

 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: 1 de 35

Fecha de Emisión del Informe	Día	10	Mes	04	Año	2025
-------------------------------------	------------	-----------	------------	-----------	------------	-------------

Número de Informe:	2/2
Nombre:	Informe de Seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional
Objetivo:	Evaluar la pertinencia y efectividad del Mapa de Riesgos Institucional según el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y la metodología para la administración del riesgo.
Alcance:	Se inicia con la solicitud de información y concluye con el informe que contiene el concepto de la Oficina de Control Interno. Para el presente informe se consideran los 142 riesgos de gestión, salud y seguridad en el trabajo en los que se incluyen los riesgos definidos como emergencias de seguridad personal, documentales, fiscales y ambientales de los procesos y de las Direcciones Territoriales. Los riesgos de corrupción y de seguridad de la información no hacen parte del presente informe.
Periodicidad:	Este informe se debe realizar dos (2) veces por vigencia con corte a 30 de junio y a 31 de diciembre de cada anualidad. En esta oportunidad el informe corresponde al segundo semestre de 2024 con corte a 31 de diciembre.

1. MARCO JURÍDICO.

El siguiente es el marco normativo relacionado con el seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional.

- Ley 87 del 29 de noviembre de 1993 *“Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones”*, artículo 2º, literales a) *Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten* y 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.*
- Decreto 1083 del 26 de mayo de 2015 *“Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.”* Artículo 2.2.21.3.1 Sistema Institucional de Control Interno y 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 35

- Decreto 648 del 19 de abril de 2017 *“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.*
- Decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017 *“Por el 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.*
- 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 3.5 *Monitoreo y Revisión, subnumeral 5. Actividades de monitoreo: su propósito es desarrollar las actividades de supervisión continua (controles permanentes) en el día a día de las actividades, así como evaluaciones periódicas (autoevaluación, auditorías) que permiten valorar: (i) la efectividad del control interno de la entidad pública; (ii) la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; (iii) el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos; (iv) los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública. (...).”*

A continuación, se presenta el marco normativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG:

1ª. Dimensión: Talento Humano.

Política de Integridad:

En cuanto a la implementación de mecanismos para identificar, prevenir, mitigar, hacer seguimiento efectivo y ejercer el control interno de los riesgos de integridad en la gestión. Entre estos, pueden implementarse políticas, prácticas y procedimientos que orienten a los servidores a garantizar la integridad, mediante la identificación y la evaluación adecuada de los riesgos y la elaboración de controles a los riesgos.

2ª. Dimensión: Direccionamiento Estratégico y Planeación

Política de Planeación Institucional:

Analizar el contexto interno y externo de la entidad para la identificación de los riesgos y sus posibles causas, así como retos, tendencias y oportunidades de mejora e innovación en la gestión. A partir del componente estratégico, se definen los planes de acción anual, los cuales pueden incluir las trayectorias de implantación o cursos de acción a seguir, cronogramas, responsables, indicadores para monitorear y evaluar su cumplimiento y los riesgos que pueden afectar tal cumplimiento y los controles para

 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 35

su mitigación, productos y metas intermedias que permiten dar cumplimiento a las metas fijadas. Y formular los lineamientos para administración del riesgo - Política de Riesgo, mediante la emisión de lineamientos precisos para el tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos que afectan el logro de los objetivos institucionales.

3ª. Dimensión: Gestión con valores para resultados

Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos:

Trabajar por procesos.

Identificar los riesgos del proceso, así como establecer los controles correspondientes.

Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción: Articulación de acciones para la prevención, detección e investigación de los riesgos de en los procesos de la gestión administrativa y misional de las entidades públicas.

Política de Seguridad Digital:

Busca fortalecer las capacidades de las múltiples partes interesadas para identificar, gestionar, tratar y mitigar los riesgos de seguridad digital en sus actividades socioeconómicas en el entorno digital, así como en la creación e implementación de instrumentos de resiliencia, recuperación y respuesta nacional en un marco de cooperación, colaboración y asistencia.

4ª. Dimensión: Evaluación de Resultados

Seguimiento y evaluación de la gestión institucional:

Evaluar la gestión del riesgo en la entidad: Cuando se detecten desviaciones en los avances de gestión e indicadores, o posibilidad de materialización de un riesgo, es indispensable que el responsable establezca las acciones de mejora de manera inmediata.

7ª. Dimensión: 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.

 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 35

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

Este informe del Seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional está alineado con las generalidades de MIPG y las dimensiones 1ª. Talento Humano, 2ª. Direccionamiento Estratégico y Planeación, 3ª Gestión con Valores para Resultado, 4ª Evaluación de Resultados y 7º Control Interno, lo que contribuye a las directrices de la Política de Gestión y Desempeño Institucional, específicamente la Política de Integridad, la Política de Planeación institucional, la Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos, Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción, la Política de Seguridad Digital, la Política Seguimiento y Evaluación de la Gestión Institucional y la Política de Control Interno establecida en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG adoptado por Unidad para las Víctimas.

3. PROPÓSITO DEL INFORME.

Este informe tiene como propósito presentar un análisis pormenorizado y estadístico sobre los riesgos de gestión, ambientales, documentales, fiscales y de SST actualmente identificados por la Entidad. Asimismo, validar que los controles establecidos para gestionar los riesgos estén alineados con los estándares mínimos señalados en la Metodología de Administración de Riesgos de la UARIV. Como resultado de este análisis, se genera el concepto de la Oficina de Control Interno, y recomendaciones orientadas a fortalecer los procesos y promover las acciones de mejoramiento de la Unidad.

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 y a la ciudadanía en general que desee hacer algún tipo de control.

El impacto de este informe es contribuir al seguimiento de la Alta Dirección y permitiéndole tomar decisiones encaminadas al fortalecimiento de la gestión del riesgo en la Entidad y promover una cultura de mejora continua.

4. CONTEXTO DEL INFORME.

La gestión del riesgo hace parte del liderazgo y es fundamental en la manera como se gestiona una organización. De conformidad con lo establecido en la Ley 87 de 1993, artículo 2, literales “a) Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten” y “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”. Asimismo, en el Decreto 1083 de 2015 en

 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 35

el artículo 2.2.21.5.4 “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. Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y las oficinas de control interno o quien haga sus veces (...)”, la “Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas V6, del 6 de noviembre de 2022” emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), indica la obligación de las entidades públicas de establecer y aplicar políticas de administración del riesgo, como parte fundamental del fortalecimiento de sus sistemas de control interno. Este proceso debe permitir el seguimiento y el análisis de los riesgos de manera permanente.

En el Manual Operativo de MIPG-

De igual manera, en el documento 130,01,20 -1 “Metodología Administración de Riesgos V11” del 4 de diciembre de 2023, en el numeral 2.8 “Esquema de Líneas de Defensa” parte de las acciones y seguimientos de la Tercera Línea de Defensa – Oficina de Control Interno es “Realizar seguimiento a los mapas de riesgos y generar alertas al respecto”, “Determinar si los controles, establecidos en el proceso son adecuados para prevenir o mitigar los riesgos” y “Realizar seguimiento al mapa de riesgos institucional”.

La Oficina de Control Interno en cumplimiento con las obligaciones establecidas en la normativa vigente, lleva a cabo el seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional correspondiente al segundo semestre de la vigencia 2024, con el fin de analizar estadísticamente el comportamiento de los riesgos identificados y determinar si los controles implementados por los procesos y direcciones territoriales son adecuados para la prevención o mitigación de los riesgos. Este análisis permite generar medidas para el mejoramiento del sistema de control interno de la Entidad. Asimismo, la recopilación y estudio de estos datos no solo contribuirán al ajuste de las estrategias de control, sino también al fomento de una cultura basada en la prevención, la gestión proactiva del riesgo y la mejora continua.

De este modo, la Oficina de Control Interno contribuye al fortalecimiento de la gobernanza y a la alineación de los objetivos institucionales con las mejores prácticas en materia de control y gestión del riesgo.

5. RESULTADOS DEL ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE EVIDENCIAS.

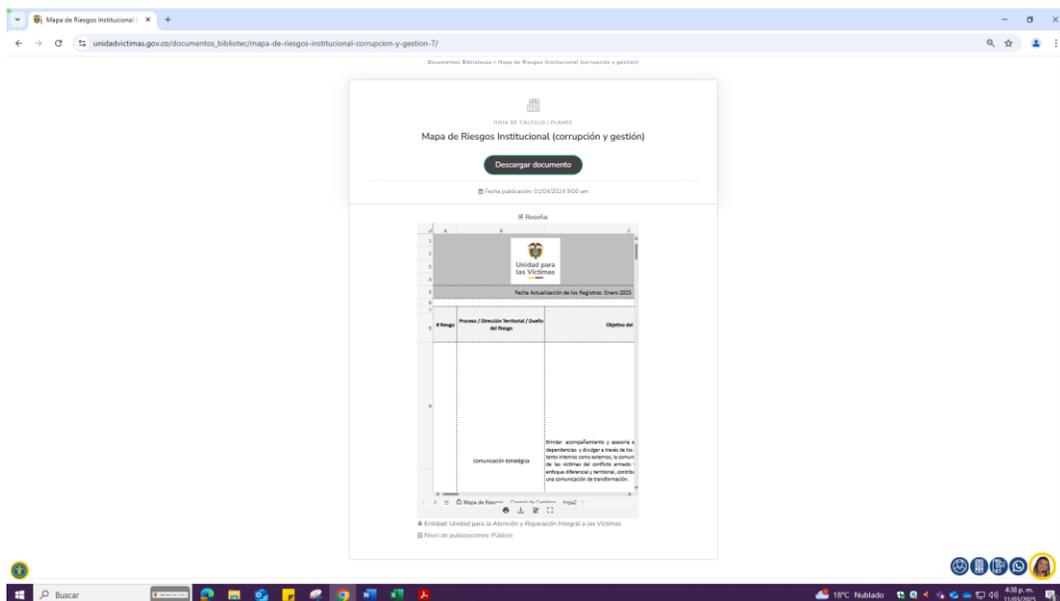
La Oficina de Control Interno mediante correo electrónico del lunes 24 de febrero de 2025 a las 9:08 a.m., solicita a la Oficina Asesora de Planeación - OAP el envío de las siguientes evidencias: Mapa de riesgos publicados e indicar cuales fueron las modificaciones, la comunicaciones al seguimiento del mapa riesgos institucional (menos riesgos de corrupción), la política de riesgos (vigente), el acta

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Paginas: 6 de 35

o documento de aprobación de la política de riesgos y la metodología para la administración de riesgos de la Entidad.

Tomando como referencia la evidencia remitida mediante correo electrónico del lunes 3 de marzo de 2025 por la jefe de la Oficina Asesora de Planeación compartida mediante URL [Seguimiento Mapa de Riesgos 2do Semestre 2024](#) se observa que, para el segundo semestre del año 2024 existen un total de 231 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, tanto para los procesos como para las Direcciones Territoriales. Para el presente informe se consideran los 142 riesgos de gestión, salud y seguridad en el trabajo en los que se incluyen los riesgos definidos como emergencias de seguridad personal, documentales, fiscales y ambientales de los procesos y de las Direcciones Territoriales. Los riesgos de corrupción y de seguridad de la información no hacen parte del presente informe.

El mapa de riesgos institucional que se gestionó para la vigencia 2024, se encuentra publicado en la página web de la Unidad desde el 1 de abril de la misma anualidad, en el siguiente enlace: https://www.unidadvictimas.gov.co/documentos_biblioteca/mapa-de-riesgos-institucional-corrupcion-y-gestion-7/.



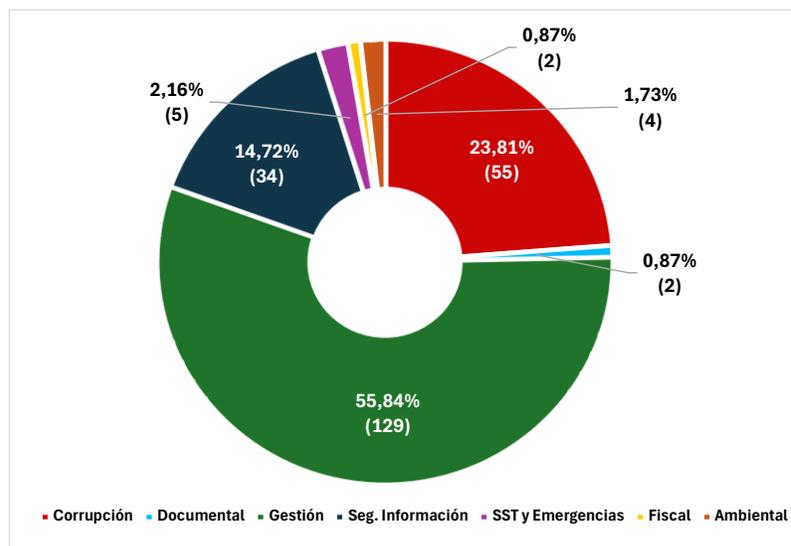
La OAP informa que “El Mapa de Riesgos Institucional que se gestionó en el segundo semestre vigencia 2024, se mantuvo en su versión de marzo 2024, sin ninguna solicitud de modificación. Sin embargo, es de resaltar que para este segundo semestre 2024, se efectuó ejercicio de revisión y actualización de los 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: 7 de 35

para los 18 procesos y 20 direcciones territoriales, los cuales se someten a consulta en el mes de enero 2025 y aprobación por parte del Comité Institucional de Gestión y Desempeño para gestionar en 2025.”, las evidencias de este proceso incluyen las actas de aprobación y la inclusión de los riesgos al mapa institucional.

