

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>FORMATO DE INFORMES</b>	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Páginas: 1 de 35

<b>Fecha de Emisión del Informe</b>	<b>Día</b>	<b>3</b>	<b>Mes</b>	<b>10</b>	<b>Año</b>	<b>2025</b>
-------------------------------------	------------	----------	------------	-----------	------------	-------------

<b>Número de Informe:</b>	1/2
<b>Nombre:</b>	Informe de Seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional y Evaluación de Controles.
<b>Objetivo:</b>	Evaluar la pertinencia y efectividad del Mapa de Riesgos Institucional y el diseño de los controles de los riesgos según el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y la metodología para la administración del riesgo establecida por la UARIV.
<b>Alcance:</b>	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, 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.
<b>Periodicidad:</b>	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 primer semestre de 2025 con corte a 30 de junio.

## 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.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>FORMATO DE INFORMES</b>	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. (...)*”.
- 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.

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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>FORMATO DE INFORMES</b>	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 3 de 35

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 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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>FORMATO DE INFORMES</b>	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 4 de 35

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.

## **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 7ª 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.**

El presente informe tiene como propósito desarrollar un análisis detallado, con enfoque descriptivo y estadístico, sobre los riesgos de gestión, ambientales, documentales, fiscales y de seguridad y salud en el trabajo (SST) que actualmente se encuentran identificados por la Entidad. De igual manera, busca verificar que el diseño de los controles establecidos para su gestión se encuentre alineados con los estándares mínimos definidos en la Metodología de Administración de Riesgos de la UARIV, así como en la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. Como resultado de este ejercicio de evaluación, la Oficina de Control Interno emite un concepto acompañado de recomendaciones orientadas al fortalecimiento de los procesos, la mitigación adecuada de los riesgos y promoción de las acciones de mejoramiento de la Unidad.

Este informe está dirigido a los integrantes del Comité Institucional de Coordinación Control Interno, a los líderes de los procesos del nivel nacional, a las direcciones territoriales de la entidad y, en general, a la ciudadanía interesada en ejercer mecanismos de control social, en concordancia con el principio de transparencia.

El impacto de este informe es aportar elementos de juicio a la Alta Dirección, facilitando la toma de decisiones estratégicas orientadas al fortalecimiento de la gestión del riesgo institucional, así como de fomentar una cultura organizacional de autocontrol, prevención y mejora continua.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>FORMATO DE INFORMES</b>	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 5 de 35

#### 4. CONTEXTO DEL INFORME.

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 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 este mismo sentido 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 5, Rol Evaluación de la Gestión del Riesgo, el cual indica “*A través de este rol, el Jefe de Control Interno, debe proporcionar un aseguramiento objetivo a la Alta Dirección (línea estratégica) sobre el diseño y efectividad de las actividades de administración del riesgo en la entidad para ayudar a asegurar que los riesgos claves o estratégicos, entre ellos aquellos fiscales de corrupción que estén adecuadamente definidos, sean gestionados apropiadamente, lo que repercute en la operación y eficacia del sistema de control interno.*”

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 y en el ejercicio de su rol de evaluación independiente, lleva a cabo el seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional correspondiente al primer semestre de la vigencia 2025, con el fin de analizar de manera estadística el comportamiento de los riesgos identificados y determinar si el diseño de los controles implementados por los procesos y direcciones territoriales resultan pertinentes según la metodología establecida. Este análisis constituye un insumo para proponer medidas de fortalecimiento del sistema de control interno de la Entidad, dado que permite identificar

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

posibles mejoras en el diseño de los controles, así como ajustar las estrategias de gestión de acuerdo con los hallazgos obtenidos.

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 1 de septiembre de 2025 a las 10:05 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 o documento de aprobación de la política de riesgos y la metodología vigente para la administración de riesgos de la Entidad.

Tomando como referencia la evidencia remitida mediante correo electrónico del viernes 5 de septiembre de 2025 por el jefe de la Oficina Asesora de Planeación compartida mediante URL [Seguimiento OCI - Primer Semestre 2025](#) se observa que, para el primer semestre del año 2025 existen un total de 254 riesgos de la tipología de gestión, corrupción, fiscal, ambiental, documental, seguridad y salud en el trabajo y seguridad de la información, tanto para los procesos como para las Direcciones Territoriales. Para el presente informe se consideran los 142 riesgos relacionados con gestión, salud y seguridad en el trabajo, 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 2025, se encuentra publicado en la página web de la Unidad desde el mes de abril de la misma anualidad, en el siguiente enlace: <https://www.unidadvictimas.gov.co/mapa-de-riesgos-institucional-corrupcion-y-gestion/>.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>FORMATO DE INFORMES</b>	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Páginas: 7 de 35

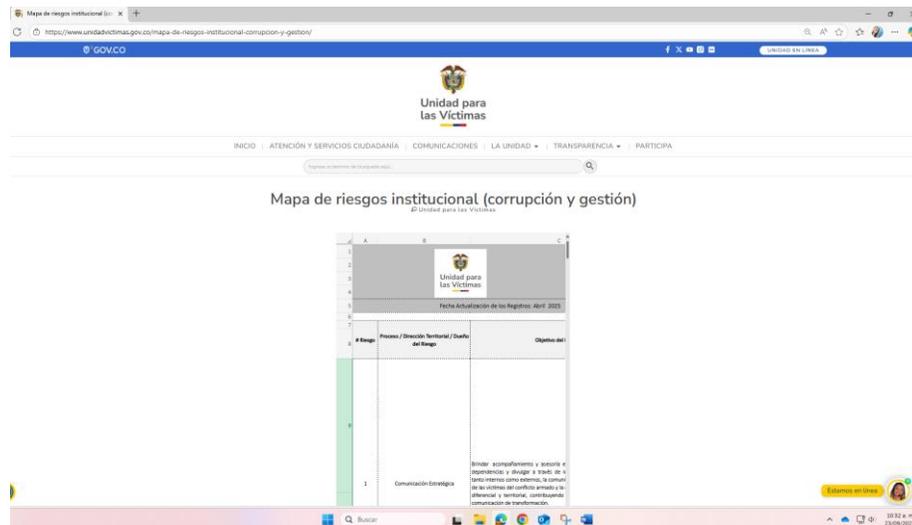
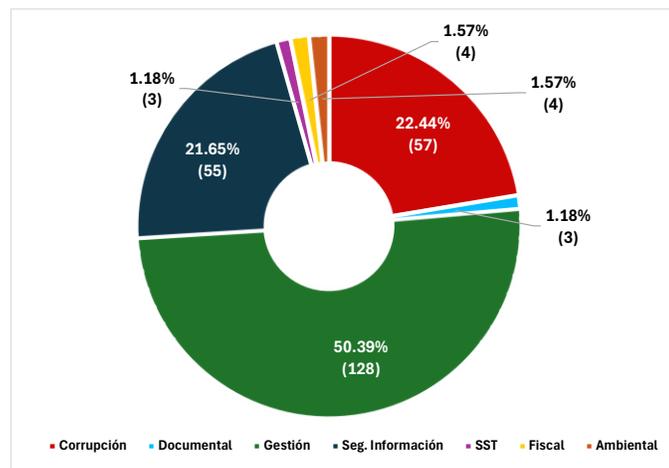


Imagen 1: Captura publicación de mapa de riesgos institucional en la página web.

### 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-2025-V2-VF*”, el cual indica un total de 254 riesgos a nivel general. 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.



Gráfica 1. Distribución de la tipología del riesgo UARIV. Fuente: Instrumento OCI.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>FORMATO DE INFORMES</b>	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Páginas: 8 de 35

La gráfica indica que el 50.39% 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 22.44%, seguidos por los riesgos de seguridad de la información, que alcanzan un 21.65%. Esta distribución pone de manifiesto las áreas que requieren mayor atención y la implementación de estrategias específicas para su manejo y mitigación.

Tipología del riesgo							Cantidad por Proceso o DT
Corrupción	Documental	Gestión	Seg. Información	SST	Fiscal	Ambiental	
57	3	128	55	3	4	4	254
22.44%	1.18%	50.39%	21.65%	1.18%	1.57%	1.57%	100.00%

Tabla 1. Distribución de la tipología del riesgo UARIV. Fuente: Instrumento OCI.

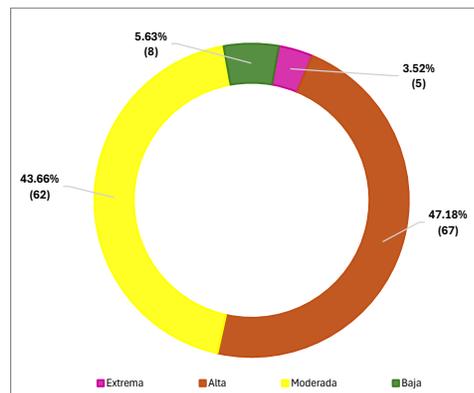
## 5.2. Nivel de severidad en la calificación de los riesgos.

Como ya se mencionó en el siguiente análisis se excluyen los riesgos de corrupción y de seguridad de la información, por lo que los resultados que se presentan se centran exclusivamente en 142 riesgos de gestión, riesgos de salud y la seguridad en el trabajo, riesgos documentales, riesgos fiscales y riesgos 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, específicamente 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.

A continuación, se relaciona la división porcentual del riesgo inherente según la evaluación del nivel de severidad de estos. Se observa que el 47.18% 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 5.63% corresponden a las calificaciones “extrema” y “baja” respectivamente, siendo estos los mínimos porcentajes.

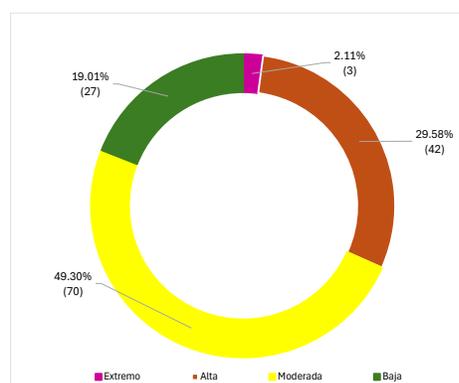
 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>FORMATO DE INFORMES</b>	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Páginas: 9 de 35



Gráfica 2. Resultados porcentuales generales según el nivel de severidad del riesgo inherente. Fuente: Instrumento OCI

La gráfica presentada muestra que la calificación de los riesgos se concentra principalmente en los niveles “alto” y “moderado”, lo cual es coherente con los resultados porcentuales generales obtenidos en la valoración del nivel de severidad del riesgo inherente. En conclusión, este comportamiento refleja que, antes de la aplicación de los controles, la mayor cantidad de riesgos identificados representan una exposición significativa para la entidad.

Por otro lado, en la “Metodología de Administración del Riesgo V11” en su numeral 2.4.4.3 se aborda el concepto de nivel de riesgo (riesgo residual) definido como el resultado de aplicar la efectividad de los controles al riesgo inherente. En otras palabras, el riesgo residual corresponde al nivel de exposición que permanece una vez implementados los controles, considerando su capacidad para reducir tanto de la probabilidad como del impacto del riesgo. De esta manera, el análisis del riesgo residual permite determinar si los controles establecidos son adecuados y eficaces para mantener la exposición en un rango aceptable, o si, por el contrario, es necesario implementar medidas adicionales de prevención, corrección o mitigación que fortalezcan la gestión institucional del riesgo.



Gráfica 3. Resultados porcentuales generales según el nivel de severidad del riesgo residual. Fuente: Instrumento OCI.

