

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Páginas: 1 de 32

Fecha de Emisión del Informe	Día	10	Mes	08	Año	2026
-------------------------------------	------------	-----------	------------	-----------	------------	-------------

Número de Informe:	1 / 2
Nombre:	Informe de seguimiento, en el marco de la política de riesgos institucional, a la gestión del riesgo de la segunda línea de defensa
Objetivo:	Evaluar la gestión adelantada por la Oficina Asesora de Planeación, en su calidad de segunda línea de defensa, frente a la administración de los riesgos institucionales durante el primer semestre de 2026, mediante la revisión y validación de las actividades y evidencias aportadas, con el propósito de identificar avances, brechas y oportunidades de mejora que contribuyan al fortalecimiento de la gestión integral de riesgos, del Sistema de Control Interno y del cumplimiento de los objetivos institucionales.
Alcance:	El seguimiento comprende la revisión y validación de las actividades desarrolladas por la Oficina Asesora de Planeación, en su calidad de segunda línea de defensa, frente a la gestión de los riesgos institucionales de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas UARIV durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2026. El análisis incluye la actualización y apropiación de los lineamientos institucionales, el análisis de contexto, la identificación y valoración de riesgos, el Mapa de Riesgos Institucional, el seguimiento a controles, planes de acción y riesgos materializados, el monitoreo a la primera línea de defensa, la información presentada a la Alta Dirección, las herramientas tecnológicas y los indicadores de seguimiento. Las conclusiones se sustentan en la información y las evidencias aportadas por la OAP y en los documentos institucionales y referentes técnicos aplicables.
Periodicidad:	Semestral, este informe se realiza con corte al 30 de junio de 2026.

1. MARCO JURÍDICO.

El siguiente es el marco normativo relacionado con la gestión de riesgos que debe realizar la segunda línea de defensa:

 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 32

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”.

El artículo 2 establece como objetivos del Sistema de Control Interno, entre otros:

- *Literal a): proteger los recursos de la organización mediante su adecuada administración frente a los posibles riesgos que puedan afectarlos.*
- *Literal f): definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, así como detectar y corregir las desviaciones que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales.*

Decreto 1083 del 26 de mayo de 2015, “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública”, modificado, entre otros, por los decretos 648 y 1499 de 2017.

El artículo 2.2.21.3.1 establece que el Sistema Institucional de Control Interno se encuentra integrado por el esquema de controles de la organización, la gestión de riesgos, la administración de la información y de los recursos, así como por los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por la entidad. Este artículo se encuentra vigente con la modificación introducida por el artículo 8 del Decreto 648 de 2017.

El artículo 2.2.21.5.3 dispone que las Oficinas de Control Interno desarrollan su labor mediante los roles de liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento y relación con entes externos de control. Esta disposición sustenta la competencia de la Oficina de Control Interno para efectuar este seguimiento como tercera línea de defensa.

El artículo 2.2.21.5.4 señala que las autoridades correspondientes deben establecer y aplicar políticas de administración del riesgo como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno. Asimismo, determina que la identificación y el análisis de los riesgos deben desarrollarse de manera permanente, considerando los factores internos y externos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

El artículo 2.2.22.2.1 establece las políticas de Gestión y Desempeño Institucional, entre las cuales se encuentran la planeación institucional, integridad, transparencia y lucha contra la corrupción, seguridad digital, control interno y seguimiento y evaluación del desempeño institucional. La disposición actualmente comprende diecinueve políticas,

 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 32

luego de las adiciones realizadas mediante los decretos 1299 de 2018, 454 de 2020 y 742 de 2021.

El artículo 2.2.23.1 dispone que el Sistema de Control Interno se articula con el Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión —MIPG—, mediante mecanismos de control y verificación orientados al cumplimiento de los objetivos y al logro de los resultados institucionales.

Decreto 648 del 19 de abril de 2017, “Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015”.

Este decreto fortalece la organización y funcionamiento del Sistema Institucional de Control Interno. Entre sus disposiciones relevantes, modifica la composición del Sistema Institucional de Control Interno, establece los roles de las Oficinas de Control Interno y asigna al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno la función de someter a aprobación del representante legal la política de administración del riesgo y realizar su seguimiento, especialmente frente a la prevención y detección del fraude y la mala conducta.

Decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017, “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión”.

El decreto actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión —MIPG—, establece las políticas de Gestión y Desempeño Institucional y articula el Sistema de Gestión con el Sistema de Control Interno. Sus disposiciones se encuentran incorporadas en los títulos 22 y 23 del Decreto 1083 de 2015.

Ley 2195 del 18 de enero de 2022, “Por medio de la cual se adoptan medidas en materia de transparencia, prevención y lucha contra la corrupción y se dictan otras disposiciones”.

El artículo 31 modifica el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011 y establece que las entidades públicas deben implementar Programas de Transparencia y Ética Pública PTEP orientados a promover la cultura de la legalidad e identificar, medir, controlar y monitorear permanentemente los riesgos de corrupción. También incorpora la prevención y gestión de riesgos asociados al lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva.

 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 32

Decreto 1122 del 30 de agosto de 2024, “Por el cual se reglamenta el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, en lo relacionado con los Programas de Transparencia y Ética Pública”.

El decreto establece las condiciones para la formulación, implementación, seguimiento y publicación de los Programas de Transparencia y Ética Pública, los cuales deben tener un enfoque basado en riesgos. Asimismo, dispone la articulación de los sistemas integrales de administración de riesgos con el PTEP, aspecto que fundamenta la implementación del Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública SIGRIP.

Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, Departamento Administrativo de la Función Pública, agosto de 2025.

La Guía constituye el referente técnico vigente para la gestión integral de los riesgos en las entidades públicas. Mantiene la estructura metodológica general para la identificación y valoración de riesgos e incorpora, entre otros elementos, el enfoque COSO-ERM, el análisis del apetito del riesgo, la gestión preventiva de riesgos fiscales, los riesgos de seguridad de la información, el Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública SIGRIP y los Indicadores Clave de Riesgo KRI.

En el numeral 1.2, correspondiente a la institucionalidad de MIPG, la Guía identifica a las Oficinas de Planeación, gerencias de riesgos y demás instancias designadas como segunda línea de defensa, responsables de definir la metodología, capacitar, acompañar, formular recomendaciones y efectuar seguimiento con enfoque preventivo.

En el numeral 6.3.6 establece que el SIGRIP debe ser objeto permanente de monitoreo, evaluación, auditoría y mejora. El monitoreo corresponde a la primera línea; la evaluación de la gestión del riesgo corresponde al Administrador del Programa en su rol de segunda línea; la auditoría independiente corresponde a la Oficina de Control Interno como tercera línea; y la mejora integral del sistema corresponde a la Alta Dirección o línea estratégica.

Marco normativo del modelo integrado de planeación y gestión

Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión —MIPG—, versión 6.1, Departamento Administrativo de la Función Pública, 2026. *El Manual desarrolla la estructura, dimensiones, políticas, responsabilidades e instancias para la implementación y operación 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: 5 de 32

MIPG, incluida la dimensión de Control Interno y el esquema de líneas de defensa. La versión 6.1 se encuentra publicada por Función Pública en febrero de 2026.

Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG:

1ª. Dimensión: Talento Humano:

Política de Integridad:

Verificar si en el componente de gestión de riesgos, se identificaron riesgos y controles frente a conflictos de intereses.

Utilizar instrumentos o sistemas de información que permitan capturar, procesar y analizar la información relativa a la gestión de conflictos de intereses y riesgos relacionados con la política de integridad para fortalecer la toma de decisiones basada en evidencias.