5.1. Identificación de Riesgos en el Mapa Institucional

Con el propósito de determinar la cantidad de riesgos definidos por la Entidad, se lleva a cabo una consulta al archivo identificado “*Mapa de Riesgos Institucional 2024 V1*”, el cual indica un total de 230 riesgos a nivel general¹. A continuación, se presenta una gráfica que ilustra la distribución de estos riesgos según su tipología, proporcionando una visión clara de cómo se clasifican en el mapa institucional. Esta información es fundamental para la gestión y mitigación de riesgos dentro de la organización.



Distribución de la tipología del riesgo UARIV. Fuente: Instrumento OCI

La gráfica indica que el 55.84% del total de riesgos identificados en la Entidad corresponden a riesgos de gestión, lo que representa la proporción más alta. En segundo lugar, se encuentran los riesgos de corrupción, que constituyen el 23.81%, seguidos por los riesgos de seguridad de la información, que alcanzan un 14.72%. Esta distribución pone de manifiesto las áreas que requieren mayor atención y la implementación de estrategias específicas para su manejo y mitigación. Asimismo, el análisis del *Mapa de Riesgos Institucional 2024 V1* ha permitido identificar un total de

¹ Si bien la OAP informa que son 230 riesgos, en el recuento uno a uno (como una de las técnicas de auditoría generalmente aceptadas) se tienen en realidad 231 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 Paginas: 8 de 35

231 riesgos en contraste con los 230 inicialmente reportados. Esta diferencia se debe a la detección de dos riesgos de tipología documental, mientras que el reporte de la OAP solo registra un riesgo documental transversal. Este hallazgo subraya la importancia de una revisión minuciosa y precisa en la clasificación de los riesgos, garantizando así una gestión efectiva y alineada con la realidad operativa de la Entidad.

Tipología del riesgo							Cantidad por Proceso o DT
Corrupción	Documental	Gestión	Seg. Información	SST y Emergencias	Fiscal	Ambiental	
55	2	129	34	5	2	4	231

Cantidad de riesgos por tipología. Fuente: Instrumento OCI

En el informe anterior, presentando los resultados del primer semestre, fueron relacionados los dos (2) riesgos documentales identificados en el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno al *Mapa de Riesgos Institucional 2024 V1*. Uno de estos riesgos se encuentra vinculado al proceso de Gestión Documental, mientras que el otro corresponde a un riesgo transversal dentro del Sistema de Gestión de Riesgos y Documentos, ambos de tipología documental.

5.2. Nivel de severidad en la calificación de los riesgos.

Como ya se mencionó en el siguiente análisis se excluyen los riesgos de corrupción y de seguridad de la información/digital, por lo que los resultados que se presentan se centran exclusivamente en 142 riesgos de gestión, de salud y la seguridad en el trabajo en los que se incluyen los riesgos definidos como emergencias de seguridad personal. También contiene los riesgos documentales, fiscales y ambientales asociados a los procesos y las direcciones territoriales.

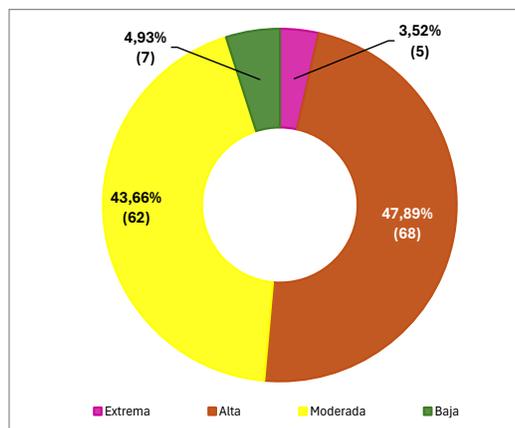
La Entidad mediante el documento No. 130,01,20 -1 “*Metodología de Administración del Riesgo V11*” define en el numeral “2.4.4 *Evaluación del riesgo*” cómo se determina la zona inicial en la que se califica el riesgo identificado; en el numeral “2.4.4.1 *Análisis preliminar (riesgo inherente): Para estimar el nivel de riesgo inicial o inherente, se cruzan los datos de probabilidad e impacto definidos. Este primer análisis del riesgo se denomina Riesgo Inherente y se define como aquél al que se enfrenta una entidad en ausencia de controles. El mapa de calor de la Unidad cuenta con 5 niveles de probabilidad y 5 niveles de impacto*” se identifica la denominación del riesgo inherente y los niveles de calificación con los que serán identificados.

 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: 9 de 35



Fuente: Metodología de Administración del Riesgo V11

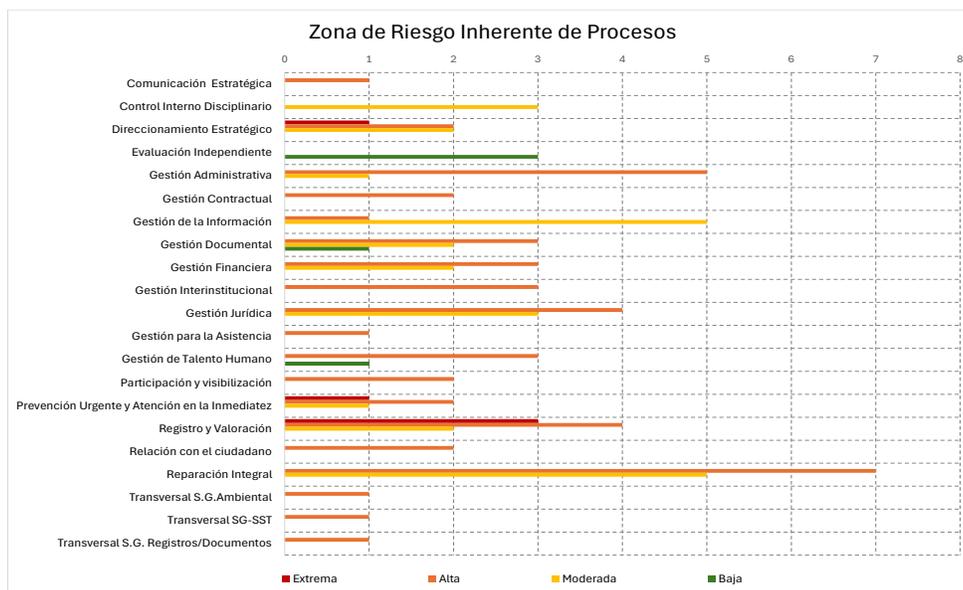
A continuación, se relaciona la división porcentual del riesgo inherente según el nivel de severidad de estos. Se observa que el 47.89% de los riesgos tienen una calificación “alta” y el 43.66% presentan una calificación “moderada”, por lo que es preciso establecer controles que minimicen la materialización de estos. El 3.52% y el 4.93% corresponden a las calificaciones “extrema” y “baja” respectivamente, siendo estos los mínimos porcentajes.



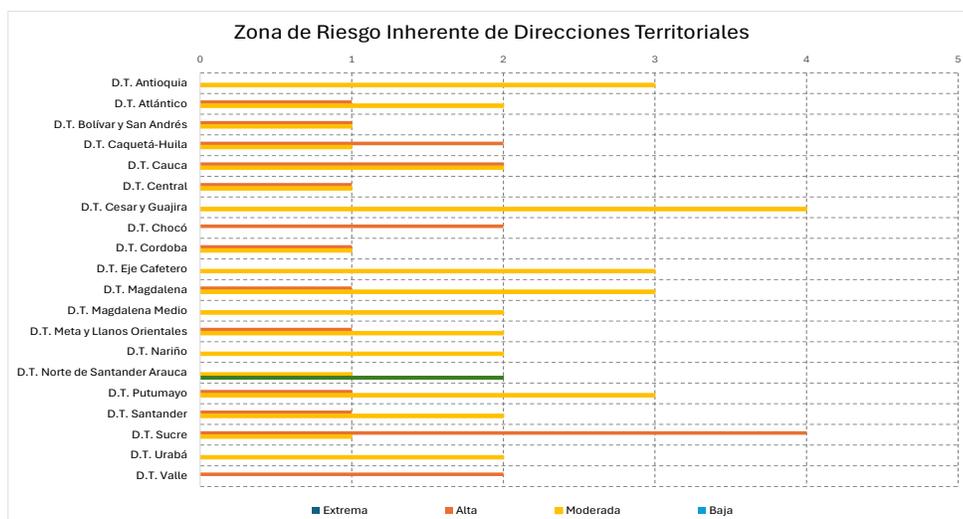
Resultados porcentuales generales según el nivel de severidad del riesgo inherente. Fuente: Instrumento OCI

En las siguientes gráficas se ilustra la calificación inicial asignada a los riesgos identificados por la entidad, tanto de los procesos como de las direcciones territoriales, antes de la implementación de los controles destinados a mitigar su materialización.

 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 35



Zona de riesgo inherente de los procesos. Fuente: Instrumento OCI.

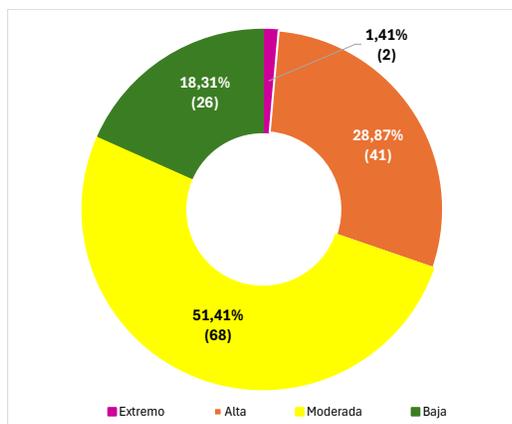


Zona de riesgo inherente de las direcciones territoriales. Fuente: Instrumento OCI.

Las gráficas anteriores, muestran que la calificación de los riesgos se encuentra en su mayoría como “alta” y “moderada”, en concordancia con la representación de los resultados porcentuales generales según el nivel de severidad del riesgo inherente.

 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 35

Por otro lado, en la “Metodología de Administración del Riesgo V11” el numeral 2.4.4.3 se refiere al nivel de riesgo (riesgo residual). Este se define como el resultado de aplicar la efectividad de los controles al riesgo inherente. En otras palabras, después de llevar a cabo un análisis y una evaluación exhaustiva de los controles destinados a mitigar los riesgos, se determina el riesgo residual considerando la efectividad de estos controles en la reducción tanto de la probabilidad como del impacto del riesgo.



Resultados porcentuales generales según el nivel de severidad del riesgo residual. Fuente: Instrumento OCI

La gráfica anterior ilustra los resultados de la aplicación de estos controles, evidenciando cómo se ha modificado el nivel de riesgo residual en comparación con el riesgo inherente. En particular, los riesgos evaluados como extremos ahora presentan un porcentaje de 1.41%, lo que refleja una reducción de 2.11%. Por otro lado, los riesgos clasificados como altos muestran un porcentaje de 29.93%, con una disminución de 19.02%. En cuanto a los riesgos moderados, se observa un incremento del 4.23%, mientras que los riesgos calificados como bajos aumentaron en un 13.38%. Estos resultados indican que, independientemente de la tipología de los controles aplicados, se ha logrado una reducción significativa en la probabilidad y el impacto de los riesgos definidos. Esto resalta la importancia de implementar medidas de control efectivas para gestionar de manera proactiva los riesgos y minimizar su impacto en la organización.

En las siguientes gráficas se muestra la calificación residual de los riesgos una vez se ejerce la aplicación de los controles definidos para cada riesgo, tanto de los procesos como de las direcciones territoriales.



