 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Paginas: 1 de 38


Fecha de Emisión del Informe	Día	30	Mes	06	Año	2026
-------------------------------------	------------	-----------	------------	-----------	------------	-------------

Número de Informe:	1/2
Nombre:	Informe de Seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional y Evaluación de Controles.
Objetivo:	Evaluar la pertinencia y efectividad del Mapa de Riesgos Institucional y el diseño de los controles definidos para su tratamiento de conformidad con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y la metodología para la administración del riesgo establecida por la UARIV.
Alcance:	Se inicia con la solicitud de información y concluye con el informe que contiene el concepto de la Oficina de Control Interno. Para el presente informe se consideran los 140 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.
Periodicidad:	Este informe se debe realizar dos (2) veces por vigencia. En esta oportunidad el informe se realiza con corte a 31 de mayo de 2026.

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 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*.”
- Decreto 1083 del 26 de mayo de 2015 “*Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.*” Artículo 2.2.21.3.1 Sistema Institucional de Control Interno y Artículo 2.2.21.5.4 Administración de Riesgos.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 2 de 38

- 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.
- Metodología de Administración de Riesgos versión 11 del 4 de diciembre de 2023, Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.


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

 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 38

Política de Planeación Institucional:

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

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

Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción:

Articulación de acciones para la prevención, detección e investigación de los riesgos de en los procesos de la gestión administrativa y misional de las entidades públicas.

Política de Seguridad Digital:

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

4ª. Dimensión: Evaluación de Resultados


Seguimiento y evaluación de la gestión institucional:

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

7ª. Dimensión: Control Interno

Política de control interno:

Alineado con el componente de evaluación de riesgos, actividades de control y la tercera línea de defensa, los cuales contribuyen a los atributos de calidad concerniente con el monitoreo del entorno institucional, la identificación de los riesgos, las causas y la gestión para asegurar

 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 38

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.

Este 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 determinar que el diseño de los controles implementados para su administración se encuentra alineado con los estándares mínimos establecidos 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 esta evaluación, la Oficina de Control Interno emite un concepto acompañado de recomendaciones orientadas a fortalecer la gestión institucional contribuir a la mitigación adecuada de los riesgos y promover la implementación de acciones de mejoramiento en la Unidad.

Este informe está dirigido a la Dirección General, 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.

 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 38


4. CONTEXTO DEL INFORME.

De conformidad con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículos 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”. Igualmente, en el artículo 2.2.21.5.4 del Decreto 1083 de 2015 “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), establece la obligación de las entidades públicas de implementar y mantener políticas de administración del riesgo, como un elemento esencial para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno. En este sentido, la gestión del riesgo debe desarrollarse mediante un proceso que facilite el seguimiento y el análisis de los riesgos de manera permanente.

Asimismo, 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 disposiciones normativas vigentes y en el ejercicio de su rol de evaluación independiente, lleva a cabo el seguimiento al documento denominado “Mapa de Riesgos Institucional 2026 V1 – enero 2026”. El propósito de este ejercicio es efectuar un análisis descriptivo y estadístico de los riesgos identificados por la Entidad y determinar la consistencia del diseño de los controles implementados por los procesos y direcciones territoriales según los lineamientos definidos en la metodología establecida. Este seguimiento constituye un insumo para proponer medidas de fortalecimiento del sistema de control interno, en la medida en

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 6 de 38

que permite identificar posibles mejoras en la gestión de los riesgos y el diseño de los controles, orientadas al cumplimiento de los objetivos institucionales.

De este modo, la Oficina de Control Interno contribuye a la consolidación de la gobernanza, promoviendo una adecuada cultura del control, la mejora continua y 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 viernes 5 de junio de 2026 a las 8:01 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, las 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 12 de junio de 2026 por el jefe de la Oficina Asesora de Planeación se observa que, el mapa de riesgos tiene como última actualización de los registros el mes de enero 2026.

El mapa de riesgos institucional correspondiente a la vigencia 2026, se encuentra publicado en la página web de la Unidad desde el mes de marzo de la misma anualidad, en el siguiente enlace: https://www.unidadvictimas.gov.co/documentos_bibliotec/mapa-de-riesgos-institucional-corrupcion-y-gestion-v2-2025/.

No obstante, al verificar el acceso y la documentación disponible en el enlace señalado, se observa una inconsistencia entre la información publicada y el archivo descargable. En la página web se indica que corresponde a la Versión 2, publicada en el mes de marzo de 2026; sin embargo, una vez se descarga el documento, el archivo se identifica como V1 y registra actualizaciones efectuadas en enero de 2026. Adicionalmente, se observa que, aunque el documento presenta registros actualizados a enero de 2026, su publicación en la página web se realizó en el mes de marzo de la misma vigencia.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Paginas: 7 de 38

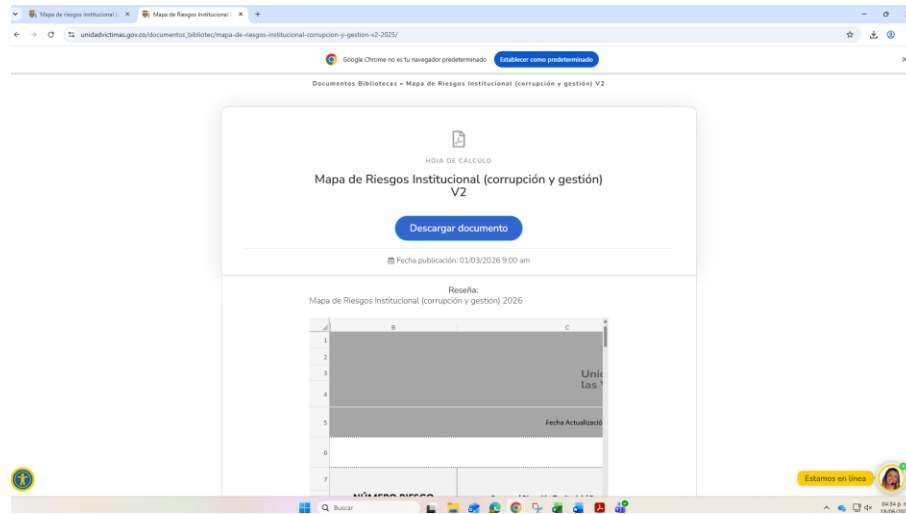


Imagen 1: Captura publicación de mapa de riesgos institucional en la página web.

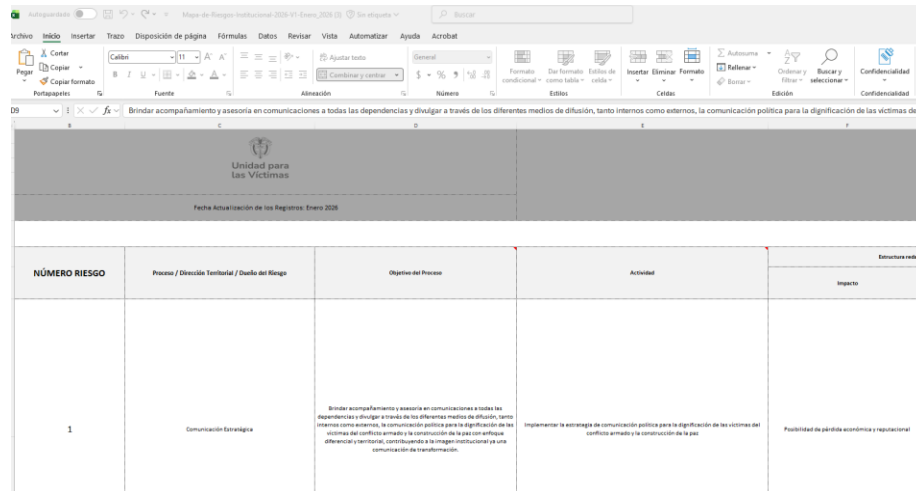



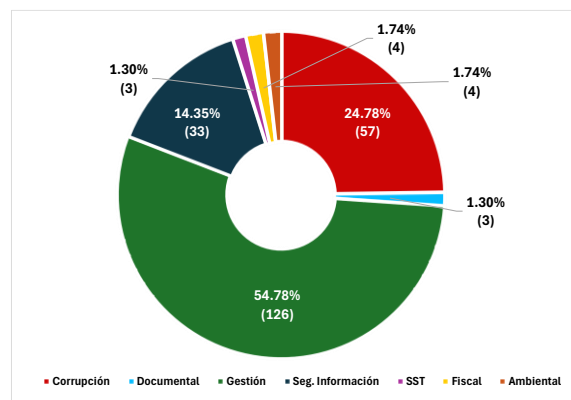
Imagen 2: Captura archivo de mapa de riesgos institucional descargado de la página web.

Existen un total de 230 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 este seguimiento se consideran los 140 riesgos relacionados con gestión, salud y seguridad en el trabajo, documental, fiscal y ambiental. Los riesgos de corrupción y de seguridad de la información no hacen parte del presente informe.

5.1. Identificación de Riesgos en el Mapa 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 Paginas: 8 de 38

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-2026-V1-enero_2026*”, el cual indica un total de 230 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.


La gráfica indica que el 54.78% 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 24.78%, seguidos por los riesgos de seguridad de la información, que alcanzan un 14.35%. Esta distribución demuestra que la mayor cantidad de riesgos se concentra en aspectos relacionados con la ejecución de los procesos en cumplimiento con los objetivos institucionales. Del mismo modo, la significativa concentración de riesgos de corrupción indica la necesidad de mantener la gestión sobre los mismo para salvaguardar la integridad y transparencia.

Tipología del riesgo							Cantidad por Proceso o DT
Corrupción	Documental	Gestión	Seg. Información	SST	Fiscal	Ambiental	
57	3	126	33	3	4	4	230
24.78%	1.30%	54.78%	14.35%	1.30%	1.74%	1.74%	100.00%

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

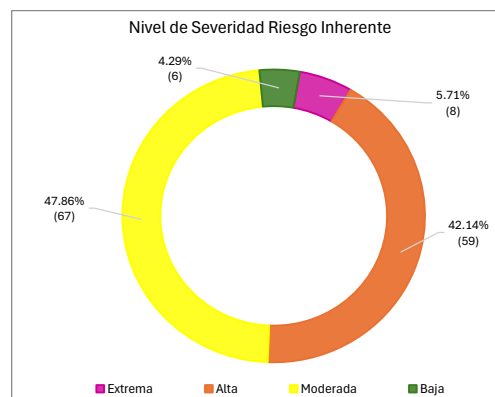
5.2. Nivel de severidad en la calificación de los riesgos.

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 140 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.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 9 de 38

Mediante el documento No. 130,01,20 -1 “Metodología de Administración del Riesgo V11” la entidad 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 42.14% de los riesgos tienen una calificación “alta” y el 47.86% presentan una calificación “moderada”, por lo que es preciso establecer controles que minimicen la materialización de estos. El 5.71% y el 4.29% corresponden a las calificaciones “extrema” y “baja” respectivamente, siendo estos los mínimos porcentajes.



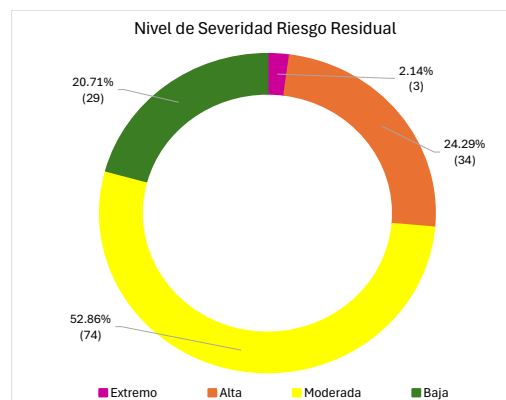
Gráfica 2. Resultados porcentuales generales según el nivel de severidad del riesgo inherente.
Fuente: Instrumento OCI

La gráfica presentada muestra que la mayor concentración de riesgos se concentra en las categorías de valoración “alto” y “moderado”, lo cual guarda correspondencia con los resultados porcentuales obtenidos en la evaluación del nivel de severidad del riesgo inherente. En este sentido, se observa que, antes de la implementación de los controles, una cantidad importante de los riesgos identificados presentan una exposición significativa que pueden afectar el logro de los objetivos de 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

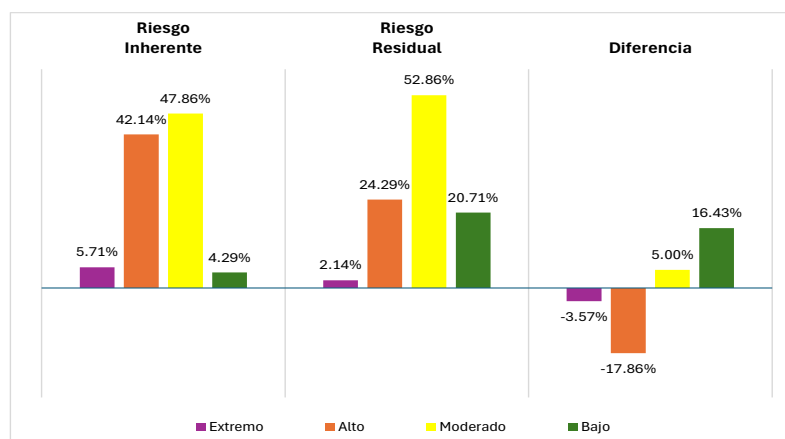
 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Paginas: 10 de 38

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.