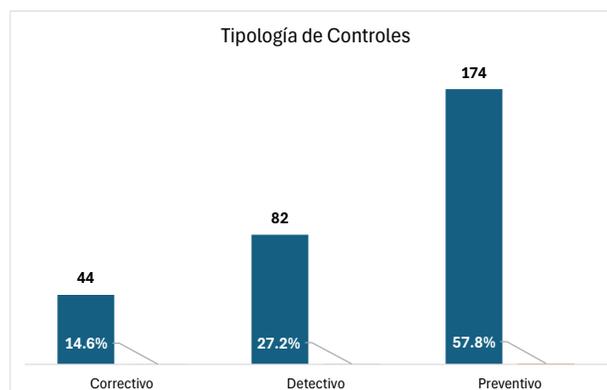
 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>FORMATO DE INFORMES</b>	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Páginas: 10 de 35

La gráfica anterior ilustra los resultados de la aplicación de los controles, evidenciando que estos logran reducir los riesgos catalogados como extremos y altos, trasladándolos hacia las categorías moderado y bajo. En particular, los riesgos evaluados como “Extremo” disminuyen del 3.52% al 2.11%, lo que refleja una reducción del 1.41 puntos porcentuales respecto a su calificación inicial. Por otro lado, los riesgos clasificados como “Alto” pasan del 47.18% al 29.58%, con una disminución de 17.60 puntos porcentuales. Este cambio representa el impacto más significativo dentro del análisis y confirma que los controles inciden directamente sobre los riesgos de mayor concentración.

En cuanto a los riesgos moderados, se observa un incremento del 43.08% al 48.72%, es decir, de 5.64 puntos porcentuales, lo cual indica que parte de los riesgos que antes se clasificaban como altos o extremos han migrado hacia esta categoría, teniendo un efecto de redistribución. En consecuencia, los riesgos calificados como bajos pasaron del 6.22% al 19.60% con un aumento de 13.38 puntos porcentuales, lo que demuestra que los controles diseñados contribuyen a trasladar los riesgos a un nivel mínimo. En consecuencia, desde un punto de vista estadístico, se considera que la entidad presenta un nivel de riesgo residual controlado y administrable, coherente con una gestión adecuada de los controles establecidos.

### 5.3. Controles

La definición y estructuración de los controles son fundamentales para evaluar su eficiencia en la mitigación de riesgos. En el marco de la *Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas* del DAFP numeral 3.2.2.3 y del documento “*Metodología de Administración del Riesgo V11*” se ha definido el detalle para el análisis y evaluación de los atributos 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 301 controles, distribuidos de la siguiente manera:



Gráfica 4. Distribución de los controles según su tipología. Fuente: Propia OCI

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>FORMATO DE INFORMES</b>	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 11 de 35

La gráfica indica que el 57.8% 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 27.2% son de tipo detectivo, *que atacan la probabilidad del riesgo – mecanismo ejecutado que permite detectar el riesgo durante la ejecución del proceso* y el 14.6% 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”.

Es importante señalar que el análisis estadístico de la distribución de la tipología de los controles se efectuó sobre un total de 300 controles. Durante la verificación de la Matriz de Riesgo Institucional “Mapa-de-Riesgos-Institucional-2025-V2-VF” se identificó una inconsistencia en el riesgo No. 37 correspondiente al proceso de Gestión Contractual. Este riesgo cuenta con tres controles definidos para su mitigación; sin embargo, se evidencia que el tercer control no tiene diligenciadas las celdas comprendidas entre la columna X a la AC, situación que genera un vacío en la información afectando la calidad del análisis, cómo se muestra a continuación:

A	B	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AO	AD	AI	AH
Riesgo	Proceso / Dirección Territorial / Dirección del Riesgo	Nivel de Severidad Riesgo Institucional	Descripción del control	Afectación del control	Tipo de Control	Implementación	Documentación	Evidencia	Frecuencia	Probabilidad Residual	Impacto Residual	Nivel de Severidad Riesgo Residual
37	Gestión Contractual	Alto	El Equipo Estructurador del Grupo de Gestión Contractual realiza la estructuración de procesos (Estudio Previo, análisis del sector y estudio de mercado) de acuerdo con la solicitud que realiza las áreas en el documento de "Justificación de la Necesidad", con el objetivo de dar continuidad al proceso contractual, esto se realiza cada vez que se gestiona un proceso de selección, posteriormente el abogado del Grupo de Gestión Contractual realiza el control de legalidad a los documentos precontractuales, con el fin de verificar que se cumple con los criterios normativos; si no cumplen se dará orientación y sugerencias de cambio. La evidencia son los correos electrónicos con las sugerencias dadas en cada revisión.	Probabilidad	Preventivo	Mensual	Documentado	Con registro	Continuo			Moderado
	Gestión Contractual		Cada vez que se requiere el GOC realizará la verificación y actualización, creación o eliminación de documentos para la gestión contractual de la USARIV, en caso de evidenciar que algún documento se encuentre desactualizado u obsoleto, se realizará el trámite de actualización y formalización ante el SIG. La evidencia se soporta con la trazabilidad de las actualizaciones, modificaciones o eliminaciones documentales y actos respectivos.	Probabilidad	Detectivo	Mensual	Documentado	Con registro	Continuo	33.6	60.0	
	Gestión Contractual		El Equipo Profesional del Grupo de Gestión Contractual designado realiza la estructuración de los procesos de selección y acompañamiento a las áreas, por su parte, el profesional jurídico realiza el control de legalidad cada vez que se gestiona un contrato de acuerdo con la modalidad. En caso de evidenciar en algún proceso de selección que no se cumple con los lineamientos, registrará la trazabilidad por medio de correos electrónicos de retroalimentación. Como evidencia quedan: Correos de acompañamiento de acuerdo con el componente jurídico, técnico, financiero y económico.									

Imagen 2: Captura Matriz de Riesgo Institucional “Mapa-de-Riesgos-Institucional-2025-V2-VF”.

### 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:

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>FORMATO DE INFORMES</b>	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Páginas: 12 de 35



Imagen 3. Ejemplo de la Estructura para la descripción del control.  
Fuente. Metodología de Administración del Riesgo V11.

La Oficina de Control Interno ha desarrollado una herramienta que permite verificar si los controles cumplen con los criterios definidos en la metodología de administración de riesgos de la UARIV. Esta evaluación se estructura en tres componentes fundamentales: responsable, acción y complemento. El componente complemento incluye elementos esenciales, como la periodicidad de aplicación del control, la forma de ejecución, las acciones correctivas frente a posibles 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

Tabla 2. Herramienta de evaluación del diseño del control actual. Fuente: Herramienta OCI.

Como muestra para la verificación del diseño de los controles para el primer semestre de 2025, la Oficina de Control Interno toma los controles de los siguientes procesos: Gestión de la Información, Gestión de Talento Humano, Registro y Valoración y las direcciones territoriales Córdoba y Bolívar y San Andrés.

La muestra seleccionada representa el 19.33% 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:

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>FORMATO DE INFORMES</b>	Código: 120.19.15-10
	<b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b>	Versión: 06
	<b>PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES</b>	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 13 de 35

Proceso o Dirección Territorial	Tipo de proceso	Cantidad de Riesgos	Cantidad Controles
Gestión de la Información	Estratégico	5	19
Gestión de Talento Humano	Apoyo	2	3
Registro y Valoración	Misional	10	31
Dirección Territorial Córdoba		2	3
Dirección Territorial Bolívar y San Andrés		2	2
<b>Total</b>		<b>21</b>	<b>58</b>

Tabla 3. Muestra para análisis de diseño de controles.

### 5.3.1.1. Proceso Gestión de la Información.

# Riesgo	Riesgo	Descripción del Control	Resultado	Zona	Comentario
			Resultado de la calificación del diseño del control actual	Rango del control actual del diseño	
59	Posibilidad de pérdida económica y reputacional del proceso, del cliente interno (Unidad) y/o de las partes interesadas que este atiende por el incumplimiento en la entrega y/o adquisición de desarrollo de sistemas de información,	El personal del dominio de sistemas de información implementa y controla el ciclo de desarrollo a través de la herramienta de gestión de desarrollo, atendiendo las solicitudes de requerimientos por demanda bajo responsabilidad del área funcional y gestionando los impedimentos en caso de desviaciones (tales como reasignación de tareas o ampliación de tiempos de implementación), según lo establecido en el procedimiento de sistemas de información, lo cual se evidencia en la trazabilidad de la herramienta de gestión de desarrollo	100	Fuerte	
		Conforme a lo establecido en el protocolo de gestión de cambios de tecnologías de la información vigente, el grupo de gestión del cambio evalúa la viabilidad de implementar un cambio si aplica, según la solicitud de cambio realizado por el solicitante. En caso de definirse, el cambio se ejecuta por parte del profesional implementador según las actividades establecidas. La gestión del cambio de tecnologías de la información se implementa según solicitud por demanda y en caso de desviaciones en las etapas del protocolo definido que apliquen se solicitarán ajustes al solicitante. Como soporte se generan los registros establecidos en el protocolo mencionado.	70	Debil	La Guía para la Administración del Riesgo indica que se debe identificar el cargo del servidor que ejecuta el control "Cuando un control se hace de manera manual (ejecutado por personas) es importante establecer el cargo responsable de su realización."
60	Posibilidad de pérdida económica y reputacional del proceso, del cliente interno (Unidad) y/o de las partes interesadas que este atiende por la indisponibilidad y/o la no ejecución oportuna de los servicios tecnológicos y de la infraestructura TI para los procesos de la Unidad según los acuerdos de niveles de servicio establecidos por OTI,	El personal de soporte de segundo nivel diariamente diagnostica y/o ejecuta y/o reporta las actividades derivadas de la atención de la solicitud de soporte registrándolo en la herramienta de gestión (escalamientos) establecida, según la demanda y el tiempo definido para el tipo de caso en el Acuerdo de Nivel de Servicio, con el fin de dar continuidad a la operación y atender las necesidades tecnológicas de la Unidad oportunamente. Si se presentan usuarios insatisfechos con el soporte se toman acciones operativas puntuales según el caso para optimizar la atención y la gestión del servicio, lo cual se evidencia con la matriz de seguimiento de soporte y con el informe mensual, donde se consolida el resultado de la medición de satisfacción y de las acciones implementadas si aplica.	65	Debil	Se tienen definidas 2 frecuencias de aplicación, no es claro cuando realmente se debe ejecutar el control. Por otro lado la desviación definida no se encuentra enfocada a la no ejecución del control, sino al inconformismo de los usuarios frente al diagnóstico realizado, por ende, no es claro si la evidencia de aplicación es acorde. En la redacción del control, no se tiene definido la desviación en caso de la no aplicación "...la actividad no debería continuarse hasta que se subsane la situación o si es un control que detecta una posible materialización de un riesgo, deberían gestionarse de manera oportuna los correctivos o aclaraciones a las diferencias presentadas u observaciones."
		El enlace SIG de la OTI apoyado por l@s responsables de las líneas de servicios e infraestructura TI, realiza la identificación, recolección de evidencia, descripción según la norma, cargue y levantamiento de no conformidades a los procesos o direcciones territoriales que hacen uso inadecuado de los recursos y servicios tecnológicos, con una frecuencia variable dependiendo de que se presente dicha situación, con el fin de concientizar a los procesos frente al correcto uso del recurso o servicio TI, evitar que se presente de nuevo y que se genere un proceso disciplinario en contra del usuario, dejando como evidencia los soportes para el levantamiento y el cargue de la no conformidad en la herramienta y su aprobación por parte del enlace de la OAP, y soportes del proceso disciplinario si aplica.	85	Debil	En la redacción del control, no se tiene definido la desviación en caso de la no aplicación "...la actividad no debería continuarse hasta que se subsane la situación o si es un control que detecta una posible materialización de un riesgo, deberían gestionarse de manera oportuna los correctivos o aclaraciones a las diferencias presentadas u observaciones."

