INFORME OCI-2025-25

SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE RIESGOS

OFICINA DE CONTROL INTERNO

OCTUBRE 2025

UNIDAD DE RESTITUCIÓN DE TIERRAS

DESTINATARIOS:

- **Rangel Giovani Yule Zape**, Director General.
- **Jaqueline Campos Rincón**, Secretaría General.
- **Aura Patricia Bolívar Jaime**, Subdirectora General.
- **Paula Andrea Villa Vélez**, Directora Jurídica.
- **María Estefany Checa Narváez**, Directora Territorial sede Pasto.
- **Wilson Zapata**, Jefe Oficina Asesora de Planeación.
- **Carlos Alberto de la Ossa Hurtado**, Jefe Oficina de Tecnologías de la información.

RESPONSABLE DEL INFORME:

Claudia Marcela Pinzón Martínez, Jefe Oficina de Control Interno.

EQUIPO AUDITOR:

- **Angie Lizeth Camacho Gordillo**, Contratista, Oficina de Control Interno.
- **Mónica Gómez Sierra**, Funcionario, Oficina de Control Interno.
- **German Andrés Martínez Mateus**, Funcionario, Oficina de Control Interno.

OBJETIVO(S):

Evaluar la gestión del riesgo de la Unidad Administrativa Especial de Gestión de Restitución de Tierras Despojadas (en adelante UAEGRTD), a partir de la verificación de la observancia de las disposiciones internas y externas frente al diseño de los riesgos, controles y planes de acción, así como el grado de cumplimiento en su ejecución, con el fin de identificar oportunidades de mejora que contribuyan a su fortalecimiento de la gestión de riesgos

ALCANCE:

El alcance previsto para esta actividad contempló la verificación de la gestión de riesgos efectuada por la primera línea de defensa para una muestra de cincuenta y siete (57) riesgos identificados para la vigencia 2025, asociados a veinte (20) de los veinticuatro (24) procesos existentes en la UAEGRTD, dado que se exceptuaron de esta validación los procesos de Gestión Contractual, Atención a la Ciudadanía y Gestión de Restitución de Derechos Étnicos Territoriales (etapas de caracterización y registro, y judicial), cuyos riesgos fueron o serán objeto de verificación en el marco de las auditorías de aseguramiento adelantadas por la Oficina de Control Interno de conformidad con el Plan Anual de Auditoría.

Periodo evaluado: 1 de enero a 31 de agosto de 2025.

Nota: El establecimiento de esta fecha de corte no limita la facultad de la Oficina de Control Interno para pronunciarse sobre hechos posteriores que, por su grado de materialidad deban ser revelados.

LIMITACIÓN

El proceso auditor no presentó limitaciones, dado que abordó todas las actividades previstas dentro del programa de trabajo aprobado.

CRITERIOS:

- Ley 87 de 1993 "*Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones*", Articulo 2.
- Decreto 1083 de 2015 "*Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública*.", Artículos 2.2.21.5.4 y 2.2.21.5.5.
- Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del DAFP (versión 6).
- Política de Administración del Riesgo (versión 5 código MC-ES-04).
- Guía para la Administración del Riesgo (versión 14, código MC-GU-02).

METODOLOGÍA EMPLEADA

En atención a los lineamientos normativos y procedimentales aplicables a las Oficinas de Control Interno, el presente trabajo aplicó un enfoque sistemático que abarcó tres (3) fases (planeación, ejecución y comunicación). A partir de lo cual, para el desarrollo del proceso evaluativo, se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Mediante memorando interno Nº 202511000103553 de fecha 21 de agosto de 2025, se comunicó a la Oficina Asesora de Planeación (en adelante OAP) el inicio del seguimiento a los riesgos de gestión de la UAEGRTD.
- En la fase de planeación se documentó el programa de trabajo para las etapas de ejecución y comunicación.
- En la fase de ejecución se llevó a cabo la evaluación de la gestión del riesgo institucional, fundamentado en el análisis de la información registrada en el "*Mapa de Riesgos consolidado (Gestión, Fiscales y Seguridad de la Información)*" (versión 3) compartido por la OAP mediante correo electrónico del 14 de agosto de 2025, el sistema de información STRATEGOS y el informe de monitoreo de riesgos (primer cuatrimestre 2025) realizado por la segunda línea de defensa, con su respectivo anexo.
- En la fase de comunicación, con el propósito de garantizar la integridad, objetividad y suficiencia de las observaciones u oportunidades de mejora evidenciadas, mediante correo electrónico, se socializó a la OAP los resultados preliminares de la evaluación efectuada, para que se llevara a cabo su análisis y emisión de aclaraciones o complementos sobre cada situación comunicada, según aplicara.

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO

El Decreto 1083 de 2015, en su artículo 2.2.21.5.3, establece los roles a desarrollar por parte de las Oficinas de Control Interno, dentro de los cuales se encuentra el rol de *"Evaluación de la Gestión del Riesgo"* frente al cual, el Departamento Administrativo de la Función Pública a través de la *"Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces",* versión 3 de septiembre de 2023, estableció que:

> "*A través de este rol, el Jefe de Control Interno, debe proporcionar un aseguramiento objetivo a la Alta Dirección (línea estratégica) sobre el diseño y efectividad de las actividades de administración del riesgo en la entidad para ayudar a asegurar que los riesgos claves o estratégicos, entre ellos aquellos fiscales (…) que estén adecuadamente*

definidos, sean gestionados apropiadamente, lo que repercute en la operación y eficacia del sistema de control interno.".

En virtud de lo expuesto, y teniendo como base la información puesta a disposición por la OAP, se evidenció que en la Matriz de Riesgos de Gestión vigente al 31 de agosto de 2025, la UAEGRTD contaba con ciento un (101) riesgos y doscientos cuarenta y cuatro (244) controles, de los cuales se seleccionó una muestra aleatoria de cincuenta y siete (57) riesgos y ciento treinta y dos (132) controles, equivalentes al 56% y 54%, respectivamente, para evaluar el observancia de las disposiciones contempladas en la documentación adoptada por la Entidad en el Sistema Integrado de Planeación y Gestión – STRATEGOS, así como los lineamientos expedidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), en lo concerniente a la gestión de riesgos. Es importante señalar que, de cada riesgo seleccionado en la muestra, se tuvo en cuenta la totalidad de los controles asociados, con el fin de evaluar de manera integral su diseño y ejecución, así como lo referente a la identificación y cumplimiento del plan de tratamiento.

La selección de muestra tuvo como criterio principal incluir riesgos de los diferentes procesos institucionales (*excepto los procesos mencionados en el alcance*) como se relaciona a continuación:

Tabla N° 1. Muestra seleccionada Mapa de Riesgos de Gestión (versión 3).

