

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Páginas: 1 de 13

Fecha de Emisión del Informe	Día	18	Mes	9	Año	2024
-------------------------------------	------------	-----------	------------	----------	------------	-------------

Número de Informe:	1/1
Nombre:	Evaluación control de riesgos materializados.
Objetivo:	Realizar la evaluación a la efectividad de los controles de los riesgos materializados del mapa riesgos institucional.
Alcance:	La Oficina de Control Interno (OCI) realiza seguimiento y evaluación a los controles definidos en el mapa de riesgos institucional aprobados por la Oficina Asesora de Planeación y diseñados por cada una de los procesos y Direcciones Territoriales, que son los directamente responsables reducir o eliminar la probabilidad de aparición de un riesgo o la magnitud de sus consecuencias, para situar en niveles asumibles y tratables por la entidad. El seguimiento se realiza a los controles del mapa de riesgo institucional con corte del 1 de enero al 30 de junio de 2024, aplicando la metodología del DAFP, la estandarizada por la entidad y los instrumentos diseñados por la OCI. Las evidencias que soportan la realización de la actividad se remiten a la OCI. Este informe presenta un análisis de la efectividad del diseño de los controles y el resultado estadístico de los riesgos materializados del nivel nacional y territorial reportados por la OAP, donde la Oficina de Control Interno por medio de la evaluación realizada, puntualiza aspectos a considerar que minimicen la probabilidad de que los hechos no se materialicen nuevamente.
Periodicidad:	El informe se debe realizar una vez en el año con cortes el 30 de junio de cada anualidad. En esta oportunidad por ser el primer informe corresponde al primer semestre de 2024 con corte al 30 de junio.

1. MARCO JURÍDICO.

El siguiente es el marco normativo relacionado con la evaluación de control de riesgos del mapa institucional.

- Ley 87 de 1993 noviembre 29 "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones", artículo 2º, literales a) y f).
- Decreto 1083 del 2015 mayo 26 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública", artículo 2.2.21.5.4. Administración de riesgos.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 2 de 13

- Decreto 648 de 2017 abril 19 “Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública”, artículo 2.2.21.3.1. Sistema Institucional de Control Interno.

Así mismo, se establece el marco normativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG:

- Decreto 1499 de 2017 septiembre 11 “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015”, artículo 2.2.22.2.1. Políticas de Gestión y Desempeño Institucional.
- Decreto 1299 de 2018 julio 25 “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con la integración del Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional y la incorporación de la política pública para la Mejora Normativa a las políticas de Gestión y Desempeño Institucional”, artículo 2°.
- Decreto 454 de 2020 marzo 21 “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, con la incorporación de la política de gestión de la información estadística a las políticas de gestión y desempeño institucional”, artículo 1°.
- Decreto 742 de 2021 julio 2 “Por medio del cual se modifica el artículo 2.2.22.2.1. del Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, con el fin de incorporar la política de Compras y Contratación Pública a las políticas de gestión y desempeño institucional”, artículo 1°.
- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Dirección de Gestión y Desempeño Institucional versión 6, noviembre 2022, numeral 3.2 evaluación de riesgos, subnumeral 3.2.2. valoración de controles, 3.2.2.1. Estructura descripción del control, pagina 45 y el numeral 3.5 monitoreo y revisión.
- Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional versión 5, marzo 2023, numeral 3.2. Operación, pagina 11 y 12.
- Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces versión 3, septiembre 2023, numeral 5. Rol de evaluación de la gestión del riesgo.

2. ALINEACIÓN CON EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN – MIPG.

Este Informe de evaluación de control de riesgos esta alineado con las siguientes dimensiones, políticas y atributos:

Dimensión 1. Talento Humano.

Política de integridad donde se debe evaluar y controlar las acciones de implementación y desarrollo de la estrategia de integridad en la identificación y la evaluación adecuada de los riesgos y la elaboración de los controles.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 3 de 13

Dimensión 2. Direccionamiento Estratégico y Planeación.

Política de planeación institucional la cual contribuye al atributo de los riesgos identificados y los controles definidos para asegurar el cumplimiento de la gestión institucional.

Dimensión 3. Gestión con Valores para Resultados.

Política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos donde sus aspectos mínimos que la entidad debe tener en cuenta es identificar los riesgos del proceso, así como establecer los controles correspondientes y la Política de Seguridad Digital para identificar, gestionar, tratar y mitigar los riesgos de seguridad digital en sus actividades socioeconómicas en el entorno digital.

Dimensión 4. Evaluación de Resultados.

Política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional y su atributo de calidad relacionado con el seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la política de administración de riesgos establecida por la entidad.

Dimensión 7. Control Interno.