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>FORMATO DE INFORMES</b>		Código: 120.19.15-10
	<b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b>		Versión: 06
	<b>PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES</b>		Fecha: 18/07/2024
			Páginas: 14 de 35

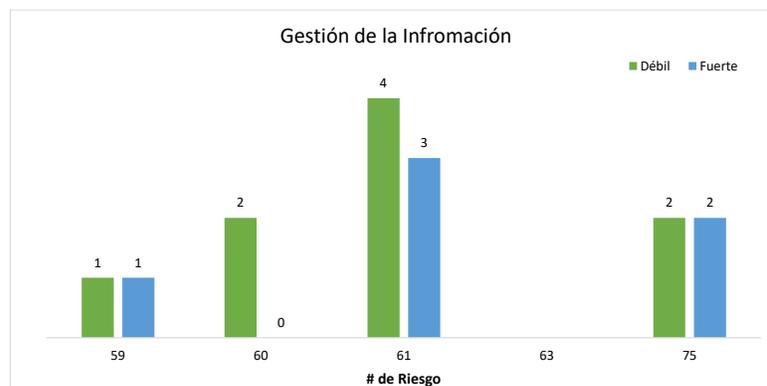
# Riesgo	Riesgo	Descripción del Control	Resultado	Zona	Comentario
			Resultado de la calificación del diseño del control actual	Rango del control actual del diseño	
61	Posibilidad de pérdida económica y reputacional del proceso, del cliente interno (Unidad) y/o de las partes interesadas que este atiende por la inadecuada gestión frente a la estrategia TI y/o la omisión de la alineación al Gobierno TI y a la arquitectura empresarial en la Unidad,	El responsable de la gestión del portafolio de proyectos gestiona la definición de dicho portafolio de proyectos y/o las operaciones, conforme a las necesidades por demanda de la Unidad, asociándolo a uno de los dominios del marco de referencia de arquitectura TI Colombia, a los habilitadores, y/o a las capacidades TI del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información (PETI) y realiza seguimiento a su ejecución en función del ciclo de vida de gestión de proyectos TI basado principalmente en el estándar PMBOK® del PMI®, avanzando en cuanto a la implementación de los lineamientos de MinTIC frente a los dominios, según la contribución que realice el proyecto u operación al dominio, capacidad o componente del PETI con el fin de lograr la transformación digital en alineación con la estrategia de la Unidad, del sector y del Plan Nacional de Desarrollo, conforme a lo establecido en el procedimiento de estrategia y gobierno TI, labor que se realiza mínimo una vez al año o según demanda, dejando como evidencia el documento PETI y acta del CIGD con su aprobación, así como el repositorio donde se almacena la información asociada a las operaciones y proyectos del PETI. En caso de desviaciones frente al indicador de desempeño de proyecto (DP), es decir menor o igual a 75% (DP≤75%), en cualquiera de los proyectos el Gerente debe identificar si se requiere una acción correctiva o si puede recuperarse frente a la ejecución del cronograma y/o del presupuesto para el próximo monitoreo, continuando con la ejecución; si el Gerente de proyecto como parte del monitoreo identifica que además de encontrarse con un desempeño del proyecto menor al 75% se requiere acción correctiva, deberá realizar una solicitud de cambio, ya que no es posible recuperarse en cuanto al cronograma y/o el /presupuesto.	100	Fuerte	
		El responsable de gobierno TI coordina el desarrollo de la reunión de gobierno TI con una frecuencia mensual si aplica, en la cual se validan los compromisos y los responsables de dominio presentan los avances y estado de los temas a su cargo, se realiza seguimiento a la gestión de calidad y gestión presupuestal y según la información presentada de avances y alertas se toman decisiones que permitan dar continuidad a la estrategia establecida en los diferentes dominios en caso de desviaciones. Como soporte se genera acta de la reunión y se almacena en repositorio.	85	Debil	Las alertas sobre las cuales se toman decisiones se enfocan en la información y validación de compromisos propios de la reunión de Gobierno TI y no de las acciones que se deben tomar en caso de no aplicar el control establecido para la gestión del riesgo. En la redacción del control, no se tiene definida la desviación en caso de la no aplicación "...la actividad no debería continuarse hasta que se subsane la situación o si es un control que detecta una posible materialización de un riesgo, deberían gestionarse de manera oportuna las correctivos o aclaraciones a las diferencias presentadas u observaciones."
		La jefatura de la Oficina de Tecnologías de la Información, preside la mesa de gobierno digital, la cual se crea en circular interna 00036 del 2/08/208 con el fin de cumplir los logros establecidos en el marco de la política y estrategia de Gobierno Digital y para desarrollar la capacidad de Arquitectura y Gobierno Empresarial de TI en la Unidad, la cual se reúne con una frecuencia mensual, se presentan iniciativas, proyectos y estado de los planes estratégicos e institucionales a cargo del proceso y se toman las decisiones estratégicas en cuanto a la información y tecnología. Como evidencia se generan actas de cada reunión los soportes de lo presentado y aprobado en la sesión. En caso de desviaciones se establecen las correcciones o acciones preventivas que las eviten.	100	Fuerte	
		El responsable de gestión financiera y los responsables de dominio TI según aplique gestionan la contratación al interior del proceso a través de Acuerdo Marco de Precios, agregación por demanda y demás modalidades de contratación según el cumplimiento de las características técnicas de la necesidad, lo cual permite la optimización de compras de servicios y recursos tecnológico y racionalización de estos. Su frecuencia es según la necesidad y programación de plan anual de adquisiciones. Como evidencia se generan las órdenes de compra y contratos que se adjudican. En caso de desviaciones frente a la contratación se informa al proveedor que el proceso se encuentra en trámite de requisitos de perfeccionamiento para garantizar que se dé continuidad al servicio.	100	Fuerte	
		El responsable de avalar los requerimientos técnicos y tecnológicos relacionados con elementos, recursos o servicios tecnológicos en diferentes modalidades de contratación, da un aval a la solución o a los estudios de contratación, con el fin de validar que se cumplen los requerimientos técnicos para su uso, recibiendo los documentos requeridos, gestionando internamente la validación y dando el visto bueno final, labor que se ejecuta según las necesidades por demanda. En caso de que no consiga el aval, se solicita ajustar el o los documentos al solicitante hasta su aprobación por parte de OTI. Como soporte se incluyen: actas, estudios previos avalados, correos y/o otras evidencias según la solicitud.	70	Debil	La Guía para la Administración del Riesgo indica que se debe identificar el cargo del servidor que ejecuta el control "Cuando un control se hace de manera manual (ejecutado por personas) es importante establecer el cargo responsable de su realización."
		El responsable de la gestión financiera y los profesionales delegados de los dominios de TI de la OTI mensualmente realizan seguimiento a las capacidades de las diferentes líneas de servicio tecnológico, contemplando variables financieras y cuantitativas, con el objeto de mantener un uso óptimo de los recursos, permitiendo dar respuesta a la demanda de los servicios en la Entidad y a su vez tomar acciones de optimización o de aprovisionamiento de capacidades bajo una planeación técnica y financiera ajustada a las necesidades actuales, lo cual se evidencia en el informe de capacidad, informe de rendimiento y acciones establecidas si aplica.	85	Debil	En la redacción del control, no se tiene definido la desviación en caso de la no aplicación "...la actividad no debería continuarse hasta que se subsane la situación o si es un control que detecta una posible materialización de un riesgo, deberían gestionarse de manera oportuna las correctivos o aclaraciones a las diferencias presentadas u observaciones."
		Conforme a lo establecido en el protocolo de gestión de cambios de tecnologías de la información vigente, el grupo de gestión del cambio evalúa la viabilidad de implementar un cambio si aplica, según la solicitud de cambio realizado por el solicitante. En caso de definirse, el cambio se ejecuta por parte del profesional implementador según las actividades establecidas. La gestión del cambio de tecnologías de la información se implementa según solicitud por demanda y en caso de desviaciones en las etapas del protocolo definido que apliquen se solicitarán ajustes al solicitante. Como soporte se generan los registros establecidos en el protocolo mencionado.	50	Debil	La redacción del control no tiene claridad en cada uno de los atributos que puede llevar a una implementación inadecuada

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>FORMATO DE INFORMES</b>	Código: 120.19.15-10
	<b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b>	Versión: 06
	<b>PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES</b>	Fecha: 18/07/2024 Páginas: 15 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	
75	Posibilidad de pérdida reputacional por la imposibilidad de gestionar solicitudes de información realizadas por el cliente interno y externo,	El líder o apoyo del procedimiento de Articulación interinstitucional y dinamización de la información-AIDI, cada vez que se requiera oficializa el acuerdo o convenio de intercambio de información y se genera un anexo técnico a dicho acuerdo o convenio, donde se encuentran las reglas que rigen el intercambio, acompañado del diccionario de datos que es el insumo para el entendimiento de la fuente. Para los casos de entidades que no les aplica el documento técnico esta información queda en un oficio, correo electrónico o acta. De igual manera se realiza un seguimiento a lo estipulado en el documento técnico a través del oficio, correos electrónicos o actas de reunión. <b>Evidencia: Acuerdo de intercambio, Anexo técnico, oficio, correo electrónico o acta.</b>	100	Fuerte	
		El líder o apoyo del procedimiento de la SRNI o dependencias de la unidad cada vez que identifique la necesidad de una nueva fuente de información, realizan la solicitud al grupo de AIDI para la gestión de la fuente o variable de información a través de acta de reunión, correos electrónicos u oficios en los cuales se establece un cronograma que permite al solicitante realizar el seguimiento correspondiente. En caso de no recibir respuesta oportuna a través de los mismos canales se describen las dificultades existentes en la consecución de la información. El soporte de este control es la solicitud mediante correo, oficio, acta de reunión o acuerdo de información para la gestión de la nueva fuente o variable. <b>Evidencia: Correo electrónico de respuesta al requerimiento</b>	70	Debil	En la redacción del control, no se establece el propósito de su aplicación "El control debe tener un propósito que indique para qué se realiza, y que ese propósito conlleve a prevenir las causas que generan el riesgo"... "Al momento de identificar los controles para mitigar el riesgo, debemos preguntarnos si es una actividad o un control"  Para mi no es una desviación AYUDA
		El líder o apoyo del procedimiento de instrumentalización en articulación con el líder del procedimiento de AIDI, trimestralmente remite reporte de la calidad de datos de las fuentes de información cargadas en el inventario de fuentes del módulo de Vivanto, en caso de no remitir el reporte se debe registrar el seguimiento y estado de las fuentes verificadas. <b>Evidencia: Correo electrónico del reporte o Matriz de seguimiento de las fuentes de información</b>	85	Debil	En la redacción del control, no se establece el propósito de su aplicación "El control debe tener un propósito que indique para qué se realiza, y que ese propósito conlleve a prevenir las causas que generan el riesgo"... "Al momento de identificar los controles para mitigar el riesgo, debemos preguntarnos si es una actividad o un control"
		El líder o apoyo del procedimiento de Instrumentalización cada vez que se requiera, gestiona las solicitudes del grupo de AIDI mediante el correo electrónico de soporte RNI, asignando usuarios y contraseñas para los canales de interoperabilidad a través de las herramientas de intercambio web service dinámicos, intercambio de archivos planos encriptados a través de llaves públicas y privadas, asegurando el manejo adecuado de la información que se comparte. En caso de que no se cuente con correo electrónico de solicitud no será gestionado. <b>Evidencia: correo electrónico de respuesta al requerimiento</b>	100	Fuerte	

Gestión de la Información			
# de Riesgo	Cantidad de Controles	Débil	Fuerte
59	2	1	1
60	2	2	0
61	7	4	3
63	No valorado		
75	4	2	2
<b>Totales</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>6</b>

Tabla 4. Calificación de diseño de controles de los riesgos del proceso Gestión de la Información.



Gráfica 5. Resultados de la calificación de diseño de controles de los riesgos del proceso Gestión de la Información.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>FORMATO DE INFORMES</b>	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 16 de 35

En resumen, la tabla y la gráfica anteriores muestran que, de los cinco riesgos analizados en el proceso Gestión de la Información, los 15 controles analizados el 60.0% tiene una calificación débil y el otro 40.0% 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.

En relación con el riesgo No. 63, sus controles no pudieron ser valorados, debido a que la redacción del riesgo carece de la claridad necesaria para establecer de manera precisa su alcance. Esta situación impide verificar adecuadamente el diseño de los controles asociados a su gestión. La *Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas* del DAFP en el numeral 2.5 Descripción del riesgo, se establece: *“la descripción del riesgo debe contener todos los detalles que sean necesarios y que sea fácil de entender tanto para el líder del proceso como para personas ajenas al proceso. Se propone una estructura que facilita su redacción y claridad que inicia con la frase POSIBILIDAD DE”* ya que de ello depende la correcta identificación de causas, efectos y controles aplicables. En este sentido, la falta de precisión en la redacción del riesgo contraviene las directrices de la Guía, afectando la posibilidad de evaluar la pertinencia y efectividad de los controles definidos.