PROCESO	TOTAL RIESGOS MATRIZ	N° RIESGOS SELECCIONADOS EN MUESTRA	% MUESTRA
PROCESOS ESTRAGTÉGICOS			
Articulación Interinstitucional	4	4	100%
Direccionamiento Estratégico	3	3	100%
Gestión de Comunicaciones	5	5	100%
Gestión de Cooperación Institucional	3	3	100%
Gestión de TI	11	4	36%
Mejoramiento Continuo	3	3	100%
Prevención y gestión de seguridad	2	2	100%
PROCESOS MISIONALES			
Etapa Judicial (Gestión de Restitución Ley 1448)	3	3	100%
Registro (Gestión de Restitución Ley 1448)	3	3	100%
RUPTA	2	2	100%
PROCESOS DE APOYO			
Gestión Documental	4	4	100%
Gestión Financiera	7	4	57%
Gestión Jurídica	4	4	100%
Gestión Logística y de Recursos Físicos	6	3	50%
Gestión de Talento Humano	9	5	55%
PROCESOS DE EVALUACIÓN			
Control Interno Disciplinario	3	3	100%
Control y Evaluación Independiente	2	2	100%

Fuente: Elaboración propia.

La evaluación realizada por la Oficina de Control Interno, se centró en los siguientes aspectos:

- Definición de lineamientos por parte de la UAEGRTD sobre la administración del riesgo.
- Diseño de los riesgos, controles y plan de tratamiento.
- Monitoreo de riesgos por parte de la primera y segunda línea.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos:

1. POLITICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

La Ley 87 de 1993, en su artículo 2, literales a) y f), establece como objetivos fundamentales del sistema de control interno "*Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten*" y "*Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos*"

Aunado a lo anterior, el Decreto 1083 de 2015, en su artículo 2.2.21.5.4 "*Administración de riesgos*", dispone que "*Como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas las autoridades correspondientes establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo.* (…)". Así mismo, en su artículo 2.2.21.5.5 "*Políticas de control interno diseñadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública*", establece que "*Las guías, circulares, instructivos y demás documentos técnicos elaborados por el Departamento Administrativo de la Función Pública, constituirán directrices generales a través de las cuales se diseñan las políticas en materia de control interno, las cuales deberán ser implementadas al interior de cada organismo y entidad del Estado.*"

En concordancia con la anterior, la *"Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas"* versión 6 emitida por el DAFP, en su numeral 1.1 "*Lineamientos de la política de riesgos*" define la estructura mínima que debe contener la política de administración de riesgos.

Así las cosas, la Oficina de Control Interno evidenció en el Sistema de información STRATEGOS la existencia del documento MC-ES-04 "Política de Administración de Riesgo", en su versión 5, la cual, de acuerdo con lo señalado en su numeral 1, tiene como objetivo establecer "(…) *los lineamientos para el tratamiento, manejo y seguimiento de los riesgos en los que la Unidad Administrativa Especial de Gestión de Restitución de Tierras Despojadas – UAEGRTD pueda verse afectada* (…)". Así mismo, se evidenció que dicho documento, de acuerdo con lo señalado en el numeral 7 "*Revisión y aprobación de la política*", fue "(…) *revisada y aprobada en el marco del Comité Institucional de Control interno (sesión extraordinaria) a los 15 días del mes de septiembre de 2023*"

Ahora bien, en cuanto a su estructura, se constató que la política definida por la UAEGRTD cumple con los elementos mínimos establecidos en el numeral 1.1. de la *"Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas"* versión 6, como se presenta a continuación:

Tabla N° 2. Comparación Guía Riesgos DAFP con Política de Riesgo (MC-ES-04) de la UAEGRTD.

Guía Administración de Riesgos del DAFP – versión 6	Política de Administración de riesgo (MC-ES-04) - UAEGRTD
Objetivo	Numeral 1. Objetivo

Guía Administración de Riesgos del DAFP – versión 6	Política de Administración de riesgo (MC-ES-04) - UAEGRTD
Alcance	Numeral 2. Alcance
Niveles de aceptación al riesgo	Numeral 5.1 Niveles de Aceptación del Riesgo
Niveles para calificar el impacto	Numeral 5.2. Niveles para calificar el Impacto
Tratamiento de riesgos	Numeral 5.3. Tratamiento de Riesgos
Periodicidad seguimiento de acuerdo con nivel de riesgo	5.1. apartado NOTA

Fuente: Elaboración propia.

Adicionalmente, se identificó en el Sistema de Información STRATEGOS que la UAEGRTD definió la "*Guía para la Administración de Riesgos*" (versión 14, código MC-GU-02), la cual establece en su numeral 1 "(…) *la orientación metodológica para la administración de riesgos* (…)", Así mismo, en el numeral 10, establece que "(…) *El líder del proceso en su responsabilidad como primera línea de defensa, debe divulgar los riesgos identificados junto con el plan de manejo y políticas de operación que se derivan a su grupo de trabajo, tanto en el nivel territorial como el central; con la finalidad de generar conciencia y conocimiento de los responsables con el propósito de que se entiendan las bases sobre las cuales se toman las decisiones y las razones por las cuales se requieren dichas acciones*"

Finalmente, se evidenció el "*instructivo Monitoreo de Riesgos – STRATEGOS*" (versión 2, código MC-IN-02), mediante el cual se establece "(…) *las orientaciones para el reporte y cargue del monitoreo de riesgos en el Sistema de Información Strategos*."

En consecuencia, se constató que la Entidad ha definido y adoptado los lineamientos requeridos para garantizar una administración del riesgo alineada con su estrategia institucional y con el marco normativo aplicable.

2. RIESGO INHERENTE

2.1. Descripción del Riesgo.

La Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del DAFP (versión 6), en su numeral 2.5 "*Descripción del riesgo"*, establece que la redacción del riesgo "(…) *inicia con la frase POSIBILIDAD DE* (…) e incorpora los aspectos impacto, causa inmediata y causa raíz.

Así mismo, para los riesgos fiscales, el numeral 4.2 "*Definición y elementos del riesgo fiscal*", indica que el impacto corresponde al "(…) *efecto dañoso (potencial daño fiscal) sobre los recursos públicos y/o los bienes y/o intereses patrimoniales de naturaleza pública*".

En lo correspondiente a los riesgos de seguridad de la información, el numeral 6.2 "*Identificación del riesgo*", establece que "(…) *se deben asociar el grupo de activos, o activos específicos del proceso, y conjuntamente analizar las posibles amenazas y vulnerabilidades que podrían causar su materialización*"

En virtud de lo anterior, La Oficina de Control Interno verificó que los riesgos de la muestra seleccionada del "*Mapa de Riesgos consolidado (Gestión, Fiscales y Seguridad de la Información)*" (versión 3) incluyeran en su descripción los elementos de impacto, causa inmediata y causa raíz, conforme con lo señalado en los numerales mencionados.

