

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 1 de 31

Fecha de Emisión del Informe	Día	09	Mes	03	Año	2026
-------------------------------------	------------	-----------	------------	-----------	------------	-------------

Número de Informe:	1/2
Nombre:	Informe de seguimiento a la identificación, valoración y análisis de riesgos de la primera línea de defensa en el marco de la Política de Riesgos Institucional
Objetivo:	Realizar el seguimiento a la gestión adelantada por la primera línea de defensa en la identificación, valoración y análisis de los riesgos institucionales, verificando la aplicación de la metodología y lineamientos definidos por la Entidad, con el fin de identificar brechas y oportunidades de mejora que contribuyan al fortalecimiento del Sistema de Control Interno y al cumplimiento de los objetivos misionales.
Alcance:	El presente informe de seguimiento abarca la revisión de las actividades realizadas por la primera línea de defensa en la identificación, valoración y análisis de los riesgos institucionales, sobre los procesos misionales, estratégicos y de apoyo definidos en el mapa de riesgos vigente. Incluye la verificación de la aplicación de la metodología adoptada por la Entidad, el análisis de la consistencia entre riesgos, controles y evidencias documentales, así como la revisión de los registros y reportes suministrados por los líderes de proceso.
Periodicidad:	Semestral, este informe se realiza con corte al 31 de diciembre de 2025

1. MARCO JURÍDICO

1.1. Marco normativo relacionado con la identificación y valoración del riesgo realizado por la primera línea de defensa

Ley 87 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".

Política de Gestión Integral de Riesgos. *La Unidad administra integralmente los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos estratégicos, trabajando para la reparación integral de las víctimas*

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 2 de 31

y la implementación de la ley 1448 del 2011, con el fin de aumentar su eficacia y eficiencia a través de la identificación, análisis y valoración de riesgos que permita tomar acciones para evitar su materialización.

La política de administración de riesgos de la Unidad se desarrolla con mayor detalle en la Metodología de Administración de riesgos, la cual integra los lineamientos aplicables a los riesgos de corrupción, Operativos, de Seguridad de la Información y Seguridad Digital, de Seguridad y Salud en el trabajo, Ambientales y Públicos.

Metodología Administración de Riesgos V11. Objetivo: Establecer el marco general y lineamientos orientadores de actuación de todos los servidores públicos de la entidad bajo sus roles y responsabilidades de acuerdo con el esquema de las líneas de defensa, para la adecuada gestión integral de los riesgos, mediante la identificación, análisis, valoración, tratamiento y superación de las potenciales causas que se materialicen, generen siniestros o crisis, que puedan afectar el cumplimiento de la misionalidad y el logro de objetivos institucionales.

Procedimiento de Administración de Riesgos V8. Objetivo Definir los lineamientos para la Administración de Riesgos en la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, con el fin de identificar, analizar y valorar los riesgos en las actividades o eventos que puedan afectar de manera positiva o negativa el cumplimiento de los objetivos y metas de la Unidad.

1.2. Marco normativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública. Capítulo 3 Modelo integrado de Planeación y Gestión.

Dimensión: Control Interno

Control Interno MIPG promueve el mejoramiento continuo de las entidades, razón por la cual éstas deben establecer acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo, así como mecanismos para la prevención y evaluación de éste. El Control Interno es la clave para asegurar razonablemente que las demás dimensiones de MIPG cumplan su propósito.

La séptima dimensión de MIPG, el Control Interno¹, se desarrolla a través del Modelo Estándar de Control Interno –MECI. Es importante indicar que el Modelo Estándar de Control Interno -

¹ Tal como lo establece la Ley 87 de 1993, el Control Interno está integrado por el esquema de organización y el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y de los recursos, se lleven a cabo de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la alta dirección y en atención a las metas u objetivos previstos

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 3 de 31

MECI se actualiza en el marco de MIPG; el MECI ha sido y continuará siendo la base para la implementación y fortalecimiento del Sistema de Control Interno de las entidades, que se encuentran dentro del campo de aplicación de la Ley 87 de 1993. En este sentido, el MECI es el Modelo que deberán seguir implementando tanto las entidades objeto de MIPG, como aquellas a las que no les aplica dicho modelo integralmente; por lo tanto, los lineamientos para su implementación se enmarcan esta séptima Dimensión.

El objetivo del MECI es proporcionar una estructura de control de la gestión que especifique los elementos necesarios para construir y fortalecer el Sistema de Control Interno, a través de un modelo que determine los parámetros necesarios (autogestión) para que las entidades establezcan acciones, políticas, métodos, procedimientos, mecanismos de prevención, verificación y evaluación en procura de su mejoramiento continuo (autorregulación), en la cual cada uno de los servidores de la entidad se constituyen en parte integral (autocontrol).

Para MIPG es importante incorporar la política de control interno transversal a todas las actividades, procesos, procedimientos, políticas asociadas a la gestión, de manera tal que, a través de sus componentes, sea posible valorar la efectividad de la estructura de control interno.

Dimensión: Direccionamiento Estratégico y Planeación

El propósito de esta dimensión es permitirle a una entidad pública definir la ruta estratégica que guiará su gestión institucional, con miras a garantizar los derechos, satisfacer las necesidades y solucionar los problemas de los ciudadanos destinatarios de sus productos y servicios, así como fortalecer la confianza ciudadana y la legitimidad.

Un requisito básico para emprender un adecuado ejercicio de direccionamiento estratégico y de planeación, es que cada entidad tenga claro cuál es el propósito fundamental (misión, razón de ser u objeto social) para el cual fue creada y que enmarca lo que debe o tiene que hacer; para quién lo debe hacer, es decir, a qué grupo de ciudadanos debe dirigir sus productos y servicios (grupos de valor); para qué lo debe hacer (necesidades o problemas sociales que debe resolver); cuáles son los derechos que debe garantizar; cuáles son sus prioridades fijadas en los planes de desarrollo (nacionales y territoriales), el presupuesto general asignado y, en general, el marco normativo que rige su actuación. Con base en esto, las entidades deben:

- *Determinan las metas y resultados en términos de productos y servicios con las que espera resolver dichas necesidades o problemas en un periodo determinado – cuánto y cuándo -. Este*

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES		Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES		Fecha: 18/07/2024
			Páginas: 4 de 31

proceso de decisión debe realizarse en forma participativa, involucrando a los grupos de valor en el diagnóstico y planeación organizacional.

- *Identifican las capacidades con las que cuenta en términos de recursos, talento humano, procesos, y en general, todas las condiciones internas y externas que la caracterizan, para desarrollar su gestión y lograr un desempeño acorde con los resultados que se propone conseguir.*
- *Definen la manera de lograr los resultados, teniendo en cuenta los insumos necesarios, los mejores cursos de acción (estrategias, actividades, responsables, plazos y puntos de control), los recursos que requiere (independiente de las fuentes de ingresos), la forma en que se organizará y operará, el talento humano requerido y los indicadores a través de los cuales llevará a cabo su seguimiento, control y evaluación.*

Es necesario que la entidad identifique sus capacidades para desarrollar su gestión y atender su propósito fundamental. Un diagnóstico es la base principal sobre la cual se construye una adecuada gestión. Siempre se da a partir de un análisis interno y autocrítico de toda la institucionalidad involucrada, para luego plantear una situación actual desde distintos puntos de vista, identificando en ella tanto problemáticas por resolver, como alternativas con el fin de mejorar su desempeño y fortalecer sus capacidades organizacionales para la entrega de productos y servicios públicos.

En este sentido, es necesario hacer énfasis en tres cosas principalmente: ¿Qué información se necesita obtener?, ¿Qué hacer con esa información? y ¿Cómo sacarle el mejor provecho?

Y las tareas principales a desarrollar se pueden sintetizar así:

- *Revisar aspectos internos tales como el talento humano, procesos y procedimientos, estructura organizacional, cadena de servicio, recursos disponibles, cultura organizacional, entre otros. En este aspecto es importante tener claro la “identidad” de la organización y el propósito fundamental*
- *Identificar el conocimiento de los servidores públicos (formación, capacitación y experiencia) que posteriormente permitirá la difusión del conocimiento, la generación de proyectos articulados y el desarrollo de los procesos de la organización, como se analizará en la Dimensión de Gestión del Conocimiento y la Innovación.*
- *Identificar cómo el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones -TIC, apalanca el desarrollo de los planes, programas y proyectos de la entidad, la gestión interna de los procesos y la información, la prestación de trámites y servicios a los ciudadanos y en general, la implementación de todas las políticas de gestión y desempeño. Es fundamental determinar desde el direccionamiento estratégico y la planeación, cómo se desarrollará todo el componente*

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 5 de 31

tecnológico de la entidad, a partir de los lineamientos y estándares que establece la Política de Gobierno Digital.