Por lo anterior, se recomienda ajustar la redacción del riesgo No. 63 en coherencia con la metodología establecida por el DAFP, de manera que se garantice la trazabilidad del análisis, la valoración objetiva de los controles y el cumplimiento de las disposiciones normativas aplicables.

Proceso o DT	IDENTIFICACIÓN	
	# Riesgo	Riesgo
Gestión de la Información	63	por el inadecuado manejo del recurso público asociado a los procesos de precontractuales, contractuales y postcontractuales

Tabla 5. Redacción del riesgo No.63 del proceso Gestión de la Información.

Otro aspecto relevante identificado en el presente informe, en relación con el diseño de los riesgos del proceso Gestión de la Información, es la ausencia de una estructura de redacción según la metodología relacionada en la misma Matriz de Riesgo Institucional *“Mapa-de-Riesgos-Institucional-2025-V2-VF”* para los riesgos de gestión, seguridad información, SST, ambiental,

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>FORMATO DE INFORMES</b>	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Páginas: 17 de 35

documental y fiscal en los riesgos No. 59, 60, 61 y 63. Lo anterior va en contravía a la estructura establecida en la METODOLOGIA ADMINISTRACION DE RIESGOS V.11 del 4 de diciembre de 2023, en su numeral 2.3.4.1 Estructura de redacción riesgos Gestión /Seguridad y Salud en el Trabajo/Ambientales/Emergencia, crisis y seguridad pública/Documental/Fiscal.

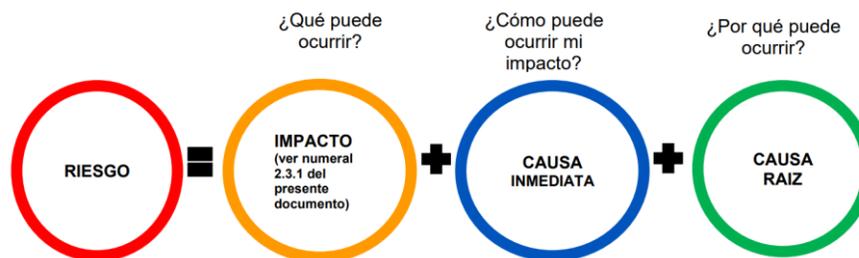


Imagen 4. Ejemplo de la Estructura para la descripción del Riesgo.  
Fuente. Metodología de Administración del Riesgo V11.

La falta de una redacción homogénea y coherente con la Metodología de Administración del Riesgo definida por la UARIV dificulta la adecuada identificación de causas, efectos y controles, así como la trazabilidad en el proceso de análisis y valoración. Asimismo, este vacío metodológico puede generar inconsistencias en la gestión y seguimiento de los riesgos, limitando la efectividad de los planes de tratamiento y el cumplimiento de los lineamientos normativos aplicables.

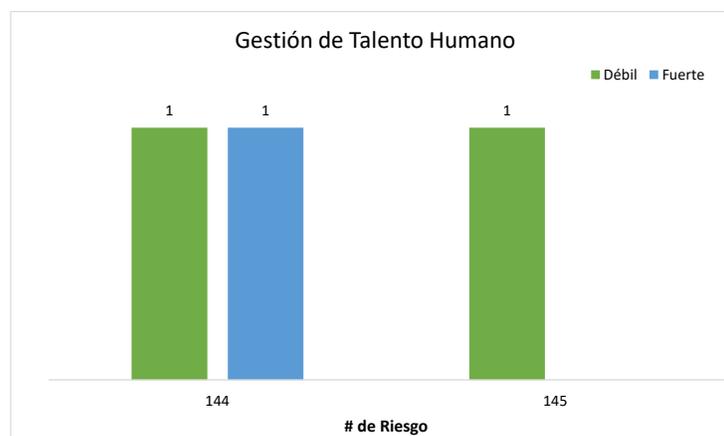
### 5.3.1.2. Proceso Gestión de Talento Humano

# Riesgo	Riesgo	Descripción del Control	Resultado	Zona	Comentario
			Resultado de la calificación del diseño del control actual	Rango del control actual del diseño	
144	Posibilidad de pérdida económica y reputacional ante los colaboradores y partes interesadas del Proceso de Gestión de Talento Humano por el incumplimiento normativos asociados al SG-SST y ambientes y hábitos de vida saludables	Los profesionales elaboran el Plan Anual de Trabajo de SST en el marco de ambientes seguros y hábitos de vida saludables, teniendo como base los requisitos legales y los procedimientos adoptados; al inicio de la vigencia se entrega la propuesta del Plan a la coordinación del grupo de gestión del talento humano, el Coordinador(a) revisará el documento; en caso de encontrarse inconsistencias en las actividades de este, se procederá con la devolución para realizar ajustes al documento, una vez aprobado el plan, este se socializa a las partes interesadas; en el evento que surja nueva normatividad se procederá a revisar y actualizar el plan. Evidencia: Plan Anual de Trabajo de SST aprobado	55	Debil	La Guía para la Administración del Riesgo indica que se debe identificar el cargo del servidor que ejecuta el control de manera específica "Cuando un control se hace de manera manual (ejecutado por personas) es importante establecer el cargo responsable de su realización." En la redacción del control, no se establece el propósito de su aplicación.
		Los profesionales de SST realizan el monitoreo trimestral al Plan Anual de Trabajo de SST, validando las actividades que no presentan ejecución y generando un plan de choque para el cumplimiento de las mismas; en caso de persistir la no ejecución de las actividades contempladas en el plan de choque, se procederá a escalar el tema a la coordinación de grupo de gestión de talento humano, con el fin ajustar el plan de trabajo para enviarlo nuevamente a aprobación por la alta dirección o quien haga sus veces. Evidencia: Acta de reunión, Plan Anual de Trabajo ajustado.	100	Fuerte	
145	Posibilidad de pérdida reputacional ante los colaboradores a nivel nacional y territorial por el desinterés y participación en las actividades del Plan Anual de Trabajo de SG-SST	El líder de SG-SST mensualmente informará mediante comunicación masiva a los colaboradores los lineamientos y protocolos de Seguridad y salud en el Trabajo vigente establecidos por la Entidad; en caso de que no se pueda comunicar por los medios establecidos, los profesionales de SG-SST socializaran de manera presencial las ofertas de las actividades y/o capacitaciones a los colaboradores de la entidad. Evidencia: Comunicaciones electrónicas y controles de asistencia.	85	Debil	En la redacción del control, no se establece el propósito de su aplicación "El control debe tener un propósito que indique para qué se realiza, y que ese propósito conlleve a prevenir las causas que generan el riesgo"... "Al momento de identificar los controles para mitigar el riesgo, debemos preguntarnos si es una actividad o un control".

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

Gestión de Talento Humano			
# de Riesgo	Cantidad de Controles	Débil	Fuerte
144	2	1	1
145	1	1	
<b>Totales</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

Tabla 6. Calificación de diseño de controles de los riesgos del proceso Gestión de Talento Humano.



Gráfica 6. Resultados de la calificación de diseño de controles de los riesgos del proceso Gestión de Talento Humano.

En resumen, la tabla y la gráfica anteriores muestran que, de los dos riesgos analizados en el proceso Gestión de Talento Humano, los 3 controles implementados presentan la siguiente distribución en su calificación: el 66.7% tiene una calificación débil y el otro 33.3% 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.

Por otro lado, durante el análisis realizado se evidencia que el proceso Gestión de Talento Humano no tiene identificados riesgos de gestión. En el marco de la *Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 6 del DAFP*, la gestión de riesgos constituye una herramienta estratégica que permite a las entidades identificar, valorar y mitigar los factores que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos misionales e institucionales. Dentro de este contexto, el proceso de Gestión de Talento Humano se configura como un eje crítico, dado que involucra los recursos humanos que soportan la operación institucional y la prestación de los servicios al ciudadano.

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

La incorporación de riesgos de gestión en este proceso es de alta relevancia debido a que este cuenta con procedimientos enfocados en la gestión humana considerada como un factor determinante para la eficiencia, eficacia y transparencia en la prestación del servicio a las víctimas. Un sistema de administración de riesgos en la gestión del Talento Humano permite alinear la planeación del recurso humano con la estrategia institucional.