Unidad para las Víctimas

FORMATO DE INFORMES

Código: 120.19.15-10

PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

Versión: 06

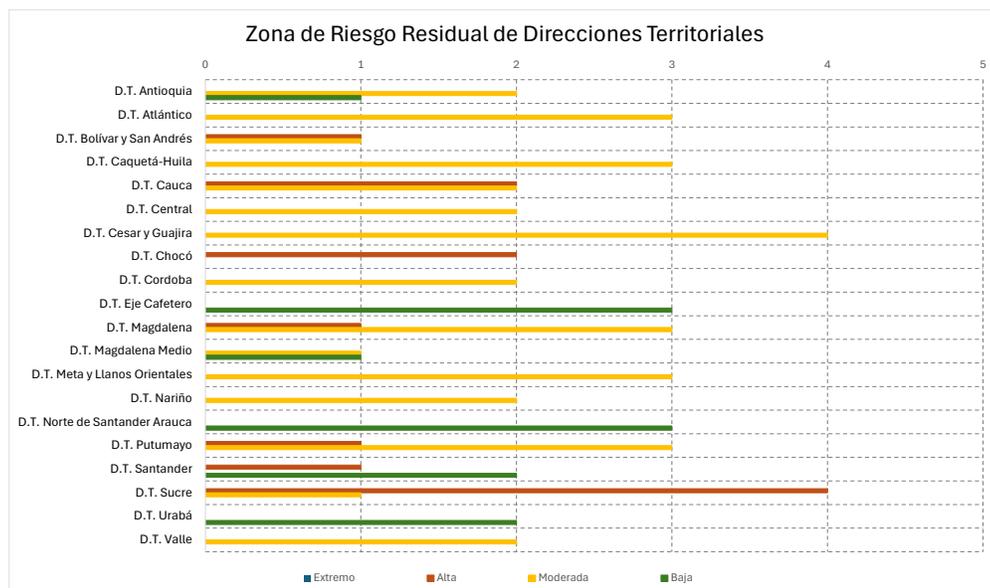
PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES

Fecha: 18/07/2024

Páginas: 12 de 35



Zona de riesgo residual de los procesos. Fuente: Instrumento OCI



Zona de riesgo residual de las direcciones territoriales. Fuente: Instrumento OCI

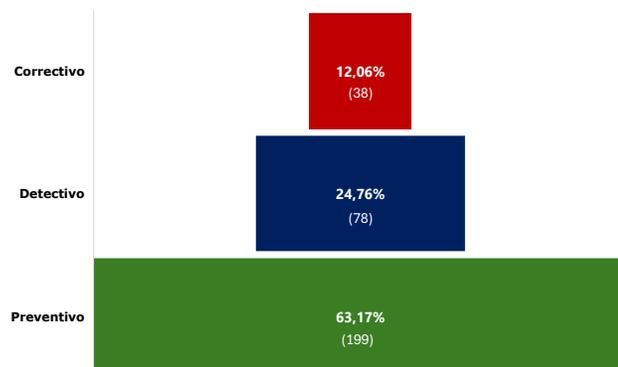
Las gráficas anteriores, indican que la calificación de los riesgos se alteró una vez ejecutados los controles, por lo que disminuye la calificación “alta” y aumenta la calificación “baja”, en concordancia

 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 35

con la representación de los resultados porcentuales generales según el nivel de severidad del riesgo residual.

5.3. Controles

La definición y estructuración de los controles son fundamentales para evaluar su eficiencia en la mitigación de riesgos. En el marco del documento “*Metodología de Administración del Riesgo V11*” se ha establecido un esquema detallado para la descripción de los controles, así como para su tipología (Controles preventivos, detectivos y correctivos). Para los 142 riesgos determinados para el alcance de este informe, se han definido un total de 315 controles, distribuidos de la siguiente manera:



Distribución de los controles según su tipología. Fuente: Propia OCI

La gráfica indica que el 63.17% de los controles son de tipo preventivo, es decir, *que atacan la probabilidad del riesgo – mecanismo ejecutado antes que se realice la actividad originadora del riesgo*, el 24.76% son de tipo detectivo, *que atacan la probabilidad del riesgo – mecanismo ejecutado que permite detectar el riesgo durante la ejecución del proceso* y el 12.06% son correctivos *que atacan el impacto del riesgo – Acción que se ejecuta después que se materializa el riesgo*. Texto subrayado tomado del documento “*Metodología de Administración del Riesgo V11*”.

5.3.1. Diseño de los controles

En el numeral 2.4.4.2.1 del documento “*Metodología de Administración del Riesgo V11*” se ha definido la estructura para la descripción del control la cual debe contener los requisitos mínimos que se expresan en la siguiente figura:

 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: 14 de 35



Ejemplo de la Estructura para la descripción del control, tomada de Metodología de Administración del Riesgo V11.

La Oficina de Control Interno ha desarrollado una herramienta mediante la cual se evalúa si el diseño de los controles cumple con los criterios establecidos en la metodología de administración de riesgos de la UARIV. Esta evaluación se basa en tres componentes fundamentales: la valoración del responsable, la acción y el complemento.

El complemento abarca los aspectos clave, como la periodicidad de aplicación del control, la forma en que se ejecuta, las medidas correctivas en caso de desviaciones y la evidencia que respalda su implementación.

Descripción del Control	Responsabilidad	Acción	Complemento			Resultado	Zona
	Responsable (30) - (0)	Propósito (15) - (0)	Periodicidad (15) - (0)	Como se realiza la actividad del control (15) - (0)	Que pasa con las observaciones o desviaciones (15) - (0)	Evidencia de ejecución del control Completa (10) incompleta (5) No existe (0)	Resultado de la calificación del diseño del control actual

Evaluación del diseño del control actual. Fuente: Herramienta OCI.

En esta oportunidad, la Oficina de Control Interno realiza la evaluación del diseño de los controles de los siguientes procesos: Direccionamiento Estratégico, Gestión Administrativa, Participación y Visibilización, Relación con el Ciudadano y las direcciones territoriales Atlántico y Caquetá-Huila.

La muestra seleccionada representa el 19.04% del total de los controles asociados a los 142 riesgos que hacen parte de este informe. A continuación, se presenta una tabla que muestra la distribución de los de los controles evaluados:

 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: 15 de 35

Proceso o Dirección Territorial	Tipo de proceso	Cantidad de Riesgos	Cantidad Controles
Direccionamiento Estratégico	Estratégico	5	22
Gestión Administrativa	Apoyo	6	14
Participación y Visibilización	Misional	2	5
Relación con el Ciudadano	Misional	2	6
Dirección Territorial Atlántico		3	5
Dirección Territorial Caquetá-Huila		3	8

5.3.1.1. Proceso Direccionamiento Estratégico

# Riesgo	Riesgo	Descripción del Control	Resultado	Zona	Comentario
			Resultado de la calificación del diseño del control actual	Rango del control actual del diseño	
12	Posibilidad de pérdida económica y reputacional ante las partes interesadas por la inoportunidad en la ejecución efectiva de los recursos de la Entidad	El profesional designado por la OAP en el primer Semestre del año a todas las dependencias la identificación de las vigencias futuras que requieren realizar durante el año, con el fin de gestionar de manera oportuna las VF. En caso de encontrar alguna inconsistencia se informará al encargado para su respectiva corrección. Se dejan correos electrónicos documentados asociados de soporte.	85	Debil	No se define de manera clara cómo se realiza la actividad del control
		El profesional de la OAP anualmente verifica que se haya socializado y difundido la asignación presupuestal de la siguiente vigencia, con el fin de que las áreas efectúen la planeación presupuestal y contractual respectiva. En caso de no ejecución se difunde con el 100% de la cuota indicativa de la asignación presupuestal, en materia de los recursos de inversión. Como evidencia se cuenta con correos electrónicos y plan anual de adquisiciones	100	Fuerte	
		El profesional de la OAP, solicita con antelación mediante correo electrónico la entrega de los insumos para los trámites presupuestales, de acuerdo a los lineamientos establecidos por el proceso. En caso de encontrar alguna inconsistencia se informa al enlace para su respectiva corrección. Como evidencia queda el correo con la solicitud.	85	Debil	No se define de manera clara el propósito de aplicación del control
		El Jefe de la OAP mensualmente verifica y difunde los resultados de la ejecución presupuestal de la Entidad ante el Comité Directivo, con el fin de tomar decisiones oportunas y garantizar la efectividad de su ejecución. Como evidencias se cuenta con las presentaciones a Comité	85	Debil	No se define de manera clara la desviación del control. Qué hacer en caso de no aplicarlo.
		El Profesional de la OAP mensualmente verifica el reporte de la ejecución presupuestal en la plataforma dispuesta por el DNP. En caso de encontrarse inconsistencias se emite correo electrónico al enlace del proyecto solicitando los ajustes respectivos. Como evidencia se cuenta con correos electrónicos	85	Debil	No se define de manera clara el propósito de aplicación del control
13	Posibilidad de pérdida económica y reputacional ante las partes interesadas por el incumplimiento en la consecución de recursos técnicos o financieros apoyados por los Aliados Estratégicos y Cooperación Internacional	La coordinación del Grupo de Cooperación Internacional y Alianzas Estratégicas realiza la asignación de enlaces para cada cooperante o aliado estratégico, cuando se suscribe un instrumento de cooperación, el cual será el encargado de mantener una comunicación activa, validar los compromisos y realizar el acompañamiento requerido por las partes el cual estará articulado con las necesidades de las áreas misionales. Esta actividad contará con el respectivo control a través de correo electrónico, actas de reunión u otro instrumento de seguimiento que disponga el Grupo de Cooperación que de cuenta del seguimiento. En caso de no evidenciarse el respectivo seguimiento, desde la Coordinación del Grupo se realizará una mesa de trabajo para validar el estado actual del cooperante y se elaborará un plan de mejora que fortalezca la relación con el cooperante, como evidencias se cuenta con actas, correos electrónicos o instrumentos de seguimiento determinados.	100	Fuerte	
		La coordinación del Grupo de Cooperación designa un profesional encargado de validar anualmente la Estrategia de Cooperación Internacional a través de los lineamientos establecidos por las entidades competentes. En caso de encontrar alguna modificación que afecte la gestión del grupo, se informará a la coordinación y se dará inicio con el proceso de actualización de la estrategia. se contará con evidencia tal como actas, correos electrónicos y/o los documentos de actualización asociados al SIG	100	Fuerte	
		Se asignarán profesional(es) del Grupo de Cooperación Internacional el cual es el encargado de mantener una comunicación activa y efectiva con los enlaces de cooperación en las Direcciones territoriales adelantando acciones de seguimiento, socialización y retroalimentación de los actores, metodologías de fortalecimiento técnico y acciones implementadas por la Cooperación del Sector Oficial y no Oficial. Como evidencia se contará con los espacios de socialización, listados de asistencia, actas, reportes, ayudas de memoria, o correos electrónicos.	40	Debil	No se define de manera clara el responsable y la periodicidad de aplicación del control. También se debe reforzar qué hacer en caso de desviaciones.



