Fecha de Emisión del Informe	**Día**	**11**	**Mes**	**11**	**Año**	**2026**

Número de Informe:	1 / 1
Nombre:	Informe sobre el monitoreo al estado de los riesgos aceptados (apetito por el riesgo).
Objetivo:	Evaluar la gestión adelantada por la Oficina Asesora de Planeación, en su calidad de segunda línea de defensa, frente al monitoreo al estado de los riesgos aceptados (apetito por el riesgo) de la ENTIDAD , con el propósito de identificar cambios sustantivos que afecten el funcionamiento de la entidad.
Alcance:	El informe comprende la evaluación de la gestión adelantada por la Oficina Asesora de Planeación, en su calidad de segunda línea de defensa, frente al monitoreo del estado de los riesgos aceptados por la entidad durante el periodo comprendido entre el 30 de abril de 2025 y el 30 de septiembre de 2026, correspondientes a los procesos y direcciones territoriales. La evaluación abarca la identificación y consolidación de los riesgos aceptados, la revisión de los resultados del monitoreo efectuado por la primera línea de defensa y las actuaciones de la Oficina Asesora de Planeación para verificar la permanencia de las condiciones que sustentaron su aceptación. Asimismo, comprende la identificación de cambios en el contexto, la valoración residual, los controles y la materialización de riesgos, así como las alertas emitidas, el seguimiento a los ajustes requeridos y la comunicación a los responsables y a las instancias competentes, cuando corresponda. Se consideran los riesgos aceptados al inicio del periodo y aquellos incorporados bajo este tratamiento durante su desarrollo, incluidos los que posteriormente hayan cambiado de nivel o tratamiento, con base en los mapas de riesgos, los reportes de monitoreo y las demás evidencias que soporten la gestión evaluada.
Periodicidad:	Anual, este informe se realiza con corte al 30 de septiembre de 2026.

1. MARCO JURÍDICO.

El siguiente es el marco normativo relacionado con la gestión de riesgos institucionales, el monitoreo desarrollado por la segunda línea de defensa y la evaluación independiente que corresponde a la Oficina de Control Interno:

Ley 87 del 29 de noviembre de 1993, por la cual se establecen las normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado. 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 d): *garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional.*

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.*

Estos objetivos fundamentan la revisión del monitoreo de los riesgos aceptados y de las actuaciones dirigidas a identificar y gestionar las desviaciones que puedan comprometer los objetivos de la entidad.

Decreto 1083 del 26 de mayo de 2015, 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*, modificado por el artículo 8 del Decreto 648 de 2017, establece que el Sistema Institucional de Control Interno integra los controles de la organización, la gestión de riesgos, la administración de la información y de los recursos, junto con los instrumentos de planificación, ejecución, verificación y evaluación adoptados por la entidad. Esta disposición reconoce la gestión de riesgos como parte del sistema de control institucional.*

El ***artículo 2.2.21.5.3****, modificado por el artículo 17 del Decreto 648 de 2017, establece los roles de las oficinas de control interno, entre ellos la evaluación de la gestión del riesgo y la evaluación y seguimiento. Esta disposición sustenta la competencia de la Oficina de Control Interno para evaluar de manera independiente el monitoreo de los riesgos aceptados.*

El ***artículo 2.2.21.5.4*** *dispone que las autoridades correspondientes deben establecer y aplicar políticas de administración del riesgo como parte del fortalecimiento del Sistema de Control Interno. Asimismo, establece el carácter permanente de la identificación y análisis de riesgos, considerando factores internos y externos que puedan amenazar 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, el control interno y el seguimiento y evaluación del desempeño institucional. Estas políticas proporcionan el marco para articular la gestión de riesgos con la planificación, el control y la evaluación de los resultados de la entidad.*

El ***artículo 2.2.23.1*** *establece la articulación del Sistema de Control Interno con el Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y señala que el control interno es transversal a la gestión institucional y se implementa mediante el Modelo Estándar de Control Interno MECI.*

El ***artículo 2.2.23.2*** *dispone que la actualización del MECI se efectúa mediante el Manual Operativo MIPG, de obligatorio cumplimiento y aplicación para las entidades comprendidas en el artículo 5 de la Ley 87 de 1993. Estas disposiciones fundamentan la utilización del Manual como criterio técnico para examinar las responsabilidades de monitoreo y evaluación de riesgos.*

Decreto 648 del 19 de abril de 2017, que modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015. El decreto fortalece la organización y el funcionamiento del Sistema Institucional de Control Interno. En particular, su artículo 4 adiciona al Decreto 1083 de 2015 el artículo 2.2.21.1.6, cuyo literal g) 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 hacer seguimiento, especialmente a la prevención y detección del fraude y la mala conducta. Esta disposición es pertinente para examinar la comunicación de resultados y alertas a la instancia competente.

Decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017, que modifica el Decreto 1083 de 2015 en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015. El decreto actualiza el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y desarrolla su articulación con el Sistema de Control Interno. Sus disposiciones sustentan la evaluación de la gestión de riesgos dentro de un esquema integrado de planificación, gestión, control y seguimiento institucional.

Referentes Técnicos

Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, versiones 6 y 7, según su aplicabilidad temporal, especialmente los apartados relacionados con Control Interno, evaluación del riesgo, actividades de monitoreo y responsabilidades de las líneas de defensa o aseguramiento.

Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 6, noviembre de 2022, y **Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, 2025**, considerando sus fechas de publicación y los lineamientos aplicables a la definición y monitoreo del apetito por el riesgo.

Criterios institucionales específicos

Se consideran la Metodología de Administración de Riesgos, versión 11, y el Procedimiento de Administración de Riesgos, versión 8, ambos con fecha documental del 4 de diciembre de 2023. De la metodología se aplican el numeral 2.2.3 y la tabla 12 del numeral 2.5, sobre la aceptación de riesgos con severidad residual baja y la exclusión de los riesgos de corrupción; los numerales 2.2.6 y 2.6, relativos a la periodicidad, responsabilidades, monitoreo, revisión y actualización de los mapas; y el numeral 2.8, que establece el esquema de líneas de defensa.

Del procedimiento se consideran el numeral 4, "Criterios de operación", y las actividades relacionadas con la validación metodológica, aprobación, consolidación, seguimiento y elaboración de informes de gestión. Estos instrumentos sustentan la evaluación de la correspondencia entre valoración y tratamiento, así como de las actuaciones de orientación, validación y monitoreo de la Oficina Asesora de Planeación, conservando las responsabilidades de los líderes de procesos y direcciones territoriales.

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

El Informe sobre el monitoreo al estado de los riesgos aceptados (apetito por el riesgo), se articula con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, particularmente con las siguientes dimensiones y políticas, de acuerdo con el Manual Operativo, versión 7:

Dimensión	Política asociada	Relación con el informe
2. Direccionamiento estratégico y planeación	Planeación institucional	Orienta la formulación de los lineamientos de gestión del riesgo y su articulación con los objetivos institucionales. El informe examina el monitoreo de las condiciones que sustentaron la aceptación de los riesgos y la identificación de cambios que puedan afectar dichos objetivos.
6. Seguimiento, evaluación y control integral	Seguimiento y Evaluación	Promueve el análisis de información sobre el avance de la gestión, la identificación de desviaciones y la toma de decisiones. El informe evalúa la revisión de los resultados del monitoreo, las alertas emitidas y el seguimiento realizado por la OAP a los ajustes requeridos.
6. Seguimiento, evaluación y control integral	Control Interno	Comprende la evaluación del riesgo, las actividades de control y el monitoreo, con responsabilidades diferenciadas entre las líneas de defensa o aseguramiento. El informe evalúa de manera independiente la gestión de la segunda línea frente a los riesgos aceptados, su evolución y la comunicación de cambios sustantivos a los responsables y a las instancias competentes.

Tabla 1 Alineación Informe con Dimensiones y Políticas MIPG, elaboración propia. Fuente Manual Operativo MIPG, versión 7, numerales 2.4, 2.6 y 6.4, y orientaciones sobre evaluación del riesgo y esquema de líneas

Esta alineación permite relacionar los criterios institucionales de aceptación de riesgos con la planeación, el seguimiento de la gestión y la efectividad del Sistema de Control Interno, manteniendo diferenciadas las responsabilidades de monitoreo de la Oficina Asesora de Planeación y de evaluación independiente de la Oficina de Control Interno.