### 5.3.1.3. Proceso Registro y Valoración

# Riesgo	Riesgo	Descripción del Control	Resultado	Zona	Comentario
			Resultado de la calificación del diseño del control actual	Rango del control actual del diseño	
104	Posibilidad de pérdida reputacional debido a la falta de formatos únicos de declaración FUD físicos remitidos desde la entidad y que estos no se reciban en las oficinas del Ministerio Público -MP- o la disposición de la herramienta Toma en Línea en el MP, así como el desconocimiento en el diligenciamiento del FUD por parte de los funcionarios, debido a la falta de recursos o insumos para la impresión o alistamiento de los mismos al interior de la entidad, así como el uso inadecuado de los mecanismos dispuestos para la toma de declaración.	El apoyo solicitudes FUD al procedimiento realiza un seguimiento semanal en la distribución de los Formatos Únicos de Declaración - FUD- a las oficinas del Ministerio Público a través del diligenciamiento del formato de Seguimiento distribución FUD, esto con el fin de tener su control y su debida trazabilidad. al identificar una solicitud de Formatos (Digital y/o física), se procede a la verificación con el fin de validar si han sido diligenciados y enviados a la UARIV. En los casos que se identifique problemas en la administración de los FUD se solicitará a MP información sobre estos formatos, no se autorizará el envío hasta tanto no se cuente con la información de la gestión de estos. Evidencia: Matriz de seguimiento y/o Correo electrónico MP.	100	Fuerte	
		El apoyo solicitudes FUD al procedimiento verifica mensualmente la cantidad de formatos a distribuir y programar la impresión de estos, posteriormente son enviados por correo certificado. En caso de que el Ministerio Público o las Direcciones Territoriales requieran los FUD de manera inmediata se enviarán mediante correo electrónico (formato PDF) con un código asignado a fin de que puedan ser impresos y se proceda a tomar la declaración. Evidencia: correo enviado de disponibilidad de formatos y/o la programación para la impresión de estos.	85	Debil	El diseño del control no relaciona las desviaciones: "...la actividad no debería continuarse hasta que se subsane la situación o si es un control que detecta una posible materialización de un riesgo, deberían gestionarse de manera oportuna los correctivos o aclaraciones a las diferencias presentadas u observaciones."
		El apoyo toma en línea de Gestión de la Declaración en conjunto el equipo de formaciones realiza espacios de capacitación y asistencias técnicas a Ministerio Público con el fin de garantizar el correcto uso de los diferentes mecanismos para la toma de declaración (Digital y/o física), esta actividad se desarrolla mensualmente o cuando sea solicitada por parte de un funcionario u oficina del ministerio o consulados. Para los casos que no se pueda desarrollar un espacio de formación con el funcionario se socializara el material informativo para la correcta toma de declaración vía correo electrónico. Evidencia: Acta de reunión y/o Correo electrónico.	100	Fuerte	
		El analista devoluciones trimestralmente socializa con las oficinas de Ministerio Público el boletín informativo con las declaraciones devueltas a estas, por inconsistencias en el mínimo de requisitos de los FUD allegados a la UARIV, con el fin de retroalimentar y buscar acciones de mejora frente al adecuado diligenciamiento del FUD. En caso de no remitir el boletín, se enviará por medio de correo electrónico un reporte de las devoluciones a los enlaces del MP con el fin de que sea retroalimentado con cada una de sus dependencias. Evidencias: Correo de Boletín informativo de devoluciones y/o Correo de reporte de devoluciones.	100	Fuerte	
105	Posibilidad de pérdida reputacional por el incumplimiento en los términos establecidos por la ley para la valoración de las solicitudes de inscripción en el Registro Único de Víctimas de Sujetos Colectivos que cuenten con los requisitos mínimos, debido a las dificultades para cotejar la información relacionada en la solicitud de inscripción de Víctimas de Sujetos Colectivos asociado a información requerida a otras entidades o Recepción de casos especiales que requieren una orientación jurídica particular, la identificación de presuntas irregularidades en la toma de la declaración o detección de posibles acciones irregulares al ingreso al registro y/o errores operativos asociados a los tiempos de radicación en el gestor documental.	El líder del procedimiento valoración sujetos colectivos reporta el seguimiento mensual realizado a las declaraciones próximas a vencer, esto con el fin de realizar un control de las declaraciones que se encuentran asignadas y no asignadas, se encuentran en estados pendientes por valorar, contribuyendo de esta manera a la efectividad en el cumplimiento de la meta mensual, evitando la valoración de declaraciones fuera de términos. En caso de incumplimientos recurrentes en el trámite de las declaraciones se solicitará información adicional de las razones por las que las declaraciones se encuentran vencidas. Evidencia: Correos electrónicos con las alertas de las declaraciones próximas a vencer.	100	Fuerte	
		El líder del procedimiento de valoración de sujetos colectivos cada vez que se requiera a través del correo electrónico solicita al equipo de línea de la DRGI y/o al equipo base de la SVR los lineamientos jurídicos pertinentes para proceder con la valoración de los casos que requieren una orientación jurídica, esto con el fin de cumplir con una respuesta de inscripción en el RUV. En caso de no recibir el lineamiento pertinente se reitera la solicitud de respuesta a cualquiera de los dos equipos. Evidencia: Correo electrónico con el requerimiento.	100	Fuerte	
		El líder de procedimiento de valoración de sujetos colectivos cada vez que se requiera realiza solicitud mediante oficio de comunicación a otras entidades en lo referente a la existencia y reconocimiento de los sujetos colectivos solicitantes como insumo para tomar la decisión en los términos establecidos en la ley. En caso de requerir información externa se realizara la búsqueda en base de ministerio de interior dispuesta por la SRNI. Evidencia: Oficio de solicitud de información y/o Consolidado de base ministerio del interior.	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: 20 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	
106	Posibilidad de pérdida reputacional Incumplimiento en la valoración de las solicitudes de inscripción de eventos de tipo masivo en el Registro Único de Víctimas, de acuerdo con los términos establecidos por la ley. Recepción de casos especiales que requieren una orientación jurídica particular; las fallas operativas tecnológicas en los aplicativos y desarrollos a cargo de la SRNI (RUV, SIRAV, VIVANTO, ARCHIDHU); las inconsistencias en la información relacionada en la solicitud de inscripción de víctimas (FUD, Anexos, Censo y soportes adjuntos).	El líder del procedimiento, cada vez que se requiera, realizará el seguimiento al correo electrónico con solicitud de orientación jurídica para casos especiales. Cuando no se tenga respuesta de las solicitudes en 4 días hábiles, se escalará el caso a nivel directivo para tomar la respectiva decisión. Evidencia: Correo electrónico	100	Fuerte	
		El apoyo operativo de masivos, cada vez que se requiera, reporta la falla tecnológica que afecta a alguna declaración de tipo masivo por medio de correo electrónico y/o la plataforma ARANDA. En caso de no obtener respuesta en 2 días hábiles, se reiterará la solicitud por correo electrónico. Evidencia: Correo electrónico y/o reporte de ARANDA	85	Debil	En la redacción del control, no se establece el propósito de su aplicación "El control debe tener un propósito que indique para que se realiza, y que ese propósito conlleve a prevenir las causas que generan el riesgo". "Al momento de identificar los controles para mitigar el riesgo, debemos preguntarnos si es una actividad o un control".
		El líder del procedimiento, cada vez que se requiera, alertará por medio de correo electrónico al equipo de Formaciones de la DRGI para retroalimentar al Ministerio Público en los casos donde se haya evidenciado una mayor cantidad de inconsistencias en el diligenciamiento del FUD. En caso de no generarse el espacio de formación en un plazo de un mes, se reiterará la solicitud por medio de correo electrónico. Evidencia: Correo electrónico	100	Fuerte	
		El líder del procedimiento, cada vez que se requiera, establecerá comunicación directa con Ministerio Público a través de correo electrónico para solicitar información que permita subsanar las inconsistencias de la declaración. En caso de no obtener respuesta en 5 días hábiles, se le informará a través de correo electrónico al procedimiento de Gestión de la Declaración, para que se realice el respectivo trámite de devolución. Evidencia: Correo electrónico	100	Fuerte	
107	Posibilidad de pérdida reputacional incumplimiento en los términos legales para la valoración de las solicitudes de inscripción en el Registro Único de Víctimas, así como el incumplimiento del cronograma para la revisión de declaraciones negadas por extemporaneidad, 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; atención oportuna de casos especiales que requieren revisión de línea jurídica, así como lo que se contemplan por extemporaneidad; la identificación de presuntas irregularidades en la toma de la declaración y/o detección de posibles acciones irregulares al ingreso al registro para casos en terminos y los de valoración por extemporaneidad.	Los líderes de procedimiento reportan 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.	70	Debil	La Guía para la Administración del Riesgo indica que se debe identificar el cargo del servidor que ejecuta el control de manera específica "Cuando un control se hace de manera manual (ejecutado por personas) es importante establecer el cargo responsable de su realización." Para este caso, no se tiene un responsable específico para la aplicación del control.
		Los líderes de 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: data SIRAV, correo electrónico y/o acta de compromiso.	70	Debil	La Guía para la Administración del Riesgo indica que se debe identificar el cargo del servidor que ejecuta el control de manera específica "Cuando un control se hace de manera manual (ejecutado por personas) es importante establecer el cargo responsable de su realización." Para este caso, no se tiene un responsable específico para la aplicación del control.
		Los líderes del procedimiento cada vez que se requiera a través del correo electrónico solicita orientación o direccionamiento jurídico al Equipo Base de la SVR y/o a Línea Jurídica DRGI de acuerdo al caso particular, para proceder con las recomendaciones técnicas o jurídicas de los casos especiales y de extemporaneidad. Evidencia: Correo electrónico con el requerimiento.	40	Debil	En la redacción del control, no se establece el propósito de su aplicación "El control debe tener un propósito que indique para que se realiza, y que ese propósito conlleve a prevenir las causas que generan el riesgo". "Al momento de identificar los controles para mitigar el riesgo, debemos preguntarnos si es una actividad o un control".
		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.	55	Debil	El diseño del control no relaciona las desviaciones: "...la actividad no debería continuarse hasta que se subsane la situación o si es un control que detecta una posible materialización de un riesgo, deberían cuestionarse de manera oportuna los
108	Posibilidad de pérdida reputacional por una emisión inadecuada de los oficios de comunicación y/o actos administrativos por dificultades en el análisis de la orden judicial, así como inconsistencias en el cargue de datos en el RUV, debido a ausencia de información y/o plena identificación de las víctimas que permita cumplir con la totalidad de la orden, además no seguir los lineamientos relacionados con los marcos normativos de las órdenes judiciales a cumplir.	El líder de procedimiento cada vez que se requiera solicita al fondo de reparaciones o la oficina asesora jurídica el desarrollo de mesas de trabajo con el fin de tratar temas relacionados a la ausencia de información en las órdenes judiciales, así como trabajar en las diferentes aclaraciones que se deben solicitar a los despachos judiciales. En caso de no realizar mesas de trabajo se requerirá vía correo electrónico la adaración o información correspondiente de la orden judicial a cumplir Evidencia: Actas de reunión y/o Correos electrónicos.	100	Fuerte	
		El analista de calidad identifica de manera mensual, el número de Ordenes revisadas por cada analista, errores frecuentes, devoluciones de calidad, lo cual permite identificar posibles omisiones o análisis inadecuados de órdenes judiciales. Para los casos en los que se evidencie errores frecuentes se realizara una alerta por medio de correo electrónico indicando los errores identificados reiterados que se presentaron. Evidencia: reporte de calidad por la línea de trabajo y/o correo electrónico.	100	Fuerte	
		El líder de procedimiento y los analistas cada vez que se requiera, desarrollan mesas de trabajo conjuntas con el fin de revisar las ordenes que se consideren requieren de un análisis mayor para su cumplimiento, con el fin de decidir el mecanismo que se deberá seguir para su cumplimiento, ya sea línea de trabajo interno o escalamiento a otras dependencias. Para el caso en el que no se realicen mesas de trabajo el desarrollo del caso se enviara a través de correo electrónico a los analistas del procedimiento Evidencias: Acta de reunión y/o correo electrónico.	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: 21 de 35

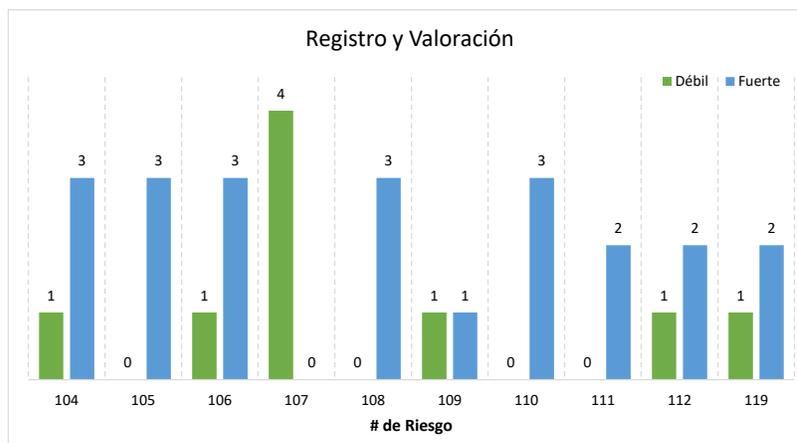
# Riesgo	Riesgo	Descripción del Control	Resultado	Zona	Comentario
			Resultado de la calificación del diseño del control actual	Rango del control actual del diseño	
109	Posibilidad de pérdida económica y reputacional al no cumplir las acciones constitucionales en los tiempos establecidos y que se allegue una sanción para la dependencia, así como no atender oportunamente a solicitudes de peticiones queja y reclamos (PQR) con los insumos requeridos, por falta de información para la gestión o demoras en las respuestas de casos por parte de otras dependencias, otros procedimientos de Registro y Gestión de la información o externos a la entidad y/o la demora en toma de decisiones estratégicas institucionales para resolver casuísticas particulares.	El equipo de apoyo técnico realiza diariamente el seguimiento a las solicitudes de acuerdo con la línea de trabajo, a fin de verificar los insumos remitidos por las diferentes dependencias y así dar respuesta a las solicitudes de PQR, acciones constitucionales, Proyección de Actuaciones administrativas posteriores a la valoración inicial, marcación de relación Cercana y suficiente, normalización y/o levantamiento restricción. Para la solución de casos específicos se desarrolla planes conjuntos de contingencia con dependencias o equipos de trabajo. Evidencia: correos de seguimiento a procedimiento y/o correo electrónico de contingencia.	55	Debil	La Guía para la Administración del Riesgo indica que se debe identificar el cargo del servidor que ejecuta el control de manera específica "Cuando un control se hace de manera manual (ejecutado por personas) es importante establecer el cargo responsable de su realización." Para este caso, no se tiene un responsable específico para la aplicación del control.  El diseño del control no relaciona las desviaciones: "...la actividad no debería continuarse hasta que se subsane la situación o si es un control que detecta una posible materialización de un riesgo, deberían gestionarse de manera oportuna los preventivos o acciones a las desviaciones."
		El líder de vía administrativa remite a los líderes de los procedimientos semanalmente por correo las alertas en cuanto a los tiempos de atención y vencimientos de las solicitudes escaladas previamente, con el fin de brindar una respuesta oportuna a las solicitudes. En caso de contarse con solicitudes de atención prioritaria se remitirá vía correo electrónico la alerta a los procedimientos encargados por retrasos en la atención de manera individual. Evidencia: Correos electrónicos de seguimiento.	100	Fuerte	
110	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 deben requerir a otros procedimientos, dependencias o equipos de trabajo de la entidad, excediendo los tiempos establecidos para el trámite.	El apoyo de procedimiento cada vez que 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 las alertas de 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 glosos por vencer.	100	Fuerte	
		El apoyo de procedimiento quincenalmente realiza análisis de la calidad, para identificar los aspectos a fortalecer en la operación tales como, retroalimentaciones, reforzados 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 gestione o tramite la actualización. Evidencia: Actas de capacitación y/o Correos de retroalimentación.	100	Fuerte	
		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.	100	Fuerte	
111	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, retraso o falta de precisión en la solicitud o recepción de insumos necesarios para atender a las solicitudes y que son competencia de otras dependencias, procedimientos o equipos de la Entidad.	El líder del procedimiento de Observatorio cada vez que se requiera revisa que los productos o servicios cumplan con los mínimos de calidad, con el fin de garantizar términos de redacción, puntuación, ortografía y calidad y remitirá esto vía correo electrónico. En caso de no cumplir con los parámetros y no encontrarse el colaborador para los ajustes se realizará la reasignación del caso a un nuevo colaborador para los ajustes. Evidencia: Correo electrónico de devolución de calidad y/o Correo de reasignación.	100	Fuerte	
		El técnico de apoyo o líder del procedimiento de Observatorio cuando se requiera envía por medio de correo electrónico, las especificaciones adicionales o aclaraciones del material propuesto 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, se gestionará el requerimiento con las especificaciones iniciales. Evidencia: Correos de solicitud aclaración de información y/o devolución.	100	Fuerte	
112	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, así como la omisión en la aplicación de criterios de asignación o seguimiento de casos.	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 respuesta se evalúa la posibilidad de reiteración de este. Evidencia: Semáforo de Oficios para Restringidos y Alertas de Fraude.	100	Fuerte	
		El apoyo administrativo cuando identifique casos urgentes de registrarlos en formato bitácora alertas de fraude (hoja casos urgentes), con el objetivo de individualizar dichos casos para y poder realizar seguimiento particular a los mismos. En caso de no encontrarse registrado en este formato, se podrá identificar un caso urgente en la carpeta Sherapoint alertas de fraude, casos urgentes-solo asignar con aval de la líder. Evidencia: Formato actualizado bitácora alertas de fraude	100	Fuerte	
		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.	85	Debil	No se ha definido periodicidad según los criterios de la Guía "El control debe tener una periodicidad específica para su realización (diario, mensual, trimestral, anual, etc.) y su ejecución debe ser consistente y oportuna para la mitigación del riesgo..."  Hay controles que no tienen una periodicidad específica como, por ejemplo, los controles que se ejecutan en el proceso de contratación de proveedores solo se ejecutan cuando se contrata proveedores. La periodicidad debe quedar redactada de tal forma que indique que cada vez que se desarrolla la actividad se ejecuta el control."

