

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Páginas: 1 de 16

Fecha de Emisión del Informe	Día	2	Mes	4	Año	2025
-------------------------------------	------------	----------	------------	----------	------------	-------------

Número de Informe:	2/2
Nombre:	Evaluación control de riesgos materializados.
Objetivo:	Realizar la evaluación a la efectividad de los controles de los riesgos materializados del mapa riesgos institucional.
Alcance:	La Oficina de Control Interno (OCI) realiza seguimiento y evaluación a los controles definidos en el mapa de riesgos institucional aprobados por la Oficina Asesora de Planeación y diseñado por cada una de los procesos y Direcciones Territoriales. Estas dependencias son las responsables directas de reducir o eliminar la probabilidad de ocurrencia de un riesgo o la magnitud de sus consecuencias, con el fin de mantenerlos dentro de los niveles asumibles y tratables por la entidad. El seguimiento a los controles estandarizados del mapa de riesgos institucional se lleva a cabo aplicando la metodología del DAFP, la adoptada por la entidad y los instrumentos diseñados por la OCI. Las evidencias que respaldan el presente documento han sido remitidas a la OCI. Este informe ofrece un análisis sobre la efectividad del diseño de los controles y los resultados estadísticos de los riesgos materializados tanto a nivel nacional y territorial, según los datos reportados por la OAP. A partir de la evaluación realizada, la Oficina de Control Interno señala aspectos clave que deben ser considerados para minimizar la probabilidad de que estos incidan nuevamente.
Periodicidad:	El informe se debe realizar dos veces en el año con corte al 30 de junio y el 31 de diciembre de cada anualidad fiscal. En esta oportunidad corresponde al segundo semestre de 2024 con corte al 31 de diciembre.

1. MARCO JURÍDICO.

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

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

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 2 de 16

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

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

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

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

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

Dimensión 1. Talento Humano.

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

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 3 de 16

Dimensión 2. Direccionamiento Estratégico y Planeación.

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

Dimensión 3. Gestión con Valores para Resultados.

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

Dimensión 4. Evaluación de Resultados.

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

Dimensión 7. Control Interno.

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

3. PROPÓSITO DEL INFORME.

Su finalidad es presentar los resultados del análisis y la evaluación de los controles asociados a los riesgos. Para este proceso, se verifica el seguimiento realizado por la segunda línea de defensa (Oficina Asesora de Planeación) sobre los riesgos materializados los cuales deben ser implementados por los procesos y las Direcciones Territoriales de la UARIV. Así mismo, se busca identificar los factores que inciden en el incumplimiento de estos controles, con el fin de fortalecer su efectividad y garantizar una gestión más eficiente de los riesgos.

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

 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 16

Con la elaboración de este informe se busca identificar las causas que conducen a la materialización de los riesgos en los procesos y Direcciones Territoriales, en relación con el diseño y la efectividad de los controles implementados. Así mismo se incluyen las apreciaciones por parte de la Oficina de Control Interno a las partes involucradas, con el fin de mejorar su gestión operacional, si lo consideran oportuno.

4. CONTEXTO DEL INFORME.

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

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

Para cumplir con la normatividad vigente, la Oficina de Control Interno realiza un seguimiento a los controles de los riesgos materializados correspondientes al segundo semestre del año 2024. En este seguimiento, se evalúa tanto el diseño como la efectividad de los controles, con el fin de proporcionar alertas a los líderes de los procesos, Direcciones Territoriales y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. De esta manera, se busca que se tomen las medidas adecuadas para prevenir la materialización de los riesgos y asegurar la correcta aplicación del sistema de control interno de la entidad.

5. RESULTADOS DEL ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE EVIDENCIAS.

El lunes 24 de febrero de 2025, la Oficina de Control Interno envió un correo electrónico a la Oficina Asesora de Planeación (OAP), solicitando el envío de las evidencias correspondientes al seguimiento realizado al mapa de riesgos institucional del segundo semestre del año 2024. Esta solicitud tiene como objetivo asegurar que se cuente con la documentación adecuada para el monitoreo y evaluación de los riesgos identificados en el periodo mencionado.

 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: 5 de 16

Es importante aclarar que la información presentada en el informe de la Oficina de Control Interno proviene del seguimiento semestral realizado por la Oficina Asesora de Planeación, como segunda línea de defensa. En consecuencia, la responsabilidad de los datos registrados corresponde a dicho reporte.

Tomando como referencia la evidencia remitida mediante correo electrónico del 24 de febrero de 2025 por la OAP “*informe gestión de riesgos – periodo enero -diciembre de 2024*” se observa que, para el segundo semestre del año 2024 existe un total de 230 riesgos de la tipología de gestión, corrupción, fiscal, ambiental, documental, seguridad y salud en el trabajo, emergencias de seguridad personal y seguridad de la información, los cuales se clasifican en estratégicos, misionales, apoyo, seguimiento, direcciones territoriales y transversal según su modelo de operación. Producto del seguimiento realizado por la 2 ° línea defensa se identifica que para el periodo evaluado se materializan once (11) riesgos, dos (2) más con respecto al primer semestre, los cuales son verificados por parte de la OCI en el mapa riesgos institucional publicado en la página web para validar su vigencia y relacionar sus respectivos controles definidos por los procesos involucrados en la materialización y sus acciones tomadas.

Concerniente a lo mencionado para el segundo semestre del 2024 se evidencias los siguientes datos según el proceso y el tipo de riesgo:

- **Proceso de registro y valoración: Tipo de riesgos de gestión**

ITEMS	RIESGOS	CONTROL	ACCIONES TOMADAS POR LOS PROCESOS
1	Posibilidad de pérdida reputacional Incumplimiento en los términos legales para la valoración de las solicitudes de inscripción en el Registro Único de Víctimas, que cuentan con los requisitos normativos mínimos para su trámite, debido a errores operativos asociados a los tiempos de radicación y gestión que impiden los reportes actualizados relacionados con vencimientos de declaraciones, inconsistencias en la información relacionada en la solicitud de inscripción de Víctimas; recepción de casos especiales que requieren revisión de línea jurídica; la identificación de presuntas irregularidades en la toma de la declaración y/o detección de posibles acciones irregulares al ingreso al registro.	El líder del procedimiento reporta el seguimiento diario realizado a las declaraciones próximas a vencer con el fin de realizar un control de las declaraciones que se encuentran asignadas, pendientes de asignación y por valorar, evitando la valoración de declaraciones fuera de los términos legales. En caso de incumplimiento se requiere a la valoradora información adicional de las razones por las que la/s declaraciones/es se encuentran pendientes de trámite. Evidencia: Correos electrónicos con las alertas de las declaraciones próximas a vencer. El Líder del procedimiento y/o el equipo de calidad cada vez que se requiera, realiza una retroalimentación frente a la valoración de los Actos Administrativos asignados vía SIRAV y correo electrónico con el fin de identificar las falencias frecuentes de cada valorador. En caso de que sea reiterativo se cita al valorador a una reunión para acordar unos compromisos. Evidencia: SIRAV, correo electrónico y/o acta de compromiso. El líder del procedimiento cada vez que se requiera a través del correo electrónico solicita orientación o direccionamiento jurídico al Equipo Base de la SVR para proceder con las recomendaciones técnicas o jurídicas de los casos especiales. Evidencia: Correo electrónico con el requerimiento. La subdirectora de valoración y Registro o el Equipo Base de la SVR cada vez que se requiera, emite fichas técnicas de casos, conceptos e informes ejecutivos para la aprobación de lineamientos de alto impacto por la DRGI. En el caso de no recibir el lineamiento pertinente se reitera la solicitud de respuesta por parte de la subdirectora de Valoración y Registro. Evidencia: Correo electrónico con el requerimiento. El grupo de alertas de presunción de irregularidad de valoración individual, cada vez que se requiera activa el protocolo con el fin de verificar si se requieren acciones adicionales para dar trámite a las solicitudes asociadas. Evidencia: Bitácora de irregularidades, Acta de irregularidades, correos electrónicos.	ENERO - MARZO Valorar en términos; Se implemento contingencia de valoración en la que se vincularon 17 profesionales de la DRGI al procedimiento de valoración individual 1448; Control y reporte de caída sistemas. Se remite solicitudes para lineamiento jurídico para análisis y directriz del equipo base de la subdirección, y gestionar las respectivas solicitudes de información a otras entidades para los casos que se requiera información adicional para su valoración. ABRIL - JUNIO Valorar en términos; Se implemento el seguimiento continuo diario y semanal, generando alertas por correo electrónico; Control y reporte de caída sistemas. Se remite solicitudes para lineamiento jurídico para análisis y directriz del equipo base de la subdirección, y gestionar las respectivas solicitudes de información a otras entidades para los casos que se requiera información adicional para su valoración en particular para el trámite de declaraciones de Bagadó por Alerta irregularidades. JULIO - SEPTIEMBRE Valorar declaraciones vencidas atendiendo al 25% de lo asignado, estimando atender hasta el 31 de diciembre de 2024; Se implemento el seguimiento continuo diario y semanal, generando alertas por correo electrónico. Reiterar por medio de correo electrónico la importancia de generar un lineamiento institucional para implementación de Ley 2421. Generar correos de seguimientos y reiterar solicitudes para lineamientos jurídicos, y gestionar las respectivas solicitudes de información a otras entidades.
2	Posibilidad de pérdida reputacional por el incumplimiento de los términos establecidos para la gestión de las solicitudes de actualización de información en el RUV, debido a la falta de insumos para el trámite efectivo de las actualizaciones, los cuales se deber requerir a otros procedimientos, dependencias o equipos de trabajo de la entidad, excediendo los tiempos establecidos para el trámite.	El apoyo de procedimiento cuando se requiera identifica el universo de casos glosados que se encuentran dentro de los términos, los cuales se priorizan con el apoyo de terceros (diferentes dependencias, procedimientos o equipos de trabajo de la entidad), por medio del envío de correos, generando la alerta que dichos requerimientos para dar una respuesta oportuna. Para los casos en los que no se identifique por el apoyo a procedimiento los analistas alertaran de las solicitudes en la gestión del día a día que requieren un insumo adicional y se encuentran en términos. Evidencia: Correo con alerta de glosas por vencer. El apoyo de procedimiento quincenalmente aplica análisis de la calidad realizada, para identificar los aspectos a fortalecer en la operación tales como, retroalimentaciones, refuerzos mediante capacitaciones para los analistas que lo requieran, fortalecimiento cuando se detecte errores reiterativos, para los casos que llegue alerta de errores por medio del correo novedades_registro@unidadvictimas.onmicrosoft.com se informa de manera individual al colaborador que gestiona o tramite la actualización. Evidencia: Actas de capacitación y/o Correos de retroalimentación. El apoyo de procedimiento mensualmente remite vía correo electrónico una retroalimentación con las inconsistencias detectadas en la captura de la solicitud de actualización de la información en el RUV a relación con el ciudadano con el fin de que el proceso realice la retroalimentación con sus orientadores en territorio y se mejore la captura de información. En caso de encontrarse errores repetitivos se solicitará el desarrollo de mesas de trabajo con el fin de concertar un plan de mejora con el proceso. Evidencia: correos electrónicos y/o actas de mesa de trabajo.	ENERO - MARZO Realizar seguimiento a la asignación remitida a los analistas y que se encuentra en términos. * Fecha de seguimiento desde el 01/01/2024 al 31/03/2024 * Realizar seguimiento a los escalamientos realizados a otras áreas. * Se implementó una estrategia de capacitación multiárea para el 60% del equipo, lo cual toma tiempo para la curva de aprendizaje e influye en el no cumplimiento de términos. ABRIL - JUNIO Realizar seguimiento a la asignación remitida a los analistas y que se encuentra en términos. * Fecha de seguimiento desde el 01/04/2024 al 30/06/2024 * Realizar seguimiento a los escalamientos realizados a otras áreas. JULIO - SEPTIEMBRE Realizar seguimiento a la asignación remitida a los analistas y que se encuentra en términos, fecha de seguimiento desde el 01/01/2024 al 30/09/2024 * Realizar seguimiento a los escalamientos realizados a otras áreas desde el 01/01/2024 al 30/09/2024..