Como resultado de la revisión, se evidenció que de los cincuenta y siete (57) riesgos seleccionados, cuarenta y cinco (45), equivalentes al 79%, presentan oportunidades de mejora, debido a que en su descripción no se identificó que concurrieran los tres elementos señalados en la Guía: impacto, causa inmediata y causa raíz, como se detalla en la tabla a continuación:

Tabla N° 3. Resultados evaluación Descripción del Riesgo.

PROCESO	N° RIESGO	IMPACTO	CAUSA INMEDIATA	CAUSA RAIZ
Articulación Interinstitucional	AI-RG-1	NO	SI	SI
	AI-RG-2	NO	SI	SI
	AI-RG-3	NO	SI	SI
	AI-RSI-4	NO	SI	SI
Control Interno Disciplinario	CD-RG-3	NO	SI	NO
	CD-RG-4	NO	SI	NO
	CD-RSI-5	SI	NO	NO
Control y Evaluación Independiente	CI-RG-2	SI	NO	SI
Direccionamiento Estratégico	PE-RG-1	NO	SI	SI
	PE-RG-2	NO	SI	SI
	PE-RG-3	NO	SI	SI
Etapa Judicial (Gestión de Restitución Ley 1448)	RT-JU-RG-1	NO	SI	SI
	RT-JU-RG-2	NO	SI	NO
	RT-JU-RSI-4	SI	SI	NO
Gestión de Comunicaciones	CO-RSI-5	SI	NO	NO
Gestión de Cooperación Internacional	CP-RG-1	NO	NO	NO
	CP-RG-2	NO	NO	NO
	CP-RSI-3	SI	NO	NO
Gestión Documental	GD-RF-5	NO	SI	NO
	GD-RG-2	NO	SI	NO
	GD-RG-3	NO	SI	NO
	GD-RSI-1	NO	SI	SI
Gestión Financiera	GF-RF-8	SI	SI	NO
	GF-RF-9	NO	SI	NO
	GF-RG-4	NO	SI	NO
	GF-RG-5	NO	SI	NO
Gestión Jurídica	GJ-RG-2	NO	SI	NO
	GJ-RG-3	NO	SI	NO
	GJ-RG-4	SI	SI	NO
	GJ-RSI-5	SI	SI	NO
Gestión Logística y de Recursos Físicos	GL-RF-7	SI	NO	SI
	GL-RG-3	NO	SI	NO
	GL-RSI-6	NO	SI	SI
Gestión Talento Humano	TH-RF-7	SI	SI	NO
	TH-RG-4	NO	SI	NO
	TH-RSI-6	SI	SI	NO
Mejoramiento Continuo	MC-RG-1	SI	NO	SI
	MC-RG-2	NO	SI	SI
Prevención y Gestión de Seguridad	SE-RG-1	NO	SI	SI
	SE-RSI-2	SI	SI	NO

PROCESO	N° RIESGO	IMPACTO	CAUSA INMEDIATA	CAUSA RAIZ
Registro (Gestión de Restitución Ley 1448)	RT-RG-RG-2	NO	SI	NO
	RT-RG-RSI-3	SI	SI	NO
	RT-RG-RSI-4	SI	SI	NO
RUPTA	RU-RG-2	NO	SI	NO
	RU-RSI-3	SI	SI	NO

Fuente: Elaboración propia

Así las cosas, aunque se observó que el "*Mapa de Riesgos consolidado (Gestión, Fiscales y Seguridad de la Información)*" (versión 3) cuenta con campos específicos para registrar el impacto, la causa inmediata y la causa raíz, se evidenció que no siempre se incluyen de manera explícita en la descripción del riesgo, de conformidad con los criterios previamente citados.

En consecuencia, se recomienda a los responsables de los procesos fortalecer la descripción de los riesgos, asegurando que en su redacción se detallen los tres elementos señalados en la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del DAFP (versión 6), numeral 2.5 "*Descripción del riesgo*", buscando facilitar su entendimiento, en especial la identificación de las causas raíz, dado que, según el mismo numeral, estas "(…) *son la base para la definición de controles en la etapa de valoración del riesgo.* (…)", por lo cual, definirlas contribuirá a fortalecer la gestión del riesgo mediante controles más efectivos que mitiguen o prevengan la materialización del mismo.

En respuesta remitida por la OAP mediante correo electrónico del 30 de septiembre de 2025, respecto a lo anterior, se indicó que *"(…) se ajustó la plantilla del mapa de riesgos, de modo que la descripción de todos los riesgos integre el impacto y no permanezca separado. Así mismo, la matriz ha sido parametrizada para que, al momento de seleccionar el tipo de riesgo, la lista desplegable permita escoger el impacto iniciando con la palabra "probabilidad" y, en la columna de descripción del riesgo, se unifique la información correspondiente al impacto, la causa inmediata y la causa raíz. Esta matriz será socializada a lideres y facilitadores de proceso en la socialización de la metodología para la actualización de los mapas de riesgos vigencia 2026.*"

2.2. Valoración del riesgo

La Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del DAFP (versión 6), en su numeral 3.1 "*Análisis de riesgos*", señala que para la valoración del riesgo se debe "(…) *establecer la probabilidad de ocurrencia del riesgo y sus consecuencias o impacto*"

En este sentido, la Oficina de Control Interno verificó en el "*Mapa de Riesgos consolidado (Gestión, Fiscales y Seguridad de la Información)*" (versión 3), que para los cincuenta y siete (57) riesgos de la muestra seleccionada, los valores de probabilidad e impacto inherente, así como la zona de riesgo inherente, coincidieran con los criterios definidos en las tablas 4 "*Criterios para definir el nivel de probabilidad*" y 5 "*Criterios para definir el nivel de impacto*" de la Guía del DAFP.

Como resultado, se constató que el 100% de los riesgos evaluados cuentan con la valoración de probabilidad, impacto y zona de riesgo inherente conforme a lo dispuesto en la Guía del DAFP; no obstante, resulta importante sugerir que para la planeación del Mapa de Riesgos de

Gestión de la vigencia 2026, los procesos analicen los posibles cambios del entorno interno y externo que puedan impactar esta valoración, con el fin de fortalecer la gestión del riesgo de la Entidad.