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>FORMATO DE INFORMES</b>	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Páginas: 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	
119	Posibilidad de pérdida reputacional como consecuencia que una parte interesada interna o externa, realice una inadecuada recepción, ubicación, envío, acceso, preservación, custodia y recuperación de los documentos físicos y/o digitales generados, así como la implementación de nuevas herramientas de archivo que no permitan una adecuada integración entre los diferentes lenguajes de las demás herramienta existentes, debido a que los nuevos desarrollos causan dificultades operativas en el archivo y generación de información como en el adecuado resguardo digital en sus diferentes etapas (Pérdida, duplicidad y deterioro de la información), así como pérdida de documentación física por factores externos de seguridad (Hurto de información).	El apoyo procedimiento Gestión de la Declaración diariamente verifica e identifica los errores, duplicidad de declaraciones o ausencia de mínimos de requisitos para las declaraciones allegadas a través de las herramientas tecnológicas (gestor documental), con el fin de realizar el reporte de los inconvenientes identificados a la mesa de servicios del gestor documental y así brindar una solución a las casusticas en particular, en caso de no tener una respuesta oportuna por parte de la mesa de servicios del gestor documental se realiza contacto directo vía correo electrónico con el ingeniero delegado para la solución de estos errores. Evidencia: Descarga de de reportes incidentes gestor documental y/o correo electrónico del reporte de incidentes.	100	Fuerte	
		Los lideres de procedimientos reportan cada vez que se requiera mediante bitácora de incidentes los inconvenientes que presenten respecto a la integración entre el gestor documental y las diferentes herramientas tecnológicas con las que cuenta el proceso para consulta o gestión de información. Con el fin de identificar los diferentes errores que se presenten con estas integraciones. En caso de no ser reportada por medio de la bitácora el error presentado es escalado directamente a la mesa de servicios del gestor documental. Evidencia: bitácora de incidentes.	70	Debil	La Guía para la Administración del Riesgo indica que se debe identificar el cargo del servidor que ejecuta el control de manera específica "Cuando un control se hace de manera manual (ejecutado por personas) es importante establecer el cargo responsable de su realización." Para este caso, no se tiene un responsable específico para la aplicación del control.
		El apoyo a procedimiento cada vez que se requiera generar una devolución a ministerio público de un Tomato unico de declaración por faltantes en el mínimo de requisitos, solicita a Gestión Documental la Digitalización del documento y sus soporte con fines probatorios, con el fin de contar con una copia fiel de la información allegada inicialmente a la UNARIV y así proceder con la devolución física de la declaración. En caso de pérdida de documento por Hurto o deterioro se contara en la entidad con una copia digital con la cual se continuara con los tramites necesarios. Evidencia: Correo electrónico	100	Fuerte	

Registro y Valoración			
# de Riesgo	Cantidad de Controles	Débil	Fuerte
104	4	1	3
105	3	0	3
106	4	1	3
107	4	4	0
108	3	0	3
109	2	1	1
110	3	0	3
111	2	0	2
112	3	1	2
119	3	1	2
<b>Totales</b>	<b>31</b>	<b>9</b>	<b>22</b>

Tabla 7. Calificación de diseño de controles de los riesgos del proceso Registro y Valoración.



Gráfica 7. Resultados de la calificación de diseño de controles de los riesgos del proceso Registro y Valoración.

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

En resumen, la tabla y la gráfica anteriores muestran que, de los diez riesgos analizados en el proceso Registro y Valoración, los 31 controles implementados presentan la siguiente distribución en su calificación: el 29% tiene una calificación débil y el otro 71% 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.

A nivel general, se considera necesario evaluar y ajustar la redacción de los controles, de conformidad con los parámetros establecidos en la *Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 6 del DAFP*. En particular, se evidencia que en la mayoría de los casos no se identifica de manera precisa el cargo del servidor público responsable de la ejecución del control. La guía establece que "Cuando un control se hace de manera manual (ejecutado por personas) es importante establecer el cargo responsable de su realización". La ausencia de esta claridad puede generar vacíos en la asignación de responsabilidades y dificulta la verificación de quien ejecuta el control. En este sentido, se recomienda realizar un ajuste integral en la formulación de los controles, incorporando de manera explícita el cargo responsable de su ejecución, con el fin de fortalecer la efectividad, la transparencia y la alineación con las buenas prácticas de gestión pública.

#### 5.3.1.4. Dirección Territorial Córdoba

# Riesgo	Riesgo	Descripción del Control	Resultado	Zona
			Resultado de la calificación del diseño del control actual	Rango del control actual del diseño
195	Posibilidad de pérdida económica y reputacional ante las Víctimas y entes de control por sanciones a las territoriales por no prestar atención y orientación a quienes acuden al Centro Regional de Atención y/o PAV en la territorial o hacerlo de forma inadecuada	Los profesionales de Servicio al Ciudadano reportan diariamente las incidencias presentadas en la Dirección Territorial con las herramientas de consulta y/o la conectividad, a través del diligenciamiento de un link dispuesto por el NN de la Unidad para las Víctimas, con el objetivo de que el líder de acompañamiento, revise y subsane la incidencia reportada. En caso de que no obtener una respuesta positiva inmediata sobre la incidencia reportada, se procede a informar a los usuarios lo ocurrido con las herramientas de consulta y se reprograma la atención. <b>Evidencia: Reporte de diario de Bitácora de novedades y base de reprogramación (si aplica).</b>	100	Fuerte
196	Posibilidad de pérdida reputacional ante las Víctimas por no implementar las estrategias o acciones de forma eficaz que garanticen una atención u orientación digna y diferencial	Los Profesionales de Servicio al Ciudadano y Psicosocial encargados de las estrategias y jornadas, mensualmente y/o cada vez que tenga programación de las actividades, reporta el plan de seguimiento en la plataforma COMR, con el objetivo de verificar las condiciones ambientales y de seguridad de la zona. En caso de presentarse alguna condición desfavorable se le informa al enlace municipal y nacional para reprogramar la jornada cuando las condiciones sean óptimas. <b>Evidencia: Correo del COMR y/o correo al enlace cuando se requiera.</b>	100	Fuerte
		La Profesional Psicosocial encargada de la implementación de las estrategias presenciales grupales (Tejiéndonos), mensualmente y/o cada vez que se vaya a realizar la actividad, convocará a los usuarios por correo electrónico y/o llamadas telefónicas, con el objetivo de cumplir con la implementación de las estrategias de enfoque psicosocial. En caso de que no se pueda realizar la estrategia psicosocial se remitirá correo electrónico reprogramando la actividad o realizando la alerta correspondiente. <b>Evidencia: Correos electrónicos</b>	100	Fuerte

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

Dirección Territorial Córdoba			
# de Riesgo	Cantidad de Controles	Débil	Fuerte
195	1	0	1
196	2	0	2
<b>Totales</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>

Tabla 8. Calificación de diseño de controles de los riesgos de la D.T. Córdoba.



Gráfica 8. Resultados de la calificación de diseño de controles de los riesgos de la D.T. Córdoba.

En resumen, la tabla y la gráfica anteriores muestran que, de los dos riesgos analizados en la Dirección Territorial Córdoba, los 3 controles implementados, es decir el 100% tienen una calificación fuerte. Es importante destacar que, aunque la totalidad de los controles hayan obtenido una calificación fuerte, su estructura debe ser revisada constantemente 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 Bolívar y San Andrés

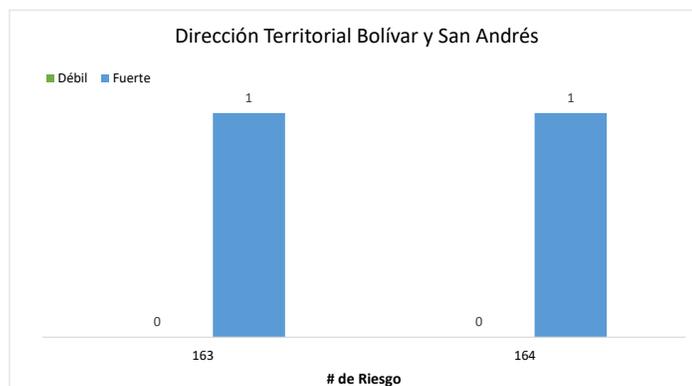
# Riesgo	Riesgo	Descripción del Control	Resultado	Zona
			Resultado de la calificación del diseño del control actual	Rango del control actual del diseño
163	Posibilidad de pérdida reputacional ante las entidades del SNARIV y las víctimas por no brindar asistencia técnica o insatisfacción en la realización de las mismas	Los profesionales y contratistas de los procesos de gestión de la información, gestión interinstitucional, reparación integral, prevención urgente y atención en la inmediatez, por lo menos una vez al trimestre, efectúan solicitudes, reuniones, jornadas, talleres de formación y asistencia técnica sobre las responsabilidades del SNARIV en los procesos de atención, asistencia y reparación, con el propósito de articular y maximizar la capacidad operativa del equipo humano de la dirección territorial; mantener informado a los miembros del SNARIV de estos procesos y hacerle seguimiento a las obligaciones legales de las distintas entidades en relación con los procesos de gestión de la información, gestión interinstitucional, reparación integral (retornos y reubicaciones), prevención urgente y atención en la inmediatez. En caso de observar que no hay participación de las entidades del SNARIV, el equipo de la dirección territorial informará de la situación a las dependencias del nivel nacional de la Unidad para la Atención y Reparación a las Víctimas, para que ésta oriente sobre las actividades para promover el cumplimiento de las obligaciones de las entidades del SNARIV. De estos espacios se pueden generar informes, solicitudes, actas y correos electrónicos	100	Fuerte

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

# Riesgo	Riesgo	Descripción del Control	Resultado	Zona
			Resultado de la calificación del diseño del control actual	Rango del control actual del diseño
164	Posibilidad de pérdida reputacional ante las víctimas y la sociedad en general por la falta de atención, asistencia y reparación	Los profesionales y contratistas de los procesos de reparación integral, relación con el ciudadano, direccionamiento estratégico y la directora territorial, se reúnen con el objetivo de realizar revisión, balance y emitir directrices frente al estado de la atención, asistencia y reparación en los municipios de competencia de la dirección territorial. Se realizan por lo menos dos reuniones al año. En caso de observar que las directrices emitidas por la dirección territorial no logran cumplir con las obligaciones de atención, asistencia y reparación que le corresponden a esta dependencia territorial, el equipo de la dirección territorial informará de la situación a las dependencias del nivel nacional de la Unidad para la Atención y Reparación a las Víctimas para recibir orientaciones para superar esta situación. De estas actividades se puede generar algunas de las siguientes evidencias: actas, correos, informes, solicitudes y listados de asistencia.	100	Fuerte

Dirección Territorial Bolívar y San Andrés			
# de Riesgo	Cantidad de Controles	Débil	Fuerte
163	1	0	1
164	1	0	1
<b>Totales</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>

Tabla 9. Calificación de diseño de controles de los riesgos de la D.T. Bolívar y San Andrés.