Política de control interno alineado con el componente de evaluación de riesgos, actividades de control y la tercera línea de defensa, los cuales contribuyen a los atributos de calidad concerniente con el monitoreo del entorno institucional, la identificación de los riesgos, las causas y la gestión para asegurar el cumplimiento de los objetivos de las actividades de los controles establecidas que permitan la mitigación de los riesgos a niveles aceptables.

3. PROPÓSITO DEL INFORME.

Este informe tiene como propósito presentar el resultado del análisis y evaluación del control de riesgos con corte al 30 de junio de 2024, donde se verifica el seguimiento realizado por la segunda línea de defensa (Oficina Asesora de Planeación) de los riesgos materializados que deben gestionar los procesos y/o Direcciones Territoriales de la UARIV y verificar los factores que conllevan el incumplimiento del control.

Este está dirigido a los integrantes del Comité Institucional de Coordinación Control Interno, los líderes de los procesos del nivel nacional, a las Direcciones Territoriales de la entidad que aplique y a las personas en general que deseen hacer algún tipo de control social.

Con la elaboración de este informe se pretende evidenciar las causas que conlleva la materialización de los riesgos de los procesos y Direcciones Territoriales respecto al diseño y efectividad de los controles y las apreciaciones por parte de la Oficina de Control Interno a las partes involucradas para la mejora de su gestión operacional si lo consideran oportunas.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 4 de 13

4. CONTEXTO DEL INFORME.

En cumplimiento de la Ley 87 de 1993, artículo 2, literales f) *“Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos”*, en este mismo sentido se tiene que normativamente se regula la administración de los riesgos a través de lo dispuesto en el Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017, artículo 2.2.21.3.1. Sistema Institucional de Control Interno, que dispone: *“(…) la gestión de riesgos (…)”*, y en el artículo 2.2.21.5.4 del citado Decreto (que consolida al Decreto 1537 de 2001) dispone que: *“Administración de riesgos. Como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas las autoridades correspondientes establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo (…)”* y la *“Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Versión 6, de noviembre de 2022”* emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), alude la obligación de que las entidades públicas establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo, como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno donde la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo, a través del cual se evalúen aspectos, tanto internos como externos, que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos organizacionales, con miras a establecer acciones efectivas, representadas en actividades de control.

Así mismo, conforme a lo indicado en la *“Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces de septiembre de 2023, versión 3”*, numeral 2. Rol de evaluación y seguimiento, indica que: *“El propósito de este rol es llevar a cabo la evaluación independiente y emitir un concepto acerca del funcionamiento del sistema de control interno, de la gestión desarrollada y de los resultados alcanzados por la entidad, que permita generar recomendaciones y sugerencias que contribuyan al fortalecimiento de la gestión y desempeño de la entidad”*.

La Oficina de Control Interno para cumplir la normatividad vigente, realiza seguimiento a los controles de los riesgos materializados del primer semestre del año 2024 donde se evalúa el diseño y la efectividad del control, para proporcionar alertas a los líderes de los procesos, direcciones territoriales y el comité institucional de coordinación de control interno, con el fin de que se tomen las medidas adecuadas, se prevenga la materialización de los riesgos y se aplique efectivamente el sistema de control interno de la entidad.

5. RESULTADOS DEL ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE EVIDENCIAS.

La Oficina de Control Interno mediante correo electrónico del lunes 5 agosto de 2024 solicita a la Oficina Asesora de Planeación - OAP el envío de las evidencias del seguimiento realizado al mapa de riesgos institucional del primer semestre del año 2024.

Cabe aclarar que, la información que exhibe la Oficina de Control Interno del presente informe esta tomado del seguimiento que realiza trimestralmente la Oficina Asesora de Planeación como 2º línea de defensa, por consiguiente, la responsabilidad de los datos registrados corresponde a dicho reporte.

Tomando como referencia la evidencia remitida mediante correo electrónico del 05 de agosto de 2024 por la OAP *“informe gestión de riesgos – periodo enero -junio de 2024”* se observa que, para el primer semestre del año 2024 existe un total de 230 riesgos de la tipología de gestión, corrupción, fiscal, ambiental, documental, seguridad y salud en el trabajo, emergencias de seguridad personal y seguridad de la información, los cuales

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES		Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES		Fecha: 18/07/2024
			Páginas: 5 de 13

se clasifican en estratégicos, misionales, apoyo, seguimiento, direcciones territoriales y transversal según su modelo de operación. Producto del seguimiento realizado por la 2 º línea defensa se identifica que para el periodo evaluado se materializan nueve (9) riesgos, los cuales son verificados por parte de la OCI en el mapa riesgos institucional publicado en la página web para validar su vigencia y relacionar sus respectivos controles definidos por los procesos y direcciones territoriales involucradas en la materialización.