Unidad para las Víctimas

FORMATO DE INFORMES

Código: 120.19.15-10

PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

Versión: 06

PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES

Fecha: 18/07/2024

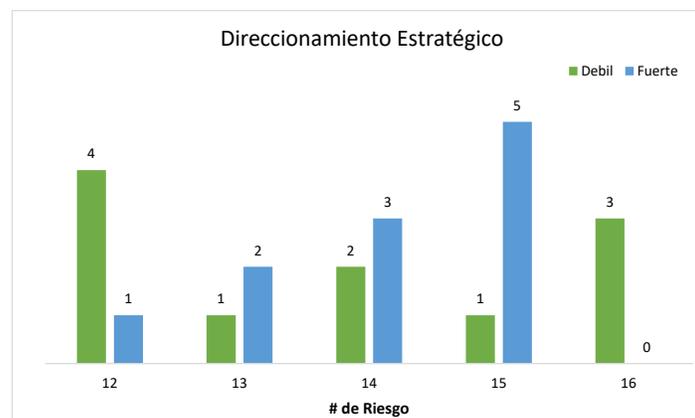
Paginas: 16 de 35

# Riesgo	Riesgo	Descripción del Control	Resultado	Zona	Comentario
			Resultado de la calificación del diseño del control actual	Rango del control actual del diseño	
14	Posibilidad de pérdida económica y reputacional ante las partes interesadas por el incumplimiento en las metas establecidas en el Plan de Acción Institucional de acuerdo con la programación y criterios establecidos	Los profesionales de la OAP , trimestralmente , realiza el informe de avance del Plan de Acción, con el fin de generar alertas correspondientes para el mejoramiento y cumplimiento de las actividades, en caso de incumplimiento en alguna meta de acuerdo con programación, se genera un reporte de no conformidad a la dependencia para que analice las causas y establezca las correcciones pertinentes, como evidencia se cuenta con los informes de avance y no conformidades en aplicativo dispuesto.	100	Fuerte	
		Los profesionales de la OAP revisan las actas de cambio a los indicadores de acuerdo con los criterios de operación, establecidos en el procedimiento de formulación y aprobación al plan de acción en relación con la solicitud de actas de cambios , esto con el fin de mantener la viabilidad de ejecución del plan. En caso de no cumplir con los requisitos técnicos y operativos se rechaza el cambio. Como evidencia se cuentan con actas de cambios y correos electrónicos	100	Fuerte	
		Los profesionales de la OAP realizan el acompañamiento y la revisión de la formulación del Plan de Acción a las dependencias y Direcciones territoriales, de acuerdo con el cronograma establecido, con el objetivo de validar su concordancia con los compromisos institucionales. En caso de encontrar información inconsistente se informa a la dependencia para que realice el ajuste respectivo, como evidencia se cuentan con actas de mesas de trabajo y/o los correos electrónicos.	100	Fuerte	
		El Profesional de la OAP mensualmente verifica el nivel de avance y cumplimiento del Plan de Acción en la plataforma dispuesta por la OAP. En caso de encontrarse inconsistencias se emite correo electrónico al enlace SIG solicitando los ajustes respectivos. Como evidencia se cuenta con correos electrónicos	85	Debil	No se define de manera clara el propósito de aplicación del control
		El Profesional de la OAP semestralmente verifica el nivel de cumplimiento de las metas del Plan de Acción, en caso de identificar un nivel de cumplimiento menor al 85% se emitirá una No Conformidad a la dependencia responsable del indicador, como evidencia se cuenta con informe de seguimiento y reporte de No Conformidad	85	Debil	No se define de manera clara el propósito de aplicación del control
15	Posibilidad de pérdida reputacional ante las partes interesadas por el incumplimiento de las actividades asociadas a la implementación de los sistemas integrados de gestión	El equipo del SIG de la OAP realiza seguimientos a los procesos, con el fin de garantizar el reporte del plan de implementación y compromisos de la revisión por la dirección en las fechas establecidas. Este seguimiento, se realiza en el aplicativo dispuesto según programación definida, con el fin que los procesos, dependencias y direcciones territoriales den cumplimiento al procedimiento. En caso que no se realice dicho reporte en el tiempo establecido, se generara una NC por dicho incumplimiento. Como evidencia quedan las aprobaciones o rechazos en el aplicativo dispuesto.	100	Fuerte	
		Los líderes implementadores de los Sistemas realizan seguimientos a los procesos y Dts, con el fin de verificar el reporte del plan de implementación en las fechas establecidas. La herramienta destinada para el reporte y seguimiento del Plan de Implementación cuenta con repositorio de las evidencias de las actividades del Plan, que deben estar cargadas y actualizadas cada vez que se realice un nuevo reporte. Este seguimiento, se realiza en el aplicativo dispuesto según programación definida, con el fin que los procesos, dependencias y direcciones territoriales den cumplimiento al procedimiento. En caso que no se realice dicho reporte en el tiempo establecido, se generara una NC por dicho incumplimiento. Como evidencia quedan las aprobaciones o rechazos en el aplicativo dispuesto.	100	Fuerte	
		El plan de implementación se construye con los líderes de cada Sistema, durante la vigencia según programación y se socializa con los enlaces de nivel nacional y territorial para su aprobación o ajustes a lugar; la OAP realiza seguimiento y control a las actividades concertadas en el Plan de Implementación y se realizan cambios a las actividades de acuerdo a solicitud de los líderes de los sistemas cuando haya necesidad. Esto con el fin de registrar las actividades en el aplicativo dispuesto, para que los enlaces realicen el respectivo reporte de manera trimestral. En caso de que algún líder de Sistema considere pertinente hacer algún ajuste o cambio en sus actividades del Plan de Implementación, se realizará una solicitud a través de acta de cambio, y se realizarán los ajustes solicitados. Como evidencia, quedan actas de modificación de actividades.	100	Fuerte	
		El profesional de la OAP valida cuando sea necesario el procedimiento del Plan de Implementación , con el fin de verificar su cumplimiento, de acuerdo a pruebas de recorrido. Adicionalmente se informará de manera trimestral a los enlaces sobre las actividades que deben ser reportadas y lo lineamientos a tener en cuenta. En caso de encontrar alguna inconsistencia y no funcionalidad del procedimiento, se actualizará el mismo. Como evidencia queda el acta de cambios del procedimiento.	100	Fuerte	
		Los profesionales asignados realizan (cuando se requiera) mesas técnicas de trabajo, para revisar los procedimientos asociados al proceso con el fin de dar cumplimiento a las normas internacionales y a lo establecido en ellos por la entidad. En caso de que no se realicen dichas mesas, se enviarán alertas para el mejoramiento continuo. Como evidencia quedan las actas de las mesas de trabajo y/o los correos electrónicos.	100	Fuerte	
		La Oficina Asesora de Planeación presenta de manera trimestral ante el Comité Directivo los avances del Plan de Implementación y los avances en los compromisos de la Revisión por la Dirección anterior, en caso de no presentar ante el Comité el Plan y los Compromisos, se enviarán las respectivas alertas para dar cumplimiento a los compromisos. Como evidencia quedan las actas o listas de asistencia.	55	Debil	No se ha definido de manera clara el responsable, según los criterios de la metodología. También se debe reforzar el propósito de aplicación del control

 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: 17 de 35

# Riesgo	Riesgo	Descripción del Control	Resultado	Zona	Comentario
			Resultado de la calificación del diseño del control actual	Rango del control actual del diseño	
16	Posibilidad de pérdida reputacional ante las partes interesadas por la falta de implementación de los lineamientos institucionales	La Dirección General convoca comité Directivo de acuerdo a la necesidad, con el fin de comunicar lineamientos que permitan garantizar el cumplimiento de la misión de la Unidad. En caso de que no se complete el quorum, o las personas no puedan asistir, se convocará en una nueva fecha. Como evidencia quedan actas con lista de asistencia y documentos asociados según el desarrollo de la agenda.	70	Debil	No se ha definido de manera clara el responsable, según los criterios de la metodología.
		La Subdirección General convoca mediante citación y cuando sea necesario el comité misional para hacer seguimiento a las actividades relacionadas con el cumplimiento de la misión de la Unidad. Si se evidencian incumplimientos en las actividades por parte de los procesos, se procede a dejar compromisos dentro del comité, con fechas para su cumplimiento y se realizará seguimiento mediante correo electrónico. Como evidencia quedan actas del comité, listados de asistencia, y correos electrónicos	70	Debil	No se ha definido de manera clara el responsable, según los criterios de la metodología.
		Las dependencias responsables del proceso de Direccionamiento Estratégico realizan reuniones de seguimiento de acuerdo a la necesidad, con el fin de hacer seguimiento a la gestión y con dar cumplimiento a los compromisos que se establecen en los espacios. Si es necesario se interpondrán NC de acuerdo a los compromisos incumplidos. Como evidencia quedan comunicados o actas y listado de asistencia y correos electrónicos. Esta actividad se desarrollará de acuerdo con las necesidades de cada dependencia.	55	Debil	No se ha definido de manera clara el responsable, según los criterios de la metodología. También, se debe reforzar qué hacer en caso de desviaciones.

Direccionamiento Estratégico			
# de Riesgo	Cantidad de Controles	Debil	Fuerte
12	5	4	1
13	3	1	2
14	5	2	3
15	6	1	5
16	3	3	0
Totales	22	11	11



Resultados de la calificación de los controles de los riesgos del proceso Direccionamiento Estratégico.

En resumen, la tabla y la gráfica anteriores muestran que, de los cinco riesgos analizados en el proceso Direccionamiento Estratégico, los 22 controles implementados presentan una distribución equitativa en su calificación: el 50.0% tiene una calificación débil y el otro 50.0% como fuerte. Es necesario realizar un análisis concienzudo de los controles calificados como débiles para que

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	FORMATO DE INFORMES		Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES		Fecha: 18/07/2024
			Páginas: 18 de 35

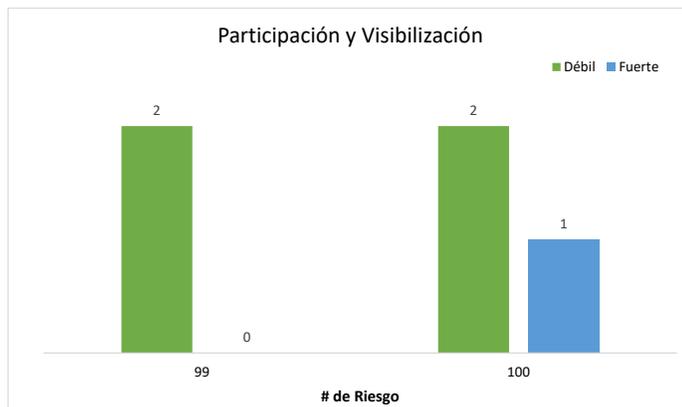
cumplan los criterios establecidos. Por otro lado, es importante destacar que, aunque algunos controles hayan obtenido una calificación fuerte, su estructura debe ser revisada en función de los requisitos mínimos y los criterios establecidos en la metodología definida por la UARIV, asegurando así su alineación con los estándares exigidos y su capacidad para mitigar los riesgos de manera efectiva.

5.3.1.2. Participación y Visibilización

# Riesgo	Riesgo	Descripción del Control	Resultado	Zona	
			Resultado de la calificación del diseño del control actual	Rango del control actual del diseño	Comentario
99	Posibilidad de pérdida económica y reputacional ante nuestras partes interesadas debido a la imposibilidad para promover la participación en la realización de la inscripción, elección e instalación de las mesas de participación efectiva de las víctimas previamente planificadas	La Subdirección de Participación hace el acompañamiento a las secretarías técnicas (defensorías y personerías), las cuales son las encargadas de socializar la convocatoria a las organizaciones de víctimas durante los 3 primeros meses del año a través de campañas publicitarias por medios radiales, panfletos, pendones, afiches.. etc., previo a la fecha indicada para la elección de las mesas de participación efectiva de las víctimas. En caso de no poder efectuarse el acompañamiento se comunica a las secretarías técnicas para ajustar fechas. Las secretarías técnicas envían a través de correos electrónicos a la Subdirección de Participación el número de organizaciones inscritas.	55	Debil	No se ha definido de manera clara el responsable, según los criterios de la metodología. También se debe reforzar el propósito de aplicación del control
		Las Dirección de Gestión Interinstitucional se encarga del proceso contractual durante los 4 primeros meses del año a fin de garantizar el apoyo logístico para el desarrollo de las actividades para la elección e instalación de las mesas efectiva de las víctimas. En caso de ser necesario se generan alertas por parte de la Dirección Interinstitucional a la Dirección General. El operador entrega a la unidad las actas y listados de asistencia para dar cumplimiento y veracidad de cada evento.	70	Debil	No se ha definido de manera clara el responsable, según los criterios de la metodología.
100	Posibilidad de pérdida económica y reputacional por los procesos logísticos adelantados y ante los diferentes actores del proceso ante la imposibilidad para realizar el fortalecimiento a las mesas de participación para su incidencia en la política pública	La unidad de Atención y Reparación Integral a las víctimas realiza fortalecimientos periódicos (Mensuales) en el ámbito departamental a las secretarías técnicas, en donde se socializa todos los componentes del protocolo de participación y la normatividad legal vigente. Las secretarías técnicas son las encargadas de la construcción de las propuestas de acuerdo al tema en específico a tratar. En el evento que por factores ambientales no se pudiera realizar dichos fortalecimientos presenciales se programarían de forma Virtual. Como evidencia queda el informe de comisión y/o la capacitación virtual y el listado de asistencia de cada evento.	55	Debil	No se ha definido de manera clara el responsable, según los criterios de la metodología. También se debe reforzar el propósito de aplicación del control
		La unidad de Atención y Reparación Integral a las víctimas a través del Centro de Operaciones y Monitoreo de riesgos (COMR), se encarga de articular con las alcaldías departamentales y sus correspondientes cuadrantes, las acciones previas para garantizar la participación de los funcionarios en cada uno de los eventos a realizar conforme a lo establecido en el protocolo de participación. Así como también con las herramientas tecnológicas y los lineamientos para el trabajo en casa se garantiza el desarrollo de la participación de los funcionarios en cada evento. En caso de no ser viable efectuar el evento se modifica la fecha para realizarlo. Se generan alertas por parte del COMR, a través de correo electrónico y telefónicamente.	100	Fuerte	
		Las Dirección de Gestión Interinstitucional se encarga del proceso contractual durante los 4 primeros meses del año a fin de garantizar el apoyo logístico para el desarrollo de las actividades para la elección e instalación de las mesas efectiva de las víctimas. En caso de ser necesario se generan alertas por parte de la Dirección Interinstitucional a la Dirección General. El operador entrega a la unidad las actas y listados de asistencia para dar cumplimiento y veracidad de cada evento.	70	Debil	No se ha definido de manera clara el responsable, según los criterios de la metodología. También se debe reforzar el propósito de aplicación del control

Participación y Visibilización			
# de Riesgo	Cantidad de Controles	Débil	Fuerte
99	2	2	0
100	3	2	1
Totales	5	4	1

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Paginas: 19 de 35



Resultados de la calificación de los controles de los riesgos del proceso Participación y Visibilización.