3. PROPÓSITO DEL INFORME.

El propósito del informe es proporcionar a la Dirección General, al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, el Comité Institucional de Gestión y Desempeño y a los responsables de la gestión del riesgo una evaluación independiente de la gestión adelantada por la Oficina Asesora de Planeación, en su calidad de segunda línea de defensa, frente al monitoreo del estado de los riesgos aceptados por la ENTIDAD , durante el periodo comprendido entre el 30 de abril de 2025 y el 30 de septiembre de 2026.

La evaluación busca establecer si el monitoreo permite verificar que se mantienen las condiciones que sustentaron la aceptación de los riesgos e identificar cambios sustantivos en el contexto, la exposición, la valoración residual o los controles que puedan afectar el funcionamiento de la entidad y el cumplimiento de sus objetivos. Asimismo, busca examinar las alertas, el seguimiento y la comunicación efectuados por la Oficina Asesora de Planeación para promover su revisión y tratamiento por los responsables, cuando corresponda.

De acuerdo con la Metodología de Administración de Riesgos V11, la aceptación aplica a los riesgos con severidad residual baja, exceptuando los de corrupción. Esta decisión no implica ausencia de riesgo ni garantiza que su materialización carezca de consecuencias; exige mantener los controles que sustentan dicha valoración y continuar el monitoreo. En este sentido, el informe busca aportar información sobre la evolución de los riesgos aceptados y su correspondencia con el nivel de aceptación institucional, para apoyar la toma de decisiones y formular recomendaciones de mejora.

El informe está dirigido a la Dirección General, a los integrantes del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, a la Oficina Asesora de Planeación y a los líderes de procesos y directores territoriales que participan en la gestión del riesgo. También constituye un insumo para los grupos de interés, el ejercicio del control social y la comunidad académica, conforme a las condiciones de acceso y protección de la información aplicables.

4. CONTEXTO DEL INFORME

La gestión de riesgos constituye un elemento fundamental del Sistema de Control Interno, orientado a proteger los recursos públicos, prevenir desviaciones y contribuir al cumplimiento de los objetivos institucionales. En este marco, la Ley 87 de 1993 y el Decreto 1083 de 2015 sustentan el establecimiento de políticas de administración del riesgo y el análisis permanente de los factores internos y externos que puedan afectar la gestión de las entidades públicas.

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG articula la planeación, la gestión, el seguimiento y la evaluación institucional con el Sistema de Control Interno, implementado mediante el Modelo Estándar de Control Interno MECI. De acuerdo con el Manual Operativo MIPG, versión 7, la gestión del riesgo se relaciona con la dimensión de Direccionamiento estratégico y planeación, particularmente con la política de Planeación institucional, y con la dimensión de Seguimiento, evaluación y control integral, mediante las políticas de Seguimiento y Evaluación y de Control Interno.

El MECI comprende cinco componentes: ambiente de control, evaluación del riesgo, actividades de control, información y comunicación, y actividades de monitoreo. Su implementación se desarrolla mediante un esquema de responsabilidades diferenciadas entre la línea estratégica y las tres líneas de defensa o aseguramiento, que permite articular la gestión operativa, el monitoreo y la evaluación independiente:

- **Línea estratégica:** orienta la gestión institucional, establece las directrices para la administración del riesgo y conoce sus resultados para adoptar las decisiones que correspondan.
- **Primera línea de Aseguramiento:** identifica y gestiona los riesgos asociados a los procesos y direcciones territoriales, ejecuta los controles y documenta sus resultados, desviaciones y eventos de materialización.
- **Segunda línea de Aseguramiento:** brinda orientación metodológica, revisa y consolida información, monitorea la gestión del riesgo y genera alertas a los responsables y a las instancias competentes. Para efectos del informe, la evaluación se concentra en la gestión adelantada por la Oficina Asesora de Planeación.
- **Tercera línea de Aseguramiento:** corresponde a la Oficina de Control Interno, que evalúa de manera objetiva e independiente la gestión del riesgo y los controles, y comunica conclusiones y recomendaciones sin asumir responsabilidades de gestión.

En la entidad, la Política de Gestión Integral de Riesgos se desarrolla mediante la Metodología de Administración de Riesgos V11 y el Procedimiento de Administración de Riesgos V8. El numeral 2.2.3 de la metodología establece la aceptación de los riesgos con severidad residual baja, exceptuando los riesgos de corrupción. Asimismo, dispone que los riesgos aceptados permanezcan en el mapa y continúen bajo seguimiento de los líderes de proceso.

La aceptación constituye una decisión de tratamiento basada en la valoración del riesgo después de aplicar los controles. Por tanto, no implica eliminar el riesgo ni suspender los controles que sustentaron su clasificación. Su permanencia dentro del nivel aceptado requiere verificar que las condiciones de exposición, los factores de probabilidad e impacto y la operación de los controles continúen respaldando dicha valoración.

Para el análisis es necesario distinguir el apetito de riesgo, entendido como el nivel que la entidad está dispuesta a asumir en relación con sus objetivos y el marco aplicable, del riesgo residual, que corresponde al riesgo que permanece después de aplicar los controles. Por su parte, la tolerancia expresa la desviación admisible respecto del apetito definido y la capacidad representa el nivel máximo de riesgo que la entidad puede soportar. Estos conceptos deben examinarse conforme a los criterios efectivamente establecidos por la entidad, sin presumir la existencia de umbrales adicionales que no estén documentados.

En consecuencia, el monitoreo de los riesgos aceptados debe permitir identificar cambios en el contexto institucional, los procesos, los recursos, los sistemas de información o los controles, así como incidentes y materializaciones que puedan modificar las condiciones que sustentaron su aceptación. Cuando se detecten estas situaciones, corresponde a los responsables revisar la valoración y el tratamiento, con el acompañamiento y monitoreo de la segunda línea.

Bajo este contexto, el informe evalúa la gestión adelantada por la Oficina Asesora de Planeación durante el periodo comprendido entre el 30 de abril de 2025 y el 30 de septiembre de 2026, frente al monitoreo de los riesgos aceptados de los procesos y direcciones

territoriales. La evaluación comprende la revisión de los resultados reportados por la primera línea, la identificación de cambios sustantivos, las alertas emitidas, el seguimiento a los ajustes requeridos y su comunicación a las instancias competentes. Los resultados permitirán establecer, con base en la evidencia disponible, si esta gestión contribuye a advertir oportunamente situaciones que puedan afectar el funcionamiento de la entidad y el cumplimiento de sus objetivos.

Para la validación documental al corte se toma como referencia principal el Mapa de Riesgos Institucional (corrupción y gestión) 2026 V3, cuyo encabezado registra septiembre de 2026 y cuya publicación en la página web institucional está fechada el 30 de septiembre de 2026. Los mapas ajustados de 2025 y 2026 se utilizan como antecedentes de contraste. La actualización del mapa no modifica, por sí misma, los criterios de aceptación de la Metodología V11 ni las responsabilidades del Procedimiento V8.

5. RESULTADOS DEL ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE EVIDENCIAS.

En desarrollo del propósito definido en el numeral 3 y de las responsabilidades descritas en el numeral 4, la evaluación comprende dos componentes: la correspondencia documental del tratamiento de aceptación con el criterio institucional y la suficiencia de las actuaciones de la OAP para monitorear la permanencia de sus condiciones. La respuesta recibida el 26 de octubre de 2026 se examina como evidencia del periodo con corte al 30 de septiembre de 2026.

5.1 Aplicación del criterio institucional de aceptación de riesgos

Con el propósito de establecer si los riesgos registrados con tratamiento "Aceptar" cumplen el criterio institucional y las excepciones aplicables, la Oficina de Control Interno contrasta la tipología, la severidad residual y el tratamiento de los mapas riesgos de 2025 y 2026 con el Mapa de Riesgos Institucional 2026 V3 publicado al corte. El análisis diferencia la clasificación documental de la verificación de las actuaciones de monitoreo de la Oficina Asesora de Planeación.