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

2ª. Dimensión: Direccionamiento Estratégico y Planeación:

Política de Planeación institucional:

Formular las metas de largo plazo, tangibles, medibles, audaces y coherentes con los problemas y necesidades que deben atender o satisfacer, evitando proposiciones genéricas que no permitan su cuantificación y definiendo los posibles riesgos asociados al cumplimiento de las prioridades.

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

 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 32

pueden afectar tal cumplimiento y los controles para su mitigación, productos y metas intermedias que permiten dar cumplimiento a las metas cuatrienales fijadas.

3ª. Dimensión: Gestión con valores para resultados:

Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos

Entre los aspectos mínimos que una entidad debe tener en cuenta para trabajar por procesos esta, Identificar los riesgos del proceso, así como establecer los controles correspondientes.

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

Esta política le permite a la entidad articular acciones para la prevención, detección e investigación de los riesgos de en los procesos de la gestión administrativa y misional de las entidades públicas.

Articular 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 defensa jurídica:

Incorporar los riesgos que se identifiquen en el proceso de formulación de la Política de Prevención del Daño Antijurídico PPDA en el mapa de riesgos institucionales de la entidad.

4ª. Dimensión: Evaluación de Resultados:

Alcance de la Dimensión:

Plantear las acciones para mitigar posibles riesgos que la puedan desviar del cumplimiento de sus metas.

Política de 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.

Seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la política de administración de riesgos establecida por la entidad.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 7 de 32

7ª. Dimensión: Control Interno:

Política de Control interno:

Lineamientos generales para la implementación. Implementación de las líneas de defensa. Línea estratégica de defensa. Definición y evaluación de la Política de Administración del Riesgo.

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

Este informe de seguimiento, en el marco de la política de riesgos institucional, a la gestión del riesgo de la segunda línea de defensa se encuentra armonizado con las generalidades del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), particularmente con las siguientes cinco (5) dimensiones y siete (7) políticas del modelo:

Tabla 1. Alineación Informe con Dimensiones y Políticas MIPG

Dimensión	Políticas
Talento Humano	Política de Integridad
Direccionamiento Estratégico y Planeación	Política de Planeación Institucional
Gestión con Valores para Resultados	Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos. Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción. Política de defensa jurídica.
Evaluación de Resultados	Política de Seguimiento y evaluación de la gestión institucional
Control Interno	Política de Control interno

Fuente: Análisis Oficina de Control Interno

3. PROPÓSITO DEL INFORME.

Este informe tiene como propósito evaluar la gestión adelantada por la Oficina Asesora de Planeación, en su calidad de segunda línea de defensa, frente a la administración integral de los riesgos institucionales durante el primer semestre de 2026. Para ello, se analiza el cumplimiento de las responsabilidades relacionadas con la actualización de la política y la metodología de riesgos, el análisis del contexto, la identificación y valoración de las diferentes tipologías de riesgo, la consolidación y publicación del Mapa de Riesgos Institucional, el seguimiento a controles y planes de acción, el monitoreo de riesgos materializados, el acompañamiento a la primera línea de defensa y la generación de información para la toma de decisiones de la Alta Dirección.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 8 de 32

A partir de la revisión y validación de las evidencias aportadas, la Oficina de Control Interno identifica avances, brechas y oportunidades de mejora, y formula recomendaciones orientadas a fortalecer el ejercicio preventivo y de aseguramiento propio de la segunda línea de defensa, la articulación entre las líneas de defensa y la implementación de los lineamientos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7. Asimismo, el informe busca contribuir al fortalecimiento del Sistema de Control Interno, a la toma de decisiones basada en información suficiente y confiable, y al cumplimiento de los objetivos institucionales de la Unidad.

El informe está dirigido a la Dirección General, a los integrantes del Comité Institucional de Control Interno, al Comité Institucional de Gestión y Desempeño, a la Oficina Asesora de Planeación y a los líderes de los procesos y Direcciones Territoriales. Su contenido también constituye un insumo para los servidores públicos, los organismos de control, la ciudadanía y demás grupos de valor interesados en la gestión institucional de riesgos.

4. CONTEXTO DEL INFORME.

La gestión integral de riesgos constituye un componente esencial del Sistema de Control Interno y del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, por cuanto permite identificar, analizar, valorar y tratar los eventos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales. En este marco, la segunda línea de defensa desarrolla funciones de orientación, acompañamiento, monitoreo, consolidación y análisis de la información relacionada con los riesgos, y genera alertas y recomendaciones dirigidas a la primera línea de defensa y a la Alta Dirección.

De acuerdo con el Manual Operativo de MIPG, versión 6.1, la segunda línea de defensa debe asegurar que los controles y los procesos de gestión del riesgo implementados por la primera línea sean apropiados y funcionen de manera adecuada. Asimismo, le corresponde supervisar la aplicación de las prácticas de gestión del riesgo, realizar autoevaluaciones, brindar asesoría técnica, consolidar información relevante y suministrar insumos oportunos para la toma de decisiones. La Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, fortalece estas responsabilidades al incorporar un enfoque integral que comprende los riesgos generales de la gestión, fiscales, de seguridad de la información y para la integridad pública, así como el Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública SIGRIP y los Indicadores Clave de Riesgo KRI.

 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 32

En la UARIV, la Oficina Asesora de Planeación ejerce responsabilidades de segunda línea de defensa en materia de gestión de riesgos, conforme a la Metodología de Administración de Riesgos vigente. Entre sus funciones se encuentran definir y actualizar los lineamientos institucionales; orientar el análisis del contexto; acompañar la identificación, análisis y valoración de riesgos; consolidar y validar el Mapa de Riesgos Institucional; efectuar seguimiento a controles, planes de acción y riesgos materializados; promover actividades de comunicación y apropiación, y presentar información a las instancias de decisión.

En este contexto, la Oficina de Control Interno, como tercera línea de defensa, realiza el seguimiento sobre las actividades desarrolladas entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2026. La evaluación comprende la actualización de la política y la metodología; la apropiación institucional; el análisis del contexto; la identificación y valoración de riesgos; la consolidación y publicación del mapa institucional; los planes de acción; el monitoreo de riesgos materializados; la autoevaluación de la primera línea; el acompañamiento técnico; la información suministrada a la Alta Dirección; el seguimiento a recomendaciones anteriores; las herramientas tecnológicas, y los indicadores utilizados para evaluar la gestión del riesgo.

El análisis se orienta a determinar si la actuación de la segunda línea de defensa se desarrolla de manera oportuna, preventiva, documentada y alineada con los lineamientos técnicos vigentes, y si genera información suficiente para fortalecer la administración de riesgos, la articulación entre las líneas de defensa y la toma de decisiones institucionales.

5. RESULTADOS DEL ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE EVIDENCIAS.

Con fundamento en las responsabilidades asignadas a la segunda línea de defensa en la Matriz de Roles y Responsabilidades de la Metodología de Administración de Riesgos de la UARIV, se analiza la gestión adelantada por la Oficina Asesora de Planeación durante el primer semestre de 2026. La revisión comprende la definición y actualización de lineamientos, la orientación para el análisis del contexto, el acompañamiento en la identificación, análisis y valoración de riesgos, la consolidación y validación del Mapa de Riesgos Institucional, el seguimiento a controles y planes de acción, el monitoreo de riesgos materializados, la comunicación y consulta, y el suministro de información para la toma de decisiones. A partir de estas responsabilidades, se contrastan las respuestas y evidencias aportadas con los lineamientos institucionales y técnicos vigentes, con el propósito de determinar su suficiencia, trazabilidad y contribución al fortalecimiento de la gestión integral de riesgos y del Sistema de Control Interno.