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.



Gráfica 4. Resultados porcentuales generales según el nivel de severidad del riesgo residual.
Fuente: Instrumento OCI.

En particular, los riesgos evaluados como “Extremo” disminuyen del 5.71% al 2.14%, lo que refleja una reducción del 3.57 puntos porcentuales respecto a su calificación inicial. Por otro lado, los riesgos clasificados como “Alto” pasan del 42.14% al 24.29%, con una disminución de 17.85 puntos

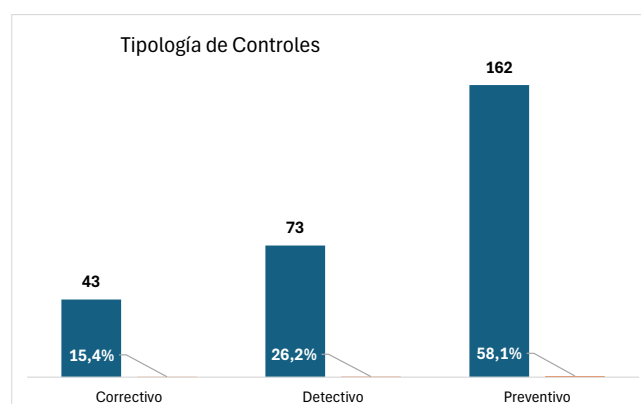
 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Paginas: 11 de 38

porcentuales. Este cambio representa el impacto 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 47.86% al 52.86%, es decir, de 5.00 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 4.29% al 20.71% con un aumento de 16.43 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 140 riesgos determinados para el alcance de este informe, se han definido un total de 279 controles, distribuidos de la siguiente manera:



Gráfica 5. Distribución de los controles según su tipología. Fuente: Propia OCI

La gráfica indica que el 58.1% 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 26.2% son de tipo detectivo, que *atacan la probabilidad del riesgo – mecanismo ejecutado que permite detectar el riesgo durante la ejecución del proceso* y el 15.4% son correctivos que *atacan el impacto del*

 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: 12 de 38

riesgo – Acción que se ejecuta después que se materializa el riesgo. Texto subrayado tomado del documento “Metodología de Administración del Riesgo V11”.

5.3.1. Diseño de los controles

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



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.

En la revisión de la información registrada en el documento denominado “Mapa-de-Riesgos-Institucional-2026-V1-enero_2026” específicamente en las columnas X a AD, correspondientes a la descripción y clasificación de los controles, se evidencian inconsistencias que afectan la completitud y trazabilidad de la información. En particular, el riesgo 185 cuenta con clasificación del control en las columnas Y a AD, pero no presenta la descripción del control en la columna X, lo cual impide identificar la acción concreta, responsable, propósito y forma de ejecución del control. Por su parte, los riesgos 150 y 217 presentan descripción del control en la columna X, pero no cuentan con la

 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 38

clasificación correspondiente en las columnas Y a AD, relacionada con afectación del control, tipo de control, implementación, documentación, evidencia y frecuencia. Estas situaciones limitan la evaluación integral del diseño del control y pueden afectar la consistencia metodológica del mapa de riesgos. En consecuencia, se recomienda revisar y completar la información de los controles identificados, garantizando que cada registro cuente tanto con la descripción clara del control como con la totalidad de los atributos requeridos para su valoración.

Como muestra para la verificación del diseño de los controles con corte 31 de mayo de 2026, la Oficina de Control Interno toma los controles de los siguientes procesos: Comunicación Estratégica, Gestión Administrativa, Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez y las direcciones territoriales Caquetá-Huila y Cauca.


La muestra seleccionada representa el 12.54% del total de los controles asociados a los 140 riesgos que hacen parte de este informe. A continuación, se presenta una tabla que muestra la distribución de los controles evaluados:

Proceso o Dirección Territorial	Tipo de Proceso	Cantidad de Riesgos	Cantidad de Controles
Comunicación Estratégica	Estratégico	1	2
Gestión Administrativa	Apoyo	6	11
Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez	Misional	3	11
Dirección Territorial Caquetá-Huila		3	7
Dirección Territorial Cauca		4	4
	Total	17	35

Tabla 3. Muestra para análisis de diseño de controles.

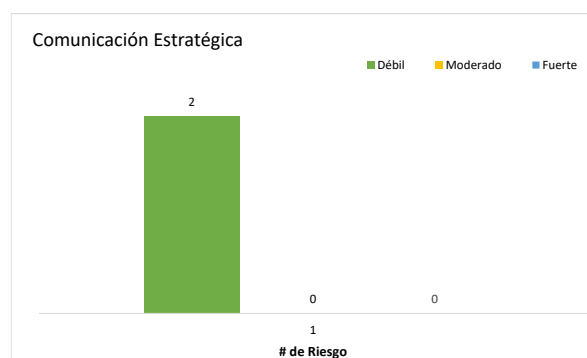
5.3.1.1. Proceso Comunicación Estratégica.

IDENTIFICACIÓN		CONTROLES	Evaluación del diseño del control actual		
# Riesgo	Riesgo		Resultado	Zona	Comentario
			Resultado de la calificación del diseño del control actual	Rango del control actual del diseño	
1	Posibilidad de pérdida económica y reputacional ante nuestras partes interesadas por quejas o sanciones ocasionados por la generación de comunicación externa y/o interna inadecuada	La Oficina Asesora de Comunicaciones realiza mensualmente tráficos de actividades o consejos editoriales, donde se analizan, se planifican y aprueban todas las actividades presentadas por los periodistas designados como enlaces con cada área y los enlaces de comunicación en cada dirección territorial con el fin garantizar la implementación de la estrategia de comunicación institucional para la dignificación de las víctimas del conflicto armado y la construcción de la paz. En caso de que surjan cambios serán evaluados por el jefe de comunicaciones para evaluar su pertinencia de incluirlos o no. La evidencia de estas reuniones queda recopilada en las presentaciones y listas de asistencia.	50	Debil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. Aunque el control tiene propósito, periodicidad y una actividad de revisión previa, no identifica el cargo responsable que ejecuta y aprueba el control; además, la acción frente a desviaciones no está suficientemente definida y la evidencia propuesta solo soporta la realización de reuniones, sin demostrar trazabilidad de decisiones, aprobaciones, rechazos o ajustes.
		En la Oficina Asesora de Comunicaciones se realiza la revisión de contenido diariamente a los boletines de prensa que llegan a nivel nacional, con el propósito de verificar que la información sea veraz y tenga los parámetros establecidos frente al lenguaje claro y los lineamientos de transparencia e información pública, en caso de que algún dato no pueda ser constatado debe ser omitido y/o devuelto para su corrección. La evidencia son los correos con los comunicados de prensa originales y los correos de las correspondientes revisiones y/o publicaciones.	65	Debil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. El control contiene propósito, periodicidad diaria, actividad de revisión y tratamiento ante datos no verificables; sin embargo, no precisa el cargo responsable y la evidencia es parcial, pues los correos no garantizan por sí solos la trazabilidad completa de observaciones, ajustes, aprobación final y publicación. Adicionalmente, la clasificación como correctivo debe revisarse, dado que opera antes de la publicación.

 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: 14 de 38

Comunicación Estratégica				
# de Riesgo	Cantidad de Controles	Débil	Moderado	Fuerte
1	2	2	0	0
Totales	2	2	0	0

Tabla 4. Calificación de diseño de controles de los riesgos del proceso Comunicación Estratégica.




Gráfica 6. Resultados de la calificación de diseño de controles de los riesgos del proceso Comunicación Estratégica.

En resumen, la tabla y la gráfica anteriores muestran que, del riesgo analizado en el proceso Comunicación Estratégica, los 2 controles analizados tienen una calificación débil. Es necesario realizar un análisis concienzudo de los controles calificados como débiles para que cumplan los criterios establecidos.

La calificación ubica el diseño de los controles en zona débil. Si bien los controles evaluados cuentan con propósito definido, periodicidad, actividades de revisión previa y tratamiento frente a situaciones como datos no verificables, presentan debilidades en su diseño, dado que no precisan el cargo responsable de ejecutar, revisar y aprobar el control. Asimismo, la acción frente a desviaciones no se encuentra suficientemente definida y la evidencia propuesta resulta parcial, pues las reuniones y correos electrónicos soportan la realización de actividades, pero no garantizan por sí solos la trazabilidad completa de las decisiones adoptadas, observaciones formuladas, ajustes realizados, aprobaciones, rechazos o publicación final.

Adicionalmente, se recomienda revisar la clasificación del control *“En la Oficina Asesora de Comunicaciones se realiza la revisión de contenido diariamente a los boletines de prensa que llegan a nivel nacional, con el propósito de verificar que la información sea veraz y tenga los parámetros establecidos frente al lenguaje claro y los lineamientos de transparencia e información pública, en caso de que algún dato no pueda ser constatado debe ser omitido y/o devuelto para su corrección. La evidencia son los correos con los comunicados de prensa originales y los correos de las correspondientes revisiones y/o publicaciones”* como


 <p>Unidad para las Víctimas</p>	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Paginas: 15 de 38

correctivo, cuando su operación se efectúa antes de la publicación, lo cual podría corresponder a una naturaleza preventiva.

Lo anterior asegurando así su alineación con los estándares exigidos y su capacidad para mitigar los riesgos de manera efectiva en cumplimiento con los requisitos mínimos y los criterios establecidos en la metodología definida por la UARIV.