Como criterio de evaluación se considera el numeral 2.2.3 y la tabla 12 del numeral 2.5 de la Metodología de Administración de Riesgos V11, que establecen la aceptación de los riesgos con severidad residual baja, exceptuando los riesgos de corrupción. Asimismo, la metodología dispone que los riesgos aceptados permanezcan en el mapa y continúen bajo seguimiento de los responsables.

Se revisan tres mapas: el mapa de riesgos del 2025, con actualización en abril de ese año; el mapa de riesgos 2026 con encabezado enero 2026; y el mapa de riesgos 2026 V3, con encabezado de septiembre de 2026 y fecha de publicación web del 30 de septiembre de 2026. El mapa de riesgos de marzo allegado por la Oficina Asesora de Planeación, la oficina de control interno tiene evidencia que no fue publicado en pala página web el cual no se revisa en este numeral. En consecuencia, el archivo mapa de riesgos de enero se conserva como antecedente y la V3 se adopta como referencia documental al corte. Como soporte de los ajustes, se cuenta con el acta del Proceso Atención Asuntos Étnicos, fechada el 21 de

septiembre de 2026, que documenta la aprobación de su mapa, conformado por siete riesgos, diecisiete controles y siete planes de tratamiento, y señala el traslado de dos riesgos desde el proceso Prevención Urgente y Atención a la Inmediatez. Este soporte permite establecer la trazabilidad de los ajustes allí descritos; para los demás riesgos, la fecha de publicación de la V3 no acredita, por sí sola, las fechas de aprobación o modificación.

En mapa de riesgos V3 se encontraron 236 registros y 232 números distintos, por la repetición de los números 227 a 230 en Asuntos Étnicos y en los riesgos transversales. Estos registros se conservaron por tener responsables y descripciones diferentes.

Resultado de la revisión	**2025 ajustado**	**2026 ajustado enero**	**2026 V3 septiembre**
Registros de riesgo	254	230	236
Riesgos con severidad residual baja	34	39	40
Bajos con tratamiento Aceptar	27	36	36
Bajos con tratamiento Reducir - Mitigación	7	3	4
De corrupción bajos con Aceptar (incluidos arriba)	0	2	2
Aceptados con severidad diferente de baja	5	1	1
Total con tratamiento Aceptar	32	37	37

Tabla 2 Clasificación y tratamiento de los riesgos en los tres mapas revisados. Fuente: mapa de riesgos 2025, mapa de riesgos enero 2026 y mapa institucional 2026 V3, hoja "Mapa de Riesgos".

Los dos riesgos de corrupción están incluidos en los 36 riesgos bajos con tratamiento "Aceptar" de ambos mapas del 2026. Los 37 registros aceptados de cada archivo de 2026 comprenden 36 bajos y uno moderado.

Se identifican 40 riesgos bajos en la V3: 36 con tratamiento "Aceptar" y cuatro con "Reducir - Mitigación". Frente al mapa de riesgos 2026 con encabezado enero 2026, el aumento corresponde al registro 231 de Atención Asuntos Étnicos, clasificado como bajo con mitigación; por tanto, no aumenta el número de riesgos aceptados. Persisten los dos riesgos de corrupción aceptados y el riesgo moderado aceptado identificados en el archivo ajustado.

Control Interno Disciplinario	10	10	10
Evaluación Independiente	17, 18, 19, 21, 22	17, 18, 19, 21, 22	17, 18, 19, 21, 22
Gestión Administrativa	—	30, 31	30, 31
Gestión Documental	48	46	46
Gestión Talento Humano	145	50, 52, 53	50, 52, 53
Gestión Financiera	51, 53, 58	55, 57	55, 57
Gestión de la Información	63, 65, 66, 67, 75	69, 77, 78, 79	69, 77, 78, 79

Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez	100	—	—
Registro y Valoración	105, 111	106, 112	106, 112
Reparación Integral	135	—	—
Dirección Territorial Antioquia	148, 157	144	144
Dirección Territorial Caquetá-Huila	—	161, 162, 164	161, 162, 164
Dirección Territorial Chocó	190	179	179
Dirección Territorial Eje Cafetero	199, 200, 201	185, 186, 187	185, 186, 187
Dirección Territorial Magdalena Medio	212	196	196
Dirección Territorial Norte de Santander Arauca	222, 223, 224	202, 203, 204	202, 203, 204
Dirección Territorial Santander	233, 235	212, 214	212, 214
Dirección Territorial Sucre	—	217, 219, 220	217, 219, 220
Dirección Territorial Urabá	244, 246	221, 223	221, 223
Atención Asuntos Étnicos	—	—	231
Total	34	39	40

Tabla 3 Distribución de riesgos con severidad residual baja. Fuente: mapa ajustado 2025, mapa ajustado 2026 con encabezado de enero y mapa institucional 2026 V3 de septiembre

La tabla presenta por separado los identificadores del mapa ajustado de 2025, del mapa ajustado de 2026 con encabezado de enero y de la V3 de septiembre publicada al corte. Los identificadores de cada vigencia no acreditan equivalencia entre años: esta debe comprobarse con el proceso o dirección territorial, la descripción y los demás atributos del registro.

Situaciones identificadas frente al criterio de aceptación: En el mapa de riesgos publicado al corte se identificaron los siguientes riesgos de corrupción con tratamiento "Aceptar" en el 2026

Identificador	Dirección territorial	Tipología	Severidad residual	Tratamiento
164	Caquetá-Huila	Corrupción	Bajo	Aceptar
220	Sucre	Corrupción	Bajo	Aceptar

Tabla 4 Riesgos de corrupción con tratamiento "Aceptar" en el mapa institucional 2026 V3

Estos riesgos presentan una inconsistencia frente a la exclusión expresa de los riesgos de corrupción del tratamiento de aceptación, prevista en la Metodología V11.

Se requiere contrastar con la Oficina Asesora de Planeación y los responsables los soportes de identificación, valoración y tratamiento de los registros 164 y 220, así como las validaciones y alertas efectuadas. La permanencia de esta combinación en los dos archivos de 2026 no permite establecer, por sí sola, si hubo omisión de monitoreo; deben verificarse el historial y las actuaciones documentadas. También corresponde revisar los parámetros que sustentaron su clasificación residual baja.

Riesgos aceptados con severidad residual diferente de baja

Vigencia	Identificador	Proceso o dirección territorial	Severidad residual	Tratamiento
2025	64	Gestión de la Información	Moderado	Aceptar
2025	237	Dirección Territorial Sucre	Alto	Aceptar
2025	238	Dirección Territorial Sucre	Alto	Aceptar
2025	239	Dirección Territorial Sucre	Moderado	Aceptar
2025	240	Dirección Territorial Sucre	Alto	Aceptar
2026	76	Gestión de la Información	Moderado	Aceptar

Tabla 5 Riesgos aceptados con severidad residual diferente de baja

La combinación de severidad y tratamiento en estos registros no corresponde al criterio de aceptación establecido en la Metodología V11. Su revisión debe incluir las explicaciones de los responsables, las actuaciones de validación de la OAP y la trazabilidad de los ajustes efectuados durante el periodo.

Estos casos se incorporan al análisis del informe porque registran expresamente el tratamiento "Aceptar", aun cuando su severidad residual no sea baja.

Riesgos bajos con tratamiento de mitigación

Vigencia	Identificadores	Cantidad
2025	51, 65, 75, 105, 111, 145, 246	7
2026 V3	55, 77, 106, 231	4

Tabla 6 Riesgos bajos con tratamiento de mitigación. Fuente: mapa ajustado 2025 y mapa institucional 2026 V3.

En la V3, los registros 55, 77, 106 y 231 presentan severidad baja con tratamiento "Reducir - Mitigación". Estos casos requieren verificar la justificación y coherencia del tratamiento frente a la valoración residual. La adopción de acciones adicionales de mitigación no constituye, por sí sola, una deficiencia, pues puede responder a una decisión de gestión sustentada en las particularidades del riesgo.