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

Mediante correo electrónico del 7 de julio de 2026, la Oficina de Control Interno, en ejercicio de su rol como tercera línea de defensa, solicitó a la Oficina Asesora de Planeación OAP la información y las evidencias correspondientes a las actividades desarrolladas entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2026, en cumplimiento de sus responsabilidades como segunda línea de defensa frente a la gestión de riesgos institucionales.

En respuesta remitida el 28 de julio de 2026, la OAP presentó el documento denominado “Respuesta a Cuestionario OCI Riesgos Primer Semestre” y 32 archivos de soporte, organizados principalmente en las carpetas correspondientes a los numerales 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12 y 13.

Con base en la información y los soportes remitidos, la Oficina de Control Interno estructura el análisis de acuerdo con las responsabilidades asignadas a la segunda línea de defensa en la Matriz de Roles y Responsabilidades definidas en la Metodología de Administración de Riesgos de la UARIV. Para cada componente se revisan la respuesta de la OAP, las evidencias aportadas, su correspondencia con el requerimiento formulado y su alineación con los lineamientos institucionales y técnicos vigentes.

En este sentido, el análisis se desarrolla de manera temática, abordando la actualización y apropiación de la política y metodología; el análisis de contexto; la identificación, valoración y tratamiento de riesgos; la consolidación del Mapa de Riesgos Institucional; el seguimiento a planes de acción y riesgos materializados; el monitoreo a la primera línea; el acompañamiento técnico; la información presentada a la Alta Dirección; el seguimiento a las recomendaciones anteriores; las herramientas tecnológicas, y los indicadores de gestión. En cada numeral se determina la suficiencia, pertinencia, trazabilidad y oportunidad de las evidencias, así como los avances, brechas y actividades pendientes.

Para efectos del análisis, se considera que el requerimiento se atiende cuando las evidencias son completas, pertinentes, oportunas y trazables; se atiende parcialmente cuando se aportan soportes que acreditan algunas actividades, pero no permiten verificar integralmente su ejecución, resultados o seguimiento; y no se atiende documentalmente cuando no se remiten evidencias suficientes para efectuar la validación. Esta clasificación se refiere a la suficiencia de la información aportada y no implica, por sí sola, la inexistencia de las actividades evaluadas. A continuación, se presentan los resultados de la revisión:

5.1. Actualización de la Política y Metodología de Administración de Riesgos

Respuesta y evidencias aportadas

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 11 de 32

La Oficina Asesora de Planeación informa que elaboró el borrador de la versión 12 de la Metodología de Gestión Integral de Riesgos y un borrador de la Política para la Gestión Integral del Riesgo como documento independiente, señalando que ambos instrumentos fueron ajustados con fundamento en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7. De acuerdo con la respuesta, los documentos se encuentran en revisión por parte del jefe de la Oficina Asesora de Planeación y de los profesionales responsables de la gestión de riesgos, y se prevé finalizar su revisión y aprobación en septiembre de 2026. Posteriormente, se proyecta gestionar su incorporación al Sistema Integrado de Gestión, publicación y socialización con los procesos y las Direcciones Territoriales. Para soportar lo informado se remitieron los archivos denominados “Borrador Política Gestión Integral Riesgo” y “Borrador Metodología_Riesgos_v12”.

Análisis de la Oficina de Control Interno

La revisión de los documentos permite evidenciar avances en la incorporación de los principales cambios introducidos por la Guía versión 7. El borrador de la Política contiene objetivo, alcance, contexto interno y externo, tipologías de riesgos generales de la gestión, fiscales, de seguridad de la información y para la integridad pública, así como una matriz de roles y responsabilidades bajo el esquema de líneas de defensa. Por su parte, el borrador de la Metodología desarrolla las etapas de identificación y descripción del riesgo, análisis del riesgo inherente, diseño y análisis de controles, valoración del riesgo residual, tratamiento, revisión, actualización, monitoreo, seguimiento y evaluación. Asimismo, incorpora conceptos relacionados con el Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública SIGRIP, soborno, fraude, conflicto de intereses y riesgos de lavado de activos, financiación del terrorismo y financiación de la proliferación de armas de destrucción masiva LA/FT/FP. Estos contenidos guardan correspondencia general con el enfoque integral previsto por la Guía, que articula los riesgos generales, fiscales, de seguridad de la información y para la integridad pública.

No obstante, el contraste efectuado permite identificar los siguientes aspectos que requieren revisión o complementación antes de la aprobación de los instrumentos:

- a. **Trazabilidad del proceso de actualización.** En la carpeta correspondiente al numeral 1 únicamente se aportaron los dos borradores. No se remitieron cronogramas, registros de mesas de trabajo, actas, controles de revisión, observaciones formuladas, conceptos técnicos, responsables individualizados, fechas de elaboración o validación, ni una programación detallada de las actividades pendientes. En consecuencia, los soportes

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Páginas: 12 de 32

evidencian la existencia de productos preliminares, pero no permiten verificar integralmente el proceso seguido para su construcción, revisión y validación.

- b. **Estado de aprobación.** Los documentos se encuentran en fase de borrador y no han sido adoptados ni incorporados al Sistema Integrado de Gestión. La respuesta señala que la Política será presentada ante el Comité Institucional de Control Interno “y/o” el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, sin precisar la instancia, el procedimiento, los responsables y las fechas previstas para su revisión y aprobación.

En este punto, la Oficina de Control Interno es enfática y clara al señalar que el procedimiento e instancia para la aprobación de la política de riesgo esta definida en el Decreto 1083 de 2015 artículo 2.2.21.1.6 literal g). corresponde al Comité de Institucional de Control Interno la aprobación, previa presentación que realice al Oficina Asesora de Planeación, responsable de la política y actualización

- c. **Contexto estratégico.** El borrador de la Política relaciona información sobre la misión, visión, objetivos, estructura organizacional, partes interesadas, trámites y entorno institucional. Sin embargo, su contenido es predominantemente descriptivo y no evidencia suficientemente un análisis de los factores internos y externos que pueden incrementar o modificar la exposición al riesgo, sus tendencias, datos de soporte, riesgos emergentes ni la relación de estos elementos con la definición de la política y el apetito de riesgo.
- d. **Apetito y tolerancia al riesgo.** El documento establece que los riesgos residuales ubicados en nivel bajo son aceptados y define una tolerancia cero, entendida como la ejecución completa de controles y planes de acción. Esta formulación requiere revisión técnica, dado que la aceptación de riesgos residuales bajos corresponde principalmente a un criterio de tratamiento, mientras que el apetito debe representar el nivel y tipo de riesgo que la entidad está dispuesta a asumir. A su vez, la tolerancia debe expresar la máxima desviación admisible respecto del apetito definido y no únicamente el porcentaje de ejecución de controles. Aunque el documento incluye la definición de capacidad de riesgo, no desarrolla su aplicación ni su relación con el apetito y la tolerancia.
- e. **Indicadores Clave de Riesgo KR.** Los borradores hacen referencia general a indicadores para el monitoreo, pero no establecen una metodología específica para identificar, formular, medir y reportar los KRI; tampoco definen responsables, fuentes, periodicidades, umbrales de alerta ni mecanismos de comunicación a la línea estratégica.

 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 32

La Guía dispone que la política debe incorporar lineamientos sobre estos indicadores y que la segunda línea debe consolidar y presentar aquellos asociados a los riesgos de mayor criticidad.