En resumen, la tabla y la gráfica anteriores muestran que, de los dos riesgos analizados en el proceso Participación y Visibilización, los 5 controles implementados presentan la siguiente distribución en su calificación: el 80.0% tiene una calificación débil y el otro 20.0% como fuerte. Es necesario realizar un análisis concienzudo de los controles calificados como débiles para que cumplan los criterios establecidos. Por otro lado, es importante destacar que, aunque algunos controles hayan obtenido una calificación fuerte, su estructura debe ser revisada en función de los requisitos mínimos y los criterios establecidos en la metodología definida por la UARIV, asegurando así su alineación con los estándares exigidos y su capacidad para mitigar los riesgos de manera efectiva.

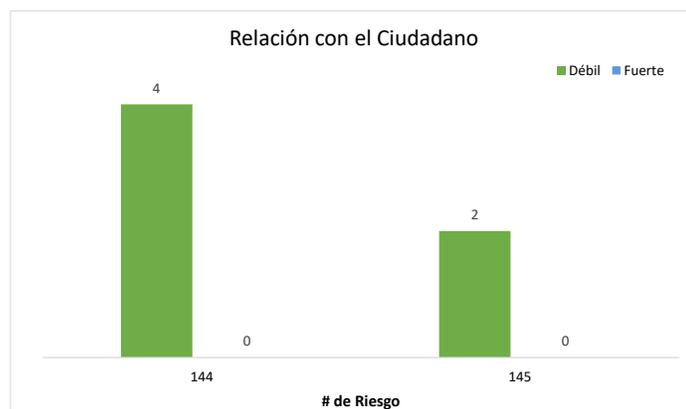
5.3.1.3. Relación con el Ciudadano

# Riesgo	Riesgo	Descripción del Control	Resultado	Zona	
			Resultado de la calificación del diseño del control actual	Rango del control actual del diseño	Comentario
145	Posibilidad de pérdida reputacional ante las víctimas por el incumplimiento en los términos 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.	25	Debil	De acuerdo a la Metodología de Administración del Riesgo V_11, en el responsable de debe identificar el cargo del servidor que ejecuta el control. No son claros el propósito, la periodicidad de aplicación del control y cómo se realiza la actividad.
		Las personas del Grupo Servicio al Ciudadano encargadas de la notificación de actuaciones administrativas realizan mensualmente diferentes estrategias en el marco de notificación sin limites 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 evaluarán nuevas estrategias que permitan realizar las notificaciones fuera de términos De esta actividad quedan los informes de actuaciones administrativas notificadas.	70	Debil	No se ha definido de manera clara el responsable, según los criterios de la metodología.

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	FORMATO DE INFORMES		Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES		Fecha: 18/07/2024
			Páginas: 20 de 35

# Riesgo	Riesgo	Descripción del Control	Resultado	Zona	
			Resultado de la calificación del diseño del control actual	Rango del control actual del diseño	Comentario
144	Posibilidad de pérdida reputacional ante las partes interesadas, por no brindar atención y orientación o no hacerlo de manera adecuada a través de los canales de atención dispuestos por la entidad	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	70	Debil	No se ha definido de manera clara el responsable, según los criterios de la metodología.
		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 de 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.	70	Debil	No se ha definido de manera clara el responsable, según los criterios de la metodología.
		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	70	Debil	No se ha definido de manera clara el responsable, según los criterios de la metodología.
		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.	55	Debil	No se ha definido de manera clara el responsable, según los criterios de la metodología. También se debe reforzar el propósito de aplicación del control

Relación con el Ciudadano			
# de Riesgo	Cantidad de Controles	Débil	Fuerte
144	4	4	0
145	2	2	0
Totales	6	6	0



Resultados de la calificación de los controles de los riesgos del proceso Relación con el Ciudadano

En resumen, la tabla y la gráfica anteriores muestran que, de los dos riesgos analizados en el proceso Relación con el Ciudadano, los 6 controles implementados, es decir el 100% tienen una calificación débil. Es necesario realizar un análisis concienzudo de todos los controles calificados como débiles

 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: 21 de 35

para que cumplan los criterios establecidos en la metodología definida por la UARIV, asegurando así su alineación con los estándares exigidos y su capacidad para mitigar los riesgos de manera efectiva.

5.3.1.4. Gestión Administrativa

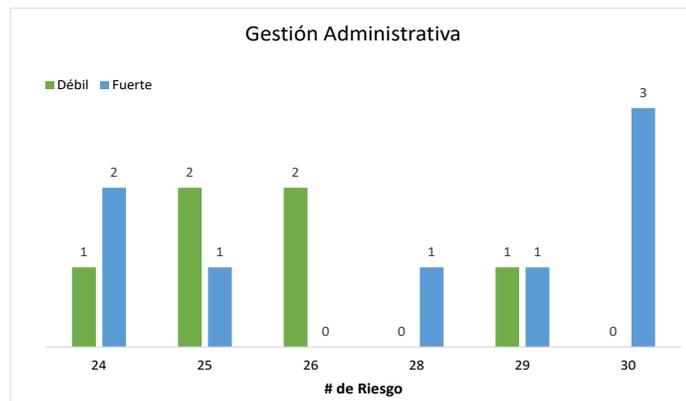
# Riesgo	Riesgo	Descripción del Control	Resultado	Zona	Comentario
			Resultado de la calificación del diseño del control actual	Rango del control actual del diseño	
24	Posibilidad de pérdida económica y reputacional ante la Unidad y antes de control por sanciones ocasionadas por desactualización de información registrada en aplicativo de control de inventarios	El administrador del aplicativo actualiza el inventario que se encuentra en uso cada vez que hay un movimiento y traslado de bienes con el objetivo de tener el control de la ubicación del bien y a cargo de quien se encuentra generando comprobantes de traslado. En caso que el traslado sea por retiro de la entidad se debe solicitar un paz y salvo de los bienes asignados al área de almacén. Evidencia: Registro del aplicativo de los movimientos realizados, Formato de paz y salvo diligenciado por el servidor, correos electrónicos con solicitudes de traslado.	100	Fuerte	
		Los colaboradores del procedimiento de propiedad, planta y equipo realiza una identificación de bienes periódicamente con una placa de identificación, la cual permite validar a quien se encuentra cargado en el inventario, realizando la verificación en el aplicativo de almacén. Observación: Los puestos de trabajo son asignados únicamente a personal de planta y contratistas para mayor control. En el caso de identificar equipos sin placa o sin asignar son cargados al inventario del supervisor de sus respectivos contratos o responsables de cada área o Dirección Territorial si este acepta, de lo contrario serna reintegrados almacén. Evidencia: Formato levantamiento individual de inventarios, Registros en el aplicativo al serial que contiene la placa.	100	Fuerte	
		El procedimiento de propiedad planta y equipo establece que dos veces al año se realiza la verificación presencial de los inventarios en las Direcciones Territoriales y central, con el objetivo de validar a quien se encuentra cargado y el estado de los bienes. En caso de no poder realizar el inventario en Direcciones Territoriales se solicita al enlace administrativo realizar la verificación respectivo de los bienes asignados. Evidencia Formato levantamiento individual de inventarios, registro aplicativo de almacén o correo electrónico enviado por los auxiliares administrativos.	70	Debil	No se ha definido de manera clara el responsable, según los criterios de la metodología.
25	Posibilidad de pérdida reputacional por demandas o quejas de nuestros grupos de valor por la no prestación del servicio administrativos	El coordinador y los colaboradores del proceso de Gestión Administrativa anualmente realiza la planificación de recursos y análisis de necesidades administrativas desde la vigencia anterior, para solicitar a la OAP los recursos necesarias para el cumplimiento de las actividades propias del proceso con el objetivo de garantizar la prestación de todos los servicios administrativos y dar cumplimiento a la misionalidad de la entidad. En caso de no contar con los recursos se informa a secretaría general para dar solución a los imprevistos administrativos presentados. Evidencia: Correos electrónicos, Actas de reunión.	100	Fuerte	
		Los supervisores de los contratos de servicios generales del proceso de Gestión Administrativa realizan seguimiento periódico a los servicios prestados por medio de reuniones de seguimiento o correos electrónicos y verificación de los informes, con el objetivo de garantizar el cumplimiento contractual. En los casos en que la supervisión identifique posibles incumplimientos del operador se debe informar oportunamente al Grupo de Gestión Contractual para adelantar las acciones que procedan y hacer efectivas las pólizas de cumplimiento. Evidencia: Correos electrónicos, actas de reunión, listado de asistencia, o el Informe de supervisión .	85	Debil	No se define de manera clara la periodicidad de aplicación del control.
		El Grupo de Gestión Administrativa realiza a la Oficina de planeación la solicitud de vigencias futuras para los contratos que apliquen, cuando se identifica la necesidad, con el objetivo de garantizar la continuidad de los servicios que se requieren. En caso de no ser viable se analiza la aprobación de las vigencias futuras de acuerdo a los requisitos, se requiere de la aprobación del DPS, DNP y Ministerio de Hacienda. Evidencias: Correos electrónicos y formatos de solicitud y justificación de vigencias futuras.	70	Debil	No se ha definido de manera clara el responsable, según los criterios de la metodología.

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	FORMATO DE INFORMES		Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES		Fecha: 18/07/2024
			Paginas: 22 de 35

# Riesgo	Riesgo	Descripción del Control	Resultado	Zona	Comentario
			Resultado de la calificación del diseño del control actual	Rango del control actual del diseño	
26	Posibilidad de pérdida económica y reputacional por errores en la entrega de donaciones en eventos masivos, en los que participan población víctima y población vulnerable	Los colaboradores del GGAD sólo harán alistamiento de las donaciones que sean aprobadas por el Comité de Gestión y Desempeño y que se individualicen en la postulación por parte de los Directores Territoriales y en la Resolución de Baja. Los directores Territoriales al momento de la entrega deben suscribir el respectivo informe que evidencie la entrega final al beneficiario autorizado de la donación y suscribir las actas que correspondan. Evidencia: formatos de entrega de mercancía a las víctimas firmados y correo electrónico con el listado de los bienes, registro fotográfico.	40	Debil	No se ha definido el responsable, según los criterios de la metodología. Por otra parte no es claro el propósito de aplicación del control. Además, se debe reforzar qué hacer en caso de desviaciones.
		El responsable de la bodega hace control de la salida de los elementos y reporta al personal de vigilancia para el registro de la minuta correspondiente. En la salida se hace inspección de los elementos con el objetivo de control en el inventario de la mercancía. En caso de identificar inconsistencias en el momento de la salida se procede a realizar su verificación y ajuste respectivo. Evidencias: Correos electrónicos, minutas y registro fotográfico	85	Debil	No se define de manera clara la periodicidad de aplicación del control.
28	Posibilidad de pérdida económica y reputacional ante las partes interesadas por incumplimiento de los objetivos del sistema de gestión ambiental	El equipo implementador del Sistema de Gestión Ambiental realiza el acompañamiento en las direcciones territoriales y procesos para la actualización de la "Matriz de identificación y evaluación de aspectos e impactos ambientales" anualmente, con el fin de enfocar las actividades de control, fomento y prevención que permitan atender de manera efectiva los impactos ambientales determinados; en caso de no desarrollar la actividad, el equipo implementador convocará a una sesión extraordinaria. Evidencia: Correos electrónicos, actas de reunión (fase 2 y 4), listados de asistencia, formato diligenciado "Encuesta para la identificación de aspectos e impactos ambientales", formato diligenciado "Reporte de condiciones ambientales" matriz final de identificación y evaluación de aspectos e impactos ambientales de la vigencia evaluada.	100	Fuerte	
29	Posibilidad de pérdida económica y reputacional por sanciones de entes de control a causa de incumplimiento de los requisitos legales ambientales aplicables a la entidad.	El profesional ambiental apoya la implementación del SGA, se encarga de actualizar el Normograma mediante remisión de formatos de encuesta a la oficina asesora jurídica, esto con periodicidad bimestral. En caso de no realizar el reporte a tiempo se solicita a la Oficina asesora Jurídica una actualización extemporánea o se espera a la próxima actualización para la inclusión de la norma. Evidencia: Correo electrónico y registro en el formulario enviado por el área Jurídica.	85	Debil	No se define de manera clara el propósito de aplicación del control
		El equipo implementador realiza socialización de la identificación de requisitos legales ambientales en Direcciones Territoriales para garantizar el ámbito de aplicación a la entidad, con periodicidad semestral utilizando infografía, en caso de no realizar el envío a tiempo se realiza la socialización en los espacios de orientación virtual. Evidencia Infografías y listados de asistencias correos electrónicos.	100	Fuerte	
30	Posibilidad de pérdida económica y reputacional ante nuestras partes interesadas internas y externas, por afectación en el desempeño ambiental y sanciones ante entes de control	El equipo implementador del SGA, se encargan de establecer lineamientos y realizar el seguimiento a las actividades del plan de implementación que permitan dar cumplimiento a los requisitos establecidos en la ISO14001:2015 cada que se requiera, con el fin de asegurar el cumplimiento de las metas establecidas por el SGA. En caso de no realizarse se debe realiza un plan de mejora para revisar metas Evidencia: Plan de implementación y seguimiento registrado en el aplicativo dispuesto	100	Fuerte	
		El equipo implementador del Sistema de Gestión Ambiental, mensualmente revisa el desarrollo de las actividades programas en el plan de trabajo definido para la vigencia, con el propósito de asegurar el cumplimiento del Plan Institucional de Gestión Ambiental - PIGA de la entidad, en el caso de incumplimiento o retraso en la ejecución se realiza una observación al Plan Anual de Trabajo (PAT) y se reprograma la tarea. Evidencia: Plan Anual de Trabajo y la documentación que soporta el desarrollo de las actividades ejecutadas.	100	Fuerte	
		El profesional ambiental cada que vez que se requiera, apoya la implementación del SGA remitiendo la información asociada con los principios ambientales para dar cumplimiento a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en caso de incumplimiento se comunicará a la coordinación respectiva con el fin de tomar las medidas pertinentes. Evidencia: Correos electrónicos.	100	Fuerte	