Cambios y limitaciones de trazabilidad de la versión publicada

En la comparación por número, responsable y descripción consignada en el contraste inicial, los 230 registros del mapa de enero de 2026 se encuentran en la V3, sin cambios en la tipología, severidad residual y tratamiento examinados. La V3 contiene seis registros adicionales de Atención Asuntos Étnicos, numerados 227 a 232: cuatro altos, uno bajo y uno extremo, todos con mitigación. Su incorporación debe leerse conjuntamente con el acta de 21 de septiembre de 2026 referida en este numeral, que documenta la aprobación del mapa del proceso y el traslado de dos riesgos. Este soporte no sustituye la conciliación por registro ni el historial completo de modificaciones. El mapa con encabezado de marzo remitido por la OAP se examina separadamente en el numeral 5.4, por presentar diferencias de severidad frente a los mapas base de este contraste.

La repetición de los números 227 a 230 limita su uso como identificador único para consolidar reportes y seguir cambios. Se recomienda a la OAP coordinar con los responsables la validación de la numeración y documentar las equivalencias, preservando el historial. Para este análisis se distinguen los registros de Asuntos Étnicos, filas 550, 553, 556 y 558, de los transversales, filas 577, 579, 582 y 584 de la hoja "Mapa de Riesgos".

Adicionalmente, el registro 154 de la Dirección Territorial Atlántico, fila 407 de la V3, no presenta severidad residual diligenciada, aunque registra tratamiento de mitigación. Se incluye en el total de 236 registros, pero no en los 40 bajos ni en los 37 aceptados. Esta condición impide verificar su correspondencia entre severidad y tratamiento y requiere aclaración de la OAP y del responsable; no se clasifica como riesgo aceptado por inferencia.

Conclusión

La revisión identifica 34 riesgos con severidad residual baja en el mapa ajustado de 2025, 39 en el ajustado de 2026 y 40 en la V3 publicada al 30 de septiembre de 2026. De estos, 27, 36 y 36, respectivamente, registran tratamiento "Aceptar". El aumento de riesgos bajos en la V3 corresponde a un registro con mitigación y no a una ampliación del conjunto aceptado.

En la V3 se mantienen tres registros cuya combinación de tipología, severidad y tratamiento no corresponde al criterio institucional examinado: los riesgos de corrupción 164 y 220, aceptados con severidad baja, y el riesgo 76 de Gestión de la Información, aceptado con severidad moderada. Así, de los 37 registros con tratamiento "Aceptar", 34 presentan severidad baja y tipología diferente de corrupción. En el mapa de 2025 se mantienen como antecedentes los cinco riesgos aceptados con severidad moderada o alta relacionados en la tabla precedente.

En consecuencia, no se encuentra sustentada la aplicación consistente del criterio institucional en todos los registros examinados. La publicación del mapa de riesgos V3 no subsana las tres inconsistencias documentales de aceptación identificadas en 2026. Esta conclusión se limita a la correspondencia entre tipología, severidad residual y tratamiento; no constituye una evaluación de la efectividad de los controles ni permite atribuir, por sí sola, una omisión de monitoreo a la segunda línea de defensa.

El análisis de la respuesta de la OAP y de los soportes remitidos se desarrolla en los numerales 5.2 a 5.8. Su revisión permite reconocer actuaciones de solicitud y consolidación de información, pero no resuelve íntegramente las diferencias de aceptación aquí identificadas ni acredita la trazabilidad de todos los riesgos durante el periodo evaluado. Las recomendaciones se orientan a completar la evidencia y aclarar las diferencias, conservando la responsabilidad de gestión en los líderes y el rol de orientación y monitoreo de la OAP. Fuente de publicación: Unidad para las Víctimas, "Mapa de Riesgos Institucional (corrupción y gestión) V3", fecha de publicación 30/09/2026, consultada el 15/10/2026: https://www.unidadvictimas.gov.co/documentos_bibliotec/mapa-de-riesgos-institucional-corrupcion-y-gestion-v3-septiembre-2026/

5.2 Alcance de la respuesta y cobertura de la evidencia

La Oficina de Control Interno, mediante correo electrónico del 14 de octubre de 2026, solicita información sobre cuatro componentes: reportes de primera línea; monitoreo de la OAP; trazabilidad de los riesgos aceptados; y marco institucional aplicable. La solicitud comprende el periodo del 30 de abril de 2025 al 30 de septiembre de 2026 y establece como plazo de entrega el 23 de octubre de 2026 a las 4:00 p. m. La jefatura de la Oficina Asesora de Planeación remite respuesta el 26 de octubre de 2026 a las 4:07 p. m., mediante un enlace al repositorio "Informe Riesgos Aceptados".

Las evidencias examinadas incluyen "Informe riesgos aceptados.pdf", cuatro carpetas de soportes, el informe de gestión consolidado al segundo cuatrimestre de 2026, un mapa institucional con encabezado de marzo de 2026, la Metodología V11, el Procedimiento V8 y un soporte de aprobación documental de diciembre de 2023. Las carpetas de primera línea y monitoreo contienen copias de los mismos reportes de materialización y del mismo consolidado; su presencia en ambas ubicaciones no constituye dos verificaciones independientes.

La cobertura temporal de estos documentos no equivale a la totalidad del periodo solicitado. Los reportes de controles, planes de tratamiento y materialización examinados se concentran en el segundo trimestre de 2026, mientras el informe consolidado de gestión corresponde al segundo cuatrimestre de esa vigencia. Por su parte, los instrumentos metodológicos aportan los criterios institucionales de evaluación, pero no acreditan, por sí solos, la ejecución del monitoreo durante el periodo. Las diferencias entre las denominaciones de trimestre y cuatrimestre se examinan en el numeral 5.6 para precisar los meses efectivamente cubiertos por los soportes.

El contraste con los mapas de abril de 2025 y de enero, marzo y septiembre de 2026 permite examinar la clasificación y el tratamiento registrados en esas referencias documentales. Sin embargo, estos mapas representan estados de la información y no sustituyen la evidencia de las revisiones, alertas, comunicaciones y decisiones de seguimiento desarrolladas entre una versión y otra. En consecuencia, la documentación disponible no acredita una cobertura continua del monitoreo desde el 30 de abril de 2025 hasta el 30 de septiembre de 2026, particularmente respecto de los intervalos no respaldados por reportes específicos de seguimiento.

La fecha de recepción de la respuesta, posterior al corte, se diferencia del periodo al que corresponde cada evidencia. Su incorporación al análisis permite examinar información sobre hechos y actuaciones del periodo evaluado, sin ampliar el alcance temporal ni atribuir automáticamente a todos los soportes cobertura hasta el 30 de septiembre de 2026.

Por tanto, la evaluación conserva el periodo definido en el alcance, pero sus resultados se delimitan a las actuaciones y condiciones que permiten verificar los documentos examinados. Los aspectos sin soporte suficiente se presentan como limitaciones de cobertura y trazabilidad; esta insuficiencia no equivale, por sí sola, a demostrar la inexistencia de monitoreo ni permite extender la ausencia de materializaciones reportadas a todo el periodo evaluado.

Fuente: "Solicitud de información – Monitoreo al estado de los riesgos aceptados, corte al 30 de septiembre de 2026"; respuesta de la OAP del 26/10/2026; estructura y contenido del paquete de soportes; mapas de riesgos utilizados en el contraste documental de los numerales 5.1 y 5.4.

5.3 Marco institucional y criterios de aceptación informados por la OAP

La Oficina Asesora de Planeación remitió la Metodología de Administración de Riesgos V11 y el Procedimiento de Administración de Riesgos V8, ambos con fecha documental 4 de diciembre de 2023. El soporte denominado "Acta de probación Documentación Riesgos Institucionales" corresponde al formato de solicitud de cambios a los documentos del SIG, fechado el 5 de diciembre de 2023, e identifica la modificación de ambos instrumentos y de los formatos asociados. Su contenido respalda la identificación de las versiones remitidas. La diferencia entre fecha documental y fecha del soporte de modificación requiere conservar su trazabilidad, sin atribuir a la primera, por sí sola, la entrada en vigencia.

En el punto 4 "Marco institucional aplicable a la gestión de riesgos" de su respuesta, la OAP afirma que los riesgos de severidad residual baja pueden aceptarse y que las excepciones y los umbrales de tolerancia y capacidad no están contemplados en la política y metodología vigentes. Esta afirmación requiere distinguir dos aspectos: el numeral 2.2.3 de la Metodología V11 sí establece una excepción expresa para los riesgos de corrupción, reiterada en la tabla 12 del numeral 2.5; respecto de umbrales adicionales de tolerancia y capacidad, la OAP declara que no están definidos en esos instrumentos. Por tanto, no corresponde concluir que no existen excepciones ni presumir umbrales cuantitativos no documentados.