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES		Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES		Fecha: 18/07/2024 Paginas: 6 de 16

ITEMS	RIESGOS	CONTROL	ACCIONES TOMADAS POR LOS PROCESOS
3	Posibilidad de pérdida reputacional debido a contenidos incorrectos, análisis de información no acorde con las solicitudes recibidas o incumplimiento en los tiempos establecidos; por falta de claridad del solicitante, comprensión del requerimiento por parte del procedimiento o retraso en la recepción de insumos necesarios para atender a las solicitudes y que son competencia de otras dependencias, procedimientos o equipos de la Entidad.	El líder del procedimiento de Observatorio cada vez que se requiera revisa que los productos o servicios cumplan con los mínimos de calidad, con el fin de garantizar términos de redacción, puntuación, ortografía y calidad y remitir esto vía correo electrónico. En caso de no cumplir con los parámetros y no encontrarse el colaborador para los ajustes se realizará la reasignación del caso a un nuevo colaborador para los ajustes. Evidencia: Correo electrónico de devolución de calidad y/o Correo de reasignación. El técnico de apoyo del procedimiento de Observatorio cuando se requiera envía por medio de correo electrónico, las especificaciones adicionales al solicitante, con el fin de aclarar y precisar el requerimiento, previa verificación con el líder. En caso de no contar con una respuesta oportuna por parte del solicitante, no se gestionará el requerimiento. Evidencia: Correos de solicitud aclaración de información y/o devolución.	ABRIL - JUNIO * Envío de correo por parte de la líder del equipo recordando las fechas de entrega de los productos
4	Posibilidad de pérdida económica y reputacional por el incumplimiento en el trámite de las actuaciones administrativas correspondientes retrasos en las respuestas de las entidades oficiadas y/o dependencias de la entidad, o ejecutar el procedimiento de revocatoria de la inscripción sin los requisitos de ley, debido a la falta de información oportuna por parte de las entidades oficiadas, para proceder con el trámite o análisis correspondiente de la alerta y/o restringido.	El apoyo administrativo del procedimiento de exclusiones diariamente verifica y registra las respuestas y solicitudes de entidades externas o dependencias internas, en semáforo de oficios, esto con el fin de realizar las asignaciones de los casos que cuente con los elementos técnicos suficientes. Si se evidencia que en el tiempo transcurrido desde que se entregó el oficio de solicitud de información (requerimiento), ha cumplido el término superior a 10 días hábiles sin repuesta se evaluará la posibilidad de reiteración de este. Evidencia: Semáforo de Oficios para Restringidos y Alertas de Fraude. El apoyo administrativo del procedimiento de exclusiones periódicamente registra en la bitácora de alertas de fraude las fechas del escalamiento de las solicitudes a diferentes dependencias de la entidad con el fin de controlar el estado de los casos y el tiempo transcurrido desde la solicitud y la respuesta para continuar con el trámite. En caso de observar que no se cuenta con una respuesta oportuna, se reitera la solicitud o se desarrollaran mesas de trabajo conjunta para buscar planes de acción. Evidencia: Bitácora Alerta de Fraude y/o correo de reiteración y/o mesa de trabajo.	JULIO - SEPTIEMBRE 1. La líder de procedimiento realizará plan de trabajo relacionado con la materialización del riesgo efectuado. En ese sentido se comunicará con las directivas de la DRGI. 2. La líder de procedimiento realizará una capacitación a los colaboradores del procedimiento Exclusiones relacionada con los controles que se deben tener en cuenta en cada una de las actividades que se desarrollan. 3. La líder del procedimiento buscará implementar acciones de mejora inmediatas que eviten la materialización de futuros riesgos de gestión

- **Relación con el ciudadano: Tipo de riesgos de gestión**

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

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Paginas: 7 de 16

- **Prevención Urgente y Atención a la Inmediatez:** Tipo de riesgos de gestión

ITEMS	RIESGOS	CONTROL	ACCIONES TOMADAS POR LOS PROCESOS
7	Posibilidad de pérdida reputacional ante las partes interesadas al no asistir y no aportar insumos para la toma de decisiones en los escenarios interinstitucionales para la coordinación de acciones de prevención y protección. Los principales espacios en los que se participa son: CIPRAT, CERREM, GTER, CIPRUNNA, Subcomités Técnicos, y otras instancias en donde se delegue a la SPAE por competencias.	El(la) colaborador(a) delegado(a) líder del equipo de espacios interinstitucionales de coordinación para la prevención y protección, debe realizar semanalmente un reporte de las sesiones que se atenderán en la siguiente semana, con el fin de identificar El(la) colaborador(a) de nivel nacional o de la dirección territorial que atenderá y participará en la sesión y articular acciones. Como evidencia se registra el correo electrónico con el cronograma de la semana. En caso de que el(la) delegado(a) no puedan asistir a las sesiones por condiciones de fuerza mayor, deberá informar a la Secretaría Técnica del espacio correspondiente vía correo electrónico la no asistencia por parte de la Unidad para las Víctimas. El(la) colaborador(a) delegado(a) líder del equipo de espacios interinstitucionales de coordinación para la prevención y protección, debe realizar anualmente una capacitación a los profesionales de las direcciones territoriales que inciden con el propósito de la SPAE para fortalecer competencias frente a las responsabilidades y alcance del nivel nacional y nivel territorial en la atención y seguimiento de los espacios. Esta capacitación se realiza virtualmente y se agenda a través de correo electrónico, enviando el material de apoyo correspondiente. En el caso de no poder realizar las jornadas de capacitación, o que los profesionales en territorios no puedan asistir a las convocatorias, se remitirán los materiales y herramientas vía correo electrónico. El(la) Subdirector(a) de Prevención y Atención de Emergencias, una vez recibe la convocatoria o requerimiento de información, envía al Director(a) Territorial y/o Director o Subdirector de dependencias misionales la solicitud con fechas de sesiones e insumos, indicando la fecha límite de respuesta. Como evidencia se registran las bases de datos de seguimiento a requerimientos con el radicado de respuesta. En caso de no recibir la confirmación de asistencia y/o insumos de respuesta a tiempo, se reiterará al Director(a) Territorial, Director o Subdirector de otras dependencias para que se tomen las medidas pertinentes.	ABRIL - JUNIO Se informó a la Secretaría Técnica del CERREM Individual que no participaríamos en las sesiones convocadas.