3. CONTROLES.

3.1. Estructura para la descripción del control.

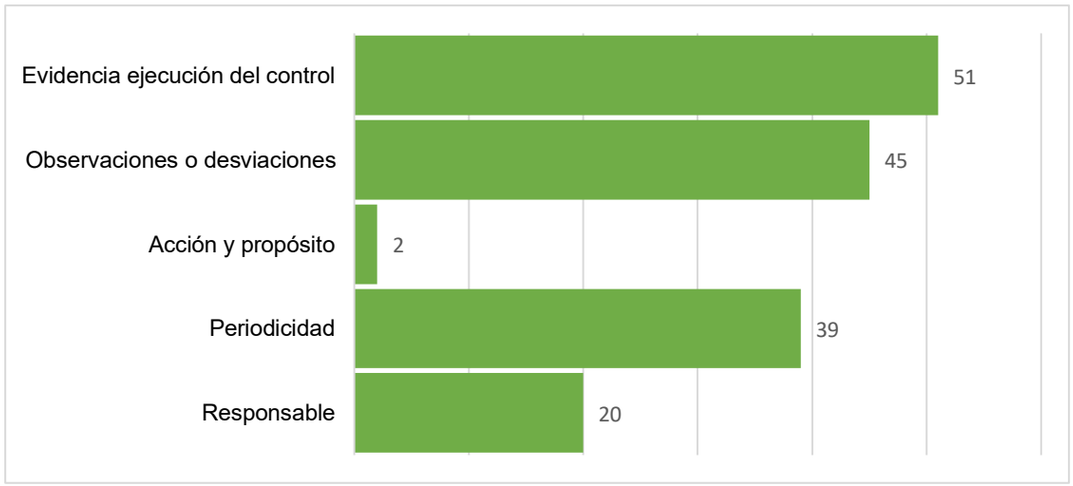
La Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del DAFP (versión 6), en su numeral 3.2.2.1 "*Estructura para la descripción del control*", señala que: "(…) *una adecuada redacción del control (…) facilitará más adelante entender su tipología y otros atributos para su valoración* (…)". De acuerdo con esta estructura, la descripción del control debe incluir: el responsable de su ejecución, la acción a realizar y el complemento correspondiente.

En concordancia con lo anterior, la Guía para la Administración del Riesgo (versión 14 código MC-GU-02), en su numeral 8.13.1 "*Criterios para la identificación de controles existentes"*, establece que: "*Se debe considerar para cada uno de los controles existentes la siguiente información que permite planificarlos adecuadamente y documentarlos de modo objetivo:*

- *Responsable.*
- *Periodicidad.*
- *Propósito.*
- *Cómo se realiza el control.*
- *Qué pasa con las observaciones y desviaciones*
- *Evidencia de la ejecución del control*"

En este contexto, la Oficina de Control Interno verificó que los controles de la muestra seleccionada incluyeran en su descripción, los seis (6) elementos establecidos en el numeral 8.13.1 de la Guía MC-GU-02, obteniendo como resultado que, de los ciento treinta y dos (132) controles, cincuenta y cinco (55), equivalente al 37,9%, presentan oportunidades de mejora al no incorporar alguno de los elementos establecidos para su definición.

Grafica N° 1. Elementos del control no identificados en su descripción



Fuente: 1. Elaboración propia.

La gráfica anterior evidencia, de forma general, los elementos del control que con mayor frecuencia no fueron incluidos en su descripción, identificando que el aspecto menos considerado es la evidencia de la ejecución, seguido por el manejo de observaciones o desviaciones y la periodicidad.

En la tabla a continuación se presentan de manera detallada los controles revisados junto con el riesgo al que pertenecen, señalando específicamente los elementos que no fueron incorporados.

Tabla N° 4. Resultados evaluación Estructura del control

PROCESO	RIESGO	CONTROL	RESPONSABLE	ACCIÓN	PERIODICIDAD	OBSERVACIONES O DESVIACIONES	EVIDENCIA
Prevención y Gestión de Seguridad	SE-RG-1	C1	SI	SI	SI	SI	NO
		C2	SI	SI	SI	SI	NO
		C3	SI	SI	SI	SI	NO
		C4	SI	SI	SI	SI	NO
		C5	SI	SI	SI	SI	NO
Articulación Interinstitucional	AI-RG-1	C1	NO	SI	NO	NO	NO
	AI-RG-2	C1	NO	SI	NO	NO	NO
	AI-RG-3	C1	NO	SI	NO	NO	NO
	AI-RSI-4	C1	NO	SI	NO	NO	NO
		C2	NO	NO	NO	NO	NO
Mejoramiento Continuo	MC-RSI-3	C1	SI	SI	SI	SI	NO
Gestión de Cooperación Internacional	CP-RG-1	C1	SI	SI	SI	NO	NO
		C2	SI	SI	SI	NO	NO
		C3	SI	SI	SI	NO	SI
	CP-RG-2	C1	NO	SI	NO	NO	NO
		C2	SI	SI	NO	NO	NO
	CP-RSI-3	C1	SI	SI	SI	NO	NO
		C2	SI	SI	NO	NO	NO
Gestión de TI	GT-RSI-1	C1	SI	SI	NO	NO	NO
		C2	SI	SI	SI	NO	NO
		C3	SI	SI	NO	NO	NO
		C4	SI	SI	NO	NO	NO

PROCESO	RIESGO	CONTROL	RESPONSABLE	ACCIÓN	PERIODICIDAD	OBSERVACIONES O DESVIACIONES	EVIDENCIA
	GT-RSI-6	C1	SI	SI	NO	NO	NO
		C2	SI	SI	SI	NO	NO
	GT-RSI-7	C1	SI	SI	NO	NO	NO
		C2	SI	SI	NO	NO	NO
		C3	SI	SI	NO	NO	NO
		C4	SI	SI	NO	NO	NO
		C5	SI	SI	NO	NO	NO
RUPTA	RU-RG-2	C2	SI	SI	NO	NO	NO
Registro (Gestión de Restitución Ley 1448)	RT-RG-RG-2	C1	NO	SI	NO	NO	NO
		C2	NO	SI	NO	NO	NO
		C3	NO	SI	NO	NO	NO
	RT-RG-RSI-3	C1	SI	SI	SI	NO	NO
		C2	SI	SI	NO	NO	NO
	RT-RG-RSI-4	C1	SI	SI	NO	NO	NO
		C2	SI	SI	SI	NO	NO
		C3	SI	SI	NO	NO	NO
Etapa Judicial (Gestión de Restitución Ley 1448)	RT-JU-RG-1	C1	NO	SI	NO	SI	SI
		C3	NO	SI	NO	NO	NO
	RT-JU-RG-2	C2	NO	SI	SI	SI	SI
Gestión Jurídica	GJ-RG-2	C1	SI	SI	NO	NO	NO
		C2	SI	SI	NO	NO	NO
	GJ-RG-3	C1	SI	SI	NO	NO	NO
		C2	SI	SI	NO	NO	NO
	GJ-RG-4	C1	NO	NO	NO	NO	NO
Gestión Financiera	GF-RG-5	C3	SI	SI	NO	SI	SI
	GF-RF-8	C3	SI	SI	SI	SI	NO
Control Interno Disciplinario	CD-RG-3	C1	NO	SI	NO	NO	NO
	CD-RG-4	C1	NO	SI	NO	NO	NO

PROCESO	RIESGO	CONTROL	RESPONSABLE	ACCIÓN	PERIODICIDAD	OBSERVACIONES O DESVIACIONES	EVIDENCIA
	CD-RSI-5	C1	NO	SI	NO	NO	NO
		C2	NO	SI	NO	NO	NO
		C3	NO	SI	NO	NO	NO
		C4	NO	SI	NO	NO	NO
		C5	NO	SI	NO	NO	NO

Fuente: Elaboración propia

Ahora bien, si bien se evidenció en el sistema de información STRATEGOS (Reportes - Reporte de Monitoreo), que se cuenta con campos específicos para definir estos elementos asociados al control, se recomienda a los responsables de los procesos revisar y ajustar la descripción de los controles asegurando que en ella se incluyan todos los elementos establecidos en la Guía para la Administración del Riesgo (versión 14, código MC-GU-02), respecto a responsable, acción, periodicidad, propósito, manejo de observaciones o desviaciones y evidencia de ejecución.