Esta precisión confirma el criterio aplicado en los numerales 3, 4 y 5.1 del informe. En particular, una clasificación residual baja no habilita la aceptación de un riesgo de corrupción. La respuesta general de la OAP no aporta una explicación individual para los registros 164 y 220 ni para el riesgo 76 aceptado con severidad moderada; estas situaciones continúan pendientes de aclaración y validación por los responsables y la segunda línea.

El informe de gestión de la OAP menciona avances en la Metodología V12, la Política V1, el Procedimiento V9 y la parametrización de SIPLAN+, cuyo avance estimado reporta en aproximadamente 80 %. Estos avances se reconocen como información de gestión comunicada por la OAP. En el paquete no se identificaron soportes que permitan tratarlos como sustitutos formalmente adoptados de los instrumentos V11 y V8 durante el periodo evaluado ni como evidencia de funcionamiento efectivo del módulo de riesgos al corte.

Fuente: "Informe riesgos aceptados.pdf", punto 4; Metodología V11, numerales 2.2.3, 2.5 y 2.6; Procedimiento V8, criterios de operación; solicitud de cambios del SIG del 05/12/2023; informe consolidado de gestión, numerales 5.4 a 5.7.

5.4 Trazabilidad de los riesgos y consistencia entre versiones del mapa

Para atender el componente de trazabilidad, la OAP señala que no recibió solicitudes de modificación de riesgos de severidad baja y aporta un mapa como soporte de identificación y clasificación. El archivo "Mapa-de-Riesgos-Institucional-2026.xlsx", incluido en las carpetas 2

y 3, tiene encabezado "Fecha Actualización de los Registros: Marzo 2026". Se identifican 230 registros, 37 con severidad residual baja y 37 con tratamiento "Aceptar". De los 37 bajos, 34 están aceptados y tres tienen mitigación; los otros tres registros aceptados presentan severidad moderada o alta.

El mapa de marzo constituye una fuente adicional frente al contraste de enero y septiembre desarrollado en el numeral 5.1. Las cifras de las versiones deben conservarse separadas: que el total de registros aceptados sea igual no acredita estabilidad de la severidad ni de las condiciones que sustentan su tratamiento. La comparación relevante para las inconsistencias de aceptación es la siguiente:

ID y responsable	Tipología	Enero 2026[1]	Marzo 2026 OAP	Septiembre V3[1]
76 gestión de la Información	Seguridad información/digital	Moderado / Aceptar	Moderado / Aceptar	Moderado / Aceptar
164 DT Caquetá-Huila	Corrupción	Bajo / Aceptar	Alto / Aceptar	Bajo / Aceptar
220 DT Sucre	Corrupción	Bajo / Aceptar	Moderado / Aceptar	Bajo / Aceptar

Tabla 7. Inconsistencias de Aceptación

Valores de enero y septiembre consignados en el contraste documental del numeral 5.1. Fuente para marzo: mapa remitido por la OAP, hoja "Mapa de Riesgos", columnas B, C, N, AO y AP. La tabla presenta severidad residual y tratamiento; no establece el orden cronológico efectivo de aprobación de los cambios.

La diferencia de severidad de los riesgos 164 y 220 exige aclarar cuál versión sustentó el seguimiento de cada periodo, si los valores corresponden a modificaciones aprobadas o a diferencias de registro o cálculo, y qué validaciones se realizaron. No permite afirmar una reclasificación efectiva en una fecha determinada sin los soportes de cambio. En cualquiera de los niveles observados, su tipología de corrupción mantiene aplicable la exclusión del tratamiento de aceptación.

La remisión de un mapa de una fecha determinada no reemplaza la relación consolidada solicitada de los riesgos aceptados al inicio del periodo, sus incorporaciones, modificaciones, retiros y equivalencias entre 2025 y 2026. Tampoco la ausencia declarada de solicitudes acredita, por sí sola, que no hubiera cambios en el contexto, la exposición o los controles. Se requiere conciliar las versiones, documentar los cambios por riesgo y vincularlos a las revisiones de la OAP, preservando la numeración y los responsables.

5.5 Reportes de primera línea y materialización de los riesgos aceptados

La carpeta de controles y planes de tratamiento contiene reportes de procesos y de las veinte direcciones territoriales. Se verificó la presencia de descripciones de avances y enlaces de soporte, entre otros, en Gestión Documental, Gestión de la Información, Control Interno Disciplinario, Chocó y Norte de Santander y Arauca. En el archivo de Gestión Documental se reportan capacitaciones; en Gestión de la Información se describen gestiones de usuarios, acuerdos de confidencialidad y auditorías de consulta; y en Chocó se reporta el envío de invitaciones a jornadas. Estos contenidos acreditan que se entregaron reportes de actividades, pero requieren vincular la evidencia a cada control, a su frecuencia, al periodo de ejecución y al resultado de la validación de la segunda línea.

La documentación permite reconocer actuaciones de requerimiento: el paquete contiene un correo de seguimiento a controles y planes de tratamiento del segundo trimestre, y el correo de materialización del 1 de julio de 2026 solicita reportar el segundo trimestre a más tardar el 22 de julio e incluir los riesgos transversales, con la precisión indicada para seguridad de la información del nivel nacional. Estas comunicaciones respaldan la solicitud de información por la OAP, sin demostrar por sí solas su revisión integral, las devoluciones realizadas o el cierre de inconsistencias.

El consolidado "Estado Materialización de Riesgos 2do trimestre 2026 (1).xlsx", hoja "Riesgos Materializados", presenta 18 procesos y 20 direcciones territoriales. En las columnas de presentación del formato se identifican marcas positivas para 10 procesos y 18 territoriales. En los restantes ocho procesos y dos territoriales las casillas están sin marca; no se registran como "NO" ni se interpretan como confirmación de inexistencia de eventos. Por ello, el universo con marca de presentación comprende 28 de los 38 responsables listados, sin incluir por inferencia responsables no relacionados en ese consolidado.

Entre los responsables sin marca figuran Gestión de Talento Humano, Gestión Documental, Gestión Financiera, Registro y Valoración, Antioquia y Norte de Santander y Arauca, que tienen riesgos con tratamiento "Aceptar" identificados en el mapa de marzo. En consecuencia, la cobertura documental de materialización no permite sostener una conclusión general sobre todos los riesgos aceptados. Los reportes de controles aportados constituyen un soporte diferente y no sustituyen automáticamente el reporte expreso de materialización.

El consolidado sí identifica materializaciones en Gestión Administrativa y en la DT Magdalena Medio. En esta última, el formato individual reporta el evento de acompañamiento o asistencia técnica e implementación de medidas de satisfacción, rehabilitación y garantías de no repetición, que corresponde por su descripción al riesgo 194 del mapa de marzo, con severidad moderada y mitigación. El riesgo 196 de la misma territorial, de jornadas móviles, tiene tratamiento "Aceptar" y registra "NO" en su formato individual. La distinción evita atribuir al riesgo aceptado un evento de otro riesgo del mismo responsable.

Así, la manifestación de la OAP de que no se registraron materializaciones de riesgos aceptados durante el segundo trimestre no queda desvirtuada por esos dos eventos, pero debe limitarse a los reportes disponibles y a su correspondencia con la versión del mapa utilizada. No puede extenderse a 2025 ni al tercer trimestre de 2026. Además, no recibir

reportes de eventos no prueba, por sí solo, que los controles mantuvieran su efectividad ni que no se requiriera revisar la aceptación.

Fuente: carpetas "Controles y Planes Tratamiento Segundo Trimestre 2026" y "Reporte Riesgos Materializados Segundo trimestre 2026"; consolidado, filas 4 a 23; formato de DT Magdalena Medio, filas 9 a 11; mapa de marzo, registros 194 y 196; correo de materialización del 01/07/2026.