- **Control Interno Disciplinario:** Tipo de riesgos de gestión

ITEMS	RIESGOS	CONTROL	ACCIONES TOMADAS POR LOS PROCESOS
8	Posibilidad de pérdida reputacional ante las partes interesadas, por la materialización de la institución de la prescripción en los procesos disciplinarios a cargo del Grupo Control Interno Disciplinario de la Unidad, debido a demoras en las etapas procesales por parte de los sustanciadores a cargo de los procesos.	Seguimiento quincenal, por parte del analista de sistemas, al cuadro de procesos disciplinarios alimentado por los abogados sustanciadores del Grupo, en el cual se generan alertas tempranas sobre los términos procesales en cada una de las actuaciones. Como evidencia queda el reporte presentado al Coordinador del Grupo del seguimiento a través de correo electrónico.	ABRIL - JUNIO Solicitar al Secretario General la intervención para determinar la competencia de la etapa de juzgamiento dentro de los procesos disciplinarios, la cual esta en cabeza de la OAJ. <i>Nota: (Por formalizar, se tiene concertado espacio mesa de trabajo para formalizar riesgo, análisis de causa e identificación de acciones).</i>

- **Reparación Integral:** Tipo de riesgos de gestión

ITEMS	RIESGOS	CONTROL	ACCIONES TOMADAS POR LOS PROCESOS
9	Posibilidad de pérdida económica y reputacional; Ante los sujetos de Reparación Colectiva y municipios donde se encuentran localizados, por la no implementación de las fases del programa de Reparación Colectiva	El equipo de Reparación Colectiva de la DT Santander, en reunión mensual de Comité Estratégico, presenta el informe de Gestión de procesos donde se indica el estado de avance de la programación y dificultades para el desarrollo las jornadas; igualmente se remite correo al Enlace Nacional del Proceso de Reparación Colectiva con la programación mensual de Jornadas; en caso de dificultades para el cumplimiento de la programación de las jornadas, se informará al Enlace Nacional, a través de correo electrónico la novedad; Evidencias: Acta Mensual de Comité Estratégico y/o correos electrónicos	ABRIL - JUNIO En el formato de requerimiento logístico remitido al enlace para el territorio de la SRC en el apartado de observaciones, se escribió: "Se solicita la coordinación con el operador local con el tiempo suficiente que permita solucionar cualquier imprevisto antes de la jornada". Los requerimientos logísticos para las jornadas se realizan en los tiempos definidos por la SRC y la DR de 14 días antes de la jornada. <i>Nota: (En implementación)</i>

- **Reparación Integral:** Tipo de riesgos de corrupción

 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: 8 de 16

ITEMS	RIESGOS	CONTROL	ACCIONES TOMADAS POR LOS PROCESOS
10	Sustracción, pérdida, favorecimiento, direccionamiento, disminución o deficiente administración y/o comercialización de los bienes muebles (dinero, títulos judiciales, automóviles, armas, sociedades, etc.), bienes inmuebles y BAAF (Bienes Con Actividades Agropecuarias Y Forestales), administrados por el FRV por acción u omisión para beneficio privado y/o de terceros.	El responsable designado por la coordinación del FRV, convoca a reunión mensual (si hay recepción de bienes en ese periodo) a los equipos del FRV que se requiera, con el objetivo de comunicar que bienes fueron recepcionados en este tiempo, su estado, y así mismo estipular en esta reunión las actividades necesarias para formalizar su ingreso al inventario del FRV y establecer las gestiones necesarias para el sistema de administración regularizado cuando se recibe un bien mueble (Traslado de bienes muebles si es necesario, custodia, transferencia, ubicación, seguros, etc.). En caso de no realizarlo, se comunicará por medio de correo electrónico los bienes recepcionados y/o se reprogramará la reunión. Como evidencia queda el acta de reunión. El responsable designado del FRV, mensualmente actualiza los inventarios y registra el estado actual de los bienes administrados por el FRV, con el objetivo de mantener actualizada la información del bien. En caso que no se realice el registro, no tendríamos el estado actual de la administración ni el histórico de la administración de los bienes y mensualmente se reporta para tomar acciones. Como evidencia queda el reporte mensual de bienes del FRV y las bases de datos que soportan el estado de administración de bienes muebles y bienes BAAF. Cada vez que se realiza una comisión, el líder del Equipo de administración de bienes muebles y el líder del Equipo de administración de bienes inmuebles del FRV, realizan validación de los informes de inspección y recepción de los bienes de acuerdo con lo establecido en el formato de INFORME DE RECEPCIÓN y FORMATO INFORME DE INSPECCIÓN del FRV, con el fin de que cumplan con la información mínima requerida por el FRV para la administración del bien. En caso que no cumpla se regresa para realizar el ajuste. Como evidencia queda el estado del avance de la construcción y aprobación del informe de inspección y recepción del bien y su ruta de ubicación.	JULIO - SEPTIEMBRE En construcción Nota: (Por formalizar en SISGESTION)

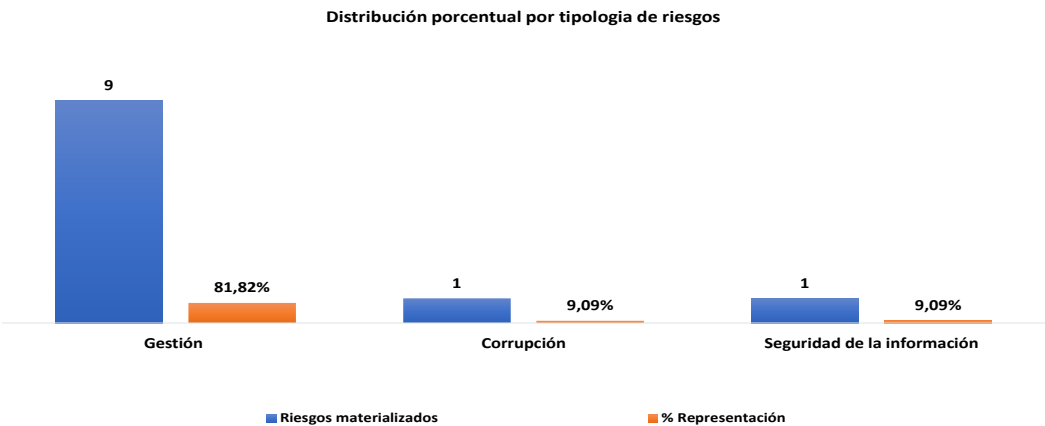
- **Gestión de la Información:** Tipo de riesgos de seguridad de información