5.3.1.2. Proceso Gestión Administrativa

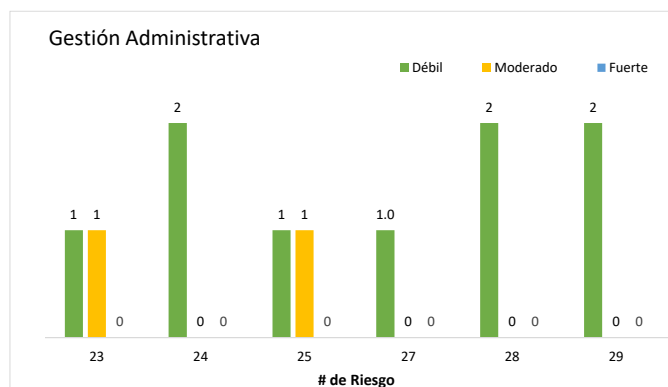
IDENTIFICACIÓN		CONTROLES	Evaluación del diseño del control actual		
#Riesgo	Riesgo		Resultado	Zona	Comentario
23	Posibilidad de pérdida económica y reputacional ante la Unidad y entes de control por sanciones ocasionadas por desactualización de información registrada en aplicativo de control de inventarios	El profesional responsable del procedimiento de Propiedad, Planta y Equipo (PPE) dirigirá la toma física de inventario en cada una de las dependencias de la entidad, una vez al año, verificando la existencia de los bienes y su correcta asignación a los responsables correspondientes. El propósito de esta actividad es garantizar el control sobre la ubicación de los bienes y determinar a cargo de quién se encuentran. En caso de evidenciar cambios en los usuarios responsables, se realizará la actualización en el aplicativo de control de inventarios mediante los comprobantes de traslado entre funcionarios o los comprobantes de reintegro al almacén. Evidencia: Actas de cierre de la toma física e informe de relación de inventario de activos.	95	Moderado	La calificación ubica el diseño del control en zona moderada. El control cuenta con responsable, propósito, periodicidad, actividad de verificación y acción frente a cambios de responsable; no obstante, la evidencia es parcial, porque las actas e informe de inventario deben demostrar también las diferencias identificadas, los ajustes efectuados en el aplicativo y el cierre de inconsistencias.
		El profesional responsable, junto con los colaboradores del procedimiento de Propiedad, Planta y Equipo, realizará periódicamente la identificación de bienes mediante la colocación y verificación de la placa institucional, la cual permite confirmar en el aplicativo de almacén a quién se encuentra asociado cada elemento. Se aclarará que los puestos de trabajo son asignados únicamente al personal de planta y a los contratistas, con el fin de asegurar un mayor control. En caso de identificar equipos sin placa o sin asignación, estos se cargarán al inventario del supervisor del contrato respectivo o del responsable del área o Dirección Territorial, siempre que este lo acepte; de lo contrario, serán reintegrados al almacén. Evidencia: Formato de levantamiento individual de inventarios y registros en el aplicativo correspondientes al serial asociado a la placa.	85	Debil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. El control cuenta con responsable, propósito, actividad de verificación, tratamiento frente a bienes sin placa o sin asignación y evidencia; sin embargo, la periodicidad se describe como "periódicamente", sin frecuencia definida, lo que limita la trazabilidad y oportunidad del control.
24	Posibilidad de pérdida reputacional por demandas o quejas de nuestros grupos de valor por la no prestación del servicio administrativos	El coordinador y los colaboradores del proceso de Gestión Administrativa realizan anualmente la planificación de recursos y el análisis de necesidades administrativas desde la vigencia anterior, con el fin de solicitar a la Oficina de Administración y Planeación (OAP) los recursos requeridos para el cumplimiento de las actividades propias del proceso. Este procedimiento permite garantizar la continuidad y la adecuada prestación de los servicios administrativos, así como el cumplimiento de la misión de la entidad. En caso de no contar con los recursos necesarios, se informa oportunamente a la Secretaría General para gestionar la solución correspondiente a los imprevistos administrativos que se presenten. Evidencia: Consolidación del Plan Anual de Adquisiciones (PAA) del Grupo de Gestión Administrativa y Documental - GGAD.	35	Debil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. Si bien el control tiene propósito y periodicidad anual, no precisa el cargo responsable que ejecuta, revisa y aprueba la planeación; la acción no define criterios de análisis, priorización o suficiencia presupuestal; la acción frente a recursos insuficientes no establece tiempos ni seguimiento y la evidencia del PAA solo soporta parcialmente la trazabilidad de la gestión.
		Los apoyos a la supervisión de los contratos de servicios generales del proceso de Gestión Administrativa realizan seguimiento periódico a la prestación de los servicios mediante reuniones de seguimiento, comunicaciones por correo electrónico y verificación de informes presentados por el contratista, con el fin de garantizar el adecuado cumplimiento contractual. En caso de identificar posibles incumplimientos por parte del operador, la supervisión debe informar de manera inmediata al Grupo de Gestión Contractual para que se adelanten las acciones que correspondan, incluida la gestión para hacer efectivas las pólizas de cumplimiento cuando sea necesario. Evidencia: Correos electrónicos, actas de reunión, listados de asistencia e informes de supervisión.	50	Debil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. El control es pertinente para el seguimiento contractual y prevé actuación ante incumplimientos, pero no identifica con precisión el responsable, la periodicidad se expresa de manera genérica y la evidencia es parcial si no demuestra análisis de cumplimiento, alertas, requerimientos, compromisos y cierre. Además, su naturaleza corresponde principalmente a un control detectivo, no preventivo.
25	Posibilidad de pérdida económica y reputacional por errores en la entrega de donaciones en eventos masivos, en los que participan población víctima y población vulnerable	Los colaboradores del Grupo de Gestión Administrativa y Documental (GGAD) únicamente realizan el alistamiento de las donaciones cuando estas hayan sido aprobadas por el director general o el subdirector. Según resolución vigente 03027 de 05 de diciembre de 2025 o las sucesivas. Las constancias de entrega realizadas en territorio por los solicitantes, enlaces misionales o equipos operativos constituyen pagos de trabajo con fines seguimiento. Evidencia: Soporte de salida de almacén con autorización de director o subdirector	35	Debil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. El control tiene propósito y aplicación por evento, pero no precisa el responsable específico que verifica la autorización y ejecuta el alistamiento; tampoco define criterios de validación de bienes, cantidades, destinatarios o soportes. La acción ante devoluciones no está establecida y la evidencia solo soporta parcialmente la trazabilidad entre autorización, salida y entrega.
		Cada vez que se realice una donación, el responsable de bodega efectuará el control de salida de los elementos y reportará al personal de vigilancia para el registro en la minuta correspondiente. Durante la salida, se realizará una verificación física detallada de los elementos con el fin de asegurar el adecuado control de inventarios. En caso de identificar inconsistencias durante esta inspección, se procederá de inmediato a su actualización y ajuste correspondiente, dejando los soportes del caso. Evidencia: minutas de vigilancia y registro fotográfico.	95	Moderado	La calificación ubica el diseño del control en zona moderada. El control cuenta con responsable, propósito, periodicidad por evento, verificación física y acción frente a inconsistencias; sin embargo, la evidencia es parcial, pues las minutas y registro fotográfico deben complementarse con soportes de diferencias identificadas, ajustes realizados, responsables de corrección y cierre.
27	Posibilidad de pérdida económica y reputacional ante las partes interesadas por incumplimiento de los objetivos del sistema de gestión ambiental	El equipo implementador del Sistema de Gestión Ambiental realiza el acompañamiento en las direcciones territoriales y procesos para la actualización de la "Matriz de identificación y evaluación de aspectos e impactos ambientales" anualmente, con el fin de enfocar las actividades de control, fomento y prevención que permitan atender de manera efectiva los impactos ambientales determinados; en caso de no desarrollar la actividad, el equipo implementador convocará a una sesión extraordinaria. Evidencia: Correos electrónicos, actas de reunión (fase 2 y 4), listados de asistencia, formato diligenciado "Encuesta para la identificación de aspectos e impactos ambientales", formato diligenciado "Reporte de condiciones ambientales", matriz final de identificación y evaluación de aspectos e impactos ambientales de la vigencia evaluada y la Guía para la identificación y evaluación de aspectos e impactos ambientales.	55	Debil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. El control presenta propósito, periodicidad y evidencia; no obstante, el responsable se formula de manera general como equipo implementador y la acción ante desviaciones se limita a convocar una sesión extraordinaria, sin definir responsables, tiempos, seguimiento ni cierre.
28	Posibilidad de pérdida económica y reputacional por sanciones de entes de control a causa de incumplimiento de los requisitos legales ambientales aplicables a la entidad.	El equipo que apoya la implementación conformado por enlaces SIG, administrativos y apoyos SGA en territorio así como el equipo implementador del SGA, se encarga de la identificación de requisitos legales ambientales a nivel territorial y/o nacional que puedan impactar la funcionalidad de la entidad mediante la aplicación de una encuesta enviada a la oficina asesora jurídica con periodicidad bimestral. En caso de no realizar el reporte a tiempo se solicita a la Oficina asesora jurídica una actualización extemporánea o se espera a la próxima actualización para la inclusión de la norma. Evidencia: Correo electrónico y encuesta diligenciada y enviada al equipo implementador del SGA.	50	Debil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. Aunque el control tiene propósito, periodicidad bimestral y actividad definida mediante encuesta, el responsable se describe de forma amplia, no se precisan criterios de validación normativa ni análisis de aplicabilidad, la acción ante desviaciones no garantiza oportunidad y la evidencia de correo y encuesta es parcial.
		El equipo implementador realiza socialización de la identificación de requisitos legales ambientales en Direcciones Territoriales para garantizar el ámbito de aplicación a la entidad, con periodicidad semestral utilizando infografía, en caso de no realizar el envío a tiempo se realiza la socialización en los espacios de orientación virtual. Evidencia: Infografías, listados de asistencia y correos electrónicos.	50	Debil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. El control tiene propósito, periodicidad y actividad de socialización, pero no precisa el cargo responsable ni define cómo se verifica la comprensión, apropiación o aplicación de los requisitos socializados, la acción ante desviaciones requiere trazabilidad y seguimiento, y la evidencia demuestra divulgación, mas no necesariamente efectividad.

 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 38

IDENTIFICACIÓN		CONTROLES	Evaluación del diseño del control actual		
# Riesgo	Riesgo	Descripción del Control	Resultado de la calificación del diseño del control actual	Zona	Comentario
29	Posibilidad de pérdida económica y reputacional ante nuestras partes interesadas internas y externas, por afectación en el desempeño ambiental y sanciones ante entes de control	El equipo implementador del SGA, se encargan de establecer lineamientos y realizar el seguimiento a las actividades del plan de implementación que permitan dar cumplimiento a los requisitos establecidos en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MPG cada vez que se requiera, con el fin de asegurar el cumplimiento de las metas establecidas por el SGA. En caso de no realizarse se debe realizar un plan de mejora para revisar metas. Evidencia: Plan de implementación y seguimiento registrado en el aplicativo dispuesto.	55	Débil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. El control es pertinente y contempla acción y evidencia, pero el responsable se formula de manera general, la periodicidad "cada vez que se requiera" no es concreta y la acción de control no precisa criterios de seguimiento, metas, alertas ni responsables de cierre.
		El equipo implementador del Sistema de Gestión Ambiental, mensualmente revisa el desarrollo de las actividades programadas en el plan de trabajo definido para la vigencia para atender los Objetivos de Desarrollo Sostenible - ODS y los principios de Pacto Global de las Naciones Unidas, con el propósito de asegurar el cumplimiento del Plan Institucional de Gestión Ambiental - PIGA de la entidad, en el caso de incumplimiento o retraso en la ejecución se realiza una observación al Plan Anual de Trabajo (PAT) y se reprograma la tarea. Evidencia: Plan Anual de Trabajo y la documentación que soporta el desarrollo de las actividades ejecutadas, avance PIGA.	65	Débil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. El control cuenta con propósito, periodicidad mensual, actividad de seguimiento y tratamiento ante retrasos; sin embargo, el responsable se mantiene general y la evidencia debe demostrar observaciones, reprogramaciones, responsables y cierre de actividades retrasadas.

Gestión Administrativa				
# de Riesgo	Cantidad de Controles	Débil	Moderado	Fuerte
23	2	1	1	0
24	2	2	0	0
25	2	1	1	0
27	1	1,0	0	0
28	2	2	0	0
29	2	2	0	0
Totales	11	9	2	0


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



Gráfica 7. Resultados de la calificación de diseño de controles de los riesgos del proceso Gestión de Administrativa.

En resumen, la tabla y la gráfica anteriores muestran que, de los seis (6) riesgos analizados en el proceso Gestión Administrativa, los 11 controles implementados presentan la siguiente distribución en su calificación: el 81.8% tiene una calificación débil y el otro 18.2% como moderado.

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 moderada, su estructura debe ser revisada en función de los requisitos mínimos y los criterios establecidos en la metodología definida por la UARIV,

 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 38

asegurando así su alineación con los estándares exigidos y su capacidad para mitigar los riesgos de manera efectiva.

De la evaluación del diseño de los controles asociados a los riesgos del proceso de Gestión Administrativa, se observa que la mayoría de los controles se ubican en zona débil, debido principalmente a deficiencias en la identificación precisa del cargo responsable, periodicidades formuladas de manera general, evidencias parciales y acciones frente a desviaciones que no siempre establecen criterios, responsables, tiempos de atención, seguimiento y cierre. Estas situaciones limitan la trazabilidad y suficiencia del control, especialmente en los riesgos relacionados con la prestación de servicios administrativos, entrega de donaciones, cumplimiento de requisitos legales ambientales, desempeño ambiental y actualización de instrumentos del Sistema de Gestión Ambiental.

No obstante, se destacan dos controles calificados en zona moderada. El primero corresponde a la toma física anual de inventarios, asociada al riesgo de desactualización de la información registrada en el aplicativo de control de inventarios, dado que cuenta con responsable, propósito, periodicidad, actividad de verificación y acción frente a cambios de responsable. El segundo corresponde al control de salida de elementos en donaciones, en el cual el responsable de bodega verifica físicamente los bienes cada vez que se realiza una donación y define una actuación inmediata frente a inconsistencias. Sin embargo, en ambos casos se requiere fortalecer la evidencia, de manera que no solo soporte la ejecución de la actividad, sino también las diferencias identificadas, los ajustes realizados, los responsables de corrección y el cierre efectivo de las inconsistencias.

El análisis permite concluir que los controles son pertinentes frente a los riesgos identificados, pero requieren ajustes en su diseño para mejorar su eficacia preventiva, detectiva o correctiva. En particular, se recomienda precisar responsables por cargo, definir frecuencias concretas, establecer criterios de verificación, documentar las acciones ante desviaciones y asegurar evidencias completas que permitan demostrar la ejecución, análisis, decisiones adoptadas, seguimiento y cierre de cada control.