Concerniente a lo mencionado para el segundo semestre del 2024 se evidencian los siguientes datos:

Ítems	Proceso o DT	Riesgos materializados	Controles definidos en el mapa riesgos Institucional 2024
1		Posibilidad de pérdida reputacional Incumplimiento en los términos legales para la valoración de las solicitudes de inscripción en el Registro Único de Víctimas, que cuentan con los requisitos normativos mínimos para su trámite. debido a errores operativos asociados a los tiempos de radicación y gestión que impiden los reportes actualizados relacionados con vencimientos de declaraciones; inconsistencias en la información relacionada en la solicitud de inscripción de Víctimas; recepción de casos especiales que requieren revisión de línea jurídica; la Identificación de presuntas irregularidades en la toma de la declaración y/o detección de posibles acciones irregulares al ingreso al registro.	El líder del procedimiento reporta el seguimiento diario realizado a las declaraciones próximas a vencer con el fin de realizar un control de las declaraciones que se encuentran asignadas, pendientes de asignación y por valorar, evitando la valoración de declaraciones fuera de los términos legales. En caso de incumplimiento se requiere a la valoradora información adicional de las razones por las que la/las declaraciones/es se encuentran pendientes de trámite. Evidencia: Correos electrónicos con las alertas de las declaraciones próximas a vencer. El Líder del procedimiento y/o el equipo de calidad cada vez que se requiera, realiza una retroalimentación frente a la valoración de los Actos Administrativos asignados vía SIRAV y correo electrónico con el fin de identificar las falencias frecuentes de cada valorador. En caso de que sea reiterativo se cita al valorador a una reunión para acordar unos compromisos. Evidencia: SIRAV, correo electrónico y/o acta de compromiso. El líder del procedimiento cada vez que se requiera a través del correo electrónico solicita orientación o direccionamiento jurídico al Equipo Base de la SVR para proceder con las recomendaciones técnicas o jurídicas de los casos especiales. Evidencia: Correo electrónico con el requerimiento. La subdirectora de valoración y Registro o el Equipo Base de la SVR cada vez que se requiera, emite fichas técnicas de casos, conceptos e informes ejecutivos para la aprobación de lineamientos de alto impacto por la DRGI. En el caso de no recibir el lineamiento pertinente se reitera la solicitud de respuesta por parte de la subdirectora de Valoración y Registro. Evidencia: Correo electrónico con el requerimiento. El grupo de alertas de presunción de irregularidad de valoración individual, cada vez que se requiera activa el protocolo con el fin de verificar si se requieren acciones adicionales para dar trámite a las solicitudes asociadas. Evidencia: Bitácora de irregularidades, Acta de irregularidades, correos electrónicos.
2	Registro y Valoración	Posibilidad de pérdida reputacional por el incumplimiento de los términos establecidos para la gestión de las solicitudes de actualización de información en el RUV, debido a la falta de insumos para el trámite efectivo de la actualizaciones, los cuales se deber requerir a otros procedimientos, dependencias o equipos de trabajo de la entidad, excediendo los tiempos establecidos para el trámite.	El apoyo de procedimiento cuando se requiera identifica el universo de casos glosados que se encuentran dentro de los términos, los cuales se priorizan con el apoyo de terceros (diferentes dependencias, procedimientos o equipos de trabajo de la entidad), por medio del envío de correos, generando la alerta que dichos requerimientos para dar una respuesta oportuna. Para los casos en los que no se identifique por el apoyo a procedimiento los analistas alertaran de las solicitudes en la gestión del día a día que requieren un insumo adicional y se encuentran en términos. Evidencia: Correo con alerta de glosas por vencer. El apoyo de procedimiento quincenalmente aplica análisis de la calidad realizada, para identificar los aspectos a fortalecer en la operación tales como, retroalimentaciones, refuerzos mediante capacitaciones para los analistas que lo requieran, fortalecimiento cuando se detecte errores reiterativos, para los casos que llegue alerta de errores por medio del correo novedades_registro@unidadvictimas.onmicrosoft.com se informa de manera individual al colaborador que gestiona o tramita la actualización. Evidencia: Actas de capacitación y/o Correos de retroalimentación. El apoyo de procedimiento mensualmente remite vía correo electrónico una retroalimentación con las inconsistencias detectadas en la captura de la solicitud de actualización de la información en el RUV a relación con el ciudadano con el fin de que el proceso realice la retroalimentación con sus orientadores en territorio y se mejore la captura de información. En caso de encontrarse errores repetitivos se solicitará el desarrollo de mesas de trabajo con el fin de concertar un plan de mejora con el proceso. Evidencia: correos electrónicos y/o actas de mesa de trabajo.
3		Posibilidad de pérdida reputacional debido a contenidos incorrectos, análisis de información no acorde con las solicitudes recibidas o incumplimiento en los tiempos establecidos; por falta de claridad del solicitante, comprensión del requerimiento por parte del procedimiento o retraso en la recepción de insumos necesarios para atender a las solicitudes y que son competencia de otras dependencias, procedimientos o equipos de la Entidad.	El líder del procedimiento de Observatorio cada vez que se requiera revisa que los productos o servicios cumplan con los mínimos de calidad, con el fin de garantizar términos de redacción, puntuación, ortografía y calidad y remitirá esto vía correo electrónico. En caso de no cumplir con los parámetros y no encontrarse el colaborador para los ajustes se realizará la reasignación del caso a un nuevo colaborador para los ajustes. Evidencia: Correo electrónico de devolución de calidad y/o Correo de reasignación. El técnico de apoyo del procedimiento de Observatorio cuando se requiera envía por medio de correo electrónico, las especificaciones adicionales al solicitante, con el fin de aclarar y precisar el requerimiento, previa verificación con el líder. En caso de no contar con una respuesta oportuna por parte del solicitante, no se gestionará el requerimiento. Evidencia: Correos de solicitud aclaración de información y/o devolución.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES		Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES		Fecha: 18/07/2024
			Paginas: 6 de 13