- f. **Desarrollo del SIGRIP.** Los documentos incluyen definiciones, tipologías y algunas responsabilidades asociadas al SIGRIP; incluso asignan a la Oficina Asesora de Planeación la administración del sistema y la función de cumplimiento. Sin embargo, no se desarrollan integralmente los lineamientos relacionados con la debida diligencia en el conocimiento de las contrapartes, las herramientas de gestión, la operación de la función de cumplimiento y las periodicidades y contenidos del monitoreo, evaluación, auditoría y mejora del sistema. La Metodología remite a un “Manual de Debida Diligencia”, pero este documento no fue aportado, por lo que no fue posible verificar su existencia, contenido o articulación. La Guía señala que la política y el mapa de riesgos no son suficientes por sí solos para gestionar estas amenazas y que deben complementarse con los demás elementos del SIGRIP.
- g. **Referencias normativas y técnicas.** El borrador de la Política conserva como documentos de referencia el Decreto 943 de 2014, la Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción de 2015 y la Guía para la Administración del Riesgo versión 6 de 2022. Asimismo, la Metodología mantiene el Decreto 943 de 2014. Estas referencias deben revisarse, depurarse o contextualizarse, debido a que los instrumentos afirman estar fundamentados en la Guía versión 7 y en el marco vigente del MIPG y MECI.

Conclusión del numeral

La información aportada atiende parcialmente el requerimiento. Se evidencia un avance documental representado en la elaboración de los borradores de la Política para la Gestión Integral del Riesgo y de la Metodología versión 12, cuyos contenidos presentan una alineación general con las tipologías y etapas metodológicas establecidas en la Guía versión 7. Sin embargo, con corte al 30 de junio de 2026, los documentos no han culminado su proceso de revisión, validación, aprobación, incorporación al Sistema Integrado de Gestión, publicación ni socialización.

Adicionalmente, no se aportan evidencias suficientes para verificar la trazabilidad de las actividades adelantadas y persisten aspectos técnicos por fortalecer relacionados con el análisis del contexto, la definición del apetito, tolerancia y capacidad de riesgo, los Indicadores Clave de Riesgo, el desarrollo integral del SIGRIP y la actualización de las referencias normativas. Por

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 14 de 32

tanto, el proceso de actualización se encuentra en ejecución y no implementado, y requiere la definición de un cronograma verificable que establezca actividades, responsables, productos, fechas de cumplimiento e instancias de aprobación.

5.2. Apropiación y socialización de la Política de Gestión de Riesgos

Respuesta y evidencias aportadas

La Oficina Asesora de Planeación informa que el 15 de abril de 2026 realiza una jornada de socialización de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7. Como soportes remite la presentación utilizada y el reporte de asistencia, en el cual se registran 92 participantes.

La presentación desarrolla aspectos relacionados con el análisis de contexto, las tipologías de riesgos, el diseño y valoración de controles, el SIGRIP y los Indicadores Clave de Riesgo.

Análisis de la Oficina de Control Interno

Los soportes acreditan la realización de una actividad de divulgación de los nuevos lineamientos técnicos. Sin embargo, no identifican el universo convocado ni discriminan la participación por procesos, dependencias o Direcciones Territoriales, por lo que no es posible determinar la cobertura institucional alcanzada.

Tampoco se aportan evaluaciones de conocimiento, encuestas de apropiación, ejercicios prácticos, compromisos o mecanismos posteriores de verificación que permitan establecer el nivel de comprensión y aplicación de los contenidos. Adicionalmente, la actividad se concentra en la divulgación de la Guía externa y no en la Política y la Metodología institucionales actualizadas, debido a que estos documentos continúan en revisión.

La actividad 3 del Plan de Implementación 2026 programa jornadas de fortalecimiento y sensibilización de la cultura de MIPG en los niveles nacional y territorial, con metas del 35 % en abril, 35 % en agosto y 30 % en noviembre. Como productos define actas, piezas comunicativas, mesas de trabajo, correos e informes. La jornada del 15 de abril guarda correspondencia temporal con la meta programada; no obstante, los soportes no la vinculan expresamente con dicha actividad ni permiten verificar su cobertura territorial, productos generados y porcentaje de cumplimiento.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 15 de 32

Conclusión del numeral

La información atiende parcialmente el requerimiento. Se acredita una jornada de socialización de la Guía versión 7, pero no se determina su cobertura efectiva ni los resultados de apropiación. Asimismo, permanece pendiente la socialización formal de la Política y la Metodología actualizadas.

5.3. Análisis de contexto interno y externo

Respuesta y evidencias aportadas

La Oficina Asesora de Planeación informa que, conforme al Plan de Implementación 2026 versión 2, la revisión del contexto interno y externo de los procesos y Direcciones Territoriales se encuentra programada a partir de julio de 2026. Señala que sus resultados servirán de insumo para revisar los riesgos, causas, controles y planes de tratamiento. Para este numeral no remite instrumentos, formularios, matrices, respuestas consolidadas, documentos actualizados ni evidencias de incorporación del análisis de contexto en los mapas de riesgos.

Análisis de la Oficina de Control Interno

La respuesta confirma que durante el primer semestre no se desarrolla la actualización formal del contexto interno y externo. Esta situación limita la identificación oportuna de cambios institucionales, factores externos, tendencias y riesgos emergentes que puedan modificar la exposición de los procesos y Direcciones Territoriales.

El Plan de Implementación 2026 publicado no incluye una actividad específica para orientar, actualizar, consolidar o analizar el contexto interno y externo. Tampoco se identifica en el archivo una numeración correspondiente a la versión 2 mencionada por la OAP. En consecuencia, el documento revisado no permite validar la programación informada para julio de 2026 ni identificar responsables, productos, metas o fechas asociadas a esta actividad.

Conclusión del numeral

La respuesta no atiende documentalmente el requerimiento ni acredita actividades ejecutadas durante el periodo evaluado. Además, la programación informada no resulta verificable en el Plan de Implementación publicado.

 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 32

5.4. Identificación, análisis y valoración de riesgos

Respuesta y evidencias aportadas

La Oficina Asesora de Planeación informa que la revisión y actualización de los riesgos de los procesos y Direcciones Territoriales se encuentra programada a partir de julio de 2026, conforme al Plan de Implementación 2026 versión 2. Para este numeral no remite actas, matrices, correos, registros de asistencia, presentaciones ni evidencias de acompañamiento o revisión técnica desarrolladas durante el primer semestre.

Análisis de la Oficina de Control Interno

Los soportes no permiten verificar actividades de asesoría para la identificación, análisis, valoración y tratamiento de riesgos, ni la aplicación de los nuevos lineamientos sobre riesgos generales, fiscales, de seguridad de la información, de integridad pública y LA/FT/FP.

La actividad 4 del Plan de Implementación establece la identificación, valoración y evaluación de riesgos de gestión, corrupción y de los sistemas de gestión, así como la definición de planes de tratamiento y el seguimiento a controles. Como producto contempla el mapa de riesgos actualizado y el acta o registro en la herramienta institucional.

No obstante, la programación presenta inconsistencias: las observaciones señalan que la actualización de tres procesos por mes inicia en junio, mientras que la meta del 50 % se registra en julio; además, se consigna como fecha de finalización el “31/06/2026”, fecha inexistente

Por otra parte, los riesgos de seguridad de la información se desarrollan en la actividad 9, cuya actualización se programa entre julio y septiembre de 2026. El plan no individualiza actividades específicas para riesgos fiscales, de integridad pública, LA/FT/FP, contractuales o jurídicos.

Conclusión del numeral

La respuesta no acredita actividades ejecutadas durante el primer semestre. Aunque el Plan de Implementación contempla la actualización de algunos riesgos y planes de tratamiento, presenta inconsistencias de programación y no incorpora expresamente todas las tipologías previstas en la Guía versión 7.