Mediante correo electrónico del 30 de septiembre de 2025, la OAP informó que: "*Este lineamiento ha sido transmitido a los procesos por la Oficina Asesora de Planeación en las mesas de trabajo de actualización de los mapas de riesgos y en las socializaciones metodológicas. Adicionalmente, se ajustó la plantilla de la matriz de riesgos para que, al diligenciar cada criterio, la información se una automáticamente en la descripción del riesgo*."

Así mismo, en relación con el riesgo SE-RG-1 del proceso de Prevención y Gestión de Seguridad, informo que: "*El mapa de riesgos se verifico y sí tiene descrita la evidencia correspondiente de cada uno de los controles. Cabe aclarar que, en el mapa consolidado, se retiró el nombre del formato por razones de confidencialidad del documento; sin embargo, al revisar el mapa del proceso cargado en la Intranet, se puede constatar que tanto en la descripción del control como en los criterios asociados se encuentra claramente identificada la evidencia."*

En virtud de lo anterior, si bien se evidenció en el "*Mapa de Riesgos consolidado (Gestión, Fiscales y Seguridad de la Información)*" (versión 3) que, para el riesgo SE-RG-1, controles 1 al 5, se establece como soporte de la ejecución del control que: "*La evidencia de la ejecución de este control es el formato*", y en el sistema de información STRATEGOS (Reportes - Reporte de Monitoreo) se identificó que dichos formatos están descritos de manera específica, se considera importante que esta información se actualice en el mapa de riesgos, toda vez que no se observó que estos formatos tuvieran clasificación de información confidencial.

3.2. Tipología del control

La Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del DAFP (versión 6), en su numeral 3.2.2.2 "*Tipología de controles y los procesos*", establece tres (3) tipologías a saber:

"(…)

- *Control preventivo: control accionado en la entrada del proceso y antes de que se realice la actividad originadora del riesgo, se busca establecer las condiciones que aseguren el resultado final esperado.*

- *Control detectivo: control accionado durante la ejecución del proceso. Estos controles detectan el riesgo, pero generan reprocesos.*

- *Control correctivo: control accionado en la salida del proceso y después de que se materializa el riesgo. Estos controles tienen costos implícitos.*

(…)"

En concordancia con lo anterior, la UAEGRTD, mediante la Guía para la Administración del Riesgo (versión 14 código MC-GU-02), en su numeral 8.13.1 "*Criterios para la identificación de controles existentes*", establece que "*Una vez se identifican los controles existentes con la información que permita reconocerlos objetivamente, se procede a determinar para cada uno su tipo* (…)", clasificándolos como preventivo, detectivo o correctivo.

Así mismo, en el literal 5. "*Valoración de los controles*", señala que para que un control contribuya efectivamente a la mitigación de los riesgos, no basta con que se ejecute; debe estar correctamente diseñado y clasificado.

En virtud de lo anterior, la Oficina de Control Interno verificó que, en los ciento treinta y dos (132) controles de la muestra seleccionada, se determinara correctamente su tipología conforme a lo establecido en los documentos mencionados. Como resultado, se evidenció que treinta y ocho (38) controles, equivalentes al 28,8%, presentan oportunidades de mejora en cuanto a su clasificación.

En la siguiente tabla se presentan los controles cuya tipología, a consideración de la OCI, no corresponde a la definida por el proceso.

Tabla N° 5. Clasificación del Controles mapa de riesgos vs. Clasificación OCI

PROCESO	RIESGO	# CONTROL	CLASIFICACIÓN PROCESO	CLASIFICACIÓN OCI
Prevención y Gestión de Seguridad	SE-RG-1	C5	Preventivo	Correctivo
	SE-RSI-2	C1	Preventivo	Detectivo
Direccionamiento Estratégico	PE-RG-3	C1	Preventivo	Detectivo
Mejoramiento Continuo	MC-RG-1	C1	Correctivo	Detectivo
		C2	Preventivo	Detectivo
		C3	Preventivo	Detectivo
		C4	Preventivo	Detectivo
Gestión de Cooperación Internacional	CP-RG-1	C1	Preventivo	Detectivo
		C2	Preventivo	Detectivo
Gestión de TI	GT-RSI-1	C4	Correctivo	Detectivo
	GT-RF-12	C2	Preventivo	Detectivo
		C3	Preventivo	Detectivo
		C4	Preventivo	Detectivo
RUPTA	RU-RG-2	C1	Preventivo	Detectivo
	RU-RSI-3	C1	Preventivo	Detectivo
Registro (Gestión de Restitución Ley 1448)	RT-RG-RSI-4	C2	Preventivo	Detectivo

PROCESO	RIESGO	# CONTROL	CLASIFICACIÓN PROCESO	CLASIFICACIÓN OCI
Etapa Judicial (Gestión de Restitución Ley 1448)	RT-JU-RG-1	C1	Preventivo	Detectivo
		C2	Preventivo	Detectivo
		C3	Preventivo	Detectivo
		C4	Preventivo	Detectivo
	RT-JU-RSI-4	C1	Preventivo	Detectivo
Gestión Jurídica	GJ-RSI-5	C1	Preventivo	Detectivo
Gestión Documental	GD-RG-2	C1	Preventivo	Detectivo
		C2	Preventivo	Detectivo
	GD-RG-3	C1	Preventivo	Detectivo
		C2	Preventivo	Detectivo
Gestión Logística y de Recursos Físicos	GL-RG-3	C1	Preventivo	Detectivo
Gestión Talento Humano	TH-RG-2	C4	Detectivo	Preventivo
	TH-RSI-6	C1	Correctivo	Detectivo
	TH-RF-9	C1	Preventivo	Detectivo
Gestión Financiera	GF-RG-4	C1	Preventivo	Detectivo
		C2	Preventivo	Detectivo
	GF-RG-5	C3	Preventivo	Detectivo
	GF-RF-8	C2	Preventivo	Detectivo
		C3	Preventivo	Detectivo
Control y Evaluación Independiente	CI-RG-2	C1	Preventivo	Detectivo
		C2	Preventivo	Detectivo
	CI-RSI-3	C2	Preventivo	Detectivo

Fuente: Elaboración propia

Así las cosas, se evidenció que:

- De treinta y cuatro (34) controles clasificados como "*preventivos*", se considera que treinta y tres (33) de ellos corresponden a la tipología "*detectivo*" y uno (1) a la tipología "*correctivo*", ya que al analizar su objetivo, estos no previenen la posible omisión en la redacción del control.
- Tres (3) controles clasificados como "*correctivos*" validada su redacción se considera que corresponden a la tipología "*detectivo*", dado que en su descripción no se observa la corrección de la situación una vez materializada.
- Un (1) control clasificado como "*detectivo*" se ajusta a la tipología "*preventivo*", ya que la acción se ejecuta antes de la ocurrencia del evento que busca mitigar.