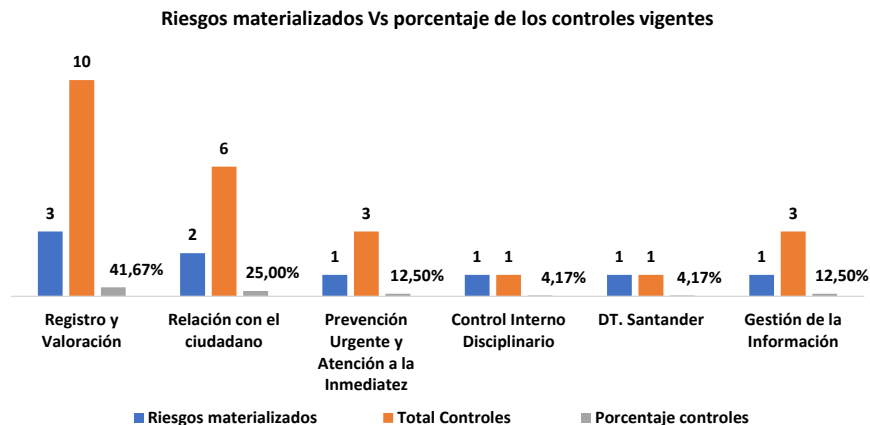
Ítems	Proceso o DT	Riesgos materializados	Controles definidos en el mapa riesgos Institucional 2024
4	Relación con el Ciudadano	Posibilidad de pérdida reputacional ante las partes interesadas, por no brindar atención y orientación a los ciudadanos o no hacerlo de manera adecuada a través de los canales de atención: Telefónico, Virtual, Escrito, Presencial y Estrategias complementarias, debido a cambios frecuentes de lineamientos, indisponibilidad de los canales de atención, desactualización de información o gestión inadecuada de los recursos tecnológicos e informáticos, incumplimientos en los tiempos de respuesta establecidos por parte de los procesos misionales y de apoyo	Las personas del Grupo de Servicio al ciudadano encargadas del canal escrito, remiten diariamente a través de correo electrónico los reportes del estado de cumplimiento de los insumos solicitados para la emisión de las respuestas con el fin de generar alertas frente al cumplimiento a los procesos misionales. En caso de no cumplirse se realizan mesas de trabajo con los procesos misionales para conocer las razones por las cuales no se reciben los insumos en términos. De esta actividad queda como evidencia correos electrónicos remitidos y actas de reunión
			Las personas del Grupo Servicio al ciudadano encargadas de los canales de atención, cada vez que identifican errores en la captura o análisis de información generan correctivos (llamados de atención, refuerzos en formación, evaluaciones, calibraciones) a los colaboradores encargados de la atención a las víctimas, con el fin de disminuir los errores de captura de la información. En caso que se reincida los errores se realiza acompañamiento por parte de los formadores del operador con el fin de resolver las dudas que se presenten. Como evidencia quedan evaluaciones, actas, llamados de atención.
			Las personas del Grupo de Servicio al Ciudadano encargadas de los canales de atención, mensualmente remiten a los procesos misionales correo electrónico frente al resultado del seguimiento realizado a las recurrencias identificadas, con el fin de generar alertas a los procesos frente a la actualización y respuesta a las solicitudes. En caso de que las recurrencias identificadas continúen se reiteraran las alertas emitidas, como evidencia queda correo electrónico entregado a las misionales
			La Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria y las Direcciones Territoriales a través de las personas encargadas, una vez identificada la necesidad reporta a la mesa de servicios tecnológicos en caso de tener indisponibilidad de servicio de los aplicativos, a través de la herramienta ARANDA de mesa de servicio de la Oficina de Tecnología de la información, en caso de no gestionarse la solicitud emitida se reitera mediante correo electrónico a la mesa de servicios tecnológicos, como evidencia tiquetes de mesa de servicio y/o correos de reiteración.
5		Posibilidad de pérdida reputacional ante las víctimas por el incumplimiento en los términos de la notificación de las actuaciones administrativas a causa de la falta de datos de contacto necesarios para el desarrollo del trámite de notificación lo cual impide realizar la citación y entrega de la notificación de las actuaciones administrativas	Las personas del Grupo de Servicio al Ciudadano encargadas de la notificación de actuaciones administrativas cuentan con un protocolo que define los cruces a realizar en el modelo de datos de contacto o ubicación dispuesto por la Red Nacional De Información. Cuando no se cuenta con datos de contacto (teléfono, correo electrónico y/o dirección de residencia, departamento y municipio) para hacer efectiva la Notificación Personal, se procede la Notificación por aviso en los PAV, CRAV, Pagina Web de la Unidad (Ley 1437 de 2011 - artículo 69. Notificación por aviso.) De esta actividad queda los correos con el resultado de los cruces realizados.
			Las personas del Grupo Servicio al Ciudadano encargadas de la notificación de actuaciones administrativas realizan mensualmente diferentes estrategias en el marco de notificación sin límites como jornadas de notificación, notificación personal, notificación por correo electrónico y notificación subsidiaria con el fin de dar cumplimiento a los términos de Ley. En caso de incumplimiento de los términos se evalúan nuevas estrategias que permitan realizar las notificaciones fuera de términos. De esta actividad quedan los informes de actuaciones administrativas notificadas.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES		Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES		Fecha: 18/07/2024 Paginas: 7 de 13