- *Revisar aspectos externos a la entidad, como su entorno político, ambiental, cultural, económico y fiscal, la percepción, propuestas y recomendaciones que tienen sus grupos de valor y ciudadanía en general, frente a bienes y servicios ofrecidos, sus resultados e impactos.*
- *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.*
- *Identificar espacios de articulación y cooperación con otras entidades del sector, órganos de control, u organismos internacionales para la implementación de estrategias y articular la rendición de cuentas horizontal.*

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

Este Informe de seguimiento a la identificación, valoración y análisis de riesgos de la primera línea de defensa en el marco de la Política de Riesgos Institucional esta alineado con en el modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG adoptado por la Unidad para las víctimas, con las siguientes Dimensiones:

Direccionamiento Estratégico y Planeación

- Gestión con Valores para Resultados
- Evaluación de Resultados
- Control Interno

Que contribuyen a las directrices de las siguientes Políticas:

- Política Planeación Institucional
- Política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción
- Política de seguridad Digital
- Política Seguimiento y evaluación del desempeño institucional,

3. PROPÓSITO DEL INFORME

Este informe tiene como propósito presentar el seguimiento a la identificación, valoración y análisis de riesgos de la primera línea de defensa en el marco de la Política de Riesgos Institucional, así mismo para validar si los riesgos se han identificado de acuerdo con lo definido en la metodología Administración de Riesgos. Como resultado de este análisis, se genera el

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 6 de 31

concepto de la Oficina de Control Interno, y recomendaciones orientadas a fortalecer los procesos y promover las acciones de mejoramiento de la Unidad.

El Informe está dirigido a la Dirección General, a los integrantes del Comité Institucional de Control Interno, Comité de Institucional de Gestión y Desempeño, a los líderes de proceso, a los servidores ejecutores de los procedimientos, a los ciudadanos en general y a los grupos de interés que hacen control social o para investigaciones académicas.

El impacto de este informe es contribuir a la identificación y valoración del riesgo definidos en la ejecución de las actividades en cumplimiento de la misionalidad de la Unidad, para promover una cultura de mejora continua, la cual debe dar como resultado la revisión y actualización del mapa de riesgos de la Unidad.

4. CONTEXTO DEL INFORME

A través de la Ley 1448 de 2011, se crea la Unidad Especial con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonial adscrita al Departamento Administrativo para la Prosperidad Social. Posteriormente, se prorroga la vigencia de esta Ley, a través de la Ley 2078 de 2021, por 10 años más. La Unidad tiene por objeto coordinar el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas y la implementación de la Política Pública de Atención, Asistencia y Reparación Integral a las mismas en los términos establecidos por la Ley.

En cumplimiento del modelo integrado de planeación y gestión MIPG y el Sistema Integrado de Gestión, la Unidad para las Víctimas dentro de la operación por procesos ha definido los siguientes procesos:

TIPO PROCESO	DESCRIPCIÓN	PROCESOS ENTIDAD
Estratégicos	Relacionados con la definición de lineamientos, políticas, objetivos y estrategias para el desarrollo de su misionalidad.	Direccionamiento Estratégico, Gestión de la información, Gestión Interinstitucional, Comunicación Estratégica y Gestión del Conocimiento y la Innovación
Misionales	Corresponden con los procesos que desarrollan la cadena de valor de la Entidad.	Prevención urgente y atención en la inmediatez, Registro y Valoración, Gestión para la Asistencia, Reparación Integral, Participación y Visibilización y Relación con el Ciudadano
De apoyo	Contribuyen a la administración de la Entidad mediante el suministro de recursos humanos, físicos, financieros, documentales, entre otros para su funcionamiento.	Gestión del Talento Humano, Gestión Jurídica, Gestión Contractual, Gestión Financiera, Gestión Documental y Gestión Administrativa
De seguimiento y control	Relacionados con procesos de autocontrol y mejora de los Sistemas Integrados de Gestión.	Control interno disciplinario y Evaluación independiente

Tabla 1 Descripción mapa de procesos UARIV
Fuente Manual del Sistema Integrado de Gestión

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 7 de 31

Procesos definidos para prestar los servicios de registro, atención, asistencia y reparación de las víctimas del conflicto armado, bajo el cumplimiento de las normas aplicables.

La UARIV a través de la metodología para la administración del riesgo establece que: *“la revisión y actualización de los mapas de riesgos se validan mínimo una (1) en cada vigencia atendiendo la metodología vigente y de manera puntual ante cualquier modificación del proceso, estructura organizacional, objetivos estratégicos, modificación de controles derivados del seguimiento o de los eventos (materialización del riesgo)”*.

Identificar los riesgos en la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas tiene como propósito anticipar eventos que puedan afectar el cumplimiento de la misión institucional, la protección y garantía de los derechos de las víctimas, y la eficiente utilización de los recursos públicos; lo anterior permite priorizar controles y acciones de mejora, fortalecer la planeación y la toma de decisiones, reducir la probabilidad e impacto de situaciones adversas, y asegurar que los procesos misionales, estratégicos y de apoyo se desarrollen con oportunidad, transparencia y enfoque diferencial, contribuyendo al logro de los objetivos institucionales y al fortalecimiento del Sistema de Control Interno.

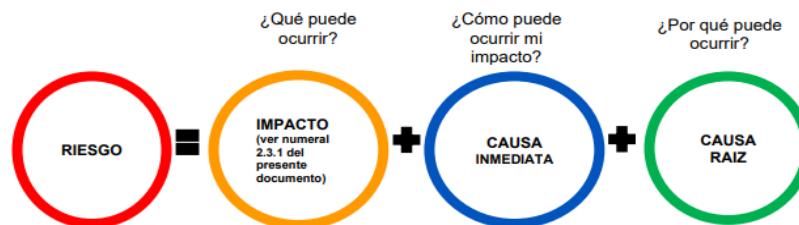
El objetivo de esta identificación que le corresponde a la primera línea de defensa consiste en generar un listado de los riesgos de los procesos y direcciones territoriales, basado en hechos o circunstancias que puedan o hayan afectado la consecución de los objetivos de la entidad.

Las fuentes de información que deben tenerse en cuenta para la identificación de riesgos son:

- Análisis de contexto
- Informes y hallazgos de Auditoría (Interna, externa, de Gestión etc.)
- Recomendaciones de entes de control y planes de mejoramiento
- Trámites y servicios de cara a la ciudadanía
- Proceso y procedimientos que impliquen manejo de recursos sobre los cuales se tenga injerencia (contratos, recurso humano, dinero, bienes, títulos valores etc.)
- Matriz de Identificación de Peligros, Valoración del Riesgo y Determinación de Controles
- Documento de identificación de activos de información (Activos críticos)
- Matriz de identificación y evaluación de aspectos e impactos ambientales

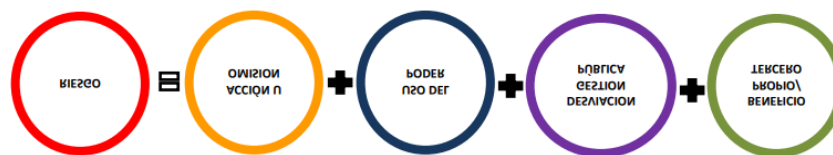
La estructura de redacción riesgos Gestión /Seguridad y Salud en el Trabajo/Ambientales/Emergencia, crisis y seguridad pública/Documental/Fiscal, es la siguiente:

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES		Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES		Fecha: 18/07/2024
			Páginas: 8 de 31



Fuente: [Metodología Administración de Riesgos V11](#) pág. 21

Estructura de redacción riesgos de corrupción:



Fuente: [Metodología Administración de Riesgos V11](#) pág. 22

La valoración del riesgo consiste en establecer la probabilidad de que ocurra el riesgo y su nivel de impacto, con el fin de determinar la zona de riesgo inicial (Riesgo Inherente); y se confronta los resultados del análisis de riesgos inicial frente a los controles establecidos, con el fin de determinar la zona de riesgo final (Riesgo residual).

El análisis del riesgo busca establecer la probabilidad de acuerdo con la exposición del riesgo y sus consecuencias o impactos. La Unidad establece la probabilidad de ocurrencia de sus riesgos y sus consecuencias o impactos a través de las tablas 4 y 5, con el fin de estimar la zona de riesgo inicial (Riesgo Inherente).

PROBABILIDAD		
Nivel	Probabilidad	Descripción
100%	Muy Alta	La actividad se realiza más de 3000 veces al año
80%	Alta	La actividad se realiza entre 1501 a 3000 veces al año
60%	Media	La actividad se realiza entre 366 y 1500 veces al año
40%	Baja	La actividad se realiza entre 13 y 365 veces al año
20%	Muy Baja	La actividad se realiza máximo 12 veces por año

Fuente: Tabla 4. Criterios calificación probabilidad (Manual de Administración del Riesgo)

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES		Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES		Fecha: 18/07/2024
			Paginas: 9 de 31

IMPACTO			
Nivel	Impacto	Descripción Económica o Presupuestal	Descripción Reputacional
100%	Catastrófico	Pérdida económica superior a 1500 SMLMV	Deterioro de imagen con efecto publicitario sostenido a nivel Nacional
80%	Mayor	Pérdida económica de 319 hasta 1500 SMLMV	Deterioro de imagen con efecto publicitario sostenido a nivel Territorial
60%	Moderado	Pérdida económica de 21 hasta 318 SMLMV	Deterioro de imagen con efecto publicitario a nivel Local o Sectores Administrativos
40%	Menor	Pérdida económica de 11 hasta 20 SMLMV	De conocimiento general de la entidad a nivel interno, Dirección General, Comités Y Proveedores
20%	Leve	Pérdida económica hasta 10 SMLMV	Solo de conocimiento de algunos funcionarios

Fuente: Tabla 5. Criterios calificación impacto (Manual de Administración del Riesgo)

Nota: Esta tabla es aplicable a todos los tipos de riesgos institucionales, excepto riesgos de corrupción.