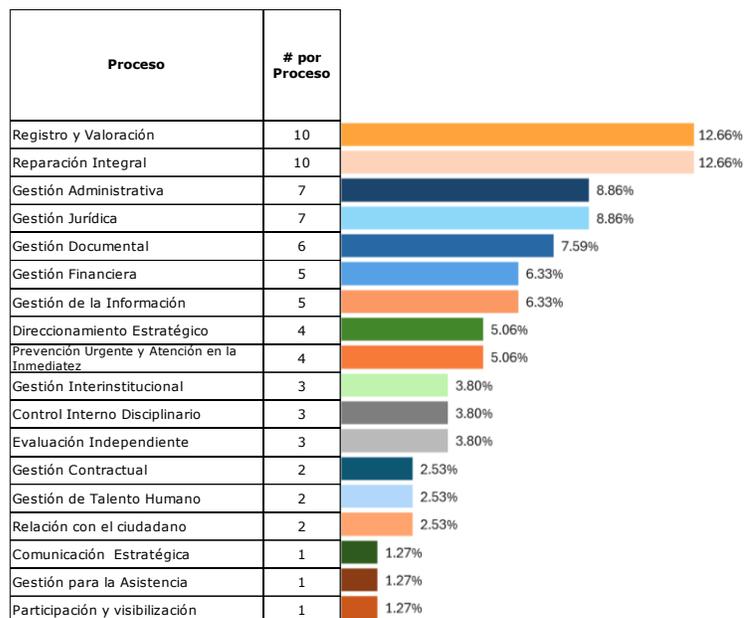
Gráfica 9. Resultados de la calificación de diseño de controles de los riesgos de la D.T. Bolívar y San Andrés.

En resumen, la tabla y la gráfica anteriores muestran que, de los dos riesgos analizados en la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés, los 2 controles implementados, es decir el 100% tienen una calificación fuerte. Es importante destacar que, aunque la totalidad de los controles hayan obtenido una calificación fuerte, su estructura debe ser revisada constantemente 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.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>FORMATO DE INFORMES</b>	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 26 de 35

#### 5.4. Riesgos por procesos

Los resultados que se presentan a continuación se centran exclusivamente en 79 los riesgos de gestión, así como en los relacionados con la salud y la seguridad en el trabajo, documentales, fiscales y ambientales asociados a los 18 procesos institucionales.

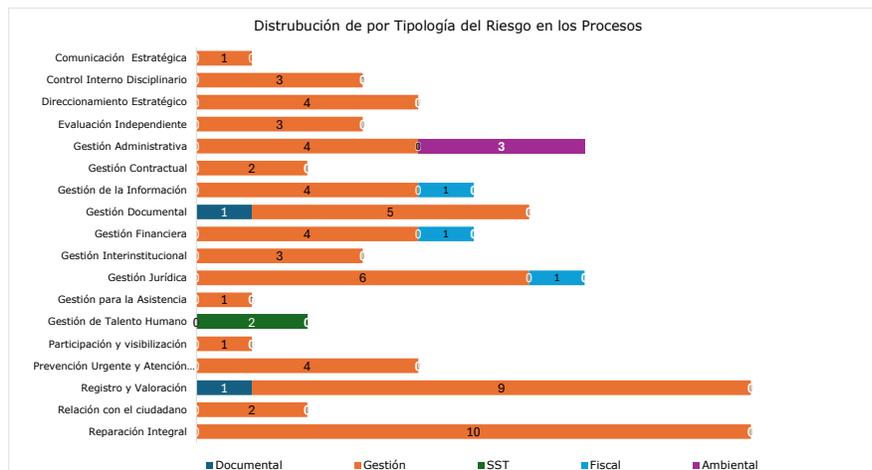


Gráfica 10. Distribución porcentual de riesgos por proceso.

La gráfica anterior muestra que los procesos de Registro y Valoración y Reparación Integral presentan el mayor porcentaje de riesgos identificados alcanzando un 12.66%. 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. Les siguen los riesgos identificados en los procesos Gestión Administrativa y Gestión Jurídica con un 8.86% y continua el proceso Gestión Documental con 7.59% los cuales 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.

En relación con lo anterior, la Unidad ha definido siete (7) tipos de riesgos: de gestión, corrupción, seguridad de la información/digital, ambiental, seguridad y salud en el trabajo, documental y fiscales. En la siguiente gráfica se muestra la distribución de cinco tipos de riesgos de acuerdo con el alcance del informe.

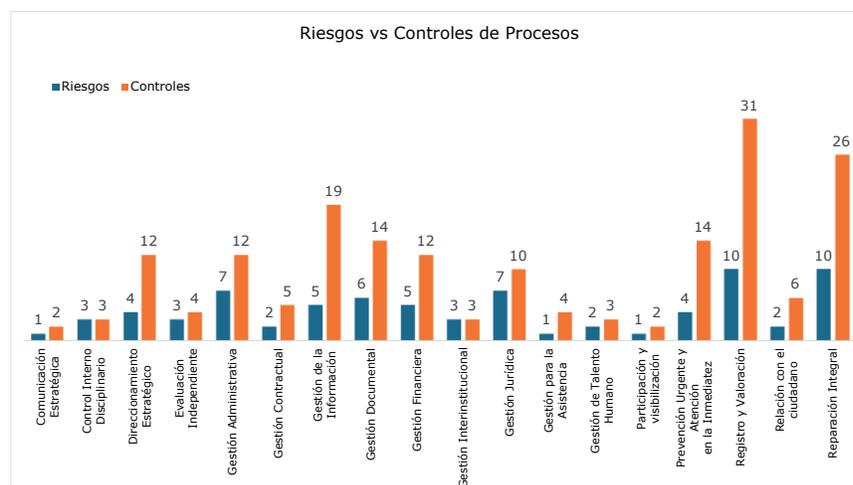
 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>FORMATO DE INFORMES</b>	Código: 120.19.15-10
	<b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b>	Versión: 06
	<b>PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES</b>	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 27 de 35



Gráfica 11. Distribución por tipología del riesgo por procesos

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 2 riesgos relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo (SST). Para la vigencia 2025, se han definido 3 riesgos fiscales en los procesos Gestión de la Información, Gestión Financiera y Gestión Judicial. Los procesos que presentan mayor cantidad de riesgos de gestión son Reparación Integral, Registro y Reparación, así como Gestión Jurídica y Gestión Administrativa. En contraste los procesos Comunicación Estratégica, Participación y Visibilización 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.



Gráfica 12. Cantidad de Riesgos y controles por procesos.

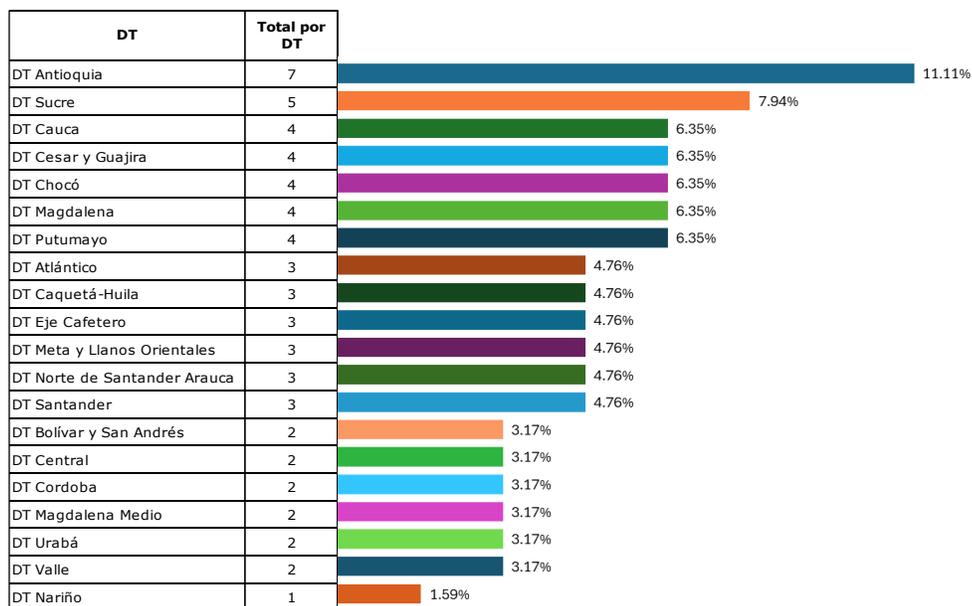
 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>FORMATO DE INFORMES</b>	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Páginas: 28 de 35

Se observa que el proceso de Direccionamiento Estratégico, aunque presenta 4 riesgos, ha estructurado 12 controles para abordar y prevenir la materialización de estos. De manera similar, el proceso de Gestión de la Información cuenta con 5 riesgos, respaldados por 19 controles.

Por otro lado, el proceso Registro y Valoración tiene identificados 10 riesgos y ha implementado 31 controles para su mitigación. Finalmente, el proceso Reparación Integral presenta 10 riesgos con un total de 26 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.

### 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 63 riesgos de gestión, reflejando así los desafíos específicos que enfrentan en el cumplimiento de sus funciones.



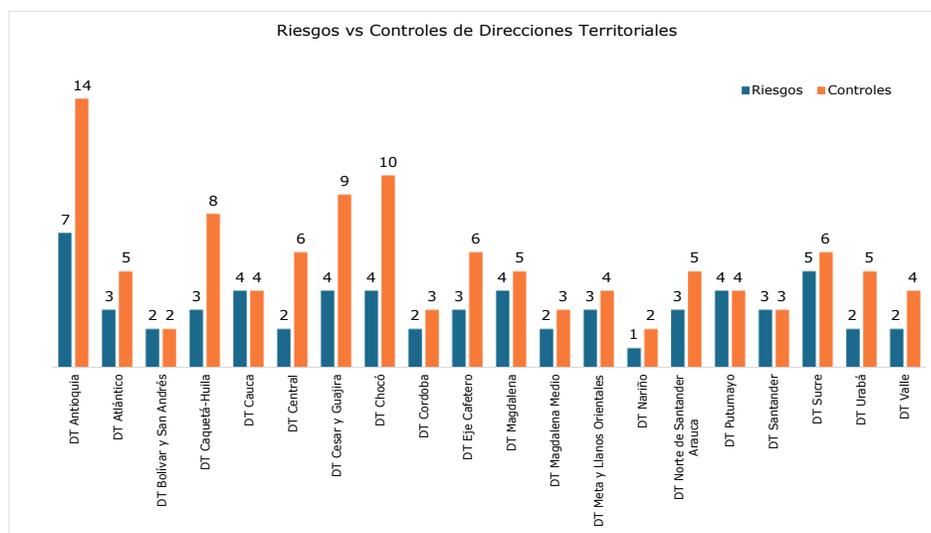
Gráfica 13. Distribución porcentual de riesgos por Direcciones Territoriales.