Gestión Administrativa			
# de Riesgo	Cantidad de Controles	Débil	Fuerte
24	3	1	2
25	3	2	1
26	2	2	0
28	1	0	1
29	2	1	1
30	3	0	3
Totales	14	6	8

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Paginas: 23 de 35



Resultados de la calificación de los controles de los riesgos del proceso Gestión Administrativa.

En resumen, la tabla y la gráfica anteriores muestran que, de los seis riesgos analizados en el proceso Gestión Administrativa, los 14 controles implementados presentan la siguiente distribución en su calificación: el 42.9% tiene una calificación débil y el otro 57.1% como fuerte. Es necesario realizar un análisis concienzudo de los controles calificados como débiles para que cumplan los criterios establecidos. Por otro lado, es importante destacar que, aunque algunos controles hayan obtenido una calificación fuerte, su estructura debe ser revisada en función de los requisitos mínimos y los criterios establecidos en la metodología definida por la UARIV, asegurando así su alineación con los estándares exigidos y su capacidad para mitigar los riesgos de manera efectiva.

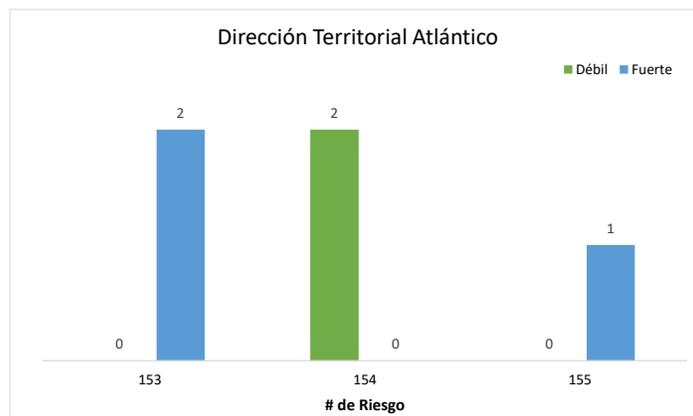
5.3.1.5. Dirección Territorial Atlántico

# Riesgo	Riesgo	Descripción del Control	Resultado	Zona	
			Resultado de la calificación del diseño del control actual	Rango del control actual del diseño	Comentario
153	Posibilidad de pérdida reputacional ante las víctimas del conflicto armado interno por el incumplimiento en la entrega de la carta de indemnización	El enlace de reparación individual recibe las municipalizaciones que envían mensualmente desde nivel nacional y valida los destinatarios de la carta de indemnización en todas las fuentes internas y externas, previa notificación de la misma, para verificar la información del destinatario y proceder con la notificación de la carta, cada vez que lleguen cartas de indemnización a la Dirección Territorial, a demanda. En caso que el destinatario sea ilocalizado, fallecido, privado de la libertad, se encuentre fuera del país, sin documento de identidad, o la carta presente error en distribución o en los datos personales, el profesional de reparación individual anula, digitaliza y carga en la herramienta Indemniza las cartas de indemnización administrativas que no se pueden entregar. De este control queda como evidencia información cargada en Indemniza, SGV y/o FUI de envío a Gestión Documental.	100	Fuerte	
		El enlace de inversión adecuada de recursos programa la realización de jornadas cada vez que lleguen procesos de pago a la Dirección Territorial, a demanda, con el fin de hacer efectiva la notificación de la carta de indemnización administrativa.. En caso de que no se pueda programar la jornada, esta se reprogramará. De este control queda como evidencia correo electrónico y/o acta de concertación, informe de la jornada realizada, cartas de indemnización notificadas y cartas cargadas en Indemniza.	100	Fuerte	

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 24 de 35

# Riesgo	Riesgo	Descripción del Control	Resultado	Zona	
			Resultado de la calificación del diseño del control actual	Rango del control actual del diseño	Comentario
154	Posibilidad de pérdida reputacional ante las entidades territoriales y víctimas del conflicto armado por no brindar asistencia técnica para la implementación de la política pública de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas	El profesional de participación, previa convocatoria por parte de las mesas de participación, brinda asistencia técnica a las mesas de participación efectiva sobre el protocolo de participación efectiva de víctimas de manera mensual. Así mismo, el profesional de participación ofrece a las mesas de participación realizar jornadas de asistencia técnica. En caso de no ser factible efectuar la asistencia técnica, el profesional de participación socializará información asociada al proceso de participación efectiva a las mesas de participación. De esta actividad queda como evidencia correos electrónicos, registro fotográfico, lista de asistencia, documento.	85	Debil	No se define de manera clara el propósito de aplicación del control
		El profesional de nación territorio y/o quien se designe en la Dirección Territorial, de manera mensual programa jornadas de asistencia técnica y de seguimiento de la política pública de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas y/o participa en los comités de justicia transicional convocados por los entes territoriales, en caso de no ser factible efectuar la asistencia técnica presencial se programarán sesiones virtuales, de esta actividad queda como evidencia el acta de los CJTT, informes de participación del enlace de la DT, acta de la jornada, correo electrónico y/o lista de asistencia.	85	Debil	No se define de manera clara el propósito de aplicación del control
155	Posibilidad de pérdida reputacional ante las víctimas del conflicto interno armado y/o entidades territoriales por la no realización de jornadas móviles y/o estrategias complementarias	El profesional de relación con el ciudadano en la Dirección Territorial gestiona mensualmente a través del aplicativo SGV el agendamiento de las jornadas o estrategias complementarias, esto se realiza a través de la herramienta SGV donde se crea cada una con el fin que esta sea aprobada por NN y se pueda garantizar el personal necesario por parte del operador. En caso de no ser posible realizar la jornada, se reprograma la jornada para dar cumplimiento al plan de acción. Como evidencia debe quedar queda la solicitud cargada en el aplicativo SGV y/o correos electrónicos. Como evidencia debe quedar la solicitud cargada en el aplicativo SGV.	100	Fuerte	

Dirección Territorial Atlántico			
# de Riesgo	Cantidad de Controles	Débil	Fuerte
153	2	0	2
154	2	2	0
155	1	0	1
Totales	5	2	3



Resultados de la calificación de los controles de los riesgos de la Dirección Territorial Atlántico.

En resumen, la tabla y la gráfica anteriores muestran que, de los tres riesgos analizados en la Dirección Territorial Atlántico, los 5 controles implementados presentan la siguiente distribución en su calificación: el 40.0% tiene una calificación débil y el otro 60.0% como fuerte. Es necesario realizar

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	FORMATO DE INFORMES		Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES		Fecha: 18/07/2024
			Páginas: 25 de 35

un análisis concienzudo de los controles calificados como débiles para que cumplan los criterios establecidos. Por otro lado, es importante destacar que, aunque algunos controles hayan obtenido una calificación fuerte, su estructura debe ser revisada en función de los requisitos mínimos y los criterios establecidos en la metodología definida por la UARIV, asegurando así su alineación con los estándares exigidos y su capacidad para mitigar los riesgos de manera efectiva.

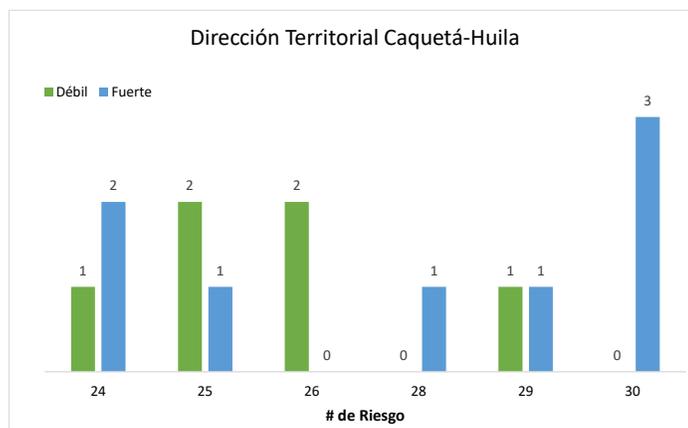
5.3.1.6. Dirección Territorial Caquetá-Huila

# Riesgo	Riesgo	Descripción del Control	Resultado	Zona	
			Resultado de la calificación del diseño del control actual	Rango del control actual del diseño	Comentario
161	Posibilidad de pérdida reputacional ante las víctimas por la inoportunidad en la entrega de cartas de indemnización administrativa	El profesional de indemnizaciones de la DT al momento de realizar la revisión de la municipalización, en el evento de identificar errores, procede a anular la carta y cargar el soporte en la herramienta INDEMNIZA y remite correo electrónico a la Subdirección de Reparación individual, informando la inconsistencia presentada con el objetivo de evitar su pago en forma equivocada. En el evento que el Operador quien realiza las reprogramaciones a nivel nacional, no pueda ejecutarla, el caso queda suspendido hasta que se realice la gestión. Como evidencia queda la carta anulada, correo electrónico remitido a la Subdirección de Reparación Individual con el reporte del error.	100	Fuerte	
		El profesional de indemnizaciones de la DT con el fin de localizar a las víctimas, cuando identifica que reside en otro departamento y no pueda desplazarse al lugar donde se encuentra disponible la carta, se procede a solicitar la reprogramación del giro durante la modalidad de envío express, al departamento donde se encuentre localizada la persona. En caso de no ubicar al destinatario se procederá a anular la carta por finalizado una vez vence el plazo del proceso y posterior cargue en la herramienta INDEMNIZA. En el caso de que la víctima se encuentre fallecida se procede a anular la carta, informando a la Subdirección de Reparación Individual, para que inicie la reprogramación de fondo. Como evidencia queda la anulación de la carta y el cargue respectivo en la herramienta INDEMNIZA y correos electrónicos.	100	Fuerte	
		En el evento de que no se pueda realizar la jornada por situaciones de orden público, el profesional de indemnizaciones procede a comunicar al nivel nacional la situación presentada con el fin de recibir instrucciones. Como evidencia quedan correos electrónicos.	85	Debil	No se define de manera clara la desviación del control. Qué hacer en caso de no aplicarlo.
162	Posibilidad de pérdida reputacional ante la insatisfacción de las víctimas, entes territoriales y organismos de control, por la no realización de las jornadas de atención y orientación	Cada vez que se va a realizar una jornada las Profesionales de Relación con el ciudadano gestionan la conectividad a internet con el Operador y el Ente Territorial, antes de la realización de la jornada. Adicionalmente, se solicita al Operador que facilite los mifi para llevarlos a las jornadas como medida de contingencia. En caso de que el internet no funcione los orientadores proceden a diligenciar el formato solicitud campañas OUTBOUND el cual remiten a las Profesionales de Servicio al Ciudadano, después de finalizar la jornada, con el fin de escalar al nivel nacional para realizar la atención vía telefónica y/o virtual a las víctimas que no se pudieron atender durante la jornada. Como evidencia quedan correos electrónicos.	100	Fuerte	
		En el evento de que no se pueda realizar la jornada de atención y/o feria de servicio por alteración de orden público, los entes territoriales solicitan a la Unidad para las Víctimas el aplazamiento y/o reprogramación de la Jornada. De igual forma, la Dirección Territorial puede solicitar el aplazamiento y/o reprogramación de la jornada al nivel central. Como evidencia quedan correos electrónicos	85	Debil	No se define de manera clara la desviación del control. Qué hacer en caso de no aplicarlo.
		En el evento de que no se pueda cumplir con la meta asignada de realización de jornadas de atención y/o ferias de servicio, por diferentes causas, las profesionales de Relación con el ciudadano, proceden a coordinar con la SAAH la modificación de la meta asignada; posteriormente, se procederá a solicitar al nivel nacional a través de la OAP, la respectiva modificación, mediante actas de cambios. En el evento de no poder cumplir con la nueva meta fijada, se solicita una nueva modificación, el cambio queda sujeto a la aprobación del nivel nacional. Como evidencia quedan los correos electrónicos y las actas de cambios.	100	Fuerte	