PROBABILIDAD			
Nivel	Probabilidad	Descripción	Frecuencia
100%	Casi seguro	Se espera que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias	Mas de una (1) vez al año
80%	Probable	Es viable que el evento ocurra en la mayoría de las circunstancias	Al menos una (1) a vez en el último año
60%	Posible	El evento podrá ocurrir en algún momento	Al menos una (1) a vez en los últimos dos (2) años
40%	Improbable	El evento podrá ocurrir en algún momento	Al menos una (1) a vez en los últimos cinco (5) años
20%	Rara vez	El evento puede ocurrir solo en circunstancias excepcionales (poco comunes o anormales)	No se ha presentado en los últimos cinco (5) años

Fuente: Determinación Probabilidad Riesgos de Corrupción (Manual de Administración del Riesgo)

Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de proceso. Debe diseñarse un control para cada causa. En caso de que la causa no tenga control debe proponerse un plan de tratamiento que permita mitigar esa causa (sin importar la zona de riesgo residual).

Este seguimiento permite generar medidas para el mejoramiento del sistema de control interno de la Entidad. Asimismo, la recopilación y estudio de estos datos no solo contribuirán al ajuste de las estrategias de control, sino también al fomento de una cultura basada en la prevención, la gestión proactiva del riesgo y la mejora continua.

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

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

5. RESULTADOS DEL ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE EVIDENCIAS

La Oficina de Control Interno de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV), en desarrollo de sus funciones de evaluación independiente, elabora el Informe de seguimiento a la identificación, valoración y análisis de riesgos de la primera línea de defensa en el marco de la Política de Riesgos Institucional, con el propósito de realizar seguimiento a la gestión adelantada por los líderes de proceso en materia de riesgos institucionales. Para ello, analiza el mapa de riesgos y el informe de materialización de riesgos de la Unidad, se verifica que su construcción, actualización y valoración se encuentren alineadas con lo definido en la Política de Gestión Integral del Riesgo, la Metodología de Administración de Riesgos y el Procedimiento de Administración del Riesgo, revisando la consistencia entre riesgos, causas, controles y evidencias, con el fin de identificar brechas y oportunidades de mejora que contribuyan al fortalecimiento del Sistema de Control Interno y al cumplimiento de los objetivos misionales.

La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV) administra integralmente los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos estratégicos, en el marco de la “Política de Gestión Integral de Riesgos” y de la “Metodología de Administración de Riesgos versión 11”. Dicha metodología establece, entre otros aspectos: que el nivel de aceptación del riesgo se define combinando probabilidad e impacto; que todo riesgo con severidad residual BAJO se considera aceptado, por cuanto los controles son suficientes y la Unidad decide asumirlo, exceptuando los riesgos de corrupción, que no se eliminan del mapa y deben seguir siendo objeto de seguimiento y que el riesgo residual es el resultado de aplicar la efectividad de los controles al riesgo inherente.

La actualización del mapa de riesgos se realizó finalizando la vigencia 2025, donde por instrucciones de la Oficina Asesora de Planeación los líderes realizaron la revisión y ajustes de los riesgos asociados a los procesos y dirección territoriales, como resultado el 30 de enero de 2026 se publicó el Mapa de Riesgos en el siguiente enlace: https://www.unidadvictimas.gov.co/documentos_bibliotec/mapa-de-riesgos-institucional-2026/.

En la comparación uno a uno entre el Mapa de Riesgos 2025 (V2) y el Mapa de Riesgos 2026 (V1) de la Unidad para las Víctimas (UARIV), se evidencia una reducción del universo de riesgos de 254 a 230 (-24). Para los riesgos comparables para vigencia 2026 V1 (1-230), 73 mejoran su severidad residual y 104 no presentan variación. En términos de criticidad agregada (Alto + Extremo), se observa una disminución de 118 riesgos críticos en 2025 a 87 en 2026 (-31), lo

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 11 de 31

cual sugiere un desplazamiento hacia niveles de exposición residual menos críticos, sin perjuicio de mantener la priorización y seguimiento sobre los riesgos que permanecen en rangos alto/extremo.

El mapa de riesgos institucional 2026 versión 1 consolida 230 riesgos distribuidos así: 141 en procesos, 85 en Direcciones Territoriales y 4 riesgos transversales asociados al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, Sistema de Gestión Ambiental y el Sistema de Gestión de Registros y Documentos, que aplican a los procesos y direcciones territoriales.

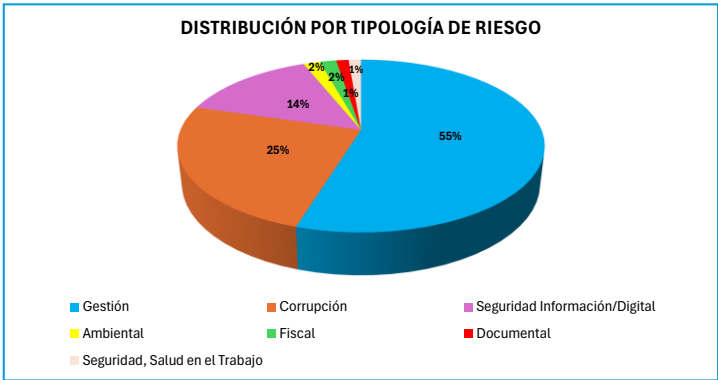
Se realiza el análisis detallado de la gestión de riesgos por proceso y por Dirección Territorial, en coherencia con la política y la metodología vigente.

Distribución por tipología de riesgo

En el mapa institucional se identifican 230 riesgos distribuidos en las siguientes tipologías (cantidad de riesgos):

Tipología	Cantidad de Riesgos
Gestión	126
Corrupción	57
Seguridad Información/Digital	33
Ambiental	4
Fiscal	4
Documental	3
Seguridad, Salud en el Trabajo	3
Total de riesgos	230

Fuente: Elaboración propia datos del mapa de riesgos



Gráfica Distribución por tipología del riesgo

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES		Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES		Fecha: 18/07/2024
			Páginas: 12 de 31

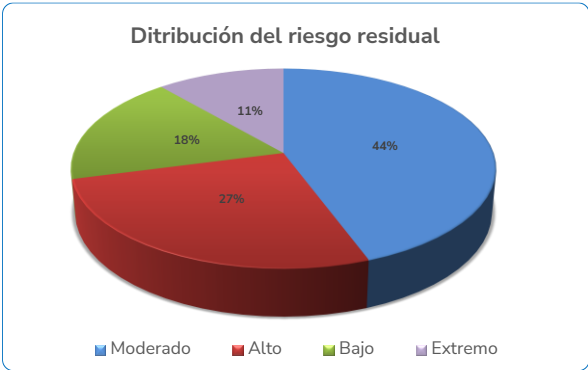
Se evidencia una concentración mayoritaria en riesgos de Gestión el 55%, de Corrupción el 25% y de Seguridad de la Información/Digital el 14%, coherente con la naturaleza misional y de soporte tecnológico de la Unidad.

Distribución del riesgo residual

Para el conjunto de 230 riesgos, el nivel de severidad residual se distribuye así:

Distribución del riesgo residual	Cantidad	%
Moderado	102	44,3%
Alto	61	26,5%
Bajo	41	17,8%
Extremo	26	11,3%
Total	230	100,0%

Fuente: Elaboración propia datos del mapa de riesgos



Gráfica Distribución del riesgo residual

En total, 102 de 230 riesgos se ubican en “Moderado” (44,3%), lo cual indica que los controles implementados están logrando contener parcialmente la probabilidad y/o el impacto, pero mantienen una exposición residual que requiere monitoreo permanente, seguimiento a indicadores de efectividad y revisión periódica de la vigencia de los tratamientos para evitar desviaciones.

No obstante, persiste un bloque material de riesgos en niveles superiores: 61 riesgos “Alto” (26,5%) y 26 “Extremo” (11,3%), que en conjunto representan el 37,8% del universo (87 de 230). Desde el Control Interno, este resultado demanda priorización por criticidad y una intervención focalizada en los riesgos residuales altos y extremos, verificando si los controles clave están adecuadamente diseñados, si operan de manera efectiva y documentada, si los planes de tratamiento tienen responsables, plazos, recursos y métricas verificables, y si el monitoreo está soportado en evidencias y reportes oportunos para la toma de decisiones.