5.3.1.3. Proceso Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez



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: 18 de 38

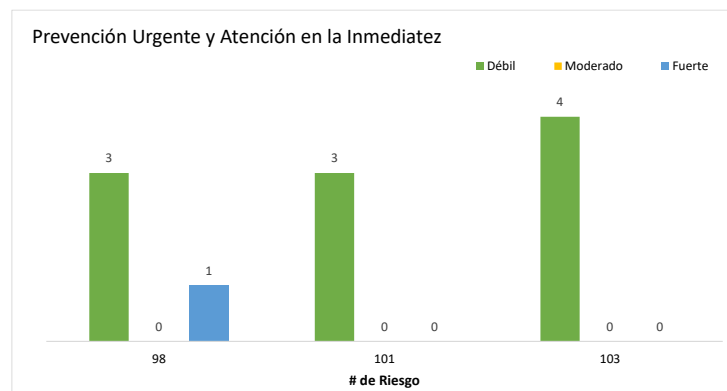
IDENTIFICACIÓN		CONTROLES	Evaluación del diseño del control actual		
#Riesgo	Riesgo		Resultado	Zona	Comentario
98	Posibilidad de pérdida económica y reputacional ante las partes interesadas por no brindar atención oportuna, así como no realizar el seguimiento a las emergencias humanitarias masivas hasta su cierre (desplazamientos masivos, confinamientos y actos de terrorismo)	El(la) Profesional Humanitario DGSJ de la dirección territorial o el(la) Colaborador(a) equipo de Atención de Emergencias de nivel nacional SPAE, cada vez que se identifique una emergencia humanitaria y se requiera adelantar una misión humanitaria para verificar y/o coordinar la atención de emergencias, debe diligenciar el plan de seguimiento establecido por el Centro de Operaciones y Monitoreo de Riesgos (COMR) para ingresar a la zona, antes del desarrollo de la actividad. Como evidencia, se registra la misión y Plan de seguimiento registrado en la plataforma. En caso de que no existan las garantías mínimas de seguridad, el (la) colaborador (a) debe abstenerse de ingresar a la zona.	100	Fuerte	La calificación ubica el diseño del control en zona fuerte. El control cuenta con responsable, propósito, aplicación por evento, actividad previa, evidencia y actuación frente a condiciones de seguridad. Se recomienda precisar criterios mínimos de seguridad, aprobación del plan y trazabilidad de la decisión de ingreso o abstención.
		El(la) Profesional Humanitario DGSJ de la dirección territorial o el(la) Colaborador(a) equipo de Atención de Emergencias de nivel nacional SPAE, cada vez que se identifique necesidad de seguimiento de una Emergencia Humanitaria Masiva, debe solicitar que se realice una convocatoria extraordinaria de los escenarios destinados para hacer seguimiento a la emergencia y coordinar la atención durante las 72 horas conforme a la Ley 2421 de 2024. Como evidencia se identifican los correos electrónicos e insumos de gestión y seguimiento. En caso de que no se convoque, se mantendrá la incidencia sobre la entidad territorial para obrar en el marco de lo estipulado en la Ley.	85	Debil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. El control tiene responsable, propósito, aplicación por evento, actividad de seguimiento y evidencia; sin embargo, la acción frente a la no convocatoria es débil, pues "mantener la incidencia" no precisa actividades, responsables, tiempos, escalamiento ni verificación de compromisos.
		El(la) Profesional Humanitario DGSJ de la dirección territorial o el(la) Colaborador(a) equipo de Atención de Emergencias de nivel nacional SPAE, cada vez que se identifique necesidad de cierre de una Emergencia Humanitaria Masiva, debe solicitar que se realice una convocatoria extraordinaria de los escenarios destinados para hacer cierre a la emergencia. Como evidencia se establece el informe de cierre de la emergencia y el acta del comité de justicia transicional que informa el cierre de la emergencia. En caso de que no se convoque, se mantendrá la incidencia sobre la entidad territorial para obrar en el marco de lo estipulado en la Ley.	80	Debil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. El control cuenta con responsable, propósito, aplicación por evento y actividad de cierre; no obstante, la acción ante la no convocatoria no define escalamiento, plazos ni responsable de seguimiento. La evidencia es parcial si no demuestra validación de compromisos cumplidos, criterios de cierre y comunicación a las partes involucradas.
		El(la) subdirector(a) de la SPAE o el(la) líder del equipo de atención de emergencias de nivel nacional, cada vez que se identifique la necesidad de articulación con representantes de organismos de cooperación internacional, debe asistir a reuniones una vez se convoque a estos espacios, con el fin de coordinar acciones humanitarias y garantizar la atención integral de la población afectada. Como evidencia, se registran los acuerdos de entendimiento que firma la entidad o través del grupo de Cooperación Interna.	80	Debil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. El control tiene responsable, propósito y aplicación por evento, pero no define actuación frente a la imposibilidad de asistencia o articulación. La evidencia de acuerdos de entendimiento es parcial, porque no acredita por sí sola asistencia, análisis, compromisos ni seguimiento de decisiones.
101	Posibilidad de pérdida reputacional ante las Entidades Territoriales y departamentales pertenecientes al SNARIV, al no recibir en las sesiones de asistencia técnica, la información necesaria para la formulación o actualización de planes de contingencia	El(la) colaborador(a) designado(a) del equipo de alistamiento SPAE de nivel nacional, cada vez que se requiera, debe realizar talleres de capacitación (presenciales y/o virtuales), con la participación de las direcciones territoriales, para fortalecer las competencias de los profesionales humanitarios DGSJ en territorio frente a la metodología y caja de herramientas, reforzando las capacidades y habilidades para brindar asistencia técnica a entidades territoriales y departamentales. Como evidencia se registran las actas de talleres de capacitación y correos electrónicos de convocatoria. En el caso de no poder realizar las jornadas de capacitación, o que los(las) profesionales humanitarios(as) DGSJ en territorio no puedan asistir a las convocatorias, se remitirá el acta de la jornada, así como materiales y herramientas de asistencia técnica para planes de contingencia vía correo electrónico.	65	Debil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. El control tiene responsable, propósito y actividad de capacitación; sin embargo, la periodicidad "cada vez que se requiera" limita la programación y trazabilidad, la acción ante inasistencia se reduce a remitir material sin garantizar apropiación, y la evidencia debe complementarse con evaluación y seguimiento.
		El(la) colaborador(a) designado(a) del equipo de alistamiento SPAE de nivel nacional, cada vez que se requiera, debe realizar seguimiento a las jornadas de asistencia técnica para la formulación o actualización de planes de contingencia, con el uso de herramientas tecnológicas que faciliten el seguimiento y control frente desarrollo de las tareas. Como evidencia se registra la matriz de seguimiento de asistencias técnicas por fases de cada vigencia. En caso de no poder cargar en las herramientas tecnológicas, el(la) profesional humanitario(a) DGSJ en territorio deberá enviar un correo electrónico a nivel nacional indicando la novedad para que esta sea subsanada.	85	Debil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. El control tiene responsable, propósito, actividad de seguimiento, tratamiento ante novedades tecnológicas y evidencia; sin embargo, requiere precisar la periodicidad del seguimiento, criterios de revisión, alertas, tiempos de subsanación y verificación posterior del cargue o actualización.
		El(la) colaborador(a) designado(a) del equipo de alistamiento SPAE de nivel nacional, una vez por vigencia, debe aplicar una prueba de nivel de entendimiento a los profesionales humanitarios DGSJ en territorio con el fin de conocer e impulsar acciones para incrementar el nivel de apropiación de la metodología y herramientas complementarias para la asistencia técnica, como evidencias se registra la matriz de resultado de las pruebas, así como los correos y sesiones de fortalecimiento posterior a las pruebas. En el caso de no poder realizar la prueba de nivel de entendimiento o no superar los puntajes mínimos, no se dará aval a este profesional humanitario DGSJ en territorio para cumplir esta jornada y acompañar entidades territoriales para ello.	85	Debil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. El control cuenta con responsable, propósito, periodicidad anual, acción frente a resultados no satisfactorios y evidencia; no obstante, debe precisar criterios de aprobación, puntajes mínimos, trazabilidad de restricciones, acompañamiento y nueva validación. Su clasificación como correctivo debe revisarse, dado que opera principalmente como control detectivo.

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 19 de 38

IDENTIFICACIÓN		CONTROLES	Evaluación del diseño del control actual		
# Riesgo	Riesgo		Resultado	Zona	Comentario
103	Posibilidad de pérdida reputacional ante las partes interesadas al no asistir y no aportar insumos para la toma de decisiones en los escenarios interinstitucionales para la coordinación de acciones de prevención y protección. Los principales espacios en los que se participa son: CIPRAT, CERREM, GTER, CIPRUNNA, Subcomités Técnicos, y otras instancias en donde se delegue a la SPAE o DGSHP por competencias.	El(la) colaborador(a) Técnico del delegado(a) del equipo de espacios interinstitucionales de coordinación para la prevención y protección SPAE o DGSHP, debe realizar mensualmente un reporte de las sesiones que se atenderán, con el fin de identificar El(la) directivo(a) o colaborador(a) de nivel nacional o de la dirección territorial que atenderá y participará en la sesión y articular acciones. Como evidencia se registra el correo electrónico con el cronograma. En caso de que el(la) delegado(a) su colaborador(a) no puedan asistir a las sesiones por condiciones de fuerza mayor, se deberá informar a la Secretaría Técnica del espacio correspondiente vía correo electrónico la no asistencia por parte de la Unidad para las Víctimas.	80	Débil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. El control presenta responsable, propósito, periodicidad mensual y actividad de reporte; sin embargo, la acción frente a inasistencia no define suplencia, reprogramación, escalamiento interno ni análisis del impacto de no participar, y la evidencia del cronograma por correo es parcial frente al seguimiento de compromisos.
		El(la) colaborador(a) delegado(a) líder del equipo de espacios interinstitucionales de coordinación para la prevención y protección, debe realizar anualmente una capacitación a los profesionales de las direcciones territoriales que inciden con el propósito de la SPAE para fortalecer competencias frente a las responsabilidades y alcance del nivel nacional y nivel territorial en la atención y seguimiento de los espacios. Esta capacitación se realiza virtualmente y se agenda a través de correo electrónico, enviando el material de apoyo correspondiente. En el caso de no poder realizar las jornadas de capacitación, o que los profesionales en territorios no puedan asistir a las convocatorias, se remitirán los materiales y herramientas vía correo electrónico.	50	Débil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. El control tiene propósito, periodicidad anual y actividad de capacitación, pero no define con precisión el responsable que ejecuta, aprueba y evalúa la capacitación. La acción frente a inasistencia es insuficiente y la evidencia demuestra convocatoria y material, pero no apropiación, evaluación ni seguimiento a participantes pendientes.
		El(la) Subdirector(a) de Prevención y Atención de Emergencias o Director(a) de Gestión Social y Humanitaria, una vez recibe la convocatoria o requerimiento de información, envía al Director(a) Territorial y/o Director o Subdirector de dependencias misionales la solicitud con fechas de sesiones e insumos, indicando la fecha límite de respuesta. Como evidencia se registran las bases de datos de seguimiento a requerimientos con el radicado de respuesta. En caso de no recibir la confirmación de asistencia y/o insumos de respuesta a tiempo, se reterará al Director(a) Territorial, Director o Subdirector de otras dependencias para que se tomen las medidas pertinentes.	80	Débil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. El control cuenta con responsable, propósito, momento de aplicación, solicitud con fecha límite y evidencia parcial; sin embargo, la acción frente a desviaciones se limita a reiterar la solicitud, sin definir escalamiento, alertas, responsables ni cierre del requerimiento. Su clasificación como correctivo debe revisarse.
		El(la) Subdirector(a) de Prevención y Atención de Emergencias o Director(a) de Gestión Social y Humanitaria, una vez inicie la vigencia, debe gestionar con el(la) Directora General la Delegación para participar en los espacios interinstitucionales y la designación del equipo técnico que participará en las sesiones. Como evidencia se registra el oficio de delegación emitido por la Dirección General. En caso de no recibir respuesta por parte de Dirección general, se reterará la solicitud para la vigencia.	80	Débil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. El control cuenta con responsable, propósito, momento de ejecución al inicio de la vigencia, actividad y evidencia parcial; no obstante, debe precisar tiempos máximos, criterios de designación, seguimiento a la respuesta y plan alterno ante ausencia de delegación oportuna.


Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez				
# de Riesgo	Cantidad de Controles	Débil	Moderado	Fuerte
98	4	3	0	1
101	3	3	0	0
103	4	4	0	0
Totales	11	10	0	1

Tabla 7. Calificación de diseño de controles de los riesgos del proceso Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez.



Gráfica 8. Resultados de la calificación de diseño de controles de los riesgos del proceso Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez.

En resumen, la tabla y la gráfica anteriores muestran que, de los tres (3) riesgos analizados en el proceso Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez, los 11 controles implementados presentan la siguiente distribución en su calificación: el 90.9% tiene una calificación débil y el otro 9.1% como fuerte. Es necesario realizar un análisis concienzudo de los controles calificados como débiles para

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 20 de 38


que cumplan los criterios establecidos. Por otro lado, 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.

De la evaluación del diseño de los controles asociados a los riesgos del proceso Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez, se observa que los controles son pertinentes frente a la gestión de emergencias humanitarias, la coordinación institucional, la articulación con escenarios territoriales, la asistencia técnica y el seguimiento a planes de contingencia. No obstante, la mayoría se ubica en zona débil, debido principalmente a que las evidencias propuestas se concentran en correos electrónicos, actas, listados, informes o registros de gestión, sin que en todos los casos se demuestre de manera suficiente la trazabilidad de las decisiones adoptadas, el análisis realizado, los compromisos definidos, los responsables, los plazos, el seguimiento y el cierre efectivo de las acciones.

Se resalta como fortaleza el control calificado en zona fuerte, relacionado con la verificación y coordinación previa para adelantar misiones humanitarias en territorio, mediante el diligenciamiento del plan de seguimiento establecido por el Centro de Operaciones y Monitoreo de Riesgos COMR antes del ingreso a la zona. Este control presenta un diseño más robusto, dado que identifica responsable, propósito, condición de activación, evidencia y una acción clara frente a la inexistencia de garantías mínimas de seguridad, consistente en abstenerse de ingresar a la zona, lo cual contribuye a prevenir la exposición del personal y a fortalecer la toma de decisiones frente a la atención de emergencias.

En los demás controles se evidencian aspectos por fortalecer, especialmente en aquellos relacionados con la solicitud de caracterización extraordinaria, convocatoria para cierre de emergencias, articulación con cooperación internacional, jornadas de capacitación, seguimiento a asistencias técnicas y aplicación de pruebas de entendimiento, toda vez que las acciones frente a desviaciones se formulan de manera general, tales como mantener la incidencia, remitir materiales, informar novedades o reprogramar actividades, sin precisar criterios de oportunidad, responsables de cierre, mecanismos de verificación ni consecuencias operativas frente al incumplimiento.