ITEMS	RIESGOS	CONTROL	ACCIONES TOMADAS POR LOS PROCESOS
11	Posibilidad de pérdida de confidencialidad por el uso indebido de la información dispuesta por la SRNI, ocasionado por un alto nivel de consultas en el aplicativo de VIVANTO para el módulo de consulta individual.	El procesos de Gestión de la Información, en cabeza de la Subdirección Red Nacional de Información (SRNI), generar mensualmente auditorías internas a las consultas realizadas en el Portal VIVANTO. Evidencia: Registro de la auditoría mensuales al Portal VIVANTO. (A.5.15, A.5.33, A.8.34) El procesos de Gestión de la Información, en cabeza de la Subdirección Red Nacional de Información (SRNI), brindar socializaciones sobre el uso adecuado del Portal VIVANTO. Evidencia: Socialización del uso adecuado y/o lista de asistencia. (A.6.3) El procesos de Gestión de la Información, en cabeza de la Subdirección Red Nacional de Información (SRNI), inactivar usuario cuando se evidencien consultas elevadas en el mes inmediatamente anterior. Evidencias: Reporte de inactivación de usuarios por consultas elevadas en el mes. (A.5.15, A.5.16, A.5.17, A.5.18, 8.3, 8.26)	ENERO - MARZO Acción correctiva: Proceder con la inactivación del usuario con el fin de salvaguardar la información de la UARIV, así como la terminación del contrato por parte del operador. Acción preventiva: - Socializar pieza gráfica a todos los colaboradores sobre el uso adecuado de Portal de VIVANTO, como mecanismo de prevención, cultura y apropiación. Nota: (En implementación)

A continuación, se presentan los resultados derivados de los riesgos materializados, así como los controles implementados por los responsables de los procesos, correspondientes al segundo semestre de 2024.

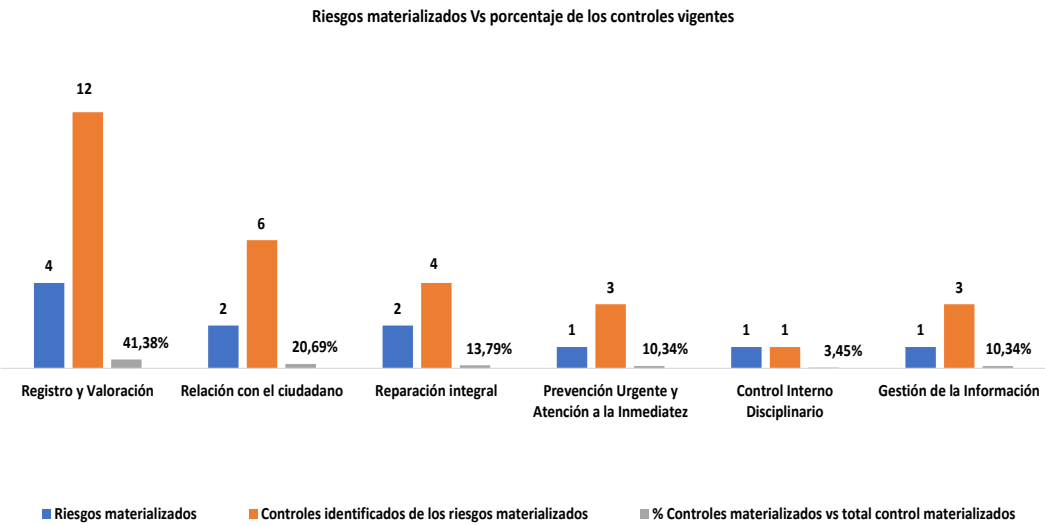
De acuerdo con el tipo de riesgos el comportamiento es el siguiente:

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 9 de 16



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

Considerando la tipología de los riesgos identificados y adoptados por la entidad, se observa que nueve (9) riesgos corresponden al de tipo de gestión, lo que representa el 81.82% del total de once (11) riesgos materializados. Además, se identifica un (1) riesgo de corrupción y un (1) riesgo relacionado con la seguridad de la información, ambos con un porcentaje del 9.09% cada uno. Esta distribución pone de manifiesto la predominancia de los riesgos de gestión materializados, destacando la importancia de fortalecer las medidas preventivas en esta área clave. A pesar de ello, cabe señalar que, del total de 230 riesgos identificados por la entidad para la vigencia 2024, los riesgos materializados de gestión representan solamente el 3.91% del total.



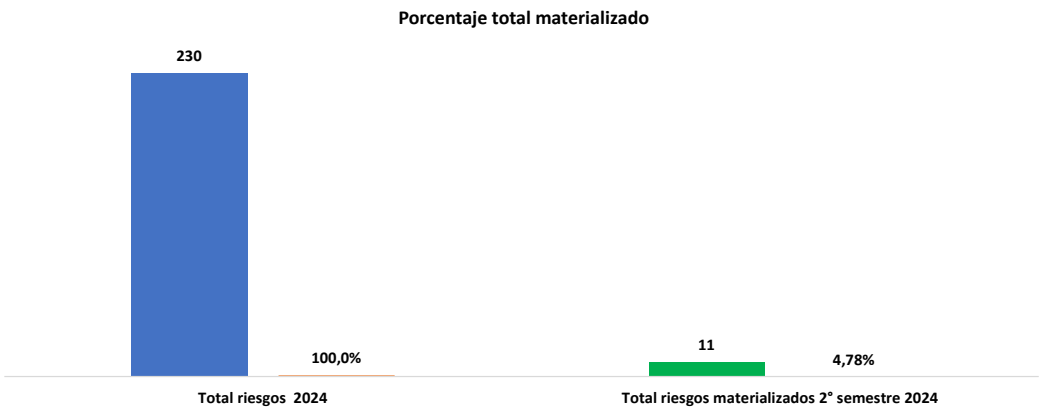
Fuente: Herramienta análisis de riesgos y controles interna de la OCI

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 10 de 16

Como resultado del análisis detallado de los once (11) riesgos materializados y los 29 controles adoptados, se presenta la siguiente distribución porcentual por control:

- Proceso de Registro y Valoración: Este proceso presenta cuatro (4) riesgos materializados equivalente al 41.38% de los doce (12) controles adoptados, destacándose como el área con el mayor número de riesgos materializados.
- Proceso de Relación con el Ciudadano: Con dos (2) riesgos materializados y seis (6) controles estandarizados, este proceso abarca el 20.69% del total de los controles adoptados, reflejando una atención significativa a la gestión ciudadana.
- Proceso de Reparación Integral: Este proceso presenta dos (2) riesgos materializados, equivalentes al 13.79% de los cuatro (4) controles adoptados.
- Proceso de Prevención de Urgencia y Atención a la Inmediatez: Presenta un (1) riesgo materializado y tres (3) controles adoptados, lo que representa el 10.34%.
- Proceso de Control Interno Disciplinario: Con un (1) riesgo materializado y un (1) control definido, equivalente al 3.45%.
- Proceso de Gestión de la Información: Este proceso cuenta con un (1) riesgo materializado y tres (3) controles adoptados, correspondiente al 10.34%.