5.6 Validaciones de la segunda línea y comunicación de resultados

La OAP informa que, al no registrarse materializaciones de riesgos aceptados, no se generaron alertas por ese motivo que ameritaran escalamiento a la Alta Dirección o al Comité Institucional de Gestión y Desempeño. Esta explicación se refiere a alertas derivadas de materialización. Conforme al propósito del numeral 3 y al contexto del numeral 4, el análisis también debe considerar cambios de exposición, fallas de controles, diferencias de valoración y tratamientos que no se ajusten al criterio institucional, aun cuando no se reporte un evento materializado.

El Procedimiento V8, en sus criterios de operación, asigna a la OAP la orientación y el aval metodológico de los mapas, conservando en el líder del proceso o dirección territorial la responsabilidad sobre su contenido. La Metodología V11, numeral 2.6 y esquema de líneas de defensa, prevé la revisión y actualización ante cambios y responsabilidades de consolidación y validación. Con este criterio, el envío de solicitudes y la recopilación de archivos constituyen actuaciones verificables, pero no bastan para acreditar la validación individual de la permanencia de la aceptación.

El informe de gestión al segundo cuatrimestre identifica alertas generales sobre recurrencia de materializaciones, capacidad operativa, gestión documental, terceros y calidad de información. No se identificaron en el paquete comunicaciones o actas que demuestren la presentación de conclusiones específicas sobre el conjunto de riesgos aceptados a las instancias competentes, ni la gestión de las diferencias de los riesgos 76, 164 y 220. La existencia del informe acredita su elaboración y contenido, sin acreditar por sí sola su remisión, discusión o decisiones adoptadas.

También se observan diferencias en las denominaciones temporales: la respuesta menciona un reporte de materialización del segundo cuatrimestre, mientras los archivos y el correo de requerimiento corresponden al segundo trimestre; el informe consolidado utiliza encabezados de cuatrimestre y referencias a hechos del trimestre, y en su apartado de agosto alude nuevamente a un requerimiento del primer trimestre. Estas diferencias deben aclararse para delimitar los meses cubiertos y evitar tratar un mismo soporte como evidencia de periodos distintos.

5.7 Resultado de la evaluación de la respuesta de la OAP

La evidencia examinada acredita que la OAP solicitó información, recibió reportes de primera línea, consolidó materializaciones y elaboró un informe general de gestión. Asimismo, aportó los instrumentos institucionales V11 y V8 y un soporte de su modificación. Estas actuaciones

son pertinentes para el rol de segunda línea y constituyen insumos para el seguimiento y la evaluación institucional descritos en el numeral 2.

No obstante, la información resulta insuficiente para acreditar de manera integral el monitoreo de las condiciones de aceptación durante todo el periodo comprendido entre el 30 de abril de 2025 y el 30 de septiembre de 2026. Persisten limitaciones de cobertura temporal y de reportes de materialización, ausencia de una conciliación histórica por riesgo y diferencias entre la respuesta, el criterio de exclusión de corrupción y las severidades de las versiones del mapa. No se acredita el cierre de las inconsistencias de aceptación identificadas en el numeral 5.1.

El resultado permite advertir debilidades de trazabilidad y suficiencia de la evidencia aportada, con riesgo de que las decisiones de mantener la aceptación no estén respaldadas de manera verificable por información completa y consistente. No permite concluir la inexistencia de monitoreo, la inefectividad de todos los controles ni la materialización de todos o alguno de los riesgos aceptados fuera de los eventos expresamente reportados.

5.8 Recomendaciones derivadas del análisis

A la Oficina Asesora de Planeación, en coordinación con los responsables de los riesgos y en el marco de sus competencias, se recomienda:

1. Conciliar los mapas de las versiones de enero, marzo y septiembre de 2026 mediante una relación por riesgo que identifique equivalencias, tipología, valoración residual, tratamiento, fecha, justificación y soporte de cada modificación, incluida la solución de la numeración repetida señalada en el numeral 5.1.
2. Revisar con los responsables los registros 76, 164 y 220, documentar su valoración y tratamiento conforme a la Metodología V11 y aclarar las diferencias de severidad de marzo frente a los mapas de enero y septiembre. Precisar en la respuesta institucional la exclusión de los riesgos de corrupción del tratamiento de aceptación.
3. Completar y conciliar el consolidado de materialización con los formatos de los responsables sin marca, dejando diferenciados el reporte recibido con resultado negativo, el reporte pendiente y el evento materializado. Documentar las gestiones y alertas generadas por faltantes que limiten la cobertura.
4. Fortalecer la trazabilidad de la validación de los riesgos aceptados, relacionando por riesgo y periodo los controles ejecutados, evidencias, cambios de contexto, exposición y valoración, revisiones de la OAP, devoluciones y decisiones de mantener o ajustar el tratamiento; la revisión no debe condicionarse únicamente a eventos materializados o a solicitudes de cambio de la primera línea.
5. Documentar la comunicación de resultados y alertas a los responsables y a las instancias competentes, así como el seguimiento de las decisiones. Identificar las fechas de aprobación, entrada en vigencia y transición de los instrumentos actualizados y de SIPLAN+, cuando corresponda, diferenciando avances de implementación y operación efectiva.

6. ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO HISTÓRICO.

El antecedente es el "Informe de Seguimiento Riesgos Aceptados", emitido por la Oficina de Control Interno el 21 de noviembre de 2025, cuyo alcance comprendió la revisión de los mapas institucionales de 2024 y 2025. En su numeral 6 señaló que, por tratarse del primer ejercicio, constituía la línea base para informes posteriores. Sus resultados se contrastan con los del numeral 5 del informe actual, orientado a evaluar el monitoreo de la OAP sobre los riesgos aceptados durante el periodo del 30 de abril de 2025 al 30 de septiembre de 2026.

La información de 2024 se utiliza como antecedente contextual y no amplía el periodo evaluado. Las cifras de esa vigencia se toman del informe anterior, sin recalcular el mapa de origen. La fecha de emisión de noviembre de 2025 tampoco se asume como fecha de corte de todos sus datos: para materialización, ese informe se refiere expresamente al primer semestre de 2025. La comparación combina, por tanto, resultados publicados por la OCI y registros de distintas versiones del mapa, cuya trazabilidad individual presenta las limitaciones identificadas en los numerales 5.1 y 5.4.

Evolución del número y participación de los riesgos aceptados

La siguiente tabla distingue los registros con tratamiento "Aceptar" del total de riesgos con severidad baja. La participación se calcula sobre el universo de cada mapa y describe la composición documental; no mide la efectividad de los controles ni el nivel de apetito autorizado.

Vigencia o versión de referencia	Total de registros	Tratamiento Aceptar	Participación
2024[1]	231	33	14,29 %
2025[2]	254	32	12,60 %
2026 enero[3]	230	37	16,09 %
2026 marzo remitido por la OAP[4]	230	37	16,09 %
2026 V3 septiembre[3]	236	37	15,68 %

Tabla 8 Evolución de los registros con tratamiento Aceptar Fuentes: [1] informe OCI del 21/11/2025, numeral 5, página 8; [2] cifras del mismo antecedente corroboradas en el numeral 5.1 del informe actual; [3] contraste del numeral 5.1; [4] validación del numeral 5.4. Participación = registros con tratamiento Aceptar / total de registros × 100; redondeo a dos decimales.

Entre 2024 y 2025, el antecedente registra un aumento de 23 riesgos en el universo institucional y una disminución de uno con tratamiento "Aceptar". Entre 2025 y la V3 de septiembre de 2026, el total pasa de 254 a 236 registros, mientras los aceptados pasan de 32 a 37: cinco más, equivalentes a un incremento del 15,63 % frente a los 32 de la línea base. Su participación aumenta 3,08 puntos porcentuales, de 12,60 % a 15,68 %. Estas variaciones no acreditan por sí solas ingresos, retiros o reclasificaciones de riesgos específicos, pues falta conciliar las equivalencias entre vigencias.

Durante 2026, los tres archivos examinados mantienen 37 registros aceptados, aunque difieren en la severidad registrada y en el universo total. El aumento de 230 a 236 registros entre enero y septiembre se relaciona con los seis registros adicionales de Atención Asuntos

Étnicos descritos en el numeral 5.1, todos con mitigación. Por ello, la reducción de la participación de aceptados de 16,09 % a 15,68 % responde al cambio del denominador y no a una disminución de su cantidad. La estabilidad de los 37 aceptados tampoco demuestra estabilidad de la exposición o de las condiciones que sustentan su aceptación.