Adicionalmente, se evidenció que, de los ciento treinta y dos (132) controles revisados, diecisiete (17), correspondientes al 13,6%, están redactados de tal forma que no es posible identificar si su propósito es "*preventivo*", "*detectivo*" o "*correctivo*". Esto obedece a que no cuenta con los atributos necesarios en su redacción para definirse como un control. A continuación, se relacionan:

Tabla N° 6. Controles definidos como actividades.

PROCESO	RIESGO	# CONTROL
Articulación Interinstitucional	AI-RG-1	C1
	AI-RG-2	C1

PROCESO	RIESGO	# CONTROL
	AI-RG-3	C1
	AI-RSI-4	C1
Gestión de Cooperación Internacional	CP-RG-1	C3
	CP-RG-2	C1, C2
Gestión de TI	GT-RSI-6	C1
Gestión Jurídica	GJ-RG-2	C1, C2
	GJ-RG-3	C1, C2
	GJ-RG-4	C1
Control Interno Disciplinario	CD-RG-4	C1
	CD-RSI-5	C1, C2, C3

Fuente: Elaboración propia

Así las cosas, se recomienda a los responsables de los procesos, en coordinación con la OAP, revisar y ajustar la tipología de los controles, de manera que su clasificación guarde correspondencia con lo establecido en el numeral 3.2.2.2 de la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del DAFP (versión 6) y el numeral 8.13.1 de la Guía para la Administración del Riesgo (versión 14, código MC-GU-02), en el entendido de que esto impacta en el riesgo residual y la determinación del plan de tratamiento que minimice la posibilidad de materializarse.

Así mismo, a partir de la revisión y ajuste de la tipología de los controles, se sugiere verificar la valoración de estos en cuanto a sus atributos de eficiencia, asegurando que esta sea congruente con su clasificación, conforme se establece en el numeral 3.2.2.3 "*Análisis y evaluación de los controles – Atributos*", de la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles – Versión 6 del DAFP.

4. RIESGO RESIDUAL

La Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del DAFP (versión 6), en su numeral 3.2.3 "*Nivel de riesgo (riesgo residual)*", establece que este corresponde a "(…) *el resultado de aplicar la efectividad de los controles al riesgo inherente*".

En este sentido, la Oficina de Control Interno verificó, para los cincuenta y siete (57) riesgos seleccionados en la muestra, que el cálculo del riesgo residual coincidía con el registrado en el "*Mapa de Riesgos consolidado (Gestión, Fiscales y Seguridad de la Información*)" (versión 3) de la UAEGRTD.

Sin embargo, es relevante señalar que, de acuerdo con lo expuesto en el numeral 3.2 del presente informe, la variación en la tipología asignada a algunos controles de acuerdo a la valoración de la Oficina de Control Interno, podría impactar el resultado final del cálculo, generando que este se encuentre sobreestimado o subestimado. Por lo tanto, resulta importante que, en la planeación de la matriz para la vigencia 2026, se verifique la clasificación de los controles y se realicen los ajustes correspondientes con el fin de asegurar la adecuada valoración del riesgo residual.

5. TRATAMIENTO DEL RIESGO

5.1. Niveles de respuesta de aceptación del riesgo

La Política de Administración de Riesgo (versión 5 código MC-ES-4), en su numeral 5.1 "*Niveles de aceptación del Riesgo*", establece que "*Los riesgos de corrupción, fiscal y seguridad de la información son inaceptables, puesto que se encuentra en zonas de riesgo moderada, alta o extrema, por lo que requieren que se identifiquen tratamientos que contribuyan a eliminar sus causas*." Así mismo, los riesgos fiscales "(…) *son inaceptables independientemente la zona de riesgo inherente y residual en la que se encuentren, por lo cual requerirá en todos los casos un plan de tratamiento*."

En este contexto, la Oficina de Control Interno verificó que en el *"Mapa de Riesgos consolidado (Gestión, Fiscales y Seguridad de la Información)"* (versión 3) los riesgos fiscales y de seguridad de la información incluidos en la muestra seleccionada, contaran con un plan de acción definido. Como resultado, se evidenció que, en la columna denominada "*¿Requiere Plan de Tratamiento?*", de los veintiséis (26) riesgos revisados, pese a que en ocho (8) de ellos se indicó que requerían plan de acción, este no se definió. Así mismo, en cuatro (4) riesgos se indicó que no requerían de plan de acción.

En consecuencia, doce (12) de ellos (equivalente al 46%), no disponen de plan de acción, ya sea porque no fue definido pese a requerirse, o porque se indicó que no lo requerían, a pesar de tratarse de riesgos clasificados como fiscales o de seguridad de la información, tal como se relaciona a continuación:

Tabla N° 7. Riesgos Fiscales y de Seguridad de la Información sin Plan de Acción.

PROCESO	RIESGO	ZONA DE RIESGO RESIDUAL	PLAN DE TRATAMIENTO
Articulación Interinstitucional	AI-RSI-4	Moderado	Requiere Plan de Acción
Mejoramiento Continuo	MC-RSI-3	Bajo	No requiere Plan de Acción
Gestión de Cooperación Internacional	CP-RSI-3	Moderado	Requiere Plan de Acción
Gestión de TI	GT-RSI-1	Bajo	No requiere Plan de Acción
	GT-RSI-7	Bajo	No requiere Plan de Acción
Registro (Gestión de Restitución Ley 1448)	RT-RG-RSI-3	Moderado	Requiere Plan de Acción
	RT-RG-RSI-4	Extremo	Requiere Plan de Acción
Gestión Logística y de Recursos Físicos	GL-RSI-6	Moderado	Requiere Plan de Acción
	GL-RF-7	Bajo	No requiere Plan de Acción
Gestión Talento Humano	TH-RSI-6	Moderado	Requiere Plan de Acción
	TH-RF-9	moderado	Requiere Plan de Acción
Gestión Financiera	GF-RF-9	Alto	Requiere Plan de Acción

Fuente: Elaboración propia

En consecuencia, se recomienda que los responsables de los procesos, en coordinación con la (OAP), definan y registren planes de acción para todos los riesgos fiscales y de seguridad de la información que actualmente no cuentan con ellos, independientemente de su zona de

riesgo residual. Esto permitirá asegurar que los riesgos considerados inaceptables sean gestionados de manera oportuna y adecuada, garantizando la implementación de medidas que traten sus causas, conforme lo establecido en el numeral 5.1 de la Política de Administración del Riesgo (versión 5, código MC-ES-4).