 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: 13 de 31

Por su parte, los 41 riesgos en nivel “Bajo” (17,8%) sugieren escenarios con controles efectivos o con un riesgo inherente relativamente menor; en estos casos, el énfasis debe mantenerse en la estandarización, sostenibilidad y evaluación periódica para prevenir regresiones (por cambios operativos, tecnológicos o normativos).

En el mapa de riesgos institucional de 2025 versión 2 se reportó un universo de 254 riesgos, con una concentración relevante en niveles residuales Extremo/Alto (118 riesgos; 47%) y una proporción limitada en nivel Bajo (34 riesgos; 13%), lo que sustentó la necesidad de priorizar el seguimiento de la primera línea sobre controles y planes de acción para reducir criticidad.

En contraste, con la actualización del Mapa de Riesgos 2026 V1 la distribución residual muestra 230 riesgos, con un desplazamiento hacia una zona menos crítica: Extremo/Alto pasa a 87 riesgos (37,8%), mientras que el nivel Bajo aumenta a 41 riesgos (17,8%) y el nivel Moderado se consolida como el predominante con 102 riesgos (44,3%).

En términos comparativos, se evidencia una reducción de 24 riesgos totales y, principalmente, una disminución de 31 riesgos en Extremo/Alto, lo cual sugiere mejoras en la efectividad de controles y/o depuración/ajuste del inventario de riesgos; sin embargo, la permanencia de 87 riesgos en rangos residuales superiores mantiene un foco material para la priorización, el fortalecimiento de controles clave y el seguimiento verificable a tratamientos por parte de los líderes de proceso y direcciones territoriales.

Análisis por proceso

A continuación, se presenta el consolidado por proceso, con el número de riesgos y su nivel de riesgo residual:

Proceso	Total Riesgos	Res.Ext	Res.Alto	Res.Mod	Res.Bajo	Acept.Bajo
Gestión de la Información	17	2	6	5	4	3
Registro y Valoración	17	7	2	6	2	1
Reparación Integral	16	0	1	15	0	0
Gestión Jurídica	10	0	6	4	0	0
Gestión Administrativa	9	0	6	1	2	2
Gestión Documental	8	1	4	2	1	1
Gestión Financiera	8	0	4	2	2	1
Control Interno Disciplinario	7	2	0	4	1	1
Gestión Talento Humano	7	0	0	2	5	4
Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez	7	0	4	3	0	0
Direccionamiento Estratégico	6	2	2	2	0	0
Evaluación Independiente	6	1	0	0	5	5
Gestión Contractual	5	0	3	2	0	0
Gestión Interinstitucional	5	0	4	1	0	0
Relación con el Ciudadano	4	0	3	1	0	0
Comunicación Estratégica	3	0	1	2	0	0
Gestión para la asistencia	3	0	0	3	0	0
Participación y visibilización	3	0	1	2	0	0
Total	141	15	47	57	22	18
Res.Ext: Riesgos con severidad residual Extrema						
Res.Alto: Riesgos con severidad residual Alta						
Res.Mod: Riesgos con severidad residual Moderada						
Res.Bajo: Riesgos con severidad residual Baja						
Nota: "Accept.Bajo" corresponde a riesgos con severidad residual BAJO cuyo tratamiento está marcado como "Aceptar"						

Fuente: Elaboración propia datos del mapa de riesgos

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 14 de 31

Procesos con mayor número de riesgos

En el nivel de procesos (141 riesgos), la mayor concentración de riesgos se ubica en Gestión de la Información y Registro y Valoración (17 riesgos cada uno), seguidos por Reparación Integral (16). Esto es coherente con su rol misional y su alta exposición a riesgos de gestión, corrupción y seguridad de la información.

Procesos con mayor criticidad residual (Extremo + Alto)

Se destacan el proceso de Registro y Valoración (9 críticos, con 7 en Extremo), Gestión de la Información (8), y luego Gestión Jurídica y Gestión Administrativa (6 cada uno), y Gestión Documental (5). Este patrón sugiere que el núcleo de exposición crítica se mantiene en procesos misionales y de soporte clave para operación, información, cumplimiento y gestión administrativa; por tanto, el seguimiento debería focalizarse en la efectividad real de controles, evidencia de ejecución, y cierre de brechas en planes de tratamiento de los riesgos críticos

Desde el Control Interno, estos procesos constituyen el núcleo de mayor exposición residual, lo cual evidencia la necesidad de verificar la efectividad real de los controles definidos en el mapa, la suficiencia de los planes de acción, en especial en aquellos clasificados en zonas Extrema y Alta y la adecuada articulación entre los controles de primer nivel y la retroalimentación derivada de los riesgos ya materializados, conforme al informe de segunda línea.

Procesos con mejor desempeño en reducción/aceptación del riesgo

Se observan 22 riesgos en “Bajo” en procesos, de los cuales 18 están marcados como “Aceptado-Bajo”; los 4 restantes se definen planes de acción adicionales con el fin de evitar la materialización del riesgo. Estos resultados son consistentes con lo establecido en la Metodología de Administración de Riesgos sobre la aceptación de riesgos residuales BAJO y muestran avances en la implementación de controles suficientes en varios procesos clave.

Procesos con predominio de riesgo residual Moderado

Se encuentran 57 riesgos, procesos como Reparación Integral, Gestión de la Información y Registro y Valoración concentran la mayor parte de sus riesgos en zona Moderada, lo cual indica que, si bien persisten exposiciones relevantes, los controles aplicados han logrado disminuir la severidad respecto al riesgo inherente. Los procesos con riesgos residual moderado requieren seguimiento para: evitar que riesgos moderados evolucionen a zonas altas/extremas ante

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES		Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES		Fecha: 18/07/2024
			Páginas: 15 de 31

cambios operativos o contextuales y verificar que las acciones de mejora se mantengan actualizadas frente a cambios normativos, contractuales o tecnológicos.

Análisis por Dirección Territorial

A continuación, se presenta el consolidado de riesgos por Dirección Territorial:

Proceso / Unidad	Total Riesgos	Res.Ext	Res.Alto	Res.Mod	Res.Bajo	Acept.Bajo
Dirección Territorial Antioquia	11	1	1	8	1	1
Dirección Territorial Sucre	6	0	0	3	3	3
Dirección Territorial Cauca	5	1	2	2	0	0
Dirección Territorial Cesar y Guajira	5	0	0	5	0	0
Dirección Territorial Magdalena	5	1	1	3	0	0
Dirección Territorial Putumayo	5	1	1	3	0	0
Dirección Territorial Atlántico	4	1	0	3	0	0
Dirección Territorial Bolívar y San Andrés	4	2	1	1	0	0
Dirección Territorial Caquetá-Huila	4	0	0	1	3	3
Dirección Territorial Chocó	4	1	1	1	1	1
Dirección Territorial Eje Cafetero	4	0	0	1	3	3
Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales	4	0	2	2	0	0
Dirección Territorial Norte de Santander Arauca	4	0	0	1	3	3
Dirección Territorial Santander	4	1	1	0	2	2
Dirección Territorial Central	3	0	0	3	0	0
Dirección Territorial Córdoba	3	1	0	2	0	0
Dirección Territorial Magdalena Medio	3	1	0	1	1	1
Dirección Territorial Urabá	3	0	0	1	2	2
Dirección Territorial Valle	3	0	0	3	0	0
Dirección Territorial Nariño	1	0	1	0	0	0
Total	85	11	11	44	19	19
Res.Ext: Riesgos con severidad residual Extrema						
Res.Alto: Riesgos con severidad residual Alta						
Res.Mod: Riesgos con severidad residual Moderada						
Res.Bajo: Riesgos con severidad residual Baja						
Nota: "Acept.Bajo" corresponde a riesgos con severidad residual BAJO cuyo tratamiento está marcado como "Aceptar"						

Fuente: Elaboración propia datos del mapa de riesgos

En el nivel territorial (85 riesgos), el mayor volumen se presenta en Antioquia (11), seguido por Sucre (6) y por Cauca, Cesar y Guajira, Magdalena y Putumayo (5 cada una). La mayor criticidad residual se concentra en Bolívar y San Andrés (3 críticos de 4, con 2 en Extremo) y Cauca (3 críticos de 5); también registran 2 críticos Antioquia, Magdalena, Putumayo, Chocó, Santander y Meta y Llanos Orientales.

En las Direcciones Territoriales, los 19 riesgos “Bajo” aparecen clasificados como “Aceptado-Bajo”, lo que, en principio, muestra coherencia interna en la aplicación del criterio de aceptación; aun así, es recomendable confirmar que no existan riesgos de tipologías no aceptables clasificados en “Bajo” sin el tratamiento correspondiente.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES		Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES		Fecha: 18/07/2024
			Páginas: 16 de 31

Los 24 riesgos que aparecen en el Mapa 2025 V2 y ya no están en el Mapa 2026 V1 (IDs 231–254) pertenecían exclusivamente a Direcciones Territoriales y a tres frentes transversales (no hay eliminados asociados a “Procesos” en este bloque). La distribución por pertenencia es: Dirección Territorial Sucre (7 riesgos: 237–243), Dirección Territorial Santander (5 riesgos: 232–236), Dirección Territorial Urabá (4 riesgos: 244–247), Dirección Territorial Valle (4 riesgos: 248–251), Dirección Territorial Putumayo (1 riesgo: 231) y, en Transversales, se eliminó 1 riesgo en Sistema de Gestión Ambiental (252), 1 en Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (253) y 1 en Sistema de Gestión de Registros y Documentos (254).