5.5. Revisión, actualización, consolidación y publicación del Mapa de Riesgos Institucional

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 17 de 32

Respuesta y evidencias aportadas

La Oficina Asesora de Planeación informa que, con corte al 30 de junio de 2026, se encuentra vigente y publicado el Mapa de Riesgos Institucional 2026, versión 1. El instrumento consolida 230 riesgos: 141 de procesos, 85 de Direcciones Territoriales y 4 transversales.

El acta del Comité Institucional de Gestión y Desempeño del 29 de enero de 2026 registra su aprobación con 11 votos positivos, equivalentes al 73,3 %, y relaciona ajustes asociados a un riesgo transversal de seguridad de la información y a observaciones formuladas por la Oficina de Control Interno.

Análisis de la Oficina de Control Interno

Se acredita la existencia, consolidación, aprobación y publicación del mapa. No se remiten matrices de observaciones, conceptos técnicos, actas de validación por proceso o Dirección Territorial ni trazabilidad detallada de las modificaciones. Además, el instrumento conserva elementos metodológicos anteriores y no incorpora plenamente las tipologías y componentes de la Guía versión 7.

La actividad 4 del Plan de Implementación establece como producto el mapa actualizado de cada proceso y Dirección Territorial, acompañado del acta o registro en la herramienta dispuesta. No obstante, estos productos individuales no se encuentran entre los soportes aportados, por lo que no es posible contrastar la consolidación institucional con las actualizaciones efectuadas por cada responsable.

La OAP informa que durante el primer semestre no realiza consulta a grupos de valor o ciudadanía. El Plan de Implementación tampoco individualiza una actividad, producto o meta específica para esta consulta.

Conclusión del numeral

La información atiende parcialmente el requerimiento. Se acredita la consolidación, aprobación y publicación del mapa, pero no se aporta trazabilidad suficiente de su revisión, actualización y validación técnica ni se realiza consulta a grupos de valor durante el periodo.

5.6. Planes de acción asociados a los riesgos

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

Respuesta y evidencias aportadas

La Oficina Asesora de Planeación informa que el 23 de marzo y el 26 de junio de 2026 solicita a los procesos y Direcciones Territoriales el reporte del seguimiento a controles, planes de acción y planes de tratamiento. Señala que el primer seguimiento se registra en SIPLAN+ y que el segundo se encuentra en diligenciamiento.

Análisis de la Oficina de Control Interno

Se acredita la existencia, consolidación, aprobación y publicación del mapa. No se remiten matrices de observaciones, conceptos técnicos, actas de validación por proceso o Dirección Territorial ni trazabilidad detallada de las modificaciones realizadas.

La actividad 4 del Plan de Implementación dispone que los procesos y Direcciones Territoriales realicen seguimiento a controles y planes de tratamiento y define como producto un reporte de ejecución de controles de acuerdo con el nivel de riesgo residual. El plan programa metas del 12% en marzo, 12% en junio, 12% en septiembre y 14% en diciembre.

En consecuencia, al corte evaluado debe existir un producto correspondiente al seguimiento de marzo y un avance asociado al seguimiento programado para junio. Sin embargo, la OAP únicamente aporta los correos de solicitud. Además, el requerimiento del segundo trimestre, emitido el 26 de junio, establece como fecha de reporte el 13 de julio, lo que no guarda correspondencia con la meta programada para junio.

Para los riesgos de seguridad de la información, el plan también contempla una matriz de seguimiento a controles y planes con evidencias, con metas en mayo, septiembre y diciembre. Este producto tampoco se aporta.

Conclusión del numeral

La información atiende parcialmente el requerimiento. Se acredita la solicitud de los reportes, pero no los productos programados en el Plan de Implementación ni el análisis, validación y seguimiento efectuados por la segunda línea.

5.7. Monitoreo a la materialización de riesgos

Respuesta y evidencias aportadas

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 19 de 32

La Oficina Asesora de Planeación remite la matriz y el informe de riesgos materializados correspondientes al primer trimestre de 2026, en los cuales se registran nueve eventos. Los soportes identifican el proceso, el riesgo, la tipología, el análisis de causas, la corrección aplicada, el número de la no conformidad y el responsable del reporte. Para el segundo trimestre, la OAP informa que la información se encuentra en proceso de consolidación.

Análisis de la Oficina de Control Interno

La matriz permite verificar la recepción y consolidación de los eventos; sin embargo, no contiene de manera completa la fecha de ocurrencia, los controles asociados, la evaluación de su efectividad, los responsables y plazos de las acciones, el estado de avance ni el análisis de reincidencia.

Además, existe una diferencia entre los nueve eventos registrados en la matriz y el informe, y los siete riesgos materializados informados al Comité Institucional de Gestión y Desempeño el 12 de mayo de 2026. Esta diferencia afecta la consistencia de la información suministrada para la toma de decisiones y requiere conciliación.

Aunque la actividad 4 del Plan de Implementación hace referencia general al seguimiento de riesgos, controles y planes, no establece un producto específico para consolidar las materializaciones, evaluar reincidencias, analizar la efectividad de los controles o comunicar sus resultados a la Alta Dirección.

Conclusión del numeral

La información atiende parcialmente el requerimiento. Se acredita la consolidación del primer trimestre, pero no el reporte del segundo trimestre ni la evaluación integral de controles, acciones, reincidencias y seguimiento a los responsables.

5.8. Monitoreo y autoevaluación a la primera línea de defensa

Respuesta y evidencias aportadas

La Oficina Asesora de Planeación informa que solicita trimestralmente a los procesos y Direcciones Territoriales el reporte sobre la ejecución de controles, planes de acción, planes de tratamiento y materialización de riesgos. Como soportes remite los correos de solicitud, la matriz de riesgos materializados y el informe del primer trimestre.

 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 32

Análisis de la Oficina de Control Interno

Los documentos acreditan la activación del reporte y la consolidación general de riesgos materializados. Sin embargo, no se aportan la matriz de seguimiento a controles y planes, los reportes registrados en SIPLAN+, los criterios de validación ni los resultados discriminados por proceso o Dirección Territorial.

Tampoco se identifican de forma trazable las alertas, recomendaciones, compromisos, responsables, plazos y seguimientos derivados de la revisión. La solicitud de información constituye un insumo, pero no sustituye la evaluación objetiva que corresponde desarrollar a la segunda línea.

El Plan de Implementación establece la elaboración periódica de reportes sobre la ejecución de controles y planes de tratamiento, con metas en marzo, junio, septiembre y diciembre. Por tanto, la segunda línea debe consolidar los resultados, validar las evidencias, identificar incumplimientos y generar alertas. La ausencia de los productos programados para el primer semestre no permite verificar el cumplimiento de esta actividad.

Conclusión del numeral

La información atiende parcialmente el requerimiento. Se demuestra la solicitud de información a la primera línea, pero no se acredita integralmente su monitoreo, autoevaluación y retroalimentación por parte de la OAP.

5.9. Comunicación, consulta y acompañamiento técnico

Respuesta y evidencias aportadas

La Oficina Asesora de Planeación informa que desarrolla actividades relacionadas con la aprobación y publicación del Mapa de Riesgos Institucional, la capacitación a nuevos enlaces del SIG, la orientación sobre el reporte de riesgos materializados, la socialización de la Guía versión 7 y la solicitud de seguimientos trimestrales. Como soportes remite el mapa institucional, los correos de solicitud, la presentación del 15 de abril y el registro de asistencia.