Así mismo, 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 frente a la identificación precisa del cargo responsable de la ejecución del control, dado que, cuando el control es manual, la guía señala la importancia de establecer el cargo responsable de su realización. La ausencia de esta precisión

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Paginas: 21 de 38


puede generar vacíos en la asignación de responsabilidades y dificulta la verificación de quién ejecuta, revisa y documenta el control. En consecuencia, se recomienda realizar un ajuste integral en la formulación de los controles, incorporando de manera explícita el cargo responsable, criterios de verificación, tiempos de respuesta, soportes mínimos exigibles y evidencias que demuestren no solo la ejecución de la actividad, sino también el análisis efectuado, el seguimiento realizado, los resultados obtenidos y el cierre de las situaciones identificadas.

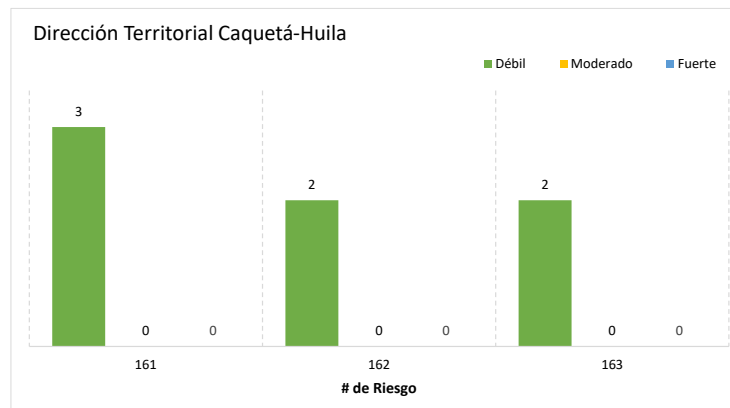
5.3.1.4. Dirección Territorial Caquetá-Huila

IDENTIFICACIÓN		CONTROLES	Evaluación del diseño del control actual		
# Riesgo	Riesgo		Resultado	Zona	Comentario
		El profesional de indemnizaciones de la DT una vez que lleguen las cartas de indemnización realiza la revisión de la municipalización, en el evento de identificar errores, procede a anular la carta y cargar el soporte en la herramienta INDEMNIZA y remite correo electrónico a la Subdirección de Reparación Individual, informando la inconsistencia presentada con el objetivo de evitar su pago en forma equivocada. En el evento que el Operador quien realiza las reprogramaciones a nivel nacional, no pueda ejecutarla, el caso queda suspendido hasta que se realice la gestión. Como evidencia queda la carta anulada, correo electrónico remitido a la Subdirección de Reparación Individual con el reporte del error.	80	Débil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. El control tiene responsable, propósito, momento de activación, revisión y evidencia parcial; sin embargo la acción frente a la imposibilidad de reprogramación por parte del operador deja el caso suspendido sin definir alertas, escalamiento, seguimiento ni cierre.
161	Posibilidad de pérdida reputacional por inoportunidad en la entrega de cartas de indemnización administrativa debido a cartas con errores en liquidación, de trámite y de fondo, personas ubicadas en otros departamentos, fallecidos sin actualización de registro de defunción o situaciones de orden público que impiden el desplazamiento.	El profesional de indemnizaciones de la DT con el fin de localizar a las víctimas, cuando identifica que reside en otro departamento y no pueda desplazarse al lugar donde se encuentra disponible la carta, procede a solicitar la reprogramación del giro mediante la modalidad de envío express, al departamento donde se encuentre localizada la persona. En caso de no ubicar al destinatario se procederá a anular la carta por ilocalización una vez vence el plazo del proceso y posterior cargo en la herramienta INDEMNIZA. En el caso de que la víctima se encuentre fallecida se procede a anular la carta, informando a la Subdirección de Reparación Individual, para que inicie la reprogramación de fondo. Como evidencia queda la anulación de la carta, el cargo respectivo en la herramienta INDEMNIZA y correos electrónicos.	85	Débil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. El control cuenta con responsable, propósito, actividad, tratamiento ante casos de reprogramación, localización o fallecimiento y evidencias; sin embargo, debe precisar el momento exacto o periodicidad de revisión, criterios para declarar ilocalización, trazabilidad de gestiones y seguimiento al cierre.
		Los profesionales del proceso de reparación individual organizan las jornadas de entrega de cartas de indemnización de acuerdo con la cantidad de cartas que lleguen a la DT. En el evento de que no se pueda realizar la jornada por situaciones de orden público, el profesional de indemnizaciones procede a comunicar al nivel nacional la situación presentada con el fin de recibir instrucciones. Como evidencia quedan correos electrónicos.	20	Débil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. Aunque la organización de jornadas es pertinente, el control no precisa responsable específico, periodicidad, criterios de programación ni seguimiento. La acción ante situaciones de orden público se limita a comunicar al nivel nacional sin definir plazos, responsables, reprogramación ni cierre, y la evidencia de correos es insuficiente por sí sola.
162	Posibilidad de pérdida reputacional ante la insatisfacción de las víctimas, entes territoriales y organismos de control, por la no realización de las jornadas de atención y orientación debido a deficiencias en la disponibilidad del servicio de red y la intermitencia en el funcionamiento de las herramientas de consulta y gestión como SGV, VIVANTO, ORFEO, SIRAV, e INDEMNIZA	Los profesionales de Relación con el ciudadano gestionan la conectividad a internet con el Operador y el Ente Territorial, antes de la realización de la jornada. Adicionalmente, se solicita al Operador que facilite los MIFI para llevarlos a las jornadas como medida de contingencia. En caso de que el internet no funcione los orientadores proceden a diligenciar el formato solicitud campañas OUTBOUND el cual remiten a las Profesionales de Servicio al Ciudadano, después de finalizar la jornada, con el fin de escalar al nivel nacional para realizar la atención vía telefónica y/o virtual a las víctimas que no se pudieron atender durante la jornada. Como evidencia quedan correos electrónicos.	65	Débil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. El control tiene propósito, momento previo a la jornada, actividad de gestión de conectividad y acción de contingencia; sin embargo, no precisa el responsable que confirma disponibilidad, criterios mínimos de conectividad ni pruebas previas. La evidencia de correos es parcial y debe demostrar casos no atendidos, escalamiento, seguimiento y cierre.
		Los profesionales de Relación con el Ciudadano en el evento de que no se pueda realizar la jornada de atención y/o feria de servicio por alteración de orden público, los entes territoriales solicitan a la Unidad para las Víctimas el aplazamiento y/o reprogramación de la jornada. De igual forma, la Dirección Territorial puede solicitar el aplazamiento y/o reprogramación de la jornada al nivel central. Como evidencia quedan correos electrónicos.	20	Débil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. La reprogramación de jornadas es pertinente, pero el control no identifica responsable específico, periodicidad, criterios de decisión ni acción de seguimiento hasta la nueva realización de la jornada. La evidencia de correos es parcial y debe soportar solicitud, aprobación, nueva fecha, comunicación y cierre.
163	Posibilidad de pérdida reputacional ante las víctimas, entes territoriales y mesas de participación efectiva de víctimas, por no brindar la asistencia técnica programada de manera oportuna insatisfacción en la realización de la misma, en los CRAV y PAV debido a constante intermitencia en operadores de internet en los dos departamentos, directriz de austeridad (reducción de personal), falta de aprobación de viáticos y frecuencia en las diferentes rutas en municipios lejanos y de difícil acceso, condiciones de orden público, limitando la prestación del servicio.	La profesional de servicio al ciudadano cuando se presenta intermitencia en el servicio de internet en los CRAV y PAV, envía correo electrónico solicitando a la profesional analista instrucción a los orientadores para que procedan a conectar los modem y router suministrados por el Operador. En el evento en que la falla de conectividad sea masiva y no se tenga una solución inmediata, los orientadores proceden a informar a las víctimas que están en sala de espera la novedad presentada. Como evidencia queda el informe de productividad mensual que remite el nivel nacional con los reportes de las incidencias presentadas y correo electrónico que remiten las profesionales de servicio al ciudadano a la profesional .	80	Débil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. El control cuenta con responsable, propósito, aplicación por evento y acción de contingencia; sin embargo, no precisa tiempos de respuesta, criterios para determinar falla masiva, responsables de activación ni seguimiento a víctimas no atendidas. La evidencia es parcial frente al cierre de incidencias y acciones para evitar recurrencia.
		La profesional del proceso de Nación Territorio para garantizar la presencia de las entidades territoriales a las asistencias técnicas de manera presencial, ha dividido el departamento del Huila en cuatro zonas, centro, norte, occidente y sur, convocando un municipio equidistante, sin embargo, en el caso de no poder garantizar la presencia de la entidad territorial se realiza una capacitación virtual para las entidades que no participan. Como evidencia quedan las actas de las asistencias técnicas brindadas a los entes territoriales.	65	Débil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. El control tiene responsable, propósito y una alternativa frente a la no asistencia presencial; sin embargo, no define periodicidad, criterios de notificación, aprobación de municipios ni seguimiento a entidades ausentes. La evidencia de actas es parcial y debe complementarse con convocatorias, listados, modalidad, material y seguimiento.

Dirección Territorial Caquetá-Huila				
# de Riesgo	Cantidad de Controles	Débil	Moderado	Fuerte
161	3	3	0	0
162	2	2	0	0
163	2	2	0	0
Totales	7	7	0	0

Tabla 8. Calificación de diseño de controles de los riesgos de la D.T. Caquetá – Huila.

 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: 22 de 38




Gráfica 9. Resultados de la calificación de diseño de controles de los riesgos de la D.T. Caquetá – Huila.

En resumen, la tabla y la gráfica anteriores muestran que, de los tres riesgos analizados en la Dirección Territorial Caquetá – Huila, los 7 controles implementados, es decir el 100% tienen una calificación Débil.

De la evaluación del diseño de los controles asociados a los riesgos de la Dirección Territorial Caquetá-Huila, se observa que la totalidad de los controles analizados se ubican en zona débil, aun cuando resultan pertinentes frente a los riesgos identificados relacionados con la entrega de cartas de indemnización administrativa, realización de jornadas de atención y orientación, asistencia técnica a entes territoriales y prestación del servicio en CRAV y PAV.

Las principales debilidades se concentran en la falta de precisión del responsable específico que ejecuta, verifica y realiza seguimiento al control; ausencia de periodicidades o momentos exactos de revisión; acciones frente a desviaciones formuladas de manera general; y evidencias parciales, principalmente soportadas en correos electrónicos, actas o reportes, sin demostrar de forma suficiente la trazabilidad completa de la gestión, decisiones adoptadas, alertas generadas, reprogramaciones, escalamiento, seguimiento y cierre efectivo de los casos.

En los controles asociados al riesgo de inoportunidad en la entrega de cartas de indemnización administrativa, si bien se contemplan actividades como revisión de municipalización, anulación de cartas, reporte de inconsistencias, solicitud de reprogramación por envío express y tratamiento de casos de localización o fallecimiento, se evidencian aspectos por fortalecer, especialmente cuando los casos quedan suspendidos por imposibilidad de reprogramación del operador o cuando se presentan situaciones de orden público que impiden la jornada. En estos eventos no se definen alertas, plazos, mecanismos de escalamiento, responsables de seguimiento ni criterios para verificar el cierre de la gestión, lo cual limita la capacidad del control para prevenir la materialización del riesgo reputacional frente a las víctimas y demás partes interesadas.


 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: 23 de 38

Respecto de los controles relacionados con jornadas de atención, orientación y asistencia técnica, se identifican acciones de gestión previa de conectividad, solicitud de equipos MIFI, diligenciamiento de formatos de contingencia, reprogramación de jornadas, activación de módems y routers, zonificación territorial y uso de capacitaciones virtuales como alternativa. No obstante, dichas actividades requieren mayor estructuración en su diseño. En particular, se recomienda precisar criterios mínimos de conectividad, pruebas previas, tiempos de respuesta, responsables de activación de contingencias, seguimiento a víctimas o entidades no atendidas, criterios para reprogramar jornadas, nueva fecha de realización, comunicación a los interesados y evidencia del cierre. Así mismo, las actas, correos e informes deben complementarse con soportes que permitan verificar no solo la ejecución de la actividad, sino también el análisis de las incidencias, las acciones adoptadas, los compromisos definidos, los responsables asignados y los resultados obtenidos.