Riesgos transversales

Los riesgos transversales (4) no presentan severidad “Bajo”: se ubican en 3 “Alto” y 1 “Moderado”, lo que refuerza que su gestión requiere intervención por líderes de los sistemas de gestión y apropiación homogénea en procesos y Direcciones Territoriales, dado que su control depende de una implementación consistente en toda la entidad.

Desde el Control Interno, la matriz de riesgos 2026 V1 presenta dos mensajes operativos: primero, la entidad contiene una parte relevante del universo en “Moderado”, pero mantiene un bloque material en “Alto/Extremo” que requiere priorizarse con trazabilidad de controles y planes medibles; segundo, la estrategia de seguimiento debe orientarse de manera selectiva según la criticidad, sin descuidar el monitoreo de los “Moderados” para evitar escalamiento por cambios operativos, normativos o tecnológicos.

Materialización de Riesgos y el reporte por la primera línea.

Con base en los formatos de seguimiento de materialización (marcados como “SI”) del año 2025, la materialización de riesgos reportada por la primera línea de defensa a la Oficina Asesora de Planeación se concentró principalmente en procesos misionales y Direcciones Territoriales, con incidencia directa en la capacidad de la Unidad para las Víctimas (UARIV) para cumplir su objeto de coordinar el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas y materializar la Política Pública de Atención, Asistencia y Reparación Integral en los términos de Ley. En coherencia con ello, el Informe de Gestión de Riesgos Institucional 2025 precisa que el monitoreo y reporte se soporta en instrumentos diligenciados por la primera línea (enlaces SIG de procesos y Direcciones Territoriales), con evidencias de ejecución de controles, y que las acciones correctivas derivadas de la materialización se gestionan en SISGESTIÓN y se articulan al seguimiento institucional realizado por la Oficina Asesora de Planeación. Asimismo, la evidencia consolidada, que los eventos de materialización se intensifican en el segundo semestre, lo que

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 17 de 31

refuerza la necesidad de fortalecer el seguimiento preventivo y la oportunidad del reporte por parte de los responsables del riesgo, especialmente en aquellos procesos misionales con mayor exposición y recurrencia.

En el Trimestre I (enero–marzo) se reportó la materialización de riesgos por parte de la primera línea de defensa en los procesos de Registro y Valoración (IDs 105, 106, 107 y 110) y Relación con el Ciudadano (IDs 121 y 122). Esta materialización se asocia principalmente a riesgos relacionados con la oportunidad y la trazabilidad de la gestión misional, en tanto compromete la calidad del servicio, el cumplimiento de términos y la confiabilidad del registro de actuaciones necesarias para el acceso a medidas. En particular, se destacan eventos vinculados con actividades de atención, orientación, notificación y valoración, cuyos efectos pueden derivar en afectaciones reputacionales y en debilidades operativas por incumplimientos y reprocesos. Las acciones implementadas se orientaron, principalmente, al refuerzo del seguimiento operativo (asignación oportuna, control de tiempos), a la verificación periódica de información y a la aplicación de correctivos internos para mejorar la oportunidad y la calidad de la respuesta institucional.

En el Trimestre II (abril–junio) se reportó la materialización de riesgos por parte de la primera línea de defensa en los procesos de Gestión Financiera (ID 55), Registro y Valoración (ID 110), Relación con el Ciudadano (IDs 121 y 122) y Reparación Integral (ID 129). Durante este periodo se mantiene la tendencia de materialización en riesgos misionales y, adicionalmente, se incorporan eventos con incidencia en la gestión financiera y el control interno contable, lo cual incrementa la sensibilidad institucional frente a observaciones de entes de control y la razonabilidad, calidad y oportunidad de la información. Las acciones implementadas se orientaron principalmente al ajuste y fortalecimiento de procedimientos, al seguimiento de escalamiento y asignaciones, y a la formulación y avance de planes de mejoramiento, con impacto directo sobre la continuidad de la respuesta institucional y la entrega oportuna de medidas de reparación.

En el Trimestre III (julio–septiembre) se reportó el mayor pico de materialización de riesgos, incorporando eventos asociados a la Dirección Territorial Santander (ID 232) y a los procesos de Gestión de la Información (ID 67), Registro y Valoración (IDs 107, 110 y 120), Relación con el Ciudadano (IDs 121 y 122) y Reparación Integral (IDs 127, 129 y 140). En este periodo se evidencian materializaciones adicionales vinculadas a la disponibilidad y calidad de la información, a la continuidad de la operación misional y a situaciones territoriales relacionadas con la ejecución del programa de Reparación Colectiva. Las acciones implementadas se orientaron principalmente a fortalecer controles de seguimiento y alertas, realizar ajustes de

 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: 18 de 31

planeación y contratación para sostener la operación, reprogramar actividades y, en casos puntuales, remitir evidencias para indagaciones (antifraude), con impacto directo en la capacidad de respuesta institucional en territorio.

En el Trimestre IV (octubre–diciembre) se reportó la materialización de riesgos en la Dirección Territorial Meta–Llanos Orientales (ID 214) y en los procesos de Registro y Valoración (IDs 107 y 110) y Relación con el Ciudadano (IDs 121 y 122). Las materializaciones de este periodo se asociaron principalmente con la continuidad operativa y el cumplimiento de compromisos misionales, con incidencia directa en la gestión de tiempos y en la atención al ciudadano víctima. Las respuestas implementadas se enfocaron en el incremento del seguimiento y la generación de alertas de vencimiento, la adopción de contingencias para la redistribución de carga y la aplicación de correctivos orientados a mejorar la consistencia y validación de la información. En particular, la ocurrencia de eventos en la DT Meta–Llanos Orientales refuerza la necesidad de fortalecer controles y seguimiento en territorio para asegurar la implementación efectiva de las acciones y estrategias definidas.

De manera transversal, el informe evidencia que la respuesta institucional frente a la materialización se orienta a acciones correctivas y de seguimiento (cruces periódicos de información, alertas, verificación y normalización de trámites), y resalta que la dinámica de reporte y análisis de causas se vio afectada por rotación de personal asociada al concurso de méritos, lo que exige reforzar la socialización de responsabilidades, roles y el monitoreo más frecuente del estado de implementación en SISGESTION.

Hallazgos de Auditorías Internas de Control Interno

Se revisan los informes de auditoría al sistema de control interno realizados en el segundo semestre de la vigencia 2025, donde se plasmaron algunas recomendaciones con relación a la gestión del riesgo en los siguientes procesos:

En el Proceso de Relación con el Ciudadano, lo más relevante es la debilidad en la gestión integral del riesgo, particularmente por la ausencia de un análisis suficientemente documentado y completo del mapa de riesgos del proceso, lo que limita la identificación de riesgos operativos, de cumplimiento, legales y reputacionales asociados a la atención, el escalamiento de PQRS, la articulación entre sistemas y el cumplimiento de funciones. Esta situación se refleja en debilidades en el diseño, seguimiento y evidencia de los controles, afectando la trazabilidad y la capacidad preventiva del proceso. La recomendación principal de auditoría se orienta a consolidar un plan de acción verificable que fortalezca el mapa de riesgos, ajuste procedimientos,

 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: 19 de 31

clarifique responsabilidades y mejore la articulación tecnológica y operativa (incluida la integración entre aplicativos), con seguimiento efectivo desde las líneas de defensa.

En el Proceso de Gestión Documental, el aspecto más importante es que, pese a contar con avances y fortalezas operativas, persisten debilidades en control y seguimiento que incrementan la exposición a riesgos sobre la integridad, disponibilidad y conservación de la información institucional y del patrimonio documental. Se evidencian vacíos en actualización de procedimientos, inconsistencias de trazabilidad en actividades como préstamo, devolución y transferencias documentales, y condiciones físicas y ambientales en bodegas que continúan representando riesgo archivístico. También se observan debilidades en la aplicación de instrumentos archivísticos y en la articulación de flujos documentales y de respuesta. La recomendación central es formular e implementar un plan de mejoramiento integral que fortalezca el sistema de control del proceso, actualice procedimientos, mejore la trazabilidad y ajuste el programa específico de auditoría y control del PGD con claridad en roles y líneas de defensa.