Análisis de la Oficina de Control Interno

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 21 de 32

Los soportes acreditan la socialización de la Guía versión 7 y la emisión de comunicaciones para el reporte de información. Sin embargo, no se aportan evidencias de las capacitaciones señaladas para febrero ni de las jornadas especializadas de marzo.

Tampoco se presenta una relación consolidada que identifique fecha, tema, dependencia participante, objetivo, número de asistentes, productos, compromisos y resultados. Los correos demuestran requerimientos de información, pero no acreditan por sí mismos asesoría o acompañamiento técnico.

La actividad 3 del Plan de Implementación programa jornadas de fortalecimiento de MIPG en los niveles nacional y territorial y establece como productos actas, piezas comunicativas, mesas de trabajo, correos e informes. No obstante, la OAP no presenta un reporte que vincule las actividades realizadas con las metas del plan.

Asimismo, la socialización para la identificación y valoración de riesgos de seguridad de la información se programa en la actividad 9 para el tercer trimestre, por lo que no corresponde al periodo evaluado.

Conclusión del numeral

La información atiende parcialmente el requerimiento. Se evidencian acciones puntuales de comunicación y divulgación, pero no se acredita integralmente la cobertura, continuidad, trazabilidad y efectividad del acompañamiento técnico.

5.10. Información suministrada a la Alta Dirección para la toma de decisiones

Respuesta y evidencias aportadas

La Oficina Asesora de Planeación remite las actas del Comité Institucional de Gestión y Desempeño del 29 de enero y 12 de mayo de 2026. En enero se presenta y aprueba el Mapa de Riesgos Institucional y se plantean como retos la implementación del módulo de riesgos en SIPLAN+, la actualización de la política y metodología antes del 15 de septiembre y el fortalecimiento de capacidades. En mayo se presenta el seguimiento del primer trimestre a los 230 riesgos institucionales y se informa la materialización de siete riesgos.

Análisis de la Oficina de Control Interno

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 22 de 32

Las actas acreditan la presentación de información ante una instancia de Alta Dirección. Sin embargo, el contenido se concentra en cifras generales y no desarrolla suficientemente riesgos críticos, controles inefectivos, incumplimientos, causas recurrentes, tendencias o alertas que orienten decisiones.

El compromiso de cargar la matriz de riesgos materializados en el repositorio del Comité no establece fecha de cumplimiento y no se aporta evidencia de su ejecución. Además, la cifra de siete riesgos presentada al Comité difiere de los nueve registrados en la matriz y el informe del primer trimestre.

El Plan de Implementación no contempla una actividad o producto específico para presentar resultados de la gestión de riesgos a la Alta Dirección, documentar las decisiones adoptadas o efectuar seguimiento a sus compromisos.

Conclusión del numeral

La información atiende parcialmente el requerimiento. Se acredita la presentación de resultados al Comité Institucional de Gestión y Desempeño, pero no la trazabilidad completa de las decisiones, responsables, plazos y seguimientos derivados.

5.11. Seguimiento a las recomendaciones del informe anterior

Respuesta y evidencias aportadas

La Oficina Asesora de Planeación no remite la matriz de seguimiento solicitada. En su respuesta relaciona de manera general actividades descritas en otros numerales, como la elaboración de borradores, la socialización de la Guía, los requerimientos trimestrales y la consolidación de riesgos materializados.

Análisis de la Oficina de Control Interno

La información no identifica, para cada recomendación, la actividad desarrollada, responsable, fecha, producto, estado de avance, evidencia soporte ni acciones pendientes. Por tanto, no permite establecer el cumplimiento o cierre individual de las recomendaciones formuladas en el informe anterior.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 23 de 32

La actividad 6 del Plan de Implementación establece el seguimiento a los planes de mejoramiento derivados de auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno y otras entidades. Como producto define reportes en el instrumento dispuesto o informes correspondientes, con metas del 25 % en marzo, junio, septiembre y diciembre.

En consecuencia, al corte del informe deben existir productos de seguimiento correspondientes a marzo y junio. Sin embargo, la OAP no aporta estos reportes ni una matriz que permita verificar el avance de las recomendaciones relacionadas con la gestión de riesgos.

Conclusión del numeral

La respuesta no atiende documentalmente el requerimiento. Además de no aportar la matriz solicitada, tampoco presenta los productos de seguimiento programados para el primer semestre en el Plan de Implementación.

5.12. Herramientas tecnológicas utilizadas para la gestión de riesgos

Respuesta y evidencias aportadas

La Oficina Asesora de Planeación informa que el requerimiento inicial para crear el módulo de riesgos de SIPLAN+ se formula en agosto de 2023 y que durante el primer semestre de 2026 se actualiza para incorporar los lineamientos de la Guía versión 7. Como soportes remite el requerimiento inicial y el documento de ajustes, que incluye cambios en tipologías de riesgos, factores y atributos para el registro de controles.

Análisis de la Oficina de Control Interno

Con corte al 30 de junio de 2026, el módulo continúa en desarrollo y pruebas funcionales y no se encuentra disponible para uso institucional. No se aportan cronogramas detallados, resultados de pruebas, usuarios habilitados, reportes generados, actas de aceptación ni evidencias de puesta en producción.

La mesa de validación del 17 de julio se encuentra por fuera del periodo evaluado. Adicionalmente, el requerimiento funcional se concentra en ajustes a formularios y no desarrolla suficientemente funcionalidades asociadas a KRI, alertas, tableros de control, trazabilidad, tendencias o reportes para la Alta Dirección.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 24 de 32

El Plan de Implementación hace referencia general a la “herramienta dispuesta por la entidad” y al “aplicativo dispuesto por la OAP” para registrar riesgos, controles y planes. Sin embargo, no identifica expresamente a SIPLAN+ ni contiene cronograma, producto o meta para el desarrollo, prueba e implementación del módulo.

Conclusión del numeral

La información atiende parcialmente el requerimiento. Se acredita la actualización de los requerimientos funcionales, pero no la implementación ni utilización efectiva del módulo durante el primer semestre de 2026.

5.13. Indicadores o métricas de seguimiento a la gestión de riesgos

Respuesta y evidencias aportadas

La Oficina Asesora de Planeación remite el Mapa de Riesgos Institucional, la matriz de riesgos materializados y el informe del primer trimestre. Estos documentos permiten obtener cifras descriptivas sobre la distribución de riesgos, sus niveles de exposición y los nueve eventos materializados.

Análisis de la Oficina de Control Interno

La información corresponde a datos descriptivos, pero no constituye un sistema formal de indicadores para evaluar el desempeño de la gestión de riesgos. No se aportan tableros de control ni análisis consolidados sobre cumplimiento de controles, avance de planes, procesos con mayor exposición, alertas, tendencias o acciones de mejora.

Tampoco se presentan fichas técnicas que definan objetivo, fórmula, fuente, periodicidad, responsable, línea base, meta y umbrales de alerta. En consecuencia, no se acredita la implementación de Indicadores Clave de Riesgo KRI ni su presentación periódica a la línea estratégica.

El Plan de Implementación contiene porcentajes y metas mensuales para medir el cumplimiento operativo de sus actividades. Sin embargo, estas metas no constituyen KRI, debido a que no permiten anticipar cambios en el nivel de exposición, comportamiento de controles, materializaciones, reincidencias o tendencias de los riesgos.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 25 de 32

Conclusión del numeral

La información atiende parcialmente el requerimiento. Se identifican métricas descriptivas y porcentajes de ejecución del Plan de Implementación, pero no un esquema formal de indicadores que permita generar alertas tempranas y apoyar la toma de decisiones de la Alta Dirección.

6. ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO HISTÓRICO.