Así mismo, se sugiere revisar y ajustar el "*Mapa de Riesgos consolidado (Gestión, Fiscales y Seguridad de la Información)*" (versión 3) de la UAEGRTD, toda vez que se evidenció que la columna denominada *"¿Requiere Plan de Tratamiento?"* es formulada, y como se observó en la tabla anterior en la columna "*Plan de Tratamiento*", en cuatro (4) de los doce (12) riesgos el cálculo arrojó que no se requería plan, a pesar de tratarse de riesgos fiscales y de seguridad de la información.

5.2. Plan de acción del tratamiento

La Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del DAFP (versión 6), en su numeral 3.3. "*Estrategias para combatir el riesgo*", establece que las opciones de tratamiento son: aceptar, reducir o evitar. Así mismo, establece que para la opción de "(…) *reducir, se requerirá la definición de un plan de acción que especifique: i) responsable, ii) fecha de implementación, y iii) fecha de seguimiento*."

En concordancia con lo anterior, la Guía para la Administración del Riesgo (versión 14 código MC-GU-02), en su numeral 8.14 "*Tratamiento del riesgo*", establece que "(…) *los niveles de respuesta de aceptación al riesgo se clasifican en aceptar, evitar o reducir el riesgo* (…)". Adicionalmente, en el numeral 8.14.1 "*Plan de acción del tratamiento*", establece que "(…) *se debe consolidar un plan de acción, el cual debe ser detallado en función del riesgo y sus causas* (…)", el cual debe tener acción, responsable, fechas de ejecución y evidencias o soportes del plan de acción.

En virtud de lo anterior, la Oficina de Control Interno verificó en el "*Mapa de Riesgos consolidado (Gestión, Fiscales y Seguridad de la Información*)" (versión 3) de la UAEGRTD, que de los cincuenta y siete (57) riesgos de la muestra seleccionada, cuarenta y cinco (45) tienen definido plan de acción. Así mismo, en el módulo de Riesgos del sistema de información STRATEGOS, (Reportes - Reporte de Monitoreo), se constató que dichos planes incluyen los elementos requeridos respecto a contemplar acción, responsable, fechas de ejecución y evidencias o soportes.

6. MONITOREO DE RIESGOS.

6.1. Seguimiento Primera Línea de Defensa.

La Guía para la Administración del Riesgo (versión 14 código MC-GU-02), en su numeral 9.1 "*Consideraciones generales para el monitoreo de riesgos"*, establece que "(…) *El monitoreo debe considerar las evidencias de los controles y planes de tratamientos tal y como fueron planificados, permitiendo así concluir objetivamente si la actividad se realizó adecuadamente y si fue eficaz*" y debe realizarse en el Sistema de Información STRATEGOS.

Así las cosas, la Oficina de Control Interno, a través del módulo de Riesgos en el sistema de información STRATEGOS (Reportes - Reporte de Monitoreo), verificó que la primera línea de defensa hubiera generado los seguimientos a los controles y a los planes de tratamiento conforme la periodicidad establecida para cada uno.

Así mismo, se revisó que las evidencias cargadas como soporte de la ejecución de los controles correspondieran con las definidas en su descripción, y que las relacionadas con los planes de tratamiento coincidieran con las registradas en el sistema de información STRATEGOS.

Como resultado, se concluyó que para catorce (14) de los ciento treinta y dos (132) controles, equivalentes al 10,6%, no se evidenció que la primera línea de defensa hubiera realizado el seguimiento conforme a la periodicidad definida en cada control, según lo registrado en el sistema de información STRATEGOS. A continuación, se relacionan los procesos, riesgos y controles en los que no se evidenció dicho seguimiento:

Tabla N° 8. Resultados seguimiento a la gestión de riesgos

PROCESO	RIESGO	# CONTROL
Gestión de TI	GT-RSI-1	C4
Gestión Talento Humano	TH-RG-2	C2, C3
	TH-RF-7	C1, C2
Gestión Financiera	GF-RG-5	C2
	GF-RF-9	C2
Control Interno Disciplinario	CD-RG-3	C1
	CD-RG-4	C1
	CD-RSI-5	C1, C2, C3, C4, C5

Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, diesiséis (16) de los ciento treinta y dos (132) controles, equivalentes al 12,1%, presentan debilidades en las evidencias reportadas, ya que estas no coinciden con lo definido en el control o no permiten demostrar que el control se ejecutó como fue diseñado. A continuación, se relacionan en la tabla los procesos, riesgos y controles en los que se identificó esta situación

Tabla N° 9. Resultados seguimiento STRATEGOS evidencias del control.

PROCESO	RIESGO	# CONTROL
Articulación Interinstitucional	AI-RG-2	C1
	AI-RG-3	C1
Mejoramiento Continuo	MC-RG-2	C1
Gestión de Cooperación Internacional	CP-RSI-3	C1
Gestión de TI	GT-RSI-1	C2
	GT-RSI-7	C1
	GT-RF-12	C4
Gestión Documental	GD-RG-2	C1
Gestión Talento Humano	TH-RG-4	C1, C2
	TH-RSI-6	C4, C5
	TH-RF-7	C1
Gestión Financiera	GF-RG-5	C2, C3
	GF-RF-8	C3

Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, dos (2) de los cincuenta y siete (57) riesgos, equivalentes al 3,5% presentaron seguimiento al plan de acción posterior a la fecha de "*plazo final*" registrada en el sistema de información STRATEGOS (opción Reportes - Reporte de Monitoreo). Estos corresponden a los riesgos CI-RG-2 y CI-RSI-3 del proceso Control y Evaluación Independiente.

En consecuencia, se recomienda que los responsables de los procesos, en coordinación con la OAP, fortalezcan el seguimiento de la primera línea de defensa, de manera que los reportes sobre controles y planes de tratamiento se realicen dentro de la periodicidad establecida, garantizando que las evidencias cargadas en el sistema de información STRATEGOS correspondan a lo definido en cada control y exista una oportuna y adecuada ejecución. Así mismo, se recomienda que la OAP, como segunda línea de defensa, pueda reforzar el acompañamiento a los procesos que presentan mayores dificultades, brindando orientación y soporte para mejorar su gestión.

Mediante correo electrónico del 30 de septiembre la OAP señalo que "(…) *continuará orientando a los procesos en las mesas de trabajo y socializaciones metodológicas para la actualización de los mapas de riesgos correspondientes a la vigencia 2026. Adicionalmente, se realizaron ajustes en la plantilla de la matriz de riesgos, de manera que la información de cada criterio se articule automáticamente en la descripción del riesgo. Con estas acciones, se garantizan mejoras para la vigencia 2026, fortaleciendo la gestión del riesgo y asegurando la alineación con la nueva Guía de Gestión Integral del Riesgo del DAFP*".