Comportamiento de la correspondencia con el criterio de aceptación

El informe de 2025 identificó 32 riesgos aceptados: 27 bajos, tres altos y dos moderados; recomendó a la OAP y a los responsables revisar y ajustar los cinco que no correspondían al nivel permitido. El contraste actual reproduce esas cifras de la vigencia 2025 y, para la V3 de septiembre de 2026, identifica 37 aceptados: 36 bajos y uno moderado. Sin embargo, dos de los 36 bajos son de corrupción y están excluidos del tratamiento de aceptación por la Metodología V11.

Al aplicar conjuntamente la severidad y la excepción por tipología, la V3 presenta 34 registros aceptados con correspondencia documental con el criterio y tres inconsistencias: los riesgos 164 y 220 de corrupción y el riesgo 76, de severidad moderada. La diferencia entre los cinco casos de 2025 y los tres observados en septiembre de 2026, no se acredita su atención y resultado, ni permite concluir una mejora efectiva del monitoreo, sin soportes de revisión y ajuste por riesgo.

El mapa de marzo aportado por la OAP refuerza la necesidad de esta conciliación: conserva 37 aceptados, pero clasifica el riesgo 164 como alto y el 220 como moderado, frente al nivel bajo consignado para ambos en enero y septiembre. Por tanto, el tratamiento se mantiene mientras varía la severidad documental. Estas diferencias requieren establecer la versión utilizada en cada seguimiento y las fechas, causas y validaciones de los valores registrados; no constituyen prueba de modificaciones aprobadas en una secuencia determinada.

La línea base y el informe actual coinciden en advertir falta de correspondencia entre valoración y tratamiento. No obstante, la recurrencia de esta materia de revisión no debe confundirse con permanencia demostrada de los mismos cinco riesgos. En Gestión de la Información, los identificadores 64 de 2025 y 76 de 2026 requieren verificar su equivalencia; igualmente, los casos de Sucre deben conciliarse por descripción y atributos, sin asumir identidad o corrección por la sola renumeración.

Comportamiento de la materialización y suficiencia de los reportes

El antecedente informó ocho riesgos materializados en el primer semestre de 2025 y señaló que ninguno correspondía a los riesgos con tratamiento "Aceptar" examinados. Esta conclusión se conserva como resultado reportado por la OCI para aquel periodo; no se extrapola a los meses posteriores ni se asume como verificación de todos los eventos del alcance actual.

Para 2026, la OAP manifiesta que no se registraron materializaciones de riesgos aceptados durante el segundo trimestre. Como se establece en el numeral 5.5, el consolidado contiene marca de presentación para 28 de los 38 responsables relacionados y casillas sin marca para los diez restantes. Los eventos reportados en Gestión Administrativa y Magdalena Medio corresponden a riesgos con mitigación en el mapa de marzo; en esta última territorial, debe

distinguirse el riesgo materializado 194 del aceptado 196, que registra "NO" en el formato individual.

Aunque ambos ejercicios informan ausencia de materialización de los riesgos aceptados dentro de la información examinada, no se dispone de una serie homogénea y completa que permita establecer una tendencia de ocurrencia entre 2025 y septiembre de 2026. La cobertura temporal, los responsables con reporte y las versiones de referencia son diferentes. La ausencia de eventos reportados constituye un dato de seguimiento y no demuestra, por sí sola, que los controles sean efectivos, que la valoración residual sea adecuada o que las condiciones de aceptación permanezcan sin cambios.

Seguimiento histórico a las recomendaciones y evolución del monitoreo

En su concepto de 2025, la OCI calificó la gestión del apetito de riesgo con cumplimiento parcial y planteó revisar la coherencia entre severidad y tratamiento, validar los riesgos vinculados a actividades estratégicas y fortalecer el acompañamiento a los responsables. Ese concepto es un antecedente del ejercicio anterior y no se traslada automáticamente como calificación de la gestión de la OAP en el periodo actual.

Los soportes analizados en el numeral 5 permiten reconocer solicitudes de información, reportes de controles, consolidación de materializaciones y un informe general de gestión de la OAP. Representan evidencia de actuaciones de segunda línea y permiten ampliar el examen más allá del conteo del mapa. Sin embargo, no se identificó una relación que vincule cada recomendación del informe de 2025 con las acciones adoptadas, sus responsables, los soportes de validación y el resultado alcanzado en los riesgos afectados. En consecuencia, no se acredita su cierre con la documentación examinada, sin que ello equivalga a afirmar que no se realizaron acciones.

La ausencia declarada de solicitudes de modificación de la primera línea no sustituye la revisión de las situaciones advertidas previamente por la OCI. Se requiere documentar cómo la OAP contrastó la información recibida con el criterio institucional, qué aclaraciones o ajustes promovió y cómo comunicó y siguió los resultados. Del mismo modo, los avances informados sobre la actualización metodológica y SIPLAN+ constituyen iniciativas de fortalecimiento, pero no acreditan por sí solos que se hayan resuelto las inconsistencias históricas o completado el monitoreo al corte.

Conclusión del comportamiento histórico

El análisis identifica un aumento documental de los riesgos aceptados de 32 en 2025 a 37 en septiembre de 2026, bajo un criterio institucional que continúa referido a severidad residual baja, con exclusión de corrupción. Esta variación describe el conjunto registrado y no acredita una modificación formal del apetito de riesgo de la entidad. Durante 2026 se conserva el total de aceptados, pero las diferencias de severidad entre versiones y la persistencia de combinaciones que se apartan del criterio impiden interpretar esa estabilidad numérica como evidencia suficiente de control.

Se mantienen como materias de revisión la coherencia entre valoración y tratamiento, la trazabilidad de las modificaciones y la demostración de la atención de las recomendaciones anteriores. Los reportes disponibles no permiten establecer una tendencia integral de materialización ni concluir que la gestión de la OAP haya mejorado o desmejorado en términos de efectividad. La conclusión se limita a los resultados documentales y a la suficiencia de las evidencias examinadas.

En concordancia con el propósito del numeral 3, las responsabilidades del numeral 4 y las recomendaciones del numeral 5.8, corresponde a la OAP coordinar con los responsables la conciliación histórica por riesgo y documentar las revisiones, ajustes y comunicaciones efectuadas frente a las situaciones advertidas desde 2025. Esta información permitirá evaluar la permanencia de las condiciones de aceptación y la respuesta institucional a las recomendaciones, sin trasladar a la OCI responsabilidades de gestión.

7. ENFOQUE BASADO EN RIESGOS.

Con base en los resultados del informe, se identifican los siguientes riesgos potenciales asociados al monitoreo de los riesgos aceptados y a la permanencia de las condiciones que sustentan su aceptación. Su formulación constituye un insumo para la revisión por parte de la Oficina Asesora de Planeación y los responsables de la gestión; no implica que se haya comprobado su materialización.

Riesgo potencial	Posibles causas
Posibilidad de mantener riesgos bajo el tratamiento "Aceptar" sin cumplir los criterios institucionales, con exposición a consecuencias que requieran medidas adicionales de tratamiento.	Aplicación incompleta del criterio de severidad residual baja y de la exclusión de los riesgos de corrupción; diferencias entre la valoración y el tratamiento registrados; validaciones metodológicas insuficientemente documentadas.
Posibilidad de no identificar oportunamente cambios que hagan necesario revisar la aceptación de un riesgo, afectando el cumplimiento de los objetivos institucionales.	Monitoreo centrado en la materialización reportada y en las solicitudes de modificación de la primera línea, sin evidencia suficiente de revisión de cambios en el contexto, la exposición, los controles o la valoración residual.
Posibilidad de adoptar decisiones sobre riesgos aceptados con información incompleta o inconsistente.	Cobertura temporal parcial de los soportes; casillas sin diligenciar en el consolidado de materialización; diferencias entre los periodos denominados trimestre y cuatrimestre; falta de conciliación entre los reportes de los responsables y la información consolidada.
Posibilidad de perder la trazabilidad de las condiciones y decisiones de aceptación de los riesgos, limitando la verificación de su evolución y de los ajustes realizados.	Ausencia de una relación histórica consolidada por riesgo; diferencias de severidad entre versiones del mapa; numeración repetida; falta de correspondencia documentada entre

	identificadores, fechas, justificaciones y soportes de modificación.
Posibilidad de que las inconsistencias advertidas permanezcan sin tratamiento oportuno, prolongando una exposición al riesgo que no corresponda al criterio institucional.	Evidencia insuficiente de las validaciones, devoluciones, alertas y comunicaciones de la OAP; falta de seguimiento documentado a las decisiones y a las recomendaciones formuladas en el informe anterior.
Posibilidad de sobreestimar la efectividad de los controles que sustentan la aceptación, manteniendo valoraciones residuales que no reflejen las condiciones reales de operación.	Equiparación de la ausencia de materializaciones reportadas con la efectividad de los controles; utilización de descripciones de actividades o enlaces como evidencia suficiente, sin documentar la verificación de su ejecución, frecuencia, cobertura y resultados.