Este análisis permite identificar de manera clara y detallada las áreas con mayor concentración de los riesgos materializados, facilitando la toma de decisiones y la implementación de medidas correctivas o preventivas en los procesos de la entidad.

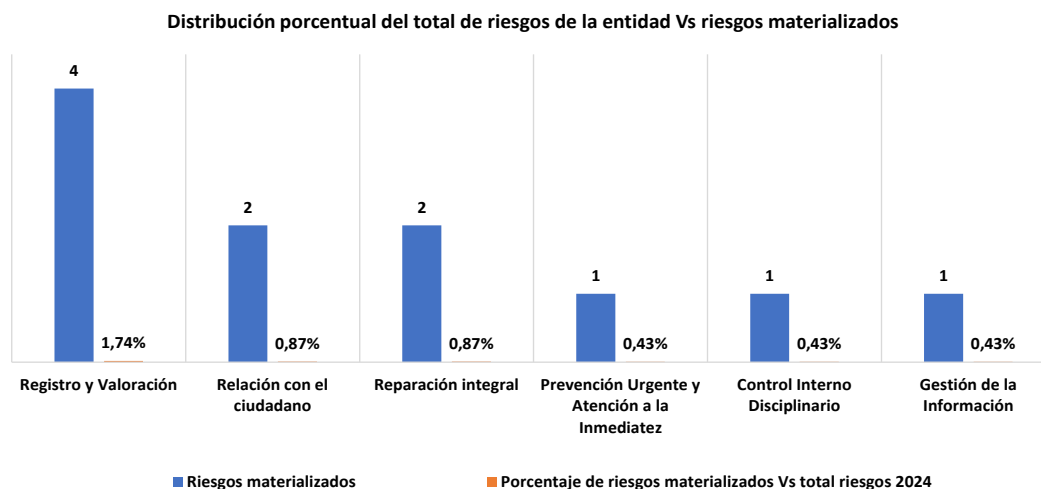


Fuente: Herramienta análisis de riesgos y controles interna de la OCI

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Páginas: 11 de 16

La gráfica indica que, del total de 230 riesgos estandarizados en el mapa de riesgos institucional, el 4.78% corresponde a once (11) riesgos materializados durante el segundo semestre de 2024. Este porcentaje permite realizar una evaluación más precisa de la efectividad de las medidas preventivas implementadas por los líderes de los procesos, con el fin de mitigar posibles impactos futuros en la Entidad.

La siguiente gráfica ilustra la distribución porcentual entre el total de riesgos vigentes identificados por la entidad y aquellos que se han materializado:



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

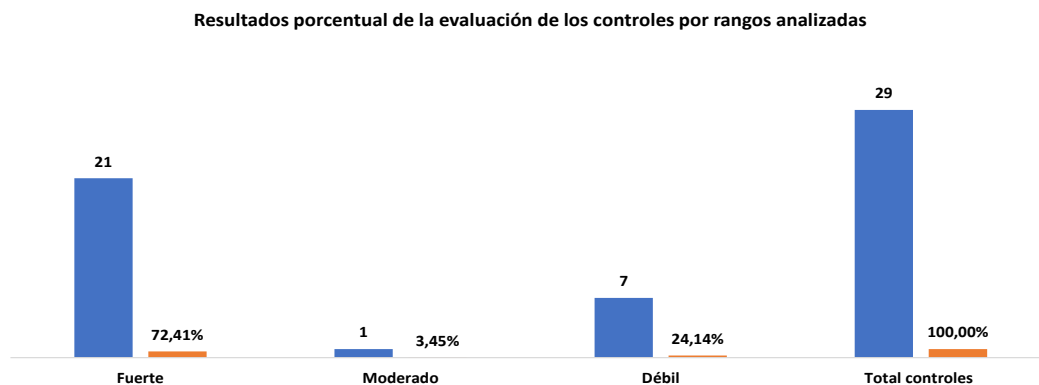
El análisis de los resultados porcentuales nos permite identificar una distribución de los riesgos estandarizados. De forma destacada, el proceso de Registro y Valoración es el que presenta el mayor número de riesgos materializados, con un 1.74%, lo que indica que este proceso es particularmente propenso a la materialización de riesgos. A continuación, se encuentran los procesos de Relación con el Ciudadano y Reparación Integral, con un 0.87% cada uno, que juntos suman un 2.17%. En comparación, los tres procesos restantes presentan una cifra conjunta de 1.29%, lo que refleja una menor incidencia de riesgos materializados en estos ámbitos. Este análisis pone en evidencia no solo la magnitud de los riesgos materializados en los primeros procesos, sino también cómo la distribución de estos afecta el desempeño de la gestión en sus diferentes tipologías.

Una vez analizada la información proporcionada por la OAP y validada con el mapa de riesgo institucional vigente, la Oficina de Control Interno (OCI) procede a aplicar el papel de trabajo correspondiente a la “Evaluación de Riesgos, Diseño de Controles y Efectividad de las Evidencias”. Este trabajo se rige por los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) a través de la “Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 6”.

 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 16

Esta aplicabilidad inicia con la definición formal del control, que debe contemplar tres características esenciales en su redacción. “a) responsable de ejecutar el control, b) acción y c) complemento”, este último lineamiento debe incluir la “periodicidad, como se realiza la actividad del control, que pasa con las observaciones o desviaciones y la evidencia de ejecución del control”, según lo establecido en la versión 5 de la guía en mención. Finalmente, el proceso culmina con la gestión realizada para cada control asociado al riesgo identificado.

Es importante aclarar que el propósito de este informe es evaluar si los procesos aplican de manera adecuada y metodológica el diseño del control de riesgos. Una vez realizado este paso, se verifica la efectividad de las acciones tomadas frente a los riesgos materializados.