En el Proceso de Gestión Administrativa, especialmente en el componente de Almacén, lo más crítico es la ausencia de una gestión de riesgos alineada con la realidad operativa, ya que el registro de riesgos no refleja adecuadamente las situaciones del proceso ni genera acciones de mitigación efectivas. A esto se suman debilidades en registros, conciliaciones, articulación entre dependencias, seguimiento, formalización de controles y uso de herramientas para la toma de decisiones, lo que ubica al proceso en una dinámica reactiva y con alta exposición a afectaciones operativas, contables y patrimoniales. La recomendación principal de auditoría es estructurar un plan de fortalecimiento del sistema de control interno que integre gestión de riesgos, documentación, roles, indicadores, seguimiento y apoyo tecnológico, junto con un rediseño funcional del componente de Almacén.

En el Proceso de Gestión para la Asistencia, lo más importante es la debilidad en la identificación y tratamiento de riesgos misionales críticos, evidenciada en la falta de un análisis integral y documentado del mapa de riesgos y en la no inclusión de riesgos sustantivos del proceso, como aquellos asociados a autorizaciones o pagos sin cumplimiento de requisitos, así como riesgos fiscales. Adicionalmente, se observan debilidades en el diseño de controles, con redacciones que no cumplen criterios metodológicos, controles que no atacan adecuadamente la causa del riesgo y falta de precisión en responsable, periodicidad y evidencia, lo que reduce su efectividad. La recomendación principal es ajustar el mapa de riesgos para incorporar los riesgos misionales y fiscales relevantes, rediseñar los controles conforme a la metodología institucional

 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 31

y ejecutar un plan de mejoramiento que fortalezca el seguimiento, la trazabilidad y, cuando aplique, la automatización de validaciones.

En los cuatro procesos auditados se evidencia, de manera transversal, un patrón común y una debilidad estructural en la madurez de la gestión del riesgo, reflejada en mapas de riesgos no plenamente integrales, brechas en el diseño y en la evidencia de los controles, y deficiencias de seguimiento que limitan la capacidad preventiva del Sistema de Control Interno y la toma oportuna de decisiones. En este contexto, las recomendaciones de auditoría convergen en ejes estratégicos de intervención: la formulación e implementación de planes de mejoramiento con enfoque en causas raíz; el fortalecimiento metodológico del diseño, documentación y seguimiento de controles; y la articulación institucional efectiva entre la primera, segunda y tercera línea de defensa, con apoyo de herramientas tecnológicas, trazabilidad y monitoreo, con el fin de reducir la exposición a riesgos operativos, legales, reputacionales, fiscales y de cumplimiento, y mejorar la efectividad del control en los procesos auditados.

Hallazgos de Auditorías Externas - Contraloría General de la República

Los hallazgos derivados de las auditorías de la Contraloría General de la República deben incorporarse como insumo obligatorio en la actualización del mapa de riesgos por parte de la primera línea de defensa, en tanto evidencian causas recurrentes, debilidades de control y riesgos ya materializados que afectan la gestión institucional. En el seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional se reporta que, con corte al 30 de junio de 2025, la CGR había comunicado 586 hallazgos y se mantenían abiertos 105 hallazgos con 225 actividades pendientes.

En el informe de Seguimiento Plan de Mejoramiento CGR Con corte al 31 de diciembre de 2025, se evidencia que el universo asciende a 629 hallazgos comunicados y se registran 150 hallazgos abiertos con 286 actividades, lo que confirma la necesidad de fortalecer el enfoque preventivo y la gestión efectiva de las acciones de mejora.

Adicionalmente, el informe evidencia concentración de carga en auditorías recientes, destacándose la Auditoría Financiera vigencia 2024 y la Auditoría de Cumplimiento FRV 2024, cada una con 61 actividades, lo cual exige priorización institucional por impacto.

Desde la vista de Control Interno, esta situación requiere que la primera línea no se limite al reporte formal de actividades, sino que utilice los resultados de la auditoría externa para ajustar la identificación, valoración, tratamiento y controles del riesgo, con trazabilidad y evidencia de

 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 31

efectividad. En particular, el seguimiento identifica asuntos reiterados que deben reflejarse en el mapa de riesgos y en el rediseño/fortalecimiento de controles, tales como: interoperabilidad del sistema INDEMNIZA y riesgos asociados a errores e inexactitudes con potencial afectación en pagos; debilidades en el intercambio y control de datos para la coordinación del SNARIV; persistencia de reintegros de atención humanitaria no reclamada por encima del 10% desde vigencias anteriores; e inoportunidad en la publicación de expedientes contractuales en SECOP II, asociada a fallas de supervisión contractual.

De igual forma, el informe reitera la alta exposición del FRV frente a hallazgos relacionados con administración, saneamiento, comercialización y monetización de bienes, lo cual demanda controles más robustos y seguimiento gerencial.

Finalmente, cobra especial relevancia que la cuenta 2024 no fue fenecida, asociada a debilidades de control interno en aspectos contables, presupuestales y contractuales (incluida supervisión y publicación contractual), lo que reafirma la necesidad de alinear plan de mejoramiento, mapa de riesgos y control institucional bajo un enfoque de causas raíz y efectividad.

En consecuencia, se recomienda que la actualización del mapa de riesgos priorice los hallazgos y actividades de mayor impacto, buscando acciones que permitan cerrar múltiples hallazgos de forma estructural, y exigiendo evidencia conducente, pertinente y suficiente sobre el tratamiento implementado y la efectividad del control.

Comentarios desde la perspectiva de la Oficina de Control Interno

En coherencia con el objetivo y el alcance definidos para el Informe de seguimiento a la identificación, valoración y análisis de riesgos de la primera línea de defensa, y con base en los resultados del análisis del mapa de riesgos institucional 2026 V1, la comparación con la vigencia 2025, la revisión de la materialización de riesgos reportada por la primera línea y los hallazgos de auditoría del segundo semestre de 2025, desde la Oficina de Control Interno se formulan los siguientes comentarios:

1. **Cobertura y actualización de la gestión del riesgo:** Se evidencia que la Unidad cuenta con política, metodología y procedimiento formalmente definidos para la administración de riesgos, aplicables a procesos y Direcciones Territoriales. Esta cobertura se refleja en el mapa institucional 2026 V1, que consolida 230 riesgos (141 en procesos, 85 en Direcciones Territoriales y 4 transversales), en coherencia con el modelo por procesos y

 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: 22 de 31

con los lineamientos institucionales para la identificación, valoración, tratamiento y seguimiento del riesgo.

2. **Tendencia de criticidad y focalización del seguimiento:** La comparación entre el mapa 2025 V2 y el mapa 2026 V1 muestra una reducción del universo de riesgos de 254 a 230 (24 riesgos menos) y una disminución de la criticidad agregada Alto + Extremo de 118 a 87 riesgos (31 riesgos críticos menos). No obstante, persiste un bloque material de exposición residual en niveles Alto y Extremo (87 de 230; 37,8 por ciento), mientras que el nivel Moderado concentra 102 riesgos (44,3 por ciento); por ello, el seguimiento de la primera línea y el monitoreo de la segunda línea deben priorizarse por criticidad, con énfasis en procesos y Direcciones Territoriales con mayor concentración de riesgos críticos y en la verificación de la efectividad documentada de controles y tratamientos.
3. **Articulación con riesgos materializados reportados por la primera línea:** La materialización reportada durante 2025 (registros marcados como "SI") evidencia eventos en procesos misionales, de soporte y Direcciones Territoriales, con incidencia directa en la oportunidad, calidad y trazabilidad de la atención a las víctimas y en la capacidad de respuesta institucional. Del cruce efectuado sobre los riesgos materializados de 2025 se identificaron 15 riesgos únicos riesgos que se mantienen en la en la vigencia 2026. Asimismo, se observan cambios en severidad residual, tratamiento y redacción de controles en varios riesgos, lo que confirma la necesidad de que la primera línea use la materialización como insumo para la actualización del mapa y para el ajuste oportuno de controles y planes de tratamiento.
4. **Hallazgos de auditoría internas de control interno y acciones de fortalecimiento:** Los informes de auditoría de 2025 sobre Relación con el Ciudadano, Gestión Documental, Gestión Administrativa y Gestión para la Asistencia muestran un patrón transversal de debilidad en la madurez de la gestión del riesgo, asociado a mapas no plenamente integrales, debilidades en diseño y evidencia de controles, y seguimiento insuficiente para la toma de decisiones preventivas. En consecuencia, desde la Oficina de Control Interno, el mayor impacto de mejora se concentra en la formulación e implementación de planes de mejoramiento con enfoque en causas raíz, el fortalecimiento metodológico del diseño, documentación y seguimiento de controles, y la articulación efectiva entre primera, segunda y tercera línea de defensa, con soporte en trazabilidad, monitoreo y herramientas tecnológicas.
5. **Hallazgo de auditoría externas - Contraloría General de la República:** Desde el Control Interno, los hallazgos de la Contraloría General de la República deben constituirse en insumo obligatorio para la actualización del mapa de riesgos por parte de la primera línea

 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: 23 de 31

de defensa, en tanto evidencian debilidades recurrentes de control, riesgos ya materializados y causas que no han sido corregidas con la efectividad requerida. Los seguimientos al Plan de Mejoramiento Institucional muestran que, a pesar de las acciones formuladas, persiste un volumen relevante de hallazgos abiertos y actividades pendientes, lo que refuerza la necesidad de priorizar el cierre estructural de causas raíz y no únicamente el cumplimiento formal de actividades. En consecuencia, incorporar estos hallazgos al mapa de riesgos fortalece la trazabilidad entre hallazgo, plan de mejoramiento, riesgo y control, permite recalibrar la valoración y el tratamiento en los temas reiterados identificados por la CGR (p. ej., supervisión contractual, sistemas de información e interoperabilidad, coordinación interinstitucional, reintegros y publicación contractual), y contribuye a una gestión del riesgo más preventiva, verificable y coherente con el Sistema de Control Interno.

6. ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO HISTÓRICO.

A diferencia del informe de la vigencia 2025, en el que se estableció una línea base para análisis posteriores, en la presente vigencia ya es posible realizar una lectura histórica inicial del comportamiento de la gestión del riesgo de la primera línea de defensa, a partir del comparativo entre el Mapa de Riesgos Institucional 2025 versión 2 y el Mapa de Riesgos Institucional 2026 versión 1. Este ejercicio permite evaluar variaciones en el universo de riesgos, su criticidad residual y los ajustes efectuados por procesos, Direcciones Territoriales y componentes transversales.

El análisis evidencia una reducción del universo de riesgos, pasando de 254 en 2025 a 230 en 2026 (–24 riesgos), así como una disminución de la criticidad agregada en niveles Alto y Extremo, que pasa de 118 a 87 riesgos (–31). En términos generales, este comportamiento muestra una tendencia favorable en la distribución residual; no obstante, desde la vista de Control Interno, dicha variación debe interpretarse con prudencia, en la medida en que su efectividad depende de la trazabilidad de los cambios, la calidad del diseño de controles y la evidencia de su operación.

En los riesgos comparables entre vigencias se observa un comportamiento mixto, con riesgos que mejoran, otros que se mantienen y otros que incrementan su severidad residual, lo cual confirma que la evolución no es homogénea. Adicionalmente, los riesgos que no continúan en 2026 deben analizarse técnicamente para determinar si corresponden a depuración metodológica, reformulación, traslado o eliminación sustentada, especialmente cuando en 2025 presentaban niveles de criticidad relevantes.

 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: 24 de 31

De manera complementaria, la información de materialización reportada por la primera línea de defensa aporta valor al análisis histórico, al permitir verificar si los ajustes realizados en 2026 incorporan aprendizajes derivados de eventos materializados en 2025, tanto en severidad y tratamiento como en unidad responsable y controles. En este sentido, se recomienda consolidar este análisis histórico como un componente periódico de seguimiento institucional, orientado a fortalecer la toma de decisiones y la efectividad del Sistema de Control Interno.

7. ENFOQUE BASADO EN RIESGOS.

El presente informe se desarrolla bajo un enfoque basado en riesgos, orientado a priorizar el análisis y seguimiento sobre aquellos eventos que, por su nivel de severidad residual, materialización, recurrencia, impacto misional y debilidades de control, representan mayor exposición para la Unidad. En este marco, la Oficina de Control Interno no limita la lectura al resultado cuantitativo del mapa de riesgos institucional, sino que integra información proveniente de la actualización del mapa 2025–2026, de los reportes de materialización efectuados por la primera línea de defensa y de los resultados de auditoría interna y externa, con el fin de valorar la consistencia entre la identificación del riesgo, el diseño de controles y la efectividad de las acciones de tratamiento.

Este enfoque permite focalizar la revisión en riesgos con mayor criticidad residual (Alto y Extremo), en riesgos que se materializaron durante la vigencia 2025 y permanecen en la matriz 2026, en riesgos que presentaron cambios relevantes en severidad, tratamiento, unidad responsable o controles, y en aquellos asociados a procesos auditados en los que se evidenciaron debilidades estructurales en la madurez de la gestión del riesgo. En ese sentido, la lectura realizada incorpora no solo la distribución residual y su comportamiento histórico, sino también la calidad del soporte de los controles, la trazabilidad de los ajustes y la alineación del mapa con la realidad operativa y misional de los procesos y Direcciones Territoriales.

Desde el aspecto de Control Interno, el enfoque basado en riesgos también implica evaluar si la gestión adelantada por la primera línea de defensa está orientada a la prevención y no únicamente al reporte, verificando si los cambios incorporados en la matriz responden a aprendizajes derivados de la materialización, a decisiones metodológicas sustentadas y a acciones de mejora verificables. Lo anterior cobra especial relevancia en los procesos auditados, donde se identificaron debilidades recurrentes relacionadas con la integralidad de los mapas de riesgos, el diseño y evidencia de controles y el seguimiento para la toma de decisiones preventivas, aspectos que incrementan la exposición a riesgos operativos, legales, reputacionales, fiscales y de cumplimiento.

 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: 25 de 31

En consecuencia, el enfoque adoptado en este informe prioriza la generación de alertas y recomendaciones sobre riesgos críticos y riesgos materializados, la validación de la coherencia entre riesgo–control–tratamiento, y la articulación entre primera, segunda y tercera línea de defensa para fortalecer la respuesta institucional. Este criterio busca aportar insumos para la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección y de las instancias de coordinación institucional, promoviendo una gestión del riesgo más trazable, oportuna y efectiva, alineada con la misionalidad de la Unidad y con el fortalecimiento del Sistema de Control Interno.

8. CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE EVIDENCIAS

El análisis realizado por la Oficina de Control Interno evidencia avances en la actualización del mapa de riesgos institucional y una tendencia favorable en la distribución de la severidad residual entre las vigencias comparadas; sin embargo, persisten elementos estructurales que limitan la madurez de la gestión del riesgo en la primera línea de defensa, especialmente en la integralidad de los mapas de riesgos, la calidad del diseño y soporte de los controles, y la trazabilidad de los ajustes efectuados entre vigencias. En consecuencia, si bien la reducción del universo de riesgos y de la criticidad agregada constituye una señal positiva, su sostenibilidad y efectividad deben validarse mediante evidencia de operación de controles, seguimiento a planes de tratamiento y consistencia con la realidad operativa de los procesos, Direcciones Territoriales y componentes transversales.

De manera complementaria, el cruce con la información de materialización reportada por la primera línea de defensa permitió fortalecer la lectura del mapa de riesgos desde una perspectiva de gestión efectiva y no solo de actualización formal, al identificar la permanencia de riesgos materializados en la matriz 2026 y cambios relevantes en severidad, tratamiento y controles. Este resultado confirma la importancia de consolidar la materialización como insumo de retroalimentación obligatoria para la revisión del mapa, de tal forma que los ajustes respondan a aprendizajes verificables, análisis de causas y decisiones metodológicas debidamente soportadas. En este contexto, la OCI considera prioritario que la primera línea fortalezca la trazabilidad entre evento materializado, acción correctiva, ajuste del riesgo y evidencia de control.

Los resultados de auditoría interna en los procesos auditados durante la vigencia también muestran una recurrencia de debilidades en la gestión del riesgo y en la efectividad del control, asociadas a mapas de riesgos no plenamente integrales, controles con deficiencias de diseño o de evidencia y seguimiento insuficiente para la toma de decisiones preventivas. Esta situación incrementa la exposición institucional a riesgos operativos, legales, reputacionales, fiscales y de cumplimiento, y limita la capacidad del Sistema de Control Interno para anticipar desviaciones y

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 26 de 31

corregir oportunamente. Por ello, desde la Oficina de Control Interno, el principal reto institucional no es únicamente actualizar el mapa de riesgos, sino fortalecer su uso como herramienta de direccionamiento, priorización y control.

En atención a lo anterior, se recomienda que la Unidad priorice una agenda de fortalecimiento de la gestión del riesgo con enfoque en causas raíz, que incluya la revisión técnica de riesgos críticos y materializados, el mejoramiento metodológico del diseño y documentación de controles (acción de control, responsable, periodicidad y evidencia), y el seguimiento sistemático a la efectividad de los tratamientos definidos. Asimismo, se recomienda reforzar la articulación entre primera, segunda y tercera línea de defensa, con apoyo de herramientas de trazabilidad, monitoreo y análisis, para asegurar coherencia entre la gestión operativa, la gestión del riesgo y el control institucional.

Finalmente, se sugiere consolidar este ejercicio como un mecanismo periódico de análisis institucional, integrando comportamiento histórico, materialización, resultados de auditoría y evolución de controles, con el fin de orientar la toma de decisiones de la Alta Dirección y de las instancias de coordinación institucional, y contribuir al fortalecimiento progresivo del Sistema de Control Interno y al cumplimiento de la misionalidad de la Unidad.