 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: 26 de 35

# Riesgo	Riesgo	Descripción del Control	Resultado	Zona	
			Resultado de la calificación del diseño del control actual	Rango del control actual del diseño	Comentario
163	Posibilidad de pérdida reputacional ante las víctimas, entes territoriales y mesas de participación efectiva de víctimas, por no brindar la asistencia técnica programada de manera oportuna o insatisfacción en la realización de la misma, en los CRAV y PAV	Cuando se presenta intermitencia en el servicio de internet en los CRAV y PAV, la profesional de servicio al ciudadano envía correo electrónico solicitando a la profesional zonal dar instrucción a los orientadores para que procedan a conectar los modem y router suministrados por el Operador. En el evento en que la falla de conectividad sea masiva y no se tenga una solución inmediata, los orientadores proceden a informar a las víctimas que están en sala de espera la novedad presentada. Como evidencia queda el informe de productividad mensual que remite el nivel nacional con los reportes de las incidencias presentadas y correo electrónico que remiten las profesionales de servicio al ciudadano a la profesional.	100	Fuerte	
		Para garantizar la presencia de las entidades territoriales a las asistencias técnicas de manera presencial, la profesional del proceso de Nación Territorio ha dividido el departamento del Huila en tres zonas, centro, norte y sur, buscando un municipio equidistante, para la zona centro se asignan los Municipios de Garzón, El Agrado, El Pital, Suaza, Altamira, Guadalupe y se suman La Argentina, La Plata, Nátaga y Paicol, la zona norte se asigno el municipio de Neiva, Colombia, Villavieja, Santamaría, Tello, Baraya, Rivera, Campoalegre, Yaguará, Teruel, Iquira, Tesalia, Algeciras, Hobo y Gigante y para la zona sur se designó el municipio de Pitalito, San Agustín, Palestina, Isnos, Oporapa, Saladoblanco, Acevedo, Timaná, Elías y Tarqui. Sin embargo, en el caso de no poder garantizar la presencia de la entidad territorial se realiza una capacitación virtual para las entidades que no participaron. Como evidencia quedan las actas de las asistencias técnicas brindadas a los entes territoriales.	85	Débil	No se define de manera clara la periodicidad de aplicación del control.

Dirección Territorial Caquetá-Huila			
# de Riesgo	Cantidad de Controles	Débil	Fuerte
161	3	1	2
162	3	1	2
163	2	1	1
Totales	8	3	5



Resultados de la calificación de los controles de los riesgos de la Dirección Territorial Caquetá-Huila.

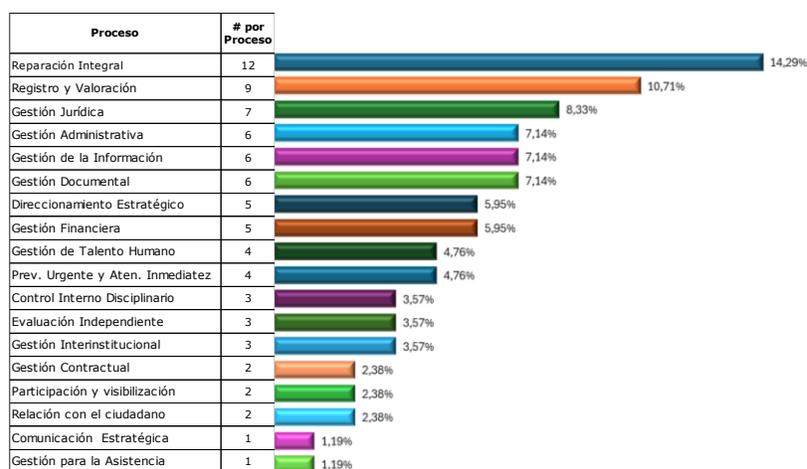
En resumen, la tabla y la gráfica anteriores muestran que, de los tres riesgos analizados en la Dirección Territorial Caquetá-Huila, los 8 controles implementados presentan la siguiente distribución en su calificación: el 37.5% tiene una calificación débil y el otro 62.5% como fuerte. Es necesario realizar un análisis concienzudo de los controles calificados como débiles para que

 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: 27 de 35

cumplan los criterios establecidos. Por otro lado, es importante destacar que, aunque algunos controles hayan obtenido una calificación fuerte, su estructura debe ser revisada en función de los requisitos mínimos y los criterios establecidos en la metodología definida por la UARIV, asegurando así su alineación con los estándares exigidos y su capacidad para mitigar los riesgos de manera efectiva.

5.4. Riesgos por procesos

Los resultados que se presentan a continuación se centran exclusivamente en 81 los riesgos de gestión, así como en los relacionados con la salud y la seguridad en el trabajo en los que se incluyen los riesgos definidos como emergencias de seguridad personal. Este análisis contiene también los riesgos definidos documentales, fiscales y ambientales asociados a los 18 procesos institucionales.

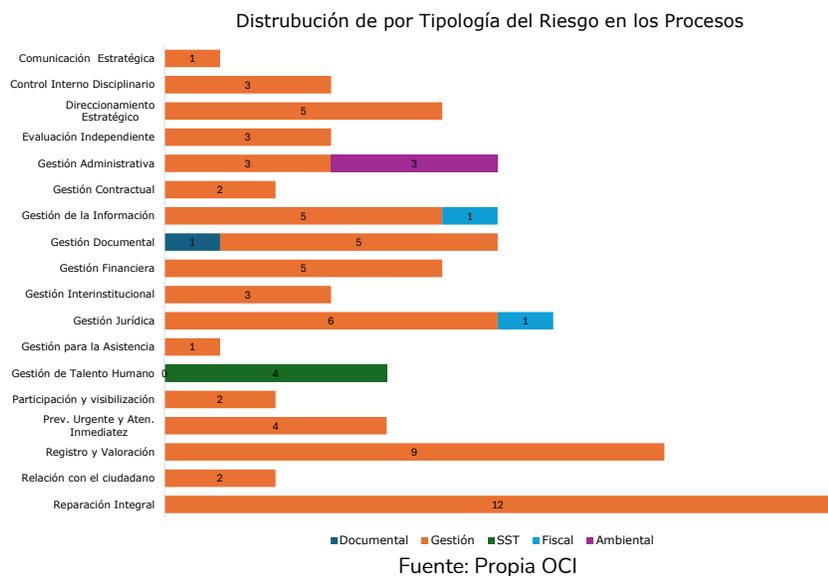


Fuente: Propia OCI

La gráfica anterior muestra que el proceso de Reparación Integral presenta el mayor porcentaje de riesgos identificados alcanzando un 14.29%. Le sigue del proceso Registro y Valoración con un 10.71%. Estos datos indican que la mayor concentración de riesgos se encuentra en los procesos misionales, que son esenciales para el cumplimiento del objeto social de la Entidad. Por otro lado, continúan los riesgos identificados en los procesos Gestión Documental con 8.33%, así como en Gestión Administrativa, Gestión de la Información y Gestión Documental todos con 7.14%. Tres de estos corresponden a procesos de apoyo, cuyo objetivo es garantizar la gestión eficiente de los servicios administrativos, mediante una adecuada administración de los bienes de las dependencias de la entidad a nivel central y territorial, a través de la definición de directrices y la contratación de servicios, asegurando así el desarrollo y funcionamiento de la UARIV.

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Paginas: 28 de 35

En relación con lo anterior, la Unidad ha definido ocho (8) tipos de riesgos: de gestión, corrupción, seguridad de la información/digital, ambiental, seguridad y salud en el trabajo, emergencias crisis, seguridad de las personas, documental y fiscales. En la siguiente gráfica se muestra la distribución de seis tipos de riesgos de acuerdo con el alcance del informe. Los riesgos de emergencias crisis, seguridad de las personas, están integrados con los riesgos de SST.



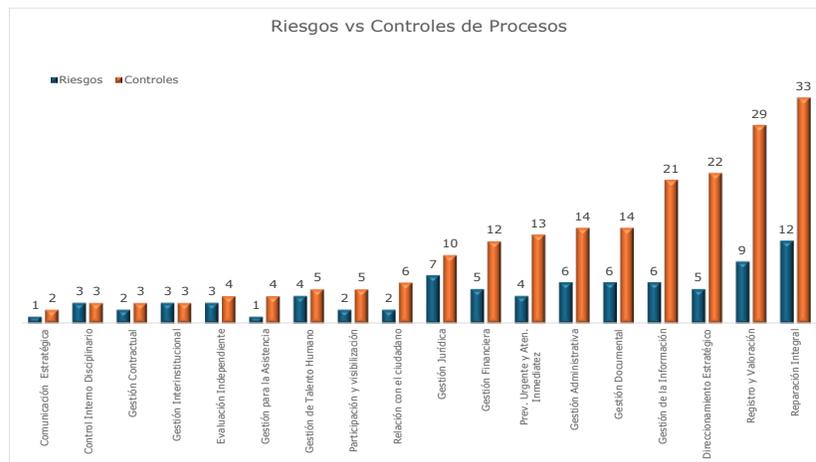
En la gráfica anterior se evidencia que el proceso Gestión del Talento Humano no ha definido riesgos de gestión, limitándose únicamente a la definición de 4 riesgos relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo (SST). Para la vigencia 2024, se han agregado 2 riesgos fiscales en los procesos Gestión de la Información y Gestión Judicial. Los procesos que presentan mayor cantidad de riesgos de gestión son Reparación Integral, Registro y Reparación, así como Gestión Jurídica. En contraste los procesos Gestión Estratégica y Gestión para la Asistencia solo han definido un riesgo de gestión cada uno.

En la próxima gráfica se muestra la cantidad total de riesgos definidos por cada proceso, así como el número total de controles establecidos para su mitigación. Se observa que el proceso de Direccionamiento Estratégico, aunque presenta 5 riesgos, ha estructurado 22 controles para abordar y prevenir la materialización de estos. De manera similar, el proceso de Gestión de la Información cuenta con 6 riesgos, respaldados por 21 controles.

Por otro lado, el proceso Registro y Valoración tiene identificados 9 riesgos y ha implementado 29 controles para su mitigación. Finalmente, el proceso Reparación Integral presenta 12 riesgos con un

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 29 de 35

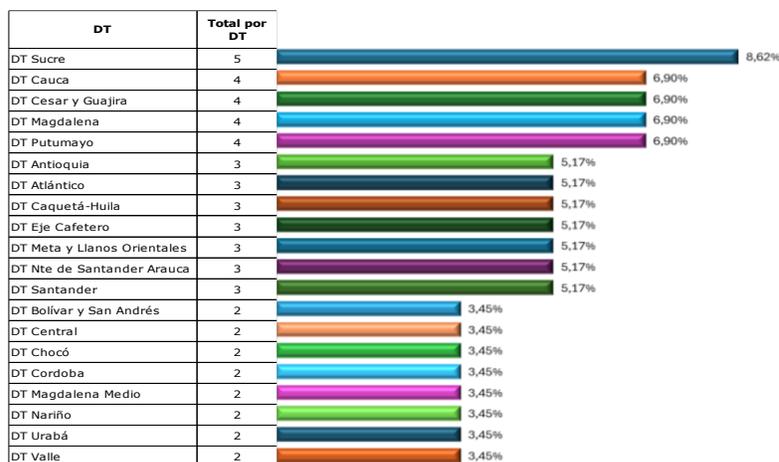
total de 33 controles definidos. Estos datos destacan la importancia de contar con enfoque de control en la gestión del riesgo, asegurando que la cantidad de controles estructurados e implementados sea adecuada para la complejidad de los riesgos asociados a cada proceso.