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

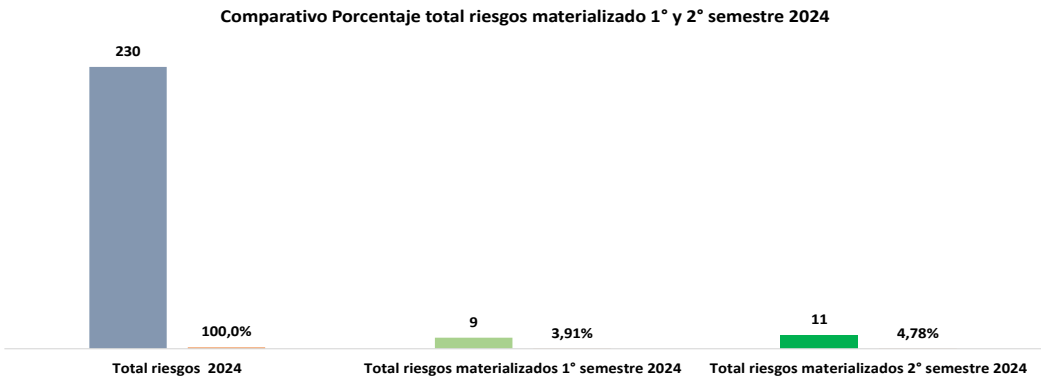
Al analizar las variables se observa que, de los 29 controles definidos para los once (11) riesgos materializados, 21 presentan una calificación en el rango “fuerte” con un 72.41%, uno (1) se encuentra en el rango “moderado” con un 3.45%, y siete (7) en el rango “débil” con un 24.14%. Estos resultados reflejan el cumplimiento de las características de redacción de los riesgos establecidos en la guía del DAFP.

En relación con las acciones implementadas por los líderes de los procesos, según el documento elaborado por la segunda línea de defensa (OAP), se han identificado las causas fundamentales de los riesgos y se han establecido medidas correctivas para abordarlos. En algunos casos, las acciones aún están en proceso de concertación e implementación. De acuerdo con las conclusiones de la OAP, existe una materialización recurrente de la mayoría de los riesgos, lo que compromete a los líderes involucrados a realizar un análisis detallado y riguroso de la actualización del mapa de riesgos para la vigencia 2025, con especial énfasis en su operatividad y en los factores que han influido en su persistencia. Este análisis no solo busca optimizar las estrategias de mitigación existentes, sino también incorporar nuevos enfoques para prevenir futuros sucesos, asegurando un proceso de gestión de riesgos más robusto y adaptado a los desafíos cambiantes en la gestión de sus operaciones.

 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 16

6. ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO HISTORICO.

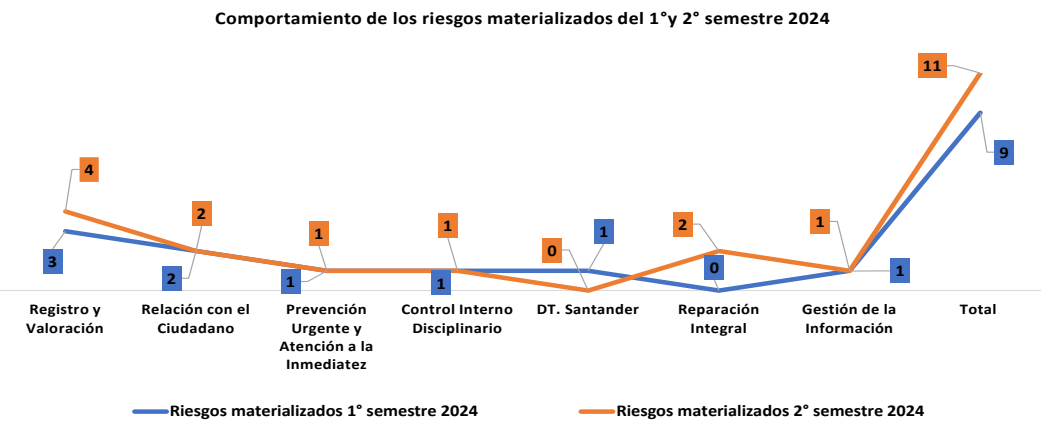
Para el análisis del comportamiento histórico de la evaluación de los controles de los riesgos materializados, se toma como referencia el primer semestre del año 2024. Esto se debe a que es el único antecedente disponible, lo que posibilita a la Oficina de Control Interno llevar a cabo un análisis comparativo.



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

En cuanto al comparativo porcentual se observa que, de los 230 riesgos estandarizados para el año 2024, en el primer semestre se materializaron nueve (9) riesgos, equivalentes al 3.91% y para el segundo semestre, se registra un aumento del 4.78%, lo que representa once (11) riesgos materializados. El incremento de dos (2) riesgos en el segundo semestre resalta la necesidad de un monitoreo constante y la mejora continua en las acciones de mitigación, asegurando que los controles sean lo suficientemente flexibles y efectivos frente a los riesgos presentes.

Concerniente a la distribución de los riesgos materializados en los procesos del nivel nacional, su comportamiento es el siguiente:



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

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 14 de 16

El resultado de la distribución de los riesgos materializados en la vigencia 2024 indique que, el proceso de Registro y Evaluación tuvo un incremento de un (1) riesgo para el segundo semestre en comparación con el primero y la Dirección Territorial de Santander de acuerdo con sus medidas adoptadas subsano el riesgo materializado durante el primer semestre. Así mismo, en el segundo semestre se identifica la materialización de dos (2) riesgos nuevos del proceso de Reparación Integral. En cuanto a los ocho (8) riesgos restantes, su comportamiento en términos de cantidad permaneció constante a lo largo de ambos semestres, sin variaciones significativas en su distribución, reflejando que las medidas adoptadas por los líderes responsables no fueron efectivas en tanto la definición de sus causas, controles e implementación.

Se destaca que, de los once (11) riesgos materializados, nueve (9) son reiterativos del primer semestre, lo que pone en evidencia que las acciones implementadas no han tenido los resultados esperados. Ante esta situación, es importante que la OAP y los líderes de los procesos adopten medidas preventivas en la actualización de estos riesgos, asegurando una exhaustiva identificación de las amenazas potenciales. Además, deben implementar estrategias más efectivas, orientadas a eliminar o, al menos, reducir la probabilidad de que dichos riesgos se materialicen, con el fin de mitigar su impacto de manera eficiente.