Ítems	Proceso o DT	Riesgos materializados	Controles definidos en el mapa riesgos Institucional 2024
6	Prevención Urgente y Atención a la Inmediatez	Posibilidad de pérdida reputacional ante las partes interesadas al no asistir y no aportar insumos para la toma de decisiones en los escenarios interinstitucionales para la coordinación de acciones de prevención y protección. Los principales espacios en los que se participa son: CIPRAT, CERREM, GTER, CIPRUNNA, Subcomités Técnicos, y otras instancias en donde se delegue a la SPAE por competencias.	El(la) colaborador(a) delegado(a) líder del equipo de espacios interinstitucionales de coordinación para la prevención y protección, debe realizar semanalmente un reporte de las sesiones que se atenderán en la siguiente semana, con el fin de identificar El(la) colaborador(a) de nivel nacional o de la dirección territorial que atenderá y participará en la sesión y articular acciones. Como evidencia se registra el correo electrónico con el cronograma de la semana. En caso de que el(la) delegado(a) no puedan asistir a las sesiones por condiciones de fuerza mayor, deberá informar a la Secretaría Técnica del espacio correspondiente vía correo electrónico la no asistencia por parte de la Unidad para las Víctimas. El(la) colaborador(a) delegado(a) líder del equipo de espacios interinstitucionales de coordinación para la prevención y protección, debe realizar anualmente una capacitación a los profesionales de las direcciones territoriales que inciden con el propósito de la SPAE para fortalecer competencias frente a las responsabilidades y alcance del nivel nacional y nivel territorial en la atención y seguimiento de los espacios. Esta capacitación se realiza virtualmente y se agenda a través de correo electrónico, enviando el material de apoyo correspondiente. En el caso de no poder realizar las jornadas de capacitación, o que los profesionales en territorios no puedan asistir a las convocatorias, se remitirán los materiales y herramientas vía correo electrónico. El(la) Subdirector(a) de Prevención y Atención de Emergencias, una vez recibe la convocatoria o requerimiento de información, envía al Director(a) Territorial y/o Director o Subdirector de dependencias misionales la solicitud con fechas de sesiones e insumos, indicando la fecha límite de respuesta. Como evidencia se registran las bases de datos de seguimiento a requerimientos con el radicado de respuesta. En caso de no recibir la confirmación de asistencia y/o insumos de respuesta a tiempo, se reiterará al Director(a) Territorial, Director o Subdirector de otras dependencias para que se tomen las medidas pertinentes.
7	Control Interno Disciplinario	Posibilidad de pérdida reputacional ante las partes interesadas, por la materialización de la Institución de la prescripción en los procesos disciplinarios a cargo del Grupo Control Interno Disciplinario de la Unidad, debido a demoras en las etapas procesales por parte de los sustanciadores a cargo de los procesos.	Seguimiento quincenal, por parte del analista de sistemas, al cuadro de procesos disciplinarios alimentado por los abogados sustanciadores del Grupo, en el cual se generan alertas tempranas sobre los términos procesales en cada una de las actuaciones. Como evidencia queda el reporte presentado al Coordinador del Grupo del seguimiento a través de correo electrónico.
8	DT. Santander	Posibilidad de pérdida económica y reputacional; Ante los sujetos de Reparación Colectiva y municipios donde se encuentran localizados, por la no implementación de las fases del programa de Reparación Colectiva.	El equipo de Reparación Colectiva de la DT Santander, en reunión mensual de Comité Estratégico, presenta el informe de Gestión de procesos donde se indica el estado de avance de la programación y dificultades para el desarrollo las jornadas; igualmente se remite correo al Enlace Nacional del Proceso de Reparación Colectiva con la programación mensual de Jornadas; en caso de dificultades para el cumplimiento de la programación de las jornadas, se informará al Enlace Nacional, a través de correo electrónico la novedad; Evidencias: Acta Mensual de Comité Estratégico y/o correos electrónicos
9	Gestión de la Información	Posibilidad de pérdida de confidencialidad por el uso indebido de la información dispuesta por la SRNI, ocasionado por un alto nivel de consultas en el aplicativo de VIVANTO para el módulo de consulta individual.	El procesos de Gestión de la Información, en cabeza de la Subdirección Red Nacional de Información (SRNI), generar mensualmente auditorias internas a las consultas realizadas en el Portal VIVANTO. Evidencia: Registro de la auditoria mensuales al Portal VIVANTO. (A.5.15, A.5.33, A.8.34) El procesos de Gestión de la Información, en cabeza de la Subdirección Red Nacional de Información (SRNI), brindar socializaciones sobre el uso adecuado del Portal VIVANTO. Evidencia: Socialización del uso adecuado y/o lista de asistencia. (A.6.3) El procesos de Gestión de la Información, en cabeza de la Subdirección Red Nacional de Información (SRNI), inactivar usuario cuando se evidencien consultas elevadas en el mes inmediatamente anterior. Evidencias: Reporte de inactivación de usuarios por consultas elevadas en el mes. (A.5.15, A.5.16, A.5.17, A.5.18, 8.3, 8.26)