Fuente: Propia OCI

5.5. Riesgos en las Direcciones Territoriales

En el Mapa de Riesgos Institucional, también se determinan los riesgos asociados a la gestión de las direcciones territoriales. En este contexto, se entiende que la información presentada está relacionada con las actividades misionales en las que intervienen las 20 direcciones territoriales. Estas direcciones han definido un total 58 riesgos de gestión, reflejando así los desafíos específicos que enfrentan en el cumplimiento de sus funciones.



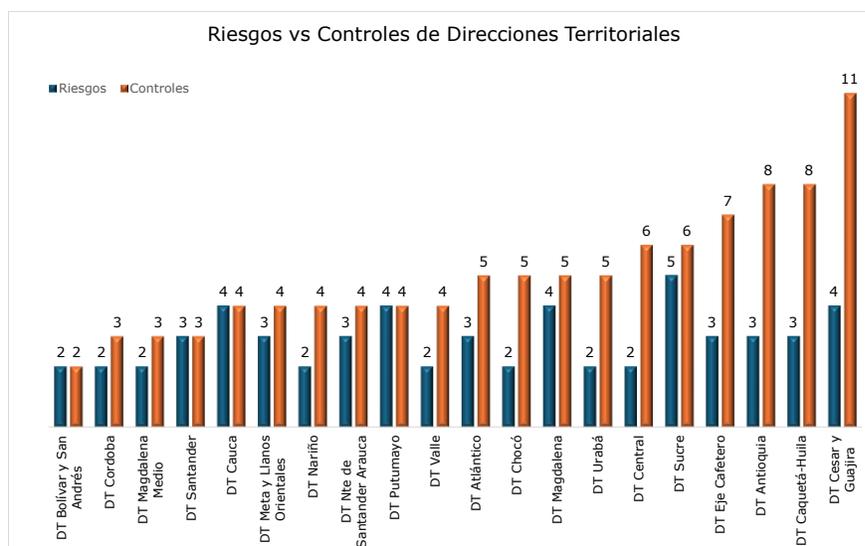
Fuente: Propia OCI

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 30 de 35

La gráfica anterior muestra que la Dirección Territorial Sucre presenta el mayor porcentaje de riesgos de gestión identificados alcanzando un 8.62%. A continuación, se encuentran las Direcciones Territoriales Cauca, Magdalena, Putumayo y Cesar Guajira todas con 8.33%. Existe una cercanía en los porcentajes de las otras direcciones territoriales indicando que al asumir las mismas actividades en los procedimientos en los que intervienen pueden enfrentar situaciones similares, lo que señala la necesidad de coordinar el enfoque en la gestión de riesgos a nivel regional.

En la próxima gráfica se muestra la cantidad total de riesgos definidos por cada dirección territorial, así como el número total de controles establecidos para su mitigación. Se observa que la Dirección Territorial Cesar-Guajira, aunque presenta 4 riesgos, ha estructurado 11 controles para abordar y prevenir la materialización de estos. De manera similar, las Direcciones Territoriales Antioquia y Caquetá-Huila cuentan con 3 riesgos, respaldados por 8 controles.

Por otro lado, la Dirección Territorial Central tiene identificados 2 riesgos y ha implementado 6 controles para su mitigación. Finalmente, la Dirección Territorial Eje Cafetero presenta 3 riesgos con un total de 7 controles definidos. Estos datos destacan la importancia de contar con enfoque de control en la gestión del riesgo, asegurando que la cantidad de controles estructurados e implementados sea adecuada para la complejidad de los riesgos asociados a cada dirección territorial.



 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: 31 de 35

6. ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO HISTORICO.

Para el análisis del comportamiento histórico se toma como referencia el informe realizado por esta oficina en el primer semestre de 2024. Esto se debe a que es el único antecedente disponible lo que posibilita a la Oficina de Control Interno llevar a cabo un análisis comparativo.

Respecto al informe anterior, se resalta la inclusión del análisis de la estructura de los controles, en alineación con la Metodología Administración de Riesgos V11 del 4 de diciembre de 2023. Esta evaluación es fundamental desde la perspectiva de la tercera línea de defensa, ya que permite verificar la efectividad del sistema de control interno, asegurando que los riesgos sean adecuadamente identificados, evaluados y mitigados. La tercera línea de defensa, representada por la Oficina de Control Interno, tiene como objetivo proporcionar una evaluación objetiva e independiente del funcionamiento de los controles, en este caso, que se cumplan los criterios en el diseño y estructura de los controles implementados para la gestión del riesgo dentro de la entidad.

La mayor parte de la información del mapa de riesgos institucional se mantuvo similar a la reportada en el primer semestre de 2024, debido a que este se mantuvo en su versión de marzo 2024, sin ninguna solicitud de modificación.

7. ENFOQUE BASADO EN RIESGOS.

Tras el análisis del Mapa de Riesgos Institucional para la vigencia 2024, la Oficina de Control Interno identificó aspectos que podrían representar desafíos en el control y seguimiento de los riesgos de la Entidad.

Según los resultados de la muestra de controles tomada el 53.3% presentan una calificación débil. Esta situación representa para la OCI una amenaza significativa en el diseño y estructura de los controles, lo que puede ocasionar una gestión no adecuada de los riesgos.

Se hace referencia nuevamente al formato actual del Mapa de Riesgos, el cual no es intuitivo ni facilita su interpretación, lo que puede generar errores en el manejo y análisis de la información. Esta falta de claridad no solo dificulta la comprensión de los riesgos y sus impactos, sino que también puede afectar la formulación de estrategias, el cumplimiento de objetivos institucionales y la toma de decisiones basadas en datos precisos.

Para mitigar estos desafíos, se recomienda fortalecer las sesiones de sensibilización y capacitación dirigidas al personal, con el fin de mejorar su capacidad para interpretar y utilizar adecuadamente el

 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: 32 de 35

Mapa de Riesgos. Asimismo, se busca fomentar una cultura de gestión del riesgo en la que los funcionarios participen activamente en la identificación, reporte y actualización de riesgos que puedan surgir en el desarrollo de sus funciones.

Implementar estas acciones permitirá optimizar la gestión del riesgo en la Entidad, reduciendo la probabilidad de errores en el análisis y seguimiento de la información, y fortaleciendo los mecanismos de control interno.

8. CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE EVIDENCIAS

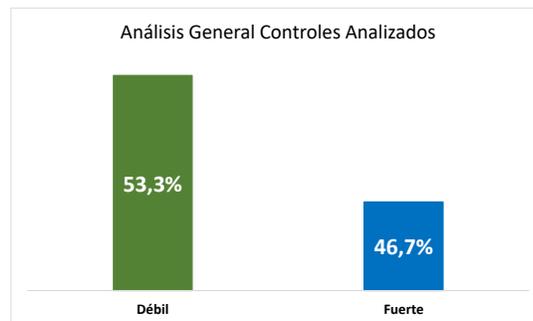
En conformidad con el análisis efectuado por la Oficina de Control Interno, en cumplimiento de su rol de *“Realizar seguimiento al mapa de riesgos institucional”*, concluye lo siguiente:

El Mapa de Riesgos Institucional que se gestionó en el segundo semestre vigencia 2024, se mantuvo en su versión de marzo 2024, sin ninguna solicitud de modificación. Se ha encontrado una discrepancia en el total de riesgos reportados por la Oficina Asesora de Planeación. Durante el análisis realizado por la Oficina de Control Interno, se identificaron 231 riesgos, en contraste con los 230 reportados en la actualidad. Se evidencian dos (2) riesgos de tipología documental. Uno de estos riesgos se encuentra vinculado al proceso de Gestión Documental, mientras que el otro corresponde a un riesgo transversal dentro del Sistema de Gestión de Riesgos y Documentos. Esta diferencia de un riesgo sugiere la necesidad de una revisión detallada y precisa de la información.

De acuerdo con el alcance se han identificado un total de 142 riesgos, para los cuales se han establecido 315 controles. De estos controles, el 63.17% son de tipo preventivo, diseñados para mitigar la probabilidad de que ocurran incidentes. El 24.76% son controles detectivos, orientados a identificar y registrar eventos no deseados en el momento en que ocurren. Por último, el 12.06% restante corresponde a controles correctivos, que se implementan para abordar y remediar las situaciones ya ocurridas.

Una vez evaluado el diseño y estructura de los controles, se identifica que de la muestra tomada (60 controles), el 53.3%, tiene una calificación débil. Es necesario realizar un análisis concienzudo de los controles calificados como débiles para que cumplan los criterios establecidos. Por otro lado, es importante destacar que, aunque el 46.7% restante hayan obtenido una calificación fuerte, su estructura debe ser revisada en función de los requisitos mínimos y las pautas definidas en la metodología definida por la UARIV, asegurando así su alineación con los estándares exigidos y su capacidad para mitigar los riesgos de manera efectiva.

 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: 33 de 35



Resultado general controles. Fuente: Instrumento OCI

De los 18 procesos establecidos por la entidad, se han identificado un total de 81 riesgos de gestión, de salud y la seguridad en el trabajo, documentales, fiscales y ambientales, lo que subraya la complejidad y los desafíos asociados a las operaciones. A partir de estos riesgos, se han implementado 203 controles diseñados para mitigarlos y garantizar la integridad de los procesos.

Lo que respecta a las direcciones territoriales se han identificado 58 riesgos todos ellos clasificados como riesgos de gestión. Para abordar estos riesgos, se han establecido 101 controles diseñados para mitigar sus impactos y mejorar la eficiencia en la gestión.

Para la vigencia 2024, fueron detectados 2 riesgos de tipología fiscal en los procesos de Gestión de la Información y Gestión Jurídica, se extraña que esta tipología de riesgos no se encuentre presente en los procesos misionales y financieros, donde el ejercicio de las finanzas públicas es más robusto, lo que implica una debilidad del sistema de control interno en cuanto a la identificación, control y manejo de los riesgos fiscales presentes en la entidad.

9. CONCEPTO DE CONTROL INTERNO.

A partir del seguimiento y análisis del Mapa de Riesgos Institucional la Oficina de Control Interno de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas como resultado indica lo siguiente:

La administración de riesgos institucionales está basada en la Metodología de Administración de Riesgos del Departamento Administrativo de la Función Pública, la cual se encuentra alineada al Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, para lo cual se ha definido la Metodología Administración de Riesgos V11 del 4 de diciembre de 2023.

Se identifica la necesidad de fortalecer la estructura de los controles de los riesgos en el marco la *Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas* del DAFP, así como de la *Metodología Administración de Riesgos* de la UARIV. Según la evaluación realizada por la Oficina

 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: 34 de 35

de Control Interno, el 53.3% de la muestra analizada obtuvo una calificación débil, lo que evidencia que más de la mitad presenta deficiencias en el diseño de los controles.

Este resultado refleja una oportunidad de mejora en el conocimiento y la capacitación de los funcionarios responsables del diseño de los controles de los riesgos. Es fundamental empoderarlos con las herramientas y metodologías adecuadas, que contribuyan al fortalecimiento de la cultura organizacional y permitan una gestión de riesgo efectiva. El fortalecimiento de los controles no solo optimiza la capacidad de respuesta ante la materialización de riesgos, sino que también contribuye a mantener una operación alineada con los objetivos estratégicos de la Entidad y en cumplimiento de las prácticas de la gestión pública. Asimismo, se recomienda continuar con la implementación de buenas prácticas de auditoría y asegurar la articulación entre las tres líneas de defensa para una gestión integral del riesgo en la entidad.

Por otra parte, se evidencia que el proceso Gestión de Talento Humano no ha definido riesgos de gestión, lo que implica una debilidad del sistema de control interno de este proceso; incluir la gestión de riesgos en la administración del talento humano permite anticiparse a problemas potenciales, a la toma de decisiones y al establecimiento de controles ante situaciones que se puedan generar desde el interior de la entidad.

La Oficina de Control Interno considera fundamental que, en los procesos misionales y financieros de la entidad, donde el ejercicio de las finanzas públicas es más robusto y complejo, se diseñen e implementen riesgos fiscales. Para diciembre de 2024 solo se han identificado dos riesgos fiscales en los procesos Gestión de la Información y Gestión Jurídica, lo que implica una limitación en el sistema de control interno respecto a la identificación, evaluación y tratamiento de los riesgos fiscales presentes en la entidad. Lo anterior, representa una debilidad significativa que podría comprometer la eficacia de la gestión de los recursos públicos y la transparencia institucional. La ausencia de controles fiscales en las áreas clave no solo aumenta las amenazas frente a contingencias financieras, sino que puede afectar el cumplimiento de los objetivos estratégicos a los que apunta la UARIV.

APROBÓ



JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

Elaborado: Deisy Carolina Díaz Vargas
 Profesional Universitario

 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: 35 de 35

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.