7. ENFOQUE BASADO EN RIESGOS.

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

Según los resultados del *“Informe de Gestión de Riesgos – Periodo enero-diciembre de 2024”*, realizado por la OAP como 2ª línea de defensa, se identifica que, de un total de once (11) riesgos, nueve (9) de ellos son reiterativos, lo que equivale al 81.82% en ambos periodos del año. Esta situación representa para la OCI una amenaza significativa para la gestión operativa, ya que las acciones implementadas por los líderes durante la vigencia no han tenido el impacto esperado para mitigar la materialización de estos. En consecuencia, es fundamental que, desde la etapa de identificación y actualización de los riesgos se tenga plena claridad sobre su tipificación, con el fin de que el diseño de los controles tenga un impacto real y positivo en la gestión. Además, los controles deben estar alineados de manera coherente con las causas identificadas, no solo es necesario que el control cumpla con las características establecidas por la metodología del DAFP, sino que estos deben ser instrumentos efectivos para asegurar que los riesgos se gestionen de forma adecuada, minimizando su impacto potencial sobre el logro de los objetivos operacionales.

8. CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE EVIDENCIAS

En el ejercicio de las funciones legales, el cumplimiento de su rol de *“Evaluación de la Gestión de Riesgos”* y como 3º línea de defensa es fundamental para la OCI garantizar una visión externa e independiente en la evaluación de la efectividad de los controles. Este proceso es esencial para identificar posibles áreas de mejora y asegurar que los riesgos sean gestionados de manera adecuada por los líderes responsables, lo que, a su vez, contribuye al óptimo funcionamiento y sostenibilidad de la organización. En este contexto, la OCI considera que una evaluación rigurosa de los controles implementados es clave para fortalecer la gestión de riesgos y asegurar el cumplimiento de los objetivos de los procesos y de la entidad. Por lo tanto,

 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 16

en virtud de lo expuesto, se expresa las siguientes consideraciones respecto a la evaluación de los controles ante los riesgos materializados durante el periodo 2024:

- De un total de 230 riesgos estandarizados en el Mapa de Riesgos Institucional 2024, el 4.78% corresponde a once (11) riesgos materializados en el segundo semestre. Este porcentaje representa un aumento del 0.87% en comparación con los riesgos materializados durante el primer semestre, lo que refleja una tendencia al alza en la materialización de los riesgos. Este incremento acentúa la importancia de un monitoreo continuo y la implementación de medidas efectivas para mitigar la materialización.
- Al analizar las variables relacionadas con el diseño y redacción de los controles, se observa que, de los 29 controles definidos para los once (11) riesgos materializados, veintiún (21) control presentan una calificación de rango “fuerte” equivalente al 72.41%, un (1) control con el 3.45% tiene un rango “moderado” y siete (7) controles con el 24.14% se califican como “débiles”. Estos resultados indican que, si bien se ha cumplido con las variables de redacción, es necesario que los responsables de la 2° y 1° línea de defensa revisen y fortalezcan sus acciones, asegurando de que la estructura de los controles sea más efectiva. Este enfoque debe garantizar que las evidencias proporcionen total certeza sobre el cumplimiento y la efectividad, con el objetivo de prevenir la materialización de los riesgos y asegurar que las medidas adoptadas sean realmente eficaces.
- Los procesos con el mayor número de riesgos materializados frente al total de los riesgos adoptados por la entidad corresponden al de Registro y Valoración con una representación del 1.74% seguido del de Relación con el Ciudadano y Reparación integral con el 0.87% cada uno. Los tres (3) restantes su equivalencia individual es del 0.43%.
- Se destaca el ejercicio realizado por la OAP en el segundo semestre (noviembre – Diciembre) de 2024, en el cual se actualizó el Mapa de Riesgos Institucional para el año 2025 de los 18 procesos y las 20 Direcciones Territoriales. En este proceso se efectuaron mesas de trabajo con los enlaces del SIG y se hizo énfasis en considerar los cambios ocurridos en los procesos o DT durante la vigencia, las recomendaciones contenidas en los informes de gestión y las debilidades identificadas en las auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno. Como resultado se identifica un total de 251 riesgos identificados en sus tipologías de “Gestión, Corrupción, Seguridad de la Información, Seguridad y Salud en el trabajo, Ambiental y Registros y Documental”, cada uno de ellos validados por el líder del proceso, Director Territorial y enlaces del SIG.

9. CONCEPTO DE CONTROL INTERNO.

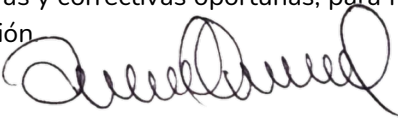
El comportamiento Institucional de los riesgos materializados para la vigencia 2024 refleja una participación del 4.78% en relación con el total de 230 riesgos adoptados por la entidad. Esto indica que se están realizando esfuerzos en los distintos procesos que contribuyen a la mejora de la gestión. Respecto a los controles para mitigar la materialización de los riesgos se evidencia que de los (29) controles adoptados en los riesgos materializados el 72.41% tienen a una valoración fuerte mientras que el 27.59% presentan una evaluación entre moderada y débil. Este nos indica que en su mayor parte se cumple con los lineamientos de redacción de los controles adoptados en la “Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles 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: 16 de 16

Entidades Públicas versión 6". -DAFP. Sin embargo, no se puede asegurar la efectividad total de su implementación, debido que, de los once (11) riesgos materializados nueve (9) corresponden a los mismos identificados en el primer semestre representando un 81.82%; por lo tanto, se debe asegurar que exista un análisis minucioso en la identificación de estos, que contribuyan a la mitigación de los riesgos y evitar consecuencias negativas frente a los entes de control internos y externos.

La Oficina de Control Interno acentúa que, con el fin de prevenir y reducir la materialización de los riesgos, los líderes responsables de la implementación deben desde la etapa de identificación, considerar todos los posibles riesgos que puedan afectar la operación. Es esencial que definan un mecanismo de seguimiento para controlar su ejecución, no solo en relación con los riesgos que se reflejan en el mapa institucional, sino también aquellos que se identifican en la gestión cotidiana de sus actividades. Además, se recomienda realizar pruebas periódicas para verificar el funcionamiento adecuado de los controles internos y, en caso necesario, proceder a su rediseño. Esta estrategia permite detectar problemas de manera temprana, tomar medidas preventivas y correctivas oportunas, para fortalecer el control interno, minimizando así los riesgos de su materialización.

APROBÓ



JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

Elaborado: John Dairo Bermeo Cuellar – Contratista OCI.

Anexo 1 Control de cambios

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