Conclusión para Procesos: En los riesgos asociados a procesos se observa el mayor peso analítico del ejercicio, tanto por volumen como por recurrencia en la materialización reportada por la primera línea de defensa, especialmente en procesos misionales y de soporte con incidencia directa en la oportunidad, calidad y trazabilidad de la gestión institucional. Aunque el comparativo entre vigencias evidencia una tendencia favorable en la reducción de criticidad agregada, persisten debilidades en la integralidad del mapa de riesgos, en el diseño y soporte de controles y en la trazabilidad entre materialización, acciones correctivas y ajuste del riesgo, lo que limita la capacidad preventiva del Sistema de Control Interno. En consecuencia, se requiere priorizar la revisión técnica de riesgos críticos y materializados, fortalecer el diseño metodológico de controles y asegurar seguimiento verificable a los tratamientos definidos.

Conclusión para Direcciones Territoriales: En las Direcciones Territoriales, el análisis evidencia exposición relevante por su rol en la operación misional y en la ejecución directa de actividades con impacto sobre la atención a víctimas, lo que exige una gestión del riesgo alineada con la realidad territorial, con controles trazables y seguimiento oportuno. La materialización identificada en algunas Direcciones Territoriales durante 2025 muestra la necesidad de fortalecer la consistencia del mapa de riesgos territorial, la justificación técnica de los ajustes entre vigencias y la articulación con la información de materialización reportada por la primera

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 27 de 31

línea. Desde la perspectiva de la Oficina de Control Interno, el principal reto en este componente es mejorar la estandarización metodológica sin perder la lectura de contexto territorial, para evitar subestimación de riesgos o ajustes no suficientemente soportados.

Conclusión para Transversales: En los riesgos transversales, el análisis confirma su importancia estratégica por el alcance institucional que tienen sobre varios procesos y dependencias, lo que demanda una gestión más articulada entre líneas de defensa y un mayor rigor en la definición de responsables, controles y mecanismos de monitoreo. Si bien su tratamiento puede mostrar mejoras en la actualización de la matriz, persiste como desafío asegurar que los riesgos transversales reflejen de manera integral las causas comunes, las interdependencias operativas y los impactos potenciales de cumplimiento, reputacionales y de gestión. En este sentido, la OCI considera necesario fortalecer la trazabilidad y el seguimiento de estos riesgos desde una perspectiva institucional, con criterios homogéneos de control y evidencia, para que su administración no dependa únicamente de actualizaciones formales sino de una gestión efectiva y coordinada.

De manera conjunta, los componentes de procesos, Direcciones Territoriales y transversales muestran avances en la actualización del mapa, pero también evidencian una brecha común en madurez de gestión del riesgo relacionada con la calidad del diseño de controles, la evidencia de su operación y la utilización de la materialización como insumo de mejora. Por ello, la prioridad institucional debe centrarse en consolidar una gestión del riesgo más preventiva, trazable y articulada, orientada a decisiones oportunas y al fortalecimiento del Sistema de Control Interno.

Recomendaciones generales

Con fundamento en el análisis realizado, la Oficina de Control Interno recomienda a la Unidad fortalecer la gestión del riesgo como instrumento efectivo de direccionamiento, prevención y control, asegurando que la actualización del mapa responda a la realidad operativa, misional y territorial, y no únicamente al cumplimiento formal del ejercicio metodológico. En este sentido, resulta prioritario consolidar la trazabilidad entre riesgo, control, tratamiento, materialización, hallazgos de auditoría, acciones correctivas y evidencia, de forma que la gestión del riesgo se soporte en información verificable y contribuya a una mejor toma de decisiones institucionales.

Se recomienda a la primera línea de defensa ajustar y operar el Mapa de Riesgos 2026 conforme a la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas versión 7, priorizando la revisión técnica de los riesgos críticos y de aquellos que se materializaron durante la vigencia, especialmente cuando tengan impacto misional, fiscal, legal, reputacional, de cumplimiento o de

 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: 28 de 31

seguridad de la información. Esta revisión debe asegurar que los cambios en severidad, tratamiento y controles estén debidamente soportados en análisis de causas, evidencia de ejecución y decisiones metodológicas documentadas, incorporando de manera obligatoria la materialización de riesgos y los hallazgos de auditorías internas y externas como insumos para la actualización del mapa y la definición de acciones de mejora.

De igual forma, se recomienda fortalecer el diseño y la documentación de los controles, garantizando que su formulación incluya acción de control, responsable, periodicidad, evidencia y relación clara con la causa del riesgo, de modo que sea posible evaluar su efectividad y no solo su existencia formal. En particular, debe verificarse que los ajustes realizados a los controles de riesgos materializados o asociados a hallazgos de auditoría correspondan a mejoras reales en la gestión del riesgo y no exclusivamente a cambios de redacción o reclasificaciones metodológicas.

A la segunda línea de defensa se recomienda liderar la actualización institucional derivada de la adopción de la Guía versión 7, mediante la revisión y ajuste de la política, procedimientos, metodologías, formatos y criterios técnicos de administración del riesgo, así como el acompañamiento metodológico a procesos, Direcciones Territoriales y riesgos transversales. Este ejercicio debe incluir lineamientos unificados, validación de cambios entre vigencias y revisiones periódicas de consistencia sobre la matriz institucional, con especial énfasis en aquellos riesgos que hayan sido materializados o respecto de los cuales existan observaciones derivadas de auditorías internas o externas.

Así mismo, se recomienda institucionalizar un mecanismo periódico de análisis y retroalimentación que articule comportamiento histórico del mapa, criticidad residual, materialización de riesgos, hallazgos de auditoría, planes de mejoramiento y evolución de controles, como insumo para la Alta Dirección, el Comité Institucional de Control Interno y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Lo anterior permitirá fortalecer la madurez del Sistema de Control Interno, priorizar acciones de intervención y consolidar una gestión del riesgo más preventiva, trazable y alineada con la misionalidad de la Unidad.

9. CONCEPTO DE CONTROL INTERNO

El Control Interno, de conformidad con lo establecido en la Ley 87 de 1993 y como pilar fundamental del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), se concibe como el sistema integrado por la estructura organizacional y el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por la entidad. Su propósito es asegurar que las actividades, operaciones

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 29 de 31

y actuaciones institucionales, así como la administración de la información y de los recursos, se desarrollen en el marco de la Constitución y la ley, en armonía con las políticas definidas por la Alta Dirección y orientadas al cumplimiento de los objetivos institucionales. En este sentido, el Control Interno promueve el mejoramiento continuo, la eficiencia, la eficacia, la transparencia en la gestión pública y una adecuada gestión del riesgo.

Teniendo en cuenta el objetivo, alcance, contexto, resultados del análisis por procesos y Direcciones Territoriales, así como las conclusiones y recomendaciones formuladas en los numerales anteriores del presente informe, la Oficina de Control Interno conceptúa que el Sistema de Control Interno de la Unidad, en lo referente a la gestión integral de riesgos a cargo de la primera línea de defensa, se encuentra formalmente diseñado y en operación; no obstante, persisten debilidades materiales en su nivel de madurez y en su efectividad preventiva. Si bien se evidencian avances en la actualización del mapa de riesgos y en la reducción agregada de la criticidad residual entre las vigencias 2025 y 2026, continúan presentándose brechas en la integralidad del mapa, en la calidad del diseño y soporte de los controles, en la trazabilidad de los cambios efectuados entre vigencias y en el seguimiento a la efectividad de los tratamientos definidos.

Desde el enfoque de Control Interno, la actualización del mapa de riesgos no debe entenderse como un ejercicio aislado ni meramente formal, sino como un proceso dinámico de retroalimentación que incorpore de manera obligatoria la materialización de riesgos reportada por la primera línea de defensa, así como los hallazgos y recomendaciones derivados de auditorías internas y externas. Estos elementos constituyen fuentes objetivas para identificar causas recurrentes, debilidades de control, riesgos materializados y brechas de gestión que deben reflejarse en la identificación, valoración, tratamiento y ajuste de controles dentro de la matriz institucional. En consecuencia, la efectividad del Sistema de Control Interno en materia de gestión del riesgo no se demuestra únicamente por la disminución de la criticidad residual, sino por la capacidad institucional de aprender de la materialización, de corregir oportunamente las debilidades advertidas en auditoría y de traducir esos resultados en controles más robustos, trazables y verificables.

En consecuencia, la Oficina de Control Interno conceptúa que, aunque la Unidad cuenta con instrumentos formales y evidencia esfuerzos de actualización, requiere fortalecer de manera prioritaria la articulación entre mapa de riesgos, materialización, hallazgos de auditoría, planes de mejoramiento y evidencia de control, para avanzar hacia una gestión del riesgo más preventiva, consistente y alineada con la misionalidad institucional. Lo anterior demanda una intervención decidida de la primera línea de defensa, con acompañamiento técnico de la segunda

 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: 30 de 31

línea y seguimiento desde la tercera línea, orientada al cierre de brechas en integralidad del mapa, calidad y efectividad de controles, trazabilidad de cambios y uso sistemático de la información de seguimiento como insumo de mejora continua.

APROBÓ



JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

Elaborado: **Nohemilce Quintero Cetina**
Profesional Especializado



Anexo 1 Control de cambios

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

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

6	19/07/2024	Se actualiza el formato es su estructura de contenido, de acuerdo con los requerimientos de la Oficina de Control Interno.
---	------------	--