligencia ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, instancia que aprueba las modificaciones al mapa y realiza seguimiento a la gestión del riesgo bajo el rol de línea estratégica.

5. Anexos

1. Consolidación monitoreo y seguimiento segundo trimestre de 2026
2. Se anexan quince (15) formatos de monitoreo a riesgos correspondiente a cada proceso.

Elaboró: Sonia Constanza Díaz Riveros – Contratista Dirección General – Planeación

Revisó: Vivian Galindo – Profesional universitario Dirección General – Planeación

Aprobó: John Alexander Hernández Mejía – Asesor de la Dirección General con funciones de planeación

Página 11 de 11