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 DAFFP, en particular frente a la identificación precisa del cargo responsable de la ejecución del control, dado que, cuando el control es manual, la guía señala la importancia de establecer el cargo responsable de su realización. La ausencia de esta precisión puede generar vacíos en la asignación de responsabilidades y dificulta la verificación de quién ejecuta, revisa y documenta el control. En consecuencia, se recomienda realizar un ajuste integral en la formulación de los controles, incorporando de manera explícita el cargo responsable, criterios de verificación, tiempos de respuesta, soportes mínimos exigibles y evidencias que demuestren no solo la ejecución de la actividad, sino también el análisis efectuado, el seguimiento realizado, los resultados obtenidos y el cierre de las situaciones identificadas

5.3.1.5. Dirección Territorial Cauca

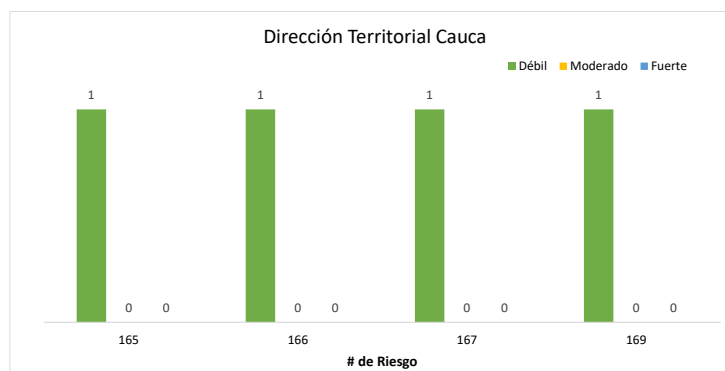
IDENTIFICACION		CONTROLES	Evaluación del diseño del control actual		
#Riesgo	Riesgo		Resultado	Zona	Comentario
165	Posibilidad de pérdida económica y reputacional ante las víctimas y entes territoriales por no efectuar la entrega de cartas de indemnización a las víctimas localizadas	Trimestralmente por parte del líder de procedimiento de Reparación Individual realiza un informe del estado del seguimiento y del cumplimiento de las acciones proyectadas, previa validación por parte del enlace de Planeación, en caso de incumplimiento se verifica la base de datos de municipalización y de entregas de cartas realizando el contraste de la información. Con la información anterior se toman las medidas de control respectivas. Adicional se toma como referencia el reporte de las condiciones de seguridad por parte del COMR para el control orientado al orden público. Como evidencia se cuenta con informe de reparación indemnizaciones notificadas y base de datos municipalización de cartas entregadas además del registro de notificación en el software institucional Indemnia.	80	Debil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. El control cuenta con responsable, propósito, periodicidad trimestral, informe de seguimiento y evidencia parcial; sin embargo, su clasificación como preventivo debe revisarse, pues opera principalmente como detectivo. Además, la acción ante incumplimientos no define medidas, responsables, tiempos ni seguimiento hasta el cierre.
166	Posibilidad de pérdida reputacional ante las víctimas del conflicto por no brindar asistencia técnica o efectuarla de manera inadecuada	Trimestralmente por parte del Líder del procedimiento de Retornos y Reubicaciones y validación del enlace de Planeación se determina el cumplimiento de los objetivos establecidos según los proyectado mediante informe condiciones de seguridad y estado de avance de los planes de contingencia. En el caso de incumplimiento se establece en los CTIT los seguimientos necesarios para las aprobaciones respectivas. Como evidencia se tiene el acta del Comité Territorial de Justicia Tradicional con las aprobaciones respectivas. Desde la DT se hacen las orientaciones necesarias para fortalecer la gestión del conocimiento respecto a los requisitos técnicos para las actividades de Retornos y Reubicaciones y Planes de. Adicional se toma como referencia el reporte de las condiciones de seguridad por parte del COMR para el control orientado al orden público	80	Debil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. El control cuenta con responsable, propósito, periodicidad y actividad de verificación; no obstante, su naturaleza es principalmente detectiva. La acción ante incumplimiento remite a los CTIT, pero no define responsables, plazos ni cierre de compromisos. La evidencia debe complementarse con informe, soportes de avance y seguimiento a decisiones.

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 24 de 38

IDENTIFICACIÓN		CONTROLES	Evaluación del diseño del control actual		
# Riesgo	Riesgo		Resultado de la calificación del diseño del control actual	Zona	Comentario
167	Posibilidad de pérdida económica y reputación ante la población víctima afectada por apoyo a regreso o estabilidad social y económica	Se realiza un informe trimestral por parte del líder del procedimiento de RR y se valida con el enlace de planeación, en el cual se registra los cumplimientos establecidos según las metas del Plan de Acción. En caso de incumplimiento en la planificación de la presentación de los planes se valida el avance en los Comités de Justicia Transicional con el objetivo de validar la información del Plan. Al verificar la aprobación del Plan de Retorno en el CJTJ se dar cumplimiento al objetivo planeado. En la evidencia se tiene el acta del CJTJ en la cual se detalla la aprobación del Plan de Retorno	80	Débil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. El control cuenta con responsable, propósito, periodicidad y verificación de metas; sin embargo, su naturaleza es principalmente detectiva y la acción ante incumplimiento no establece responsabilidades, tiempos ni seguimiento hasta la aprobación del plan. La evidencia del acta es parcial si no se conserva el informe y soportes de avance.
169	Posibilidad de pérdida reputacional antes las partes interesadas, por la desinformación de las actividades	Se hace control con el líder de Gestión Interinstitucional y validación de líder de Planeación mediante realización de informe trimestral validando el cumplimiento de las acciones programadas orientadas a la divulgación de la información en materia de la Gestión Pública para la población víctima. En caso de no cumplir con la información de la oferta institucional hacia la población víctima se toma como referencia las acciones registradas en el aplicativo de oferta institucional para verificar las acciones que deben llevarse a cabo. La evidencia que se registra para validar la divulgación de la información es el informe de oferta divulgada, registro de oferta en el aplicativo y registro de información en el aplicativo SIGGESTION2	80	Débil	La calificación ubica el diseño del control en zona débil. El control tiene responsable, propósito, periodicidad trimestral y evidencia parcial; no obstante, corresponde principalmente a un control detectivo. La acción ante incumplimiento se limita a consultar el aplicativo de oferta institucional, sin precisar ajustes, reprogramación, responsable ni cierre. La evidencia debe demostrar divulgación efectiva y trazabilidad de acciones correctivas.

Dirección Territorial Cauca				
# de Riesgo	Cantidad de Controles	Débil	Moderado	Fuerte
165	1	1	0	0
166	1	1	0	0
167	1	1	0	0
169	1	1	0	0
Totales	4	4	0	0


Tabla 9. Calificación de diseño de controles de los riesgos de la D.T. Cauca.



Gráfica 10. Resultados de la calificación de diseño de controles de los riesgos de la D.T. Cauca

En resumen, la tabla y la gráfica anteriores muestran que, de los cuatro riesgos analizados en la Dirección Territorial Cauca, los 4 controles implementados, es decir el 100% tienen una calificación débil.

De la evaluación del diseño de los controles asociados a los riesgos de la Dirección Territorial Cauca, se observa que la totalidad de los controles analizados se ubican en zona débil, aun cuando guardan relación con los riesgos identificados frente a la entrega de cartas de indemnización, asistencia técnica a víctimas y entes territoriales, apoyo a procesos de retorno y reubicación, y divulgación de la oferta institucional. En términos generales, los controles cuentan con responsables definidos,

 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 38

periodicidad trimestral, actividades de revisión y evidencias asociadas a informes, actas, bases de datos, aplicativos institucionales y registros en INDEMNIZA o SISGESTIÓN. Sin embargo, presentan limitaciones en su diseño que afectan la trazabilidad, oportunidad y suficiencia de las acciones de control.


Como aspecto relevante, se evidencia que varios controles han sido formulados como preventivos, pero por su operación corresponden principalmente a controles detectivos, dado que se aplican a partir de informes trimestrales, validaciones de cumplimiento, contraste de información, revisión de avances o verificación posterior de registros. Esta situación requiere revisión, con el fin de asegurar que la clasificación del control sea coherente con el momento en que actúa frente al riesgo y con su capacidad real para prevenir, detectar o corregir desviaciones.

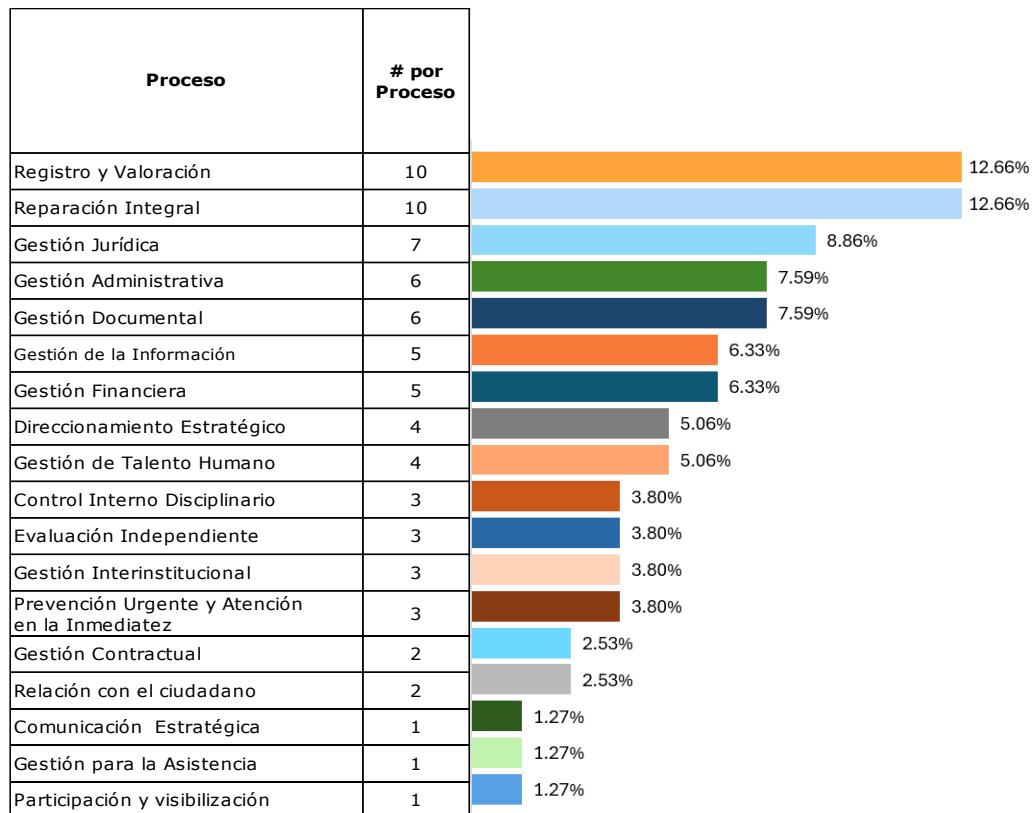
Así mismo, las acciones frente a incumplimientos o desviaciones se formulan de manera general, tales como verificar bases de datos, llevar el asunto a los Comités Territoriales de Justicia Transicional, revisar el aplicativo de oferta institucional o tomar medidas de control, sin precisar responsables, tiempos de respuesta, criterios de priorización, mecanismos de escalamiento, seguimiento y cierre. En consecuencia, las evidencias propuestas, aunque soportan la realización de actividades, deben complementarse con registros que permitan demostrar el análisis efectuado, los compromisos definidos, las decisiones adoptadas, los responsables asignados, los avances obtenidos y el cierre efectivo de las situaciones identificadas.

En este sentido, 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 se recomienda ajustar el diseño de los controles de la Dirección Territorial Cauca, precisando el tipo de control, el responsable por cargo, los criterios de verificación, las acciones concretas ante incumplimientos, los plazos de atención, los mecanismos de seguimiento y los soportes mínimos exigibles, de manera que las evidencias permitan demostrar no solo la ejecución de la actividad, sino también la efectividad del control frente a la mitigación de los riesgos reputacionales y económicos identificados.

5.4. Riesgos por procesos

Los resultados que se exponen a continuación se enfocan únicamente en los 79 riesgos de gestión y en aquellos asociados a la salud y seguridad en el trabajo, la gestión documental, los aspectos fiscales y ambientales, correspondientes a los 18 procesos institucionales.


 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 38

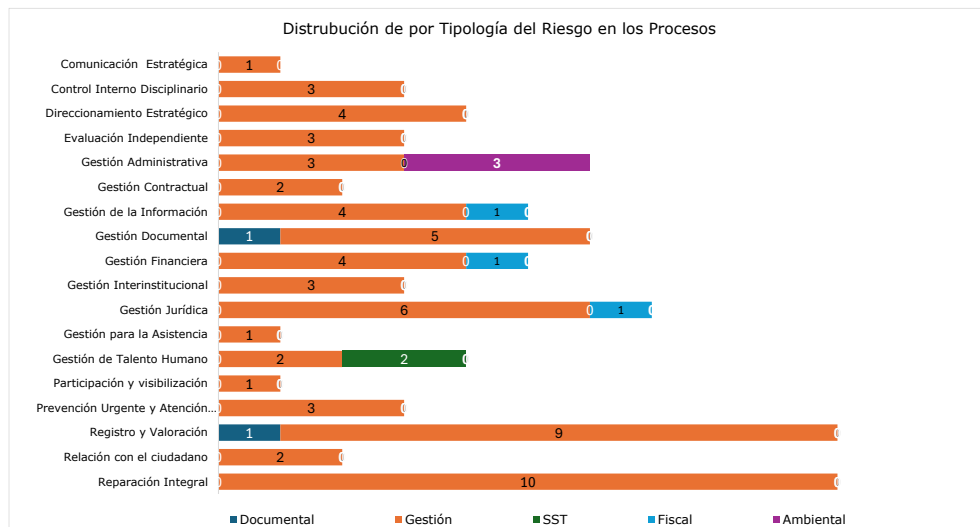


Gráfica 11. Distribución porcentual de riesgos por proceso.

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 el proceso de Gestión Jurídica con un 8.86% continúan los procesos Gestión Administrativa y 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.