Tabla 9 Riesgos Potenciales identificados

Estos riesgos potenciales refuerzan la necesidad de que la OAP, en coordinación con los responsables, fortalezca la validación y la trazabilidad del monitoreo de los riesgos aceptados. La OCI evaluará las evidencias y las acciones adoptadas, conservando su independencia frente a las decisiones de valoración, tratamiento y ejecución de controles.

8. CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE EVIDENCIAS

a. La información remitida acredita actuaciones de la Oficina Asesora de Planeación, como segunda línea de defensa, relacionadas con solicitudes de seguimiento, recepción de reportes de primera línea, consolidación de materializaciones y elaboración de un informe general de gestión. No obstante, resulta insuficiente para acreditar el monitoreo integral de las condiciones de aceptación durante todo el periodo comprendido entre el 30 de abril de 2025 y el 30 de septiembre de 2026.

b. En el mapa institucional V3 de septiembre de 2026 se identificaron 37 riesgos con tratamiento "Aceptar". De estos, 34 presentan correspondencia documental con el criterio institucional; los tres restantes registran inconsistencias: los riesgos 164 y 220, de corrupción, y el riesgo 76, con severidad residual moderada. La respuesta de la OAP no aporta explicaciones individuales ni soportes que acrediten su revisión y ajuste.

c. El mapa remitido por la OAP tiene encabezado de marzo de 2026 y presenta diferencias de severidad frente a los mapas de enero y septiembre, particularmente en los riesgos 164 y 220. La documentación aportada no permite establecer las fechas, justificaciones y validaciones de estas diferencias ni reconstruir íntegramente la trayectoria de los riesgos aceptados entre 2025 y 2026.

d. La afirmación de ausencia de materializaciones de riesgos aceptados durante el segundo trimestre de 2026 debe limitarse a los reportes disponibles. El consolidado registra presentación del formato para 28 de los 38 responsables relacionados; las casillas sin marca de los restantes no acreditan inexistencia de eventos. Tampoco se dispone de una serie completa que permita extender dicha conclusión a todo el periodo evaluado.

e. La Metodología V11 excluye expresamente los riesgos de corrupción del tratamiento de aceptación. Por tanto, la manifestación de la OAP sobre inexistencia de excepciones requiere precisión. Respecto de los umbrales de tolerancia y capacidad, la dependencia informó que no están contemplados en los instrumentos vigentes; en consecuencia, no se presumen parámetros adicionales no documentados.

f. Las solicitudes y consolidaciones aportadas no acreditan, por sí solas, la validación de la permanencia de las condiciones de aceptación. No se identificó evidencia suficiente de las revisiones individuales, devoluciones, decisiones y comunicaciones mediante las cuales la OAP hubiera gestionado las inconsistencias advertidas.

g. Frente a la línea base de 2025, persisten asuntos relacionados con la coherencia entre valoración y tratamiento y con la trazabilidad del seguimiento. Los soportes examinados no se acredita su atención y resultado. El aumento de 32 a 37 riesgos aceptados constituye una variación documental y no demuestra una modificación formal del apetito institucional ni una mejora en la efectividad de los controles.

9. CONCEPTO DE CONTROL INTERNO

Con fundamento en los resultados del análisis y la validación de las evidencias, sintetizados por criterio en el numeral 5.7, la Oficina de Control Interno reconoce actuaciones documentadas de la Oficina Asesora de Planeación, en su calidad de segunda línea de defensa, relacionadas con solicitudes de información, recepción de reportes de primera línea, consolidación de materializaciones y elaboración de un informe general de gestión.

No obstante, identifica inconsistencias documentales frente al criterio institucional de aceptación y debilidades de cobertura y trazabilidad que impiden acreditar integralmente la verificación de las condiciones que sustentan dicho tratamiento durante el periodo comprendido entre el 30 de abril de 2025 y el 30 de septiembre de 2026. El concepto distingue estas inconsistencias comprobadas de los aspectos no acreditados por insuficiencia de evidencia, sin atribuir a estos últimos, por esa sola circunstancia, un incumplimiento de las responsabilidades de la Oficina Asesora de Planeación.

El concepto se sustenta, principalmente, en las diferencias identificadas entre la tipología, la severidad residual y el tratamiento registrado. En la versión V3 del mapa institucional de septiembre de 2026 permanecen dos riesgos de corrupción con tratamiento "Aceptar" y un riesgo aceptado con severidad moderada, condiciones que no corresponden al criterio establecido en la Metodología de Administración de Riesgos V11. Adicionalmente, el mapa con encabezado de marzo remitido por la OAP presenta diferencias de severidad que requieren conciliación y soporte. Estas situaciones limitan la confiabilidad de la información utilizada para verificar la procedencia y permanencia del tratamiento de aceptación.

Asimismo, la documentación examinada presenta limitaciones de cobertura temporal, reportes de materialización sin diligenciamiento completo en el consolidado y ausencia de una relación histórica que permita identificar, por riesgo, las modificaciones, sus justificaciones, las validaciones efectuadas y las decisiones adoptadas. Tampoco se acredita suficientemente la atención y el cierre de las recomendaciones formuladas en el informe de 2025. En

consecuencia, la estabilidad del número de riesgos aceptados y la ausencia de materializaciones informadas no constituyen evidencia suficiente de la efectividad de los controles ni de la permanencia de las condiciones que sustentaron su aceptación.

Desde una perspectiva general, estas debilidades pueden afectar la capacidad institucional para advertir oportunamente cambios en la exposición al riesgo y disponer de información completa y consistente para la toma de decisiones. Por ello, el monitoreo debe comprender, además de los eventos materializados, las variaciones del contexto, la operación de los controles, la valoración residual y la correspondencia del tratamiento con los criterios institucionales, manteniendo trazabilidad de las revisiones y de su comunicación a los responsables y a las instancias competentes.

La valoración emitida se limita a los criterios y evidencias examinados; no implica afirmar la inexistencia de monitoreo, la inefectividad generalizada de los controles ni la ocurrencia de eventos no acreditados. Para superar las situaciones identificadas, corresponde a la Oficina Asesora de Planeación, en coordinación con los líderes de procesos y direcciones territoriales, completar y conciliar la información, promover la revisión de los tratamientos que se apartan del criterio institucional y documentar las actuaciones y resultados derivados de las recomendaciones. La Oficina de Control Interno realizará la evaluación y el seguimiento que correspondan, preservando su independencia y sin asumir responsabilidades de gestión.

APROBÓ



JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

Elaborado: Nohemilce Quintero Cetina
Profesional Especializado

Anexo 1 Control de cambios

Versión	Fecha de Cambio	Descripción de la modificación
1	04/08/2014	Creación del formato.
2	09/03/2015	Al revisar el formato se evidencia que la casilla fecha de informe está repetida.
3	02/08/2017	Se modifica formato y se adiciona firma aprobación del jefe Oficina de Control Interno.
4	30/04/2020	Se actualiza formato, se ajusta la distribución del texto en filas y columnas, las fuentes y fecha de la tabla control de cambios.

5	28/10/2022	Se actualiza el formato en pie de página con los logos de certificación asociados al sistema de gestión de calidad ISO 9001:2015, ambiental ISO 14001:2015, seguridad y salud en el trabajo ISO 45001:2018 seguridad de la información ISO 27001:2013.
6	19/07/2024	Se actualiza el formato es su estructura de contenido, de acuerdo con los requerimientos de la Oficina de Control Interno.