A continuación, se ilustra los resultados de los riesgos materializados y los controles definidos por los responsables de los procesos y direcciones territoriales correspondiente al primer semestre de 2024 de la entidad.

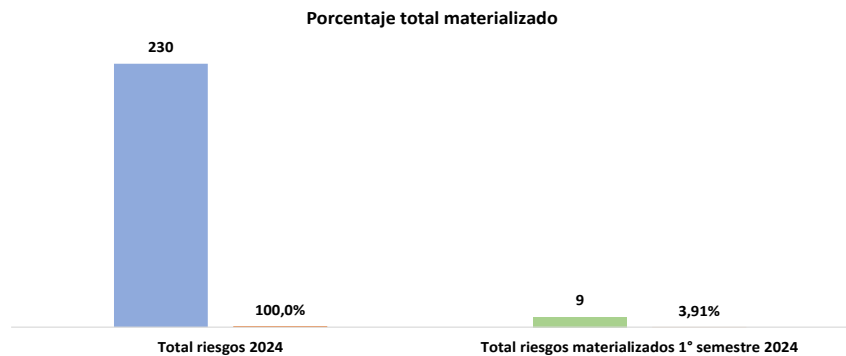
 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES		Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES		Fecha: 18/07/2024 Paginas: 8 de 13



Fuente: Herramienta análisis de riesgos y controles interna de la OCI

Producto del análisis de los nueve (9) riesgos y los 24 controles adoptados se desglosa la siguiente distribución porcentual por control:

- El proceso de Registro y Valoración cuenta con tres (3) riesgos materializados, equivalente al (41.67%) de los diez (10) controles adoptados.
- El proceso de Relación con el Ciudadano tiene dos (2) riesgos materializados con seis (6) controles estandarizados, que le corresponde el (25.00%).
- El proceso de Prevención de Urgencia y Atención a la Inmediatez tiene un (1) riesgo materializado y tres (3) controles adoptados con el (12.50%)
- El proceso de Control Interno Disciplinario y la DT. Santander cuentan con un (1) riesgo materializado y un (1) control definido que equivale al (4.17%) por control.
- El proceso de Gestión de la Información tiene un (1) riesgo materializado y tres (3) controles adoptados correspondiente al (12.50%).

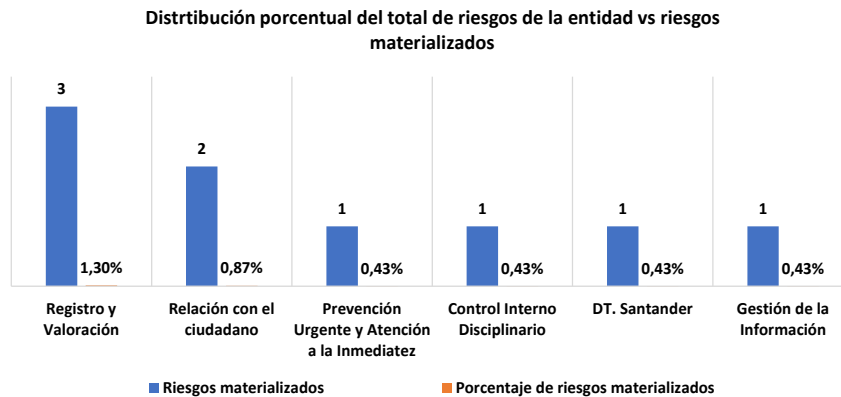


Fuente: Herramienta análisis de riesgos y controles interna de la OCI

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 9 de 13

La gráfica nos indica que, el resultado estadístico del total de 230 riesgos estandarizados en el mapa de riesgos institucional, el (3.91%) corresponde a nueve (9) riesgos materializados en el primer semestre 2024.