El informe correspondiente a la vigencia 2025 constituye la línea base para analizar la evolución de la gestión adelantada por la Oficina Asesora de Planeación en su rol de segunda línea de defensa. La comparación con el primer semestre de 2026 se realiza de manera cualitativa, considerando que el informe anterior comprende una vigencia completa, mientras que en este seguimiento evalúa las actividades desarrolladas entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2026.

En relación con la actualización de los instrumentos institucionales, se observa un avance frente a 2025. En el informe anterior se identifica que la Política y la Metodología de Administración de Riesgos versión 11 se fundamentan principalmente en la Guía para la Administración del Riesgo versión 6 y no incorporan integralmente los contenidos de la Guía versión 7. Durante el primer semestre de 2026, la OAP presenta los borradores de la Política para la Gestión Integral del Riesgo y de la Metodología versión 12, los cuales incluyen nuevas tipologías de riesgo, elementos del Sistema de Gestión de Riesgos para la Integridad Pública SIGRIP y referencias a los Indicadores Clave de Riesgo KRI. No obstante, este avance permanece en fase documental, debido a que los instrumentos no culminan su revisión, aprobación, incorporación al Sistema Integrado de Gestión, publicación, socialización e implementación.

Respecto de la apropiación institucional, en 2025 se reportan actividades de capacitación y acompañamiento, aunque se identifican limitaciones en su cobertura, trazabilidad y alineación con los nuevos lineamientos. En el primer semestre de 2026 se realiza una jornada de socialización de la Guía versión 7 con 92 participantes; sin embargo, no se aportan resultados que permitan determinar el nivel de comprensión, apropiación y aplicación de sus contenidos, ni se realiza la socialización formal de la Política y la Metodología actualizadas.

En cuanto al análisis del contexto y la actualización de los riesgos, el comportamiento no muestra el cierre de las situaciones identificadas anteriormente. Durante el periodo evaluado no se acredita la actualización formal del contexto interno y externo ni la ejecución de ejercicios integrales de identificación, análisis y valoración de las diferentes tipologías de riesgo. La OAP informa que estas actividades se encuentran previstas para el segundo semestre de 2026, sin

 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 32

que el Plan de Implementación publicado permita verificar integralmente la programación, los productos, responsables y fechas asociados.

La consolidación, aprobación y publicación del Mapa de Riesgos Institucional se mantienen como prácticas institucionalizadas. Sin embargo, mientras en 2025 se aportan evidencias de consulta del mapa de riesgos de corrupción a grupos de valor, durante el primer semestre de 2026 no se realiza esta consulta ni se presenta trazabilidad suficiente de las revisiones, validaciones y modificaciones efectuadas. Adicionalmente, el mapa vigente conserva elementos de la metodología anterior y no incorpora plenamente el enfoque integral establecido en la Guía versión 7.

En relación con los planes de acción y el monitoreo a la primera línea, se mantiene la práctica de solicitar reportes periódicos a los procesos y Direcciones Territoriales. No obstante, persiste la ausencia de matrices consolidadas, criterios documentados de validación, resultados discriminados, alertas, compromisos y seguimiento a las acciones derivadas. En consecuencia, la información aportada permite verificar la solicitud y recepción de reportes, pero no la evaluación integral y objetiva que corresponde desarrollar a la segunda línea de defensa.

Frente a los riesgos materializados, para el primer trimestre de 2026 la OAP consolida nueve eventos de materialización, mientras que al Comité Institucional de Gestión y Desempeño informa siete riesgos materializados. Los soportes no permiten establecer si esta diferencia obedece a que un mismo riesgo presenta más de un evento o a criterios distintos de consolidación, por lo que la información requiere conciliación y aclaración. Asimismo, con la respuesta remitida el 28 de julio de 2026 no se aporta el reporte consolidado del segundo trimestre ni un análisis completo sobre reincidencia, efectividad de controles y seguimiento a las acciones implementadas.

En cuanto a las herramientas tecnológicas, el módulo integral de riesgos de SIPLAN+ continúa en desarrollo y pruebas. Aunque la OAP señala que el seguimiento del primer trimestre se registra en SIPLAN+, no precisa si se utiliza una funcionalidad preexistente, un módulo general o un instrumento diferente al módulo de riesgos en construcción. Por tanto, se requiere aclarar el alcance de la herramienta actualmente utilizada y su articulación con el desarrollo tecnológico informado.

En términos generales, el comportamiento histórico muestra avances parciales, principalmente en la elaboración de los borradores de la nueva Política y Metodología y en la socialización inicial de la Guía versión 7. No obstante, permanecen brechas relacionadas con la implementación

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 27 de 32

efectiva de los nuevos lineamientos, la actualización del contexto y de los riesgos, la formulación y seguimiento de planes de acción, la evaluación objetiva de la primera línea, la consistencia de la información reportada, la puesta en funcionamiento de herramientas tecnológicas y la implementación de KRI. La ausencia de una matriz de seguimiento a las recomendaciones del informe anterior impide establecer de manera individual el avance, cumplimiento, cierre y efectividad de las acciones de mejora formuladas.

7. ENFOQUE BASADO EN RIESGOS.

La Oficina de Control Interno orienta el este seguimiento hacia la identificación de situaciones que pueden afectar la capacidad de la segunda línea de defensa para orientar, monitorear, evaluar y comunicar oportunamente la gestión de los riesgos institucionales. A partir del análisis realizado, se identifican las siguientes exposiciones principales:

- **Riesgo de aplicación de lineamientos institucionales desactualizados.**

Se origina porque la Política para la Gestión Integral del Riesgo y la Metodología versión 12 permanecen en revisión y no culminan su aprobación, publicación, socialización e implementación. Esta situación puede generar criterios no homogéneos para la identificación, análisis, valoración, tratamiento y seguimiento de los riesgos, especialmente frente a los riesgos fiscales, de seguridad de la información, para la integridad pública y asociados a LA/FT/FP, así como respecto del SIGRIP, el apetito, tolerancia y capacidad de riesgo y los KRI.

- **Riesgo de que el Mapa de Riesgos Institucional no refleje oportunamente la exposición real de la entidad.**

Se relaciona con la falta de actualización acreditada del contexto interno y externo y con la ausencia de una revisión integral de los riesgos durante el primer semestre. Esta situación puede limitar la identificación de riesgos emergentes, nuevas causas, cambios en la probabilidad o el impacto y modificaciones requeridas en los controles y planes de tratamiento.

- **Riesgo de monitoreo insuficiente sobre la primera línea de defensa.**

Se presenta porque las evidencias aportadas se concentran principalmente en la solicitud y recepción de información, sin acreditar integralmente su validación, análisis, retroalimentación y seguimiento. Esta situación puede impedir la identificación oportuna de

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 28 de 32

controles inefectivos, incumplimientos de planes de acción, evidencias insuficientes o materializaciones recurrentes.

- **Riesgo de toma de decisiones basada en información incompleta o no conciliada.**

Se relaciona con la diferencia entre los nueve eventos de materialización registrados en la matriz y el informe del primer trimestre y los siete riesgos materializados informados al Comité Institucional de Gestión y Desempeño, sin que los soportes expliquen la causa de esta diferencia. También inciden la ausencia del reporte consolidado del segundo trimestre, del análisis de reincidencia y del seguimiento documentado a las acciones implementadas. Estas situaciones pueden afectar la integridad, consistencia, comparabilidad y oportunidad de la información presentada a la Alta Dirección.

- **Riesgo de limitada capacidad de anticipación y generación de alertas.**

Se origina por la ausencia de un esquema formal de KRI, tableros de control, umbrales de alerta y análisis de tendencias. Esta situación limita la capacidad institucional para anticipar cambios en los niveles de exposición, identificar concentraciones de riesgo y priorizar acciones preventivas.