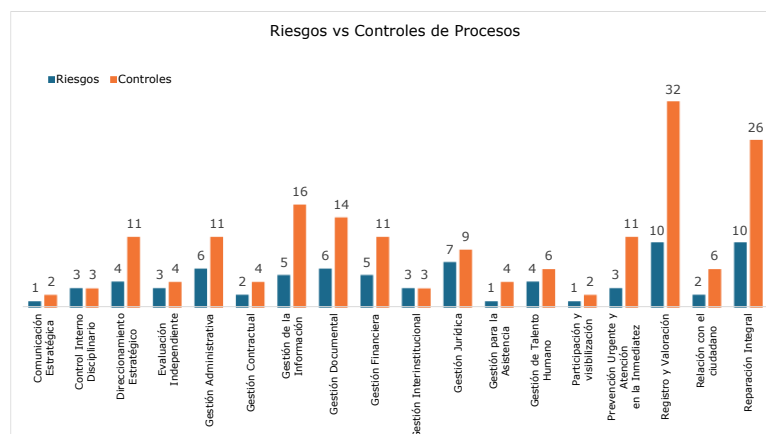
En relación con lo anterior, la Unidad ha definido siete (7) tipos de riesgos: de gestión, corrupción, seguridad de la información/digital, ambiental, seguridad y salud en el trabajo, documental y fiscal. En la siguiente gráfica se muestra la distribución de cinco tipos de riesgos de acuerdo con el alcance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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Paginas: 27 de 38




Gráfica 12. Distribución por tipología del riesgo por procesos

Se evidencia que el proceso Gestión del Talento Humano ha definido 2 riesgos de gestión en el 2026, teniendo en cuenta que para la vigencia 2025 no se definían riesgos de esta tipología en este proceso. Para la vigencia 2026, 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 con 10, Registro y Valoración con 9, así como Gestión Jurídica con 6 y Gestión Documental con 5. En contraste los procesos Comunicación Estratégica, Participación y Visibilización y Gestión para la Asistencia solo han definido un riesgo de gestión cada uno. A continuación, se muestra la cantidad total de riesgos definidos por cada proceso, así como el número total de controles establecidos para su mitigación.



Gráfica 13. Cantidad de Riesgos y controles por procesos.

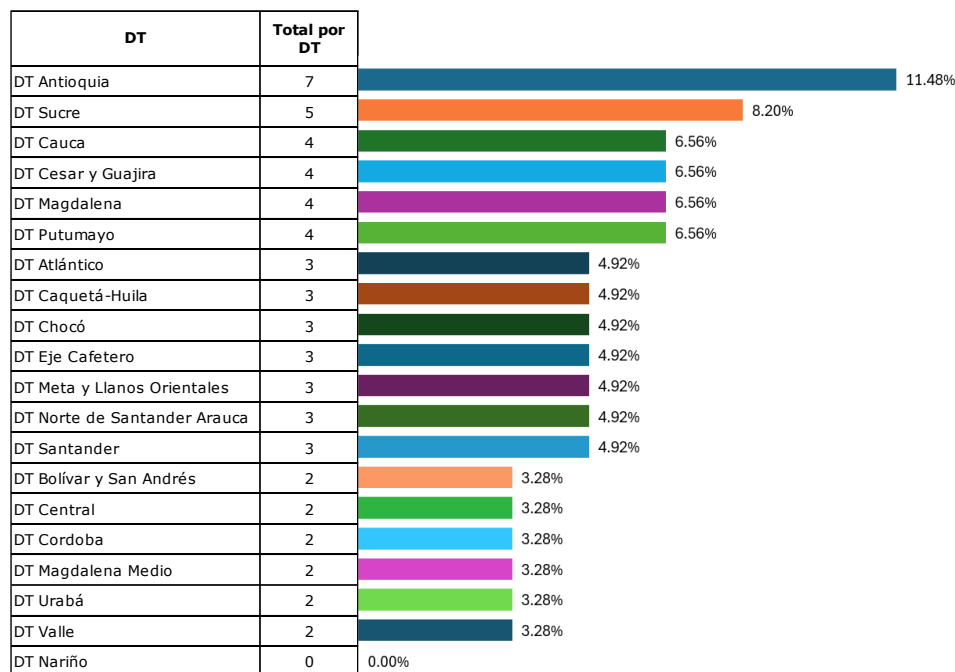
 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Paginas: 28 de 38

Se observa que el proceso de Direccionamiento Estratégico, aunque presenta 4 riesgos, ha estructurado 11 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 16 controles.

Por otro lado, el proceso Registro y Valoración tiene identificados 10 riesgos y ha implementado 32 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 60 riesgos de gestión y 1 riesgo fiscal, reflejando así los desafíos específicos que enfrentan en el cumplimiento de sus funciones.



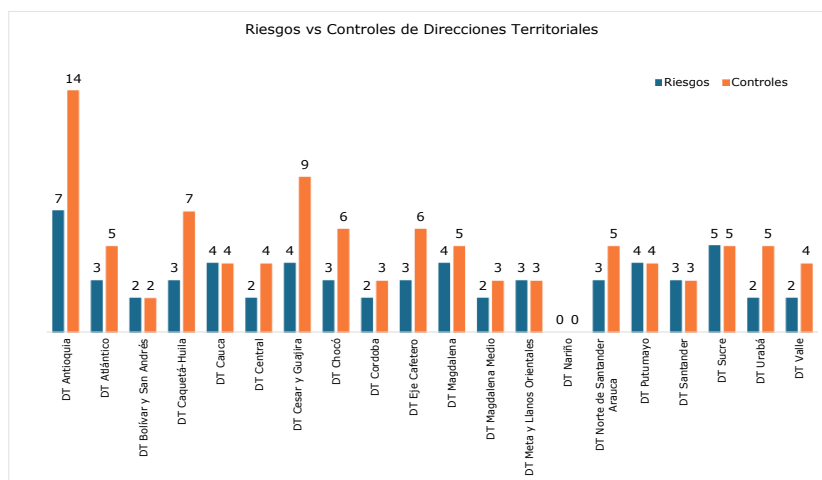
Gráfica 14. Distribución porcentual de riesgos por Direcciones Territoriales.

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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 29 de 38

riesgos identificados alcanzando un 11.48%, seguida de Sucre con 8.20%. Un grupo intermedio conformado por cuatro Direcciones Territoriales Cauca, Cesar-Guajira, Magdalena y Putumayo registran 6.56% cada una, mientras que otro bloque se encuentran las Direcciones Territoriales Atlántico, Caquetá-Huila, Chocó, Eje Cafetero, Meta y Llanos Orientales, Norte de Santander-Arauca y Santander presentan 4.92% 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 15. Cantidad de Riesgos y controles por Dirección Territorial.

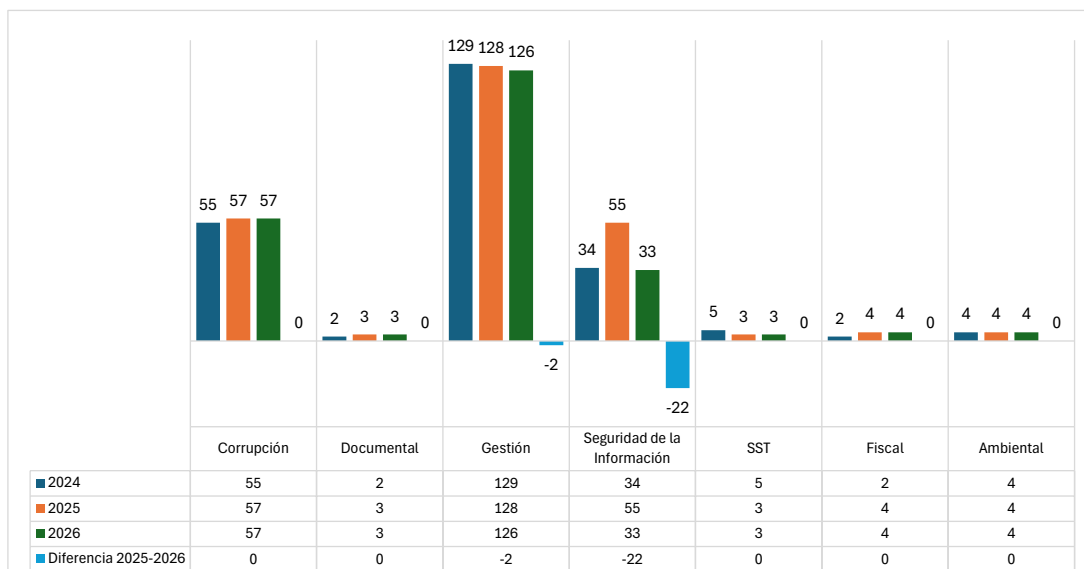
Para la vigencia 2026 se evidencia que la Dirección Territorial Nariño no identifica riesgos de gestión. Al respecto, la Oficina de Control Interno considera que la DT se encuentra expuesta a eventos adversos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos en relación con la gestión. Por su parte, 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, evidenciando una mayor capacidad de respuesta y un enfoque preventivo frente a los riesgos identificados.

Por otro lado, la Dirección Territorial Central tiene identificados 2 riesgos y ha implementado 4 controles para su mitigación. Finalmente, la Dirección Territorial Chocó presenta 3 riesgos con un total de 6 controles definidos. Estos datos destacan la importancia de contar con enfoque de control en la gestión del riesgo.

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 30 de 38

6. ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO HISTORICO.

Para el análisis del comportamiento histórico, se toma como referencia los años 2024, 2025 y la información suministrada por la Oficina Asesora de Planeación al mes de mayo de 2026.




Gráfica 16. Comparativo de tipología de riesgos identificados 2024 a 2026 General.

La gráfica muestra que la estructura de riesgos institucionales se mantiene relativamente estable en su conjunto, pero con ajustes importantes en su composición por tipologías. El cambio más relevante se presenta en los riesgos de Seguridad de la Información, los cuales impactan de manera significativa la variación total entre vigencias.

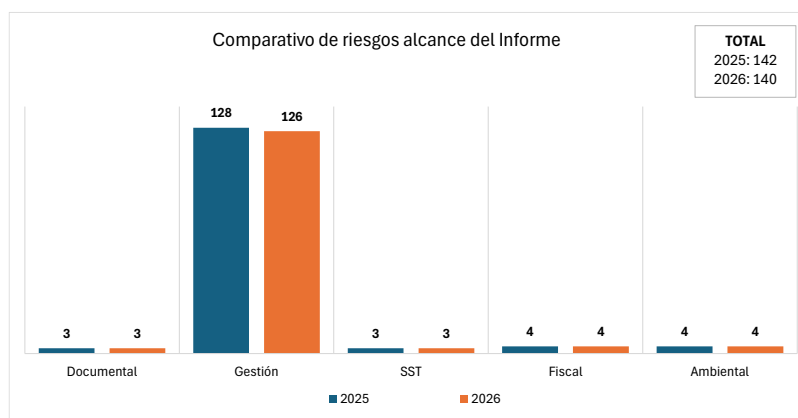
En cuanto a la comparación general, la cantidad de riesgos identificados en la matriz institucional entre los años 2024 con 231, el año 2025 con 254 y 2026 con 230 riesgos lo que representa una disminución de 24 riesgos, equivalente al 9.45%. Adicionalmente, se evidencia el comportamiento de la clasificación 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 decrecimiento del 40% en los riesgos de Seguridad de la Información, los cuales pasaron de 55 riesgos identificados en la vigencia 2025 a 33 en 2026. Esta variación refleja una reducción en la cantidad de riesgos registrados, situación que puede obedecer a diferentes factores, como la implementación de acciones de tratamiento que permitieron eliminar

 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: 31 de 38

o consolidar algunos riesgos, cambios en el contexto operativo o una variación en los criterios utilizados para su identificación y valoración.

En relación con los riesgos objeto del informe (*Gestión, documental, fiscal, Ambiental y SST*) se evidencia una disminución de 2 riesgos de gestión para la vigencia 2026, en comparación con la vigencia anterior tal y como se muestra en la siguiente gráfica:



Gráfica 17. Comparativo riesgos alcance del informe 2025 Vs 2026

A continuación, se presenta el comparativo de la cantidad de controles establecidos para el tratamiento de los riesgos objeto de análisis en el informe. Si bien, la disminución en el número de riesgos corresponde a dos (2), se observa una reducción considerable en la cantidad de controles implementados para su tratamiento.