La siguiente gráfica muestra la distribución porcentual del total de los riesgos vigentes de la entidad versus los materializados:



Fuente: Herramienta análisis de riesgos y controles interna de la OCI

El resultado porcentual indica que los procesos con el mayor número de riesgos materializados es el de Registro y Valoración equivalente al (1.30%) y el de Relación con el Ciudadano con el (0.87%) que representa el (2.17%), en tanto que los cuatro (4) restantes representan el (1.74%).

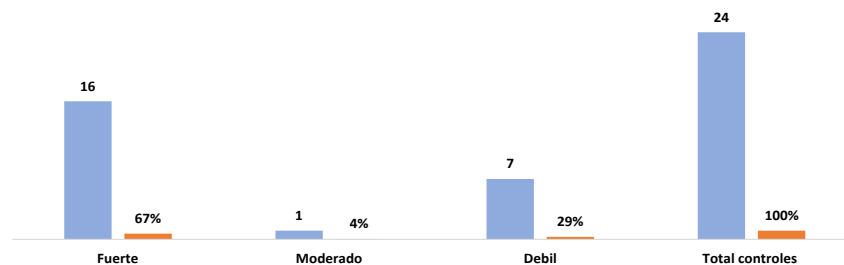
Una vez analizada la información enviada por la OAP y la validación con el mapa de riesgo institucional vigente publicado en la página web de la entidad, la OCI aplica el papel de trabajo “*evaluación de riesgos, diseño de controles y efectividad de las evidencias*”, que contiene los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP a través de la “*Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas versión 6*”.

Este inicia con la concepción formal del control el cual debe contemplar tres características para la redacción. “a) responsable de ejecutar el control, b) acción y c) complemento”, este último debe aludir la “*periodicidad, como se realiza la actividad del control, que pasa con las observaciones o desviaciones y la evidencia de ejecución del control*”, tomado de la guía de la versión 5, y finaliza con la gestión realizada a cada control asociado al riesgo identificado.

Es necesario aclarar que el propósito de este informe es verificar si el proceso o la Dirección Territorial aplica de manera adecuada y metodológica el diseño del control al riesgo y una vez realizado este paso, verifica si las acciones tomadas para los riesgos materializados son efectivos.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Paginas: 10 de 13

Resultados porcentual de la evaluación de los controles por rangos analizadas



Fuente: Herramienta análisis de riesgos y controles interna de la OCI

Al examinar las variables se tiene como resultado que, del total de 24 controles definidos para los nueve (9) riesgos materializados 16 presentan una calificación de rango fuerte con el 67%, un (1) moderado con el 4% y siete (7) débil con el 29 %, lo anterior respecto al cumplimiento de las características de redacción de los riesgos definidos por el DAFP.

Respecto a las acciones implementadas por los líderes de los procesos y la Dirección Territorial se evidencia en el monitoreo realizado por la 2° línea de defensa (OAP) que, actualmente se está estableciendo espacio de mesa de trabajo para evaluar los riesgos, analizar las causas e identificar las acciones necesarias con el fin de mitigar y prevenir la reincidencia, debido que, según las conclusiones del presente monitoreo estos se vienen presentando desde la vigencia anterior, lo cual los lleva a tomar acciones para realizar un análisis más detallado de la revisión del mapa de riesgos en la presente actualización.

La Oficina de Control Interno expresa que, para prevenir y reducir la materialización de los riesgos a nivel nacional y territorial, los líderes responsables de la implementación deben desde la etapa de identificación contemplar todos los posibles riesgos que afectan la operación, definir su forma de seguimiento para controlar su ejecución no solamente los que son publicados en el mapa institucional si no los que han sido reconocidos en la gestión diaria de sus actividades. Así mismo, se debería realizar pruebas periódicas para asegurar que los controles internos funcionen como se espera o tomar la decisión de rediseñar estos. Lo anterior nos conlleva a detectar problemas a tiempo, tomar acciones preventivas y correctivas para fortalecer el control interno y minimizar los riesgos en su materialización.

6. ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO HISTORICO.