- **Riesgo de insuficiente trazabilidad tecnológica de la gestión del riesgo.**

Se relaciona con que el módulo integral de riesgos de SIPLAN+ continúa en desarrollo y pruebas y no se encuentra implementado durante el periodo evaluado. Además, la información aportada no precisa la relación entre la funcionalidad utilizada actualmente para registrar seguimientos y el módulo que se encuentra en construcción. Esta situación puede afectar la integridad del registro, el control de cambios, la consolidación de la información y la generación de reportes.

- **Riesgo de recurrencia de las brechas identificadas.**

Se presenta debido a que la OAP no aporta una matriz específica de seguimiento a las recomendaciones del informe anterior que permita establecer actividades, responsables, productos, plazos, estado de avance y evaluación de efectividad. Esta condición puede ocasionar que las situaciones previamente identificadas permanezcan sin tratamiento, seguimiento o cierre verificable.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 29 de 32

En consecuencia, desde el enfoque basado en riesgos, resulta prioritario que la segunda línea de defensa fortalezca la implementación y trazabilidad de la gestión integral de riesgos mediante la adopción de los instrumentos actualizados, la revisión del contexto y de las diferentes tipologías de riesgo, la evaluación objetiva de la primera línea, la conciliación de la información reportada, la implementación de KRI y la puesta en funcionamiento de herramientas tecnológicas que permitan generar alertas y suministrar información suficiente, consistente y oportuna para la toma de decisiones.

8. CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE EVIDENCIAS

- La Oficina Asesora de Planeación desarrolla actividades asociadas a su rol como segunda línea de defensa y mantiene en operación elementos básicos de la gestión institucional de riesgos, entre ellos la consolidación y publicación del Mapa de Riesgos Institucional, la solicitud periódica de reportes, la consolidación de eventos materializados, la divulgación de lineamientos técnicos y la presentación de información al Comité Institucional de Gestión y Desempeño. No obstante, las evidencias aportadas no acreditan integralmente que las funciones de orientación, validación, monitoreo, evaluación y generación de alertas se desarrollen con la trazabilidad, oportunidad y profundidad requeridas.
- La elaboración de los borradores de la Política para la Gestión Integral del Riesgo y de la Metodología versión 12 constituye un avance frente a la vigencia anterior. Sin embargo, con corte al 30 de junio de 2026, estos documentos permanecen en revisión y no culminan su aprobación, incorporación al Sistema Integrado de Gestión, publicación, socialización e implementación. Asimismo, requieren fortalecimiento técnico en materia de contexto estratégico, apetito, tolerancia y capacidad de riesgo, KRI, SIGRIP y actualización de referencias normativas y metodológicas.
- Durante el primer semestre de 2026 no se acredita la actualización formal del contexto interno y externo ni la revisión integral de las diferentes tipologías de riesgo. Esta situación limita la posibilidad de verificar que el Mapa de Riesgos Institucional refleje oportunamente los cambios del entorno, los riesgos emergentes y las modificaciones requeridas en causas, controles y planes de tratamiento.
- Los soportes relacionados con el monitoreo a la primera línea, los planes de acción y los riesgos materializados demuestran principalmente la solicitud y recepción de información, pero no permiten verificar integralmente la evaluación realizada por 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: 30 de 32

segunda línea. No se aportan matrices consolidadas, criterios documentados de validación, resultados discriminados, alertas, compromisos, responsables, plazos ni seguimiento suficiente a las acciones derivadas.

- La información presentada a la Alta Dirección requiere fortalecimiento en su calidad, consistencia y trazabilidad. La diferencia entre los nueve eventos de materialización registrados y los siete riesgos informados al Comité no se encuentra explicada en los soportes. Tampoco se acredita que los resultados presentados se traduzcan sistemáticamente en decisiones documentadas, responsables asignados, fechas de cumplimiento y seguimiento a los compromisos.
- La ausencia de un esquema formal de KRI, tableros de control y análisis de tendencias limita la capacidad de la segunda línea para generar alertas tempranas y apoyar la toma de decisiones. A su vez, el módulo integral de riesgos de SIPLAN+ continúa en desarrollo y pruebas, sin que se precise la articulación entre esta herramienta y la funcionalidad actualmente utilizada para registrar los seguimientos.
- El comportamiento histórico muestra que varias situaciones identificadas en 2025 permanecen durante el primer semestre de 2026. Aunque se presentan avances documentales, estos todavía no se traducen en la implementación integral de un sistema actualizado, articulado y preventivo de gestión de riesgos. Adicionalmente, la ausencia de una matriz de seguimiento a las recomendaciones anteriores impide establecer individualmente su avance, cumplimiento, cierre y efectividad.

En conclusión, la gestión adelantada por la segunda línea de defensa se encuentra estructurada y en proceso de actualización, pero presenta un nivel de implementación parcial frente a las responsabilidades institucionales y los lineamientos técnicos vigentes. Se requiere fortalecer la trazabilidad de las actuaciones, culminar la implementación de los instrumentos actualizados, consolidar el monitoreo objetivo de la primera línea, mejorar la calidad de la información y desarrollar herramientas e indicadores que permitan anticipar desviaciones y orientar decisiones institucionales.

9. CONCEPTO DE CONTROL INTERNO

En cumplimiento de las funciones asignadas a la Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa y con fundamento en los resultados del seguimiento efectuado con corte al 30 de junio de 2026, se conceptúa que el componente de gestión institucional de riesgos del Sistema

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 31 de 32

de Control Interno, en lo relacionado con el ejercicio de la segunda línea de defensa, se encuentra estructurado, pero presenta un nivel de implementación parcial frente a las responsabilidades institucionales y a los lineamientos establecidos en la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7.

La Oficina Asesora de Planeación mantiene en operación actividades relevantes, como la consolidación, aprobación y publicación del Mapa de Riesgos Institucional; la solicitud periódica de información a los procesos y Direcciones Territoriales; la consolidación de riesgos materializados; la divulgación de lineamientos técnicos, y la presentación de resultados al Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Asimismo, se reconoce como avance la elaboración de los borradores de la Política para la Gestión Integral del Riesgo y de la Metodología versión 12.

No obstante, los instrumentos actualizados permanecen en revisión y no culminan su adopción e implementación. Las evidencias aportadas tampoco permiten acreditar integralmente la actualización del contexto, la revisión de las distintas tipologías de riesgo, la evaluación objetiva de la primera línea, el seguimiento a los planes de acción, la efectividad de los controles, la generación de alertas y la trazabilidad de las decisiones adoptadas. A ello se suman la necesidad de conciliar la información sobre eventos y riesgos materializados, la ausencia de KRI y tableros de control, el desarrollo pendiente del módulo integral de riesgos de SIPLAN+ y la falta de una matriz de seguimiento a las recomendaciones anteriores.

En consecuencia, la Oficina de Control Interno considera prioritario culminar la aprobación, publicación, socialización e implementación de la Política y la Metodología actualizadas; ejecutar la revisión del contexto y de las diferentes tipologías de riesgo; formalizar los criterios de seguimiento a controles y planes de acción; fortalecer la calidad y consistencia de la información presentada a la Alta Dirección; implementar los KRI y la herramienta tecnológica, y establecer mecanismos verificables para el seguimiento y cierre de las recomendaciones. Estas acciones permitirán fortalecer el carácter preventivo de la segunda línea de defensa y su contribución al cumplimiento de los objetivos institucionales.

APROBÓ 
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

Elaborado: 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
		Páginas: 32 de 32

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.