	Controles de los riesgos					Tipos de Control			Tipo de implementación		
	Documental	Gestión	SST	Fiscal	Ambiental	Total	Correctivo	Detectivo	Preventivo	Manual	Automatizado
2025	7	161	6	8	11	193	27	59	106	185	4
2026	7	155	5	7	8	182	29	50	103	176	6

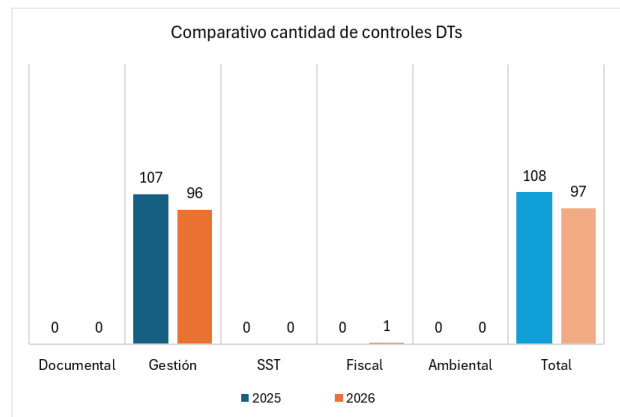
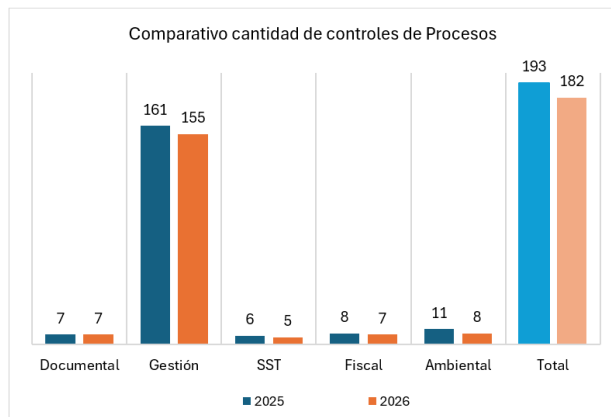
Tabla 10. Comparativo de controles de procesos 2025 Vs 2026.

	Controles de los riesgos					Tipos de Control			Tipo de implementación		
	Documental	Gestión	SST	Fiscal	Ambiental	Total	Correctivo	Detectivo	Preventivo	Manual	Automatizado
2025	0	107	0	0	0	108	17	23	68	107	1
2026	0	96	0	1	0	97	14	23	59	95	1

Tabla 11. Comparativo de controles de Direcciones Territoriales 2025 Vs 2026.

En primer lugar, la cantidad de controles asociados a los riesgos de los procesos a nivel nacional presentan una disminución del 5.7%, respecto a registrados en la vigencia anterior. Por su parte, los controles relacionados con los riesgos identificados por las direcciones territoriales registran una reducción del 10.2% frente a los reportados en la vigencia 2025.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 32 de 38




Gráfica 18 y 19. Comparativo cantidad de controles procesos y DTs 2025 Vs 2026

7. ENFOQUE BASADO EN RIESGOS.

Tras el análisis del Mapa de Riesgos Institucional vigente a la fecha para el año 2026, la Oficina de Control Interno identifica aspectos que pueden representar desafíos en el control y seguimiento de los riesgos de la Entidad. Según los resultados de la muestra de controles tomada el 91.4% 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 y materialización de eventos afectando la gestión institucional.

Se hace referencia a el 97.5% de los 279 controles analizados para el tratamiento de los riesgos institucionales son manuales, situación que puede generar una disminución en la efectividad de la gestión y mitigación de los riesgos. Lo anterior debido a que existe una mayor exposición a errores humanos, omisiones, inconsistencias o falencias en la ejecución de las acciones de control y limitaciones en la oportunidad para identificar desviaciones. Por otra parte, se puede ver afectada la trazabilidad, el monitoreo y la capacidad de seguimiento de los controles implementados, especialmente en aquellos procesos que, por su naturaleza, demandan mecanismos de control más robustos y oportunos.

Como consecuencia, la Entidad podría enfrentar debilidades en la oportunidad y confiabilidad de la información utilizada para la toma de decisiones, dificultades para verificar la adecuada ejecución de los controles y una mayor dependencia del conocimiento y actuación individual de los servidores públicos. Estas circunstancias, además, podrían derivar en observaciones o hallazgos por parte de los organismos de control, asociados a la efectividad de los mecanismos de control interno implementados por la UARIV.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 33 de 38

Para mitigar estos desafíos, se recomienda fortalecer y optimizar los aspectos relacionados con la gestión y tratamiento de los riesgos identificados, priorizando la implementación de estrategias que incrementen la confiabilidad y trazabilidad de los controles. Lo anterior permitirá contribuir a la mejora continua del Sistema de Control Interno fortaleciendo la capacidad institucional para anticipar y responder de manera efectiva a los eventos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos.

De igual manera, resulta apropiado promover estrategias de automatización y estandarización de los controles, específicamente en aquellos procesos de mayor criticidad o asociados con la misionalidad de la Entidad, con el propósito de reducir la dependencia de actividades manuales, minimizar la probabilidad de errores y consolidar una gestión del riesgo más eficiente, preventiva y orientada a la toma de decisiones basada en información oportuna y confiable.


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:

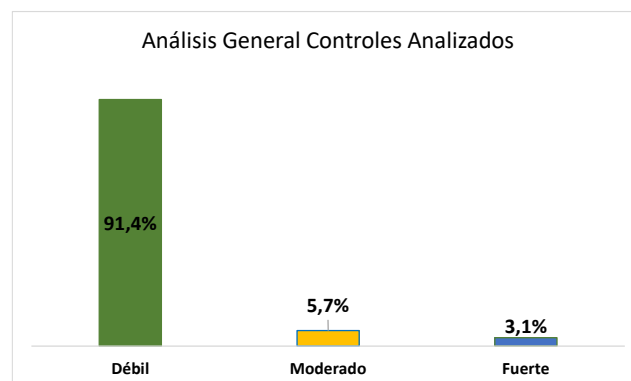
El Mapa de Riesgos Institucional vigente a la fecha de realización del informe, reportado por el jefe de la Oficina Asesora de Planeación es el documento “*Mapa-de-Riesgos-Institucional-2026-V1-enero_2026*”, a nivel general contiene 230 riesgos identificados clasificados en: Riesgos de gestión, de Seguridad y Salud en el Trabajo, Documentales, Ambientales, Fiscales, Corrupción y de Seguridad de la Información.

De acuerdo con el alcance del informe se han identificado un total de 140 riesgos, para los cuales se han establecido 279 controles. De estos controles, el 58.1% son de tipo preventivo, diseñados para mitigar la probabilidad de que ocurran incidentes. El 26.2% son controles detectivos, orientados a identificar y registrar eventos no deseados en el momento en que ocurren. Por último, el 15.4% restante corresponde a controles correctivos, que se implementan para abordar y remediar las situaciones ya ocurridas.

De la verificación realizada, se evidencia que la Dirección Territorial Sucre ha identificado cinco (5) riesgos de gestión correspondientes a los riesgos No. 215, 216, 217, 218 y 219, para los cuales se han establecido 5 controles orientados a su tratamiento y mitigación. Sin embargo, al revisar la información registrada, se observa que el riesgo No. 217 no tiene definidos aspectos fundamentales tales como la afectación del control, el tipo de control, la implementación, la documentación, la evidencia y la frecuencia de ejecución. A pesar de las omisiones, se evidencia que el riesgo cuenta con calificación de probabilidad residual, situación que genera falta de trazabilidad y sustento metodológico para determinar la razonabilidad de la valoración residual asignada.

 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: 34 de 38

Una vez evaluado el diseño y estructura de los controles, se identifica que de la muestra tomada de los procesos Comunicación Estratégica, Gestión Administrativa, Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez, así como en las Direcciones Territoriales Caquetá-Huila y Cauca para un total de 35 controles, el 91.4%, 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, solo el 5.7% tiene una calificación Moderado y 3.1 % 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 20. 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 182 controles diseñados para mitigarlos y garantizar la integridad de los procesos.

En lo que respecta a las direcciones territoriales, se han identificado un total de 61 riesgos, de los cuales 60 corresponden a riesgos de gestión y un (1) riesgo fiscal en la Dirección Territorial Antioquia. Para abordar estos riesgos, se han establecido 97 controles orientados a mitigar sus

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 35 de 38

impactos y mejorar la eficiencia en la gestión. Sin embargo, se observa que la Dirección Territorial Nariño, para la vigencia 2026, no tiene identificados riesgos de gestión.

Para la vigencia 2026 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.

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*.

Al verificar el acceso y la documentación disponible en enlace de la página web donde se encuentra publicado el mapa de riesgos institucional, se observa una inconsistencia entre la información publicada y el archivo descargable. En la página web se indica que corresponde a la Versión 2, divulgada en el mes de marzo de 2026; sin embargo, una vez se descarga el documento, el archivo se identifica como V1 y registra actualizaciones efectuadas en enero de 2026. Adicionalmente, se observa que, aunque el documento presenta registros actualizados a enero de 2026, su publicación en la página web se realizó en el mes de marzo de la misma vigencia. Esta situación genera falta de claridad respecto de la versión oficial del documento y dificulta la trazabilidad de las actualizaciones realizadas al Mapa de Riesgos Institucional.

A nivel general el mapa de riesgos vigente a la fecha de seguimiento realizado mediante este informe, se evidencia una disminución de los riesgos identificados en un 9.45% ya que para la vigencia 2025 se tenían identificados 254 riesgos, mientras que actualmente se encuentran identificados 230.

El cambio más relevante se presenta en los riesgos de Seguridad de la Información, los cuales impactan de manera significativa la variación total entre vigencias, ya que pasaron de 55 riesgos identificados en la vigencia 2025 a 33 en 2026. Esta variación refleja una reducción en la cantidad de riesgos registrados, situación que puede obedecer a diferentes factores, como la implementación de acciones de tratamiento que permitieron eliminar o consolidar algunos riesgos, cambios en el contexto operativo o una variación en los criterios utilizados para su identificación y valoración.

 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: 36 de 38


No obstante, la disminución en el número de riesgos identificados no necesariamente implica una reducción de la exposición institucional frente a los eventos asociados esta tipología de riesgos. En este sentido, se recomienda analizar las causas que originaron dicha disminución y evaluar si esta responde a una mejora efectiva en la gestión de los riesgos o, por el contrario, a posibles debilidades en el ejercicio de identificación y valoración. Lo anterior, con el propósito de asegurar que el mapa de riesgos continúe constituyéndose en una herramienta confiable para la toma de decisiones y la protección de los activos de información de la Entidad.

Durante la verificación de la *Matriz de Riesgo Institucional “Mapa-de-Riesgos-Institucional-2026-V1-enero_2026”*, aplicada sobre un total de 279 controles asociados a los 140 riesgos según el alcance del presente informe, se identificó una inconsistencia en el riesgo No. 217 de la Dirección Territorial Sucre. 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 Y a AD, lo que genera un vacío en la información registrada. De forma complementaria, en la revisión de las columnas X a AD del mapa de riesgos se evidenciaron inconsistencias que afectan la completitud y trazabilidad de la información de los controles. El riesgo 185 cuenta con clasificación del control, pero no presenta su descripción y el riesgo 150 registra descripción del control, pero no cuenta con la clasificación correspondiente.

Estas situaciones afectan 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 Oficina de Control Interno recomienda fortalecer el diligenciamiento y la consistencia de la información registrada en la matriz de riesgos, garantizando que todos los elementos requeridos para la gestión y evaluación de los controles se encuentren debidamente definidos y registrados, en cumplimiento de las directrices institucionales en materia de administración del riesgo y control interno.

En la verificación del diseño de controles con fundamento en la muestra evaluada con corte al 31 de mayo de 2026, se observa que los controles analizados en los procesos de Comunicación Estratégica, Gestión Administrativa, Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez, así como en las Direcciones Territoriales Caquetá-Huila y Cauca, son pertinentes frente a los riesgos identificados; sin embargo, presentan debilidades recurrentes en su diseño que limitan su capacidad para prevenir, detectar o corregir oportunamente las situaciones que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

De los 35 controles evaluados, 32 se ubicaron en zona débil, 2 en zona moderada y 1 en zona fuerte, lo cual evidencia la necesidad de fortalecer de manera integral la formulación de los controles, conforme a los requisitos mínimos definidos en la Metodología de Administración del Riesgo V11 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: 37 de 38

la UARIV y los parámetros establecidos en la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del DAFP. Las debilidades más relevantes se relacionan con la falta de precisión del cargo responsable, periodicidades formuladas de manera general, acciones frente a desviaciones sin criterios claros de oportunidad, responsables, escalamiento, seguimiento y cierre, así como evidencias que no siempre permiten demostrar la trazabilidad completa de la ejecución y efectividad del control.

Se destaca que algunos controles presentan mejores condiciones de diseño, como los dos controles calificados en zona moderada en el proceso de Gestión Administrativa, asociados a la toma física anual de inventarios y al control de salida de elementos en donaciones, así como el control calificado en zona fuerte en el proceso Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez, relacionado con la verificación y coordinación previa para adelantar misiones humanitarias mediante el plan de seguimiento del COMR. Estos controles incorporan elementos relevantes como responsable, propósito, periodicidad o condición de activación, verificación y actuación frente a desviaciones; no obstante, incluso en los controles moderados se requiere fortalecer la evidencia para demostrar diferencias identificadas, ajustes efectuados, responsables de corrección y cierre efectivo.

Así mismo, se evidencia que varios controles fueron formulados como preventivos, pero por su operación corresponden principalmente a controles detectivos, dado que actúan mediante informes, revisiones posteriores, validaciones de cumplimiento, contraste de bases de datos o verificación de registros ya ejecutados. Esta situación requiere ser revisada por los responsables de los procesos y Direcciones Territoriales, con el fin de asegurar que la clasificación del control sea coherente con el momento en que opera frente al riesgo y con su capacidad real de mitigación.


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 por:

Deisy Carolina Díaz Vargas - Profesional Universitario 

Nohemilce Quintero Cetina – Profesional Especializado 

 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: 38 de 38

Anexo 1 Control de cambios

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