En este punto no aplica el análisis del comportamiento histórico, toda vez que no se tiene un antecedente de este informe que sirva de base o referencia que permita a la Oficina de Control Interno realizar un comparativo porcentual y comportamental de la evaluación de los controles de los riesgos materializados.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Páginas: 11 de 13

7. ENFOQUE BASADO EN RIESGOS.

La Oficina de Control interno, luego de examinar el nivel de cumplimiento y efectividad del monitoreo realizado al mapa de riesgo institucional por parte de la OAP en el primer semestre de 2024 y analizada la información encuentra los siguientes posibles riesgos que tiene la entidad en lo que respecta a los controles de los riesgos materializados.

Gran parte de los riesgos materializados según las conclusiones del “*informe gestión de riesgos – periodo enero -junio de 2024*” realizado por la 2° línea de defensa - OAP indica que estos se han venido presentando desde la vigencia anterior. Para la Oficina de Control Interno esto es una amenaza latente en la gestión de la operación del proceso debido que, las acciones implementadas no han tenido el impacto adecuado para mitigar la materialización, por consiguiente, es necesario desde la etapa de identificación de los riesgos se tenga claridad de lo tipificado, para que el diseño de los controles conlleve un impacto positivo en la gestión y sean coherente con las causas identificadas, ya que, no solamente el control debe cumplir con las características definidas por la metodología del DAFP, estos deben ayudar a asegurar que los riesgos se manejen de manera efectiva, minimizando el impacto potencial en los objetivos y operaciones de la entidad.

8. CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE EVIDENCIAS

La Oficina de Control Interno en el ejercicio de las funciones legales, el cumplimiento de su rol de “*Evaluación de la Gestión de Riesgos*” y la 3° línea de defensa donde debe medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los controles, de acuerdo con las normas internacionales y la gestión realizada por la 2° línea de defensa sobre la autoevaluación y seguimiento a la operación de los procesos, para el primer semestre de la anualidad 2024 hace las siguientes consideraciones respecto a la evaluación de los controles de los riesgos materializados:

- Del total de 230 riesgos estandarizados en el mapa de riesgos institucional 2024, el (3.91%) corresponde a nueve (9) riesgos materializados en el primer semestre.
- Al examinar las variables sobre el diseño de la redacción de los controles se evidencia que, de 24 controles definidos para los nueve (9) riesgos materializados 16 presentan calificación de rango fuerte con el (67%), uno (1) moderado con el (4%) y siete (7) débil con el (29 %), indicando que, aunque existe cumplimiento de las variables de redacción se debe analizar por parte de los responsables de la 2° y 1° línea de defensa que sean más efectivos en su estructuración que conlleve a que las evidencias den total certeza del cumplimiento y efectividad, previniendo la materialización.
- Los procesos con el mayor número de riesgos materializados frente al total de los riesgos adoptados por la entidad corresponden al de Registro y Valoración equivalente al (1.30%) y el de Relación con el Ciudadano con el (0.87%). Los cuatro restantes (proceso – DT) su equivalencia individual es del (0.43%).

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 12 de 13

9. CONCEPTO DE CONTROL INTERNO.

Para la Oficina de Control Interno, el comportamiento Institucional de los riesgos materializados presenta una equivalencia del (3.91%) de participación en la materialización del total de (230) riesgos adoptados por la entidad, esto permite colegir que existen ejercicios en los diferentes procesos y direcciones territoriales que llevan a la mejora de la gestión. Concerniente a los controles para prevenir la materialización de los riesgos se indica que, de los (24) controles adoptados en los riesgos materializados el (67%) corresponde a una valoración fuerte y el (33%) entre moderado y débil, esto nos lleva que se está cumpliendo en la mayor parte con las características de redacción de controles de la “Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas versión 6”. -DAFP, pero no dan certeza que estos sean efectivos; por tal motivo se debe asegurar que exista un análisis minucioso en la identificación de estos, para que contribuyan a la reducción y mitigación de los riesgos y evitar consecuencias negativas antes los entes de control tanto internos y externos.

APROBÓ



JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

Elaborado: John Dairo Bermeo Cuellar – Contratista OCI.

Anexo 1 Control de cambios

Versión	Fecha de Cambio	Descripción de la modificación
1	04/08/2014	Creación del formato.
2	09/03/2015	Al revisar el formato se evidencia que la casilla fecha de informe está repetida.
3	02/08/2017	Se modifica formato y se adiciona firma aprobación del Jefe Oficina de Control Interno.
4	30/04/2020	Se actualiza formato, se ajusta la distribución del texto en filas y columnas, las fuentes y fecha de la tabla control de cambios.
5	28/10/2022	Se actualiza el formato en pie de página con los logos de certificación asociados al sistema de gestión de calidad ISO 9001:2015, ambiental ISO 14001:2015, seguridad y salud en el trabajo ISO 45001:2018 seguridad de la información ISO 27001:2013.
6	19/07/2024	Se actualiza el formato es su estructura de contenido, de acuerdo con los requerimientos de la Oficina de Control Interno.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Paginas: 13 de 13