La gráfica anterior refleja la distribución porcentual de los riesgos en las diferentes Direcciones Territoriales destacándose que la Dirección Territorial Antioquia concentra el mayor porcentaje de riesgos identificados alcanzando un 11.11%, seguida de Sucre con 7.94%. Un grupo intermedio

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

conformado por seis las Direcciones Territoriales Cauca, Cesar-Guajira, Chocó, Magdalena y Putumayo registran 6.35% cada una, mientras que otro bloque en el que se encuentran las Direcciones Territoriales Atlántico, Caquetá-Huila, Eje Cafetero, Meta y Llanos Orientales, Norte de Santander-Arauca y Santander presentan 4.76% cada una.

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.



Gráfica 14. Cantidad de Riesgos y controles por Dirección Territorial.

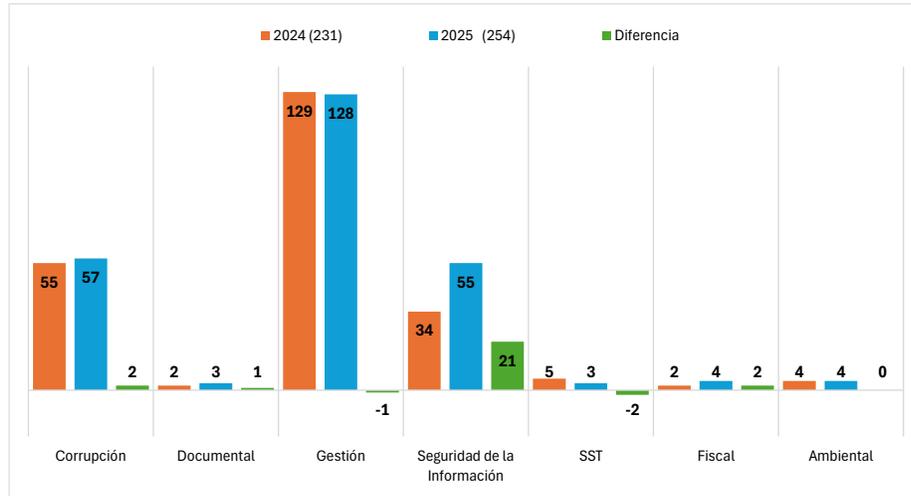
Se observa que la Dirección Territorial Cesar-Guajira, aunque presenta 4 riesgos, ha estructurado 9 controles para abordar y prevenir la materialización de estos. De manera similar, la Dirección Territorial Antioquia cuenta con 7 riesgos, respaldados por 14 controles.

Por otro lado, la Dirección Territorial Central tiene identificados 2 riesgos y ha implementado 6 controles para su mitigación. Finalmente, la Dirección Territorial Chocó presenta 4 riesgos con un total de 10 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.

## 6. ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO HISTORICO.

Para el análisis del comportamiento histórico de la evaluación de los riesgos materializados, se toma como referencia el año 2024 y el primer semestre del 2025.

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



Gráfica 15. Comparativa tipología de riesgos identificados 2024 Vs 2025.

La gráfica presenta la comparación de la cantidad de riesgos identificados en la matriz institucional entre los años 2024 con 231 riesgos y 2025 con 254 riesgos, lo que representa un incremento neto de 23 riesgos, equivalente al 9.95%. Adicionalmente, se evidencia el comportamiento de la clasificación por tipologías de riesgos: Corrupción, Documental, Gestión, Seguridad de la Información, Seguridad y Salud en el Trabajo, Fiscal y Ambiental.

En el análisis comparativo se destaca el aumento significativo en los riesgos de Seguridad de la Información, que pasaron de 34 el año 2024 a 55 en 2025, lo que corresponde a 21 riesgos adicionales equivalente a un crecimiento de 61.8%. Este comportamiento refleja el fortalecimiento de la Entidad frente a las amenazas digitales, ciberseguridad y protección de la información. Por otro lado, los riesgos asociados a la Seguridad y Salud en el Trabajo pasaron de 5 en 2024 a 3 en el año 2025, lo que representa una disminución del 40%.

En términos generales, los resultados ponen de manifiesto la necesidad de mantener un monitoreo constante y diferenciado por tipología, priorizando aquellos ámbitos en los que se observa un crecimiento marcado, como la Seguridad de la Información y los riesgos fiscales, sin descuidar la sostenibilidad de los demás tipos de riesgos.

## 7. ENFOQUE BASADO EN RIESGOS.

Tras el análisis del Mapa de Riesgos Institucional para la vigencia 2025, la Oficina de Control Interno identificó aspectos que podrían representar desafíos en el control y seguimiento de los riesgos de la

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>FORMATO DE INFORMES</b>	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 31 de 35

Entidad. Según los resultados de la muestra de controles tomada el 37% 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 de manera reiterativa que el formato actual del Mapa de Riesgos no resulta intuitivo ni facilita su interpretación, lo que incrementa la posibilidad de errores en el manejo, análisis y reporte de la información. Esta limitación en la presentación no solo dificulta la comprensión integral de los riesgos y sus impactos, sino que también puede afectar la adecuada formulación de estrategias de mitigación comprometiendo el cumplimiento de objetivos institucionales y generar decisiones basadas en datos poco claros. Desde la perspectiva de esta Oficina, la situación mencionada representa una debilidad en los mecanismos de control interno, dado que el instrumento central de reconocimiento del riesgo pierde efectividad al no ser comprendido con claridad por los usuarios finales.

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 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.

## 8. CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE EVIDENCIAS

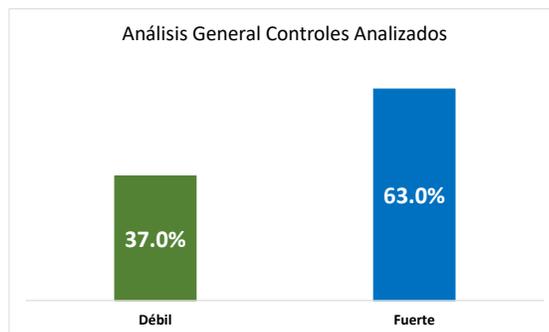
En conformidad con el análisis efectuado por la Oficina de Control Interno, en cumplimiento de su rol de *“Realizar seguimiento al mapa de riesgos institucional”*, concluye lo siguiente:

El Mapa de Riesgos Institucional que se gestionó en el primer semestre vigencia 2025, se mantuvo en su versión de abril 2025, sin ninguna solicitud de modificación. A nivel general el Matriz de Riesgo Institucional *“Mapa-de-Riesgos-Institucional-2025-V2-VF”* contiene 254 riesgos identificados clasificados en: Riesgos de gestión, de Seguridad y Salud en el Trabajo, Documentales, Ambientales, Fiscales, Corrupción y de Seguridad de la Información.

De acuerdo con el alcance se han identificado un total de 142 riesgos, para los cuales se han establecido 301 controles. De estos controles, el 57.8% son de tipo preventivo, diseñados para mitigar la probabilidad de que ocurran incidentes. El 27.2% son controles detectivos, orientados a identificar y registrar eventos no deseados en el momento en que ocurren. Por último, el 14.6% restante corresponde a controles correctivos, que se implementan para abordar y remediar las situaciones ya ocurridas.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>FORMATO DE INFORMES</b>	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 32 de 35

Una vez evaluado el diseño y estructura de los controles, se identifica que de la muestra tomada de los procesos Gestión de la Información, Gestión de Talento Humano, Registro y Valoración, así como en las Direcciones Territoriales Córdoba, Bolívar y San Andrés para un total de 58 controles, el 37%, 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 63% 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.



Gráfica 16. Consolidado General de los Controles Analizados.

En relación con lo anterior, la Oficina de Control Interno recomienda el fortalecimiento de los controles valorados como débiles mediante un plan de mejora que defina con claridad al responsable, la periodicidad de aplicación y los mecanismos de verificación, en concordancia con la *Guía para la Administración del Riesgo y Diseño de Controles del DAFP*. Asimismo, revisar los controles calificados como fuertes, con el fin de asegurar su sostenibilidad en el tiempo y su capacidad de adaptación frente a cambios normativos, tecnológicos y operativos.

De los 18 procesos establecidos por la entidad, se han identificado un total de 79 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 193 controles diseñados para mitigarlos y garantizar la integridad de los procesos.

Lo que respecta a las direcciones territoriales, se han identificado 63 riesgos, de los cuales 62 corresponden a riesgos de gestión, mientras que en la Dirección Territorial Antioquia ha identificado un riesgo fiscal. Para abordar estos riesgos, se han establecido 108 controles orientados a mitigar sus impactos y mejorar la eficiencia en la gestión.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>FORMATO DE INFORMES</b>	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 33 de 35

Para la vigencia 2025 se identificaron cuatro riesgos de tipología fiscal asociados a los procesos de Gestión de la Información, Gestión Jurídica, Gestión Financiera y en la DT Antioquia. En este sentido, la Oficina de Control Interno recomienda a la Entidad fortalecer la identificación de riesgos fiscales, y con ello, garantizar que los riesgos fiscales sean abordados de manera integral y oportuna, facilitando la implementación de controles efectivos y el cumplimiento de los principios de legalidad, transparencia y responsabilidad en la gestión de la UARIV.

## 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*.

Durante la verificación de la *Matriz de Riesgo Institucional "Mapa-de-Riesgos-Institucional-2025-V2-VF"*, aplicada sobre un total de 300 controles asociados a los 142 riesgos según el alcance del presente informe, se identificó una inconsistencia en el riesgo No. 37 del proceso de Gestión Contractual. Aunque este riesgo cuenta con tres controles definidos para su mitigación, se evidenció que en el tercer control no fueron diligenciadas las celdas comprendidas entre las columnas X y AC, lo que genera un vacío en la información registrada. Esta omisión afecta la calidad, completitud y confiabilidad del análisis, limitando la posibilidad de evaluar de manera integral la efectividad del control y su alineación con los parámetros metodológicos establecidos.

La verificación de los diseños de controles del riesgo No. 63 asociado al proceso Gestión de la Información no fue realizada debido a que la redacción del riesgo carece de la claridad necesaria lo cual está en contravía a lo establecido en la *Metodología Administración de Riesgos V11 del 4 de diciembre de 2023* afectando la posibilidad de evaluar la pertinencia y efectividad de los controles definidos.

Por lo anterior, se identifica la necesidad de fortalecer los mecanismos de revisión previa y validación técnica de la información registrada en la Matriz de Riesgos Institucional, con el fin de prevenir inconsistencias, omisiones o redacciones ambiguas que puedan limitar la adecuada comprensión de los riesgos por parte de las instancias interesadas y dificultar la respectiva gestión para su mitigación por la primera línea de defensa. Adicionalmente, se refleja una oportunidad de mejora en el

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>FORMATO DE INFORMES</b>	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 34 de 35

conocimiento, la capacitación y la asistencia técnica a los funcionarios responsables del diseño de los controles de los riesgos. Resulta fundamental empoderarlos con las herramientas metodológicas y conceptuales, que contribuyan al fortalecimiento de la cultura organizacional favoreciendo la homogeneidad y calidad en el diseño de los controles.

La Oficina de Control Interno concluye que, si bien la Entidad tiene implementada una metodología para la identificación y clasificación de riesgos y en el diseño de controles, se evidencian debilidades en la calidad y consistencia de algunos controles, especialmente en lo relacionado con riesgos fiscales y controles catalogados como débiles, representando un reto para garantizar la efectividad del Sistema de Control Interno y la alineación de la gestión de riesgos con los objetivos estratégicos institucionales.

Se enfatiza la importancia de implementar las recomendaciones señaladas, con propósito de robustecer el modelo de gestión de riesgos, mejorar la capacidad de respuesta frente a eventos adversos y consolidar tanto la cultura organizacional como la toma de decisiones estratégicas por parte de la Alta Dirección.

**APROBÓ**



**JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO**

Elaborado: Deisy Carolina Díaz Vargas  
 Profesional Universitario

**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.

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

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.