6.2. Seguimiento Segunda Línea de Defensa.

La Guía para la Administración del Riesgo (versión 14 código MC-GU-02), en su numeral 9.4 "*Periodicidad del informe de monitore de riesgos*", establece que "(…) *la OAP en cabeza del proceso del líder del proceso de mejoramiento continuo, realizará tres informes anuales para evaluar la gestión de los riesgos desde el monitoreo realizado por la primera línea de defensa.*", los cuales se elaboraran "(…) *el siguiente mes después de la fecha de corte*."

Así mismo, en el numeral 9.5.1, literal A, se establece que el informe del primer monitoreo debe contener:

"(…)

- *Oportunidad en el monitoreo de los procesos*
- *Materialización y análisis de la situación*
- *Ejecución de los controles y la evidencia de estos*

Ejecución del plan de acción (…)"

En este sentido, la Oficina de Control Interno solicitó, mediante el memorando No. 202511000103553 del 21 de agosto de 2025, los informes del seguimiento al monitoreo de riesgos emitido por la OAP como segunda línea de defensa. Como respuesta, a través del memorando No. 202513000105103, la OAP indicó "(…) *que dicho informe se encuentra disponible para consulta en la intranet institucional (enlace: Intranet – Informe y Anexo de Riesgos)*."

En el enlace señalado se evidenció la existencia del documento "*Informe Monitoreo de Riesgos*" y el "*Anexo 1 – Anexo para Control de Riesgos – Strategos Primer Monitoreo 2025*" elaborados por la segunda línea de defensa para el primer cuatrimestre de 2025.

Teniendo en cuenta que el alcance de la presente auditoría corresponde al periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de agosto de 2025, se verificó que el informe remitido incluyera lo dispuesto en el numeral 9.5.1, literal A, referente al "*1er Monitoreo*". Toda vez que el segundo monitoreo se encontraba en proceso de estructuración.

En el "*Informe Monitoreo de Riesgos*", en el numeral 3.3 "*Metodología seguimiento a riesgos (Corrupción – Fiscales - Gestión - Seguridad de la Información)",* se indicó que "*A través del Anexo 1 – Anexo para Control de Riesgos – Strategos Primer Monitoreo 2025, el equipo SIPG de la Oficina Asesora de Planeación llevó a cabo el seguimiento y análisis del reporte realizado por los veinticuatro (24) procesos, que comprenden un total de ciento veinte (120) riesgos, doscientos noventa y seis (296) controles y ciento cuarenta y seis (146) planes de tratamiento.*"

Al verificar el archivo "*Anexo 1 – Anexo para Control de Riesgos – Strategos Primer Monitoreo 2025*" se constató la realización de dicho seguimiento. Así mismo, se evidenció la materialización de riesgos, como se presenta a continuación:

Tabla N° 10. Riesgos materializados I cuatrimestre 2025.

PROCESO	RIESGO	¿SE MATERIALIZÓ EL RIESGO?
Registro - Gestión de Restitución Ley 1448	RT-RG-RG-2	Se reporta la materialización del riesgo por parte del proceso, en 3 Direcciones Territoriales, por lo que se deben plantear estrategias para su tratamiento.
Atención a la Ciudadanía	AC-RG-2	Se materializa el riesgo por incumplimiento en la oportunidad de las respuestas a las PQRSDF

Fuente: Anexo 1 – Anexo para Control de Riesgos – Strategos Primer Monitoreo 2025

En el numeral 5.2 del "*Informe Monitoreo de Riesgos*", se observó que la OAP recomendó a estos procesos "(…) *iniciar las acciones descritas en el numeral 9.2, "Acciones para seguir en caso de materialización del riesgo," de la guía MC-GU-02 para la Administración de Riesgos.*"

En virtud de lo anterior, se recomienda instar a los líderes de los respectivos procesos a implementar las acciones de contingencia establecidas para los riesgos materializados en el *"Mapa de Riesgos consolidado (Gestión, Fiscales y Seguridad de la Información)",* teniendo en cuenta lo descrito en el numeral 9.2, "*Acciones para seguir en caso de materialización del riesgo*" de la guía interna para la Administración de Riesgos, y actualizar los campos correspondientes a la materialización del riesgo en el módulo de Riesgos en el sistema de información STRATEGOS (Reportes - Reporte de Monitoreo).

En consecuencia, se concluye que el "*Informe Monitoreo de Riesgos*" y el "*Anexo 1 – Anexo para Control de Riesgos – Strategos Primer Monitoreo 2025*" cumplen con lo establecido en el numeral 9.5.1, literal A, de Guía para la Administración del Riesgo (versión 14 código MC-GU-02.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que la primera y segunda línea de defensa, analicen y gestionen las oportunidades de mejora identificadas dentro del proceso de planeación y actualización de la Matriz de Riesgos para la vigencia 2026. Esto implica ajustar la descripción de los riesgos para que incluyan impacto, causa inmediata y causa raíz; revisar y clasificar la tipología de los controles asegurando coherencia con su valoración; y garantizar que todos los riesgos

fiscales y de seguridad de la información cuenten con planes de tratamiento, independientemente de su zona residual.

Para lo anterior es importante realizar un análisis del entorno actual de los procesos, procurando los riesgos estén diseñados y ajustados a realidad operativa.

Adicionalmente, es importante revisar las herramientas existentes para la construcción de los riesgos, garantizando sean comprendidas por todos los procesos y se estén utilizando en debida forma.

- De igual manera, resulta necesario fortalecer el seguimiento y la calidad de las evidencias reportadas en el sistema de información STRATEGOS, asegurando que correspondan con lo definido en cada control y plan de tratamiento. Para ello, se sugiere que la Oficina Asesora de Planeación, como segunda línea de defensa, refuerce el acompañamiento a los procesos con mayores dificultades, de modo que la planeación de la Matriz de Riesgos 2026 pueda realizarse con base en los aspectos identificados, garantizando que los ajustes necesarios se incorporen oportunamente.
- Se debe asegurar que cuando se carguen enlaces como evidencia de la ejecución de los controles, estos permitan visualizar la totalidad de la información, en busca de que exista trazabilidad y soportabilidad de las gestiones institucionales.
- Se recomienda requerir a los procesos que las evidencias que se registren en STRATEGOS, correspondan a las versiones definitivas y aprobadas por las instancias competentes (según corresponda), así como utilizar los formatos institucionales en sus versiones vigentes.

Notas:

- La naturaleza de la labor de auditoría interna ejecutada por la Oficina de Control Interno, al estar supeditada al cumplimiento del Plan Anual de Auditoría, se encuentra limitada por restricciones de tiempo y alcance, razón por la que procedimientos más detallados podrían develar asuntos no abordados en la ejecución de esta actividad.
- La evidencia recopilada para propósitos de la evaluación efectuada versa en información suministrada por los responsables de atender el proceso auditor, a través de solicitudes y consultas realizadas por la Oficina de Control Interno. Nuestro alcance no pretende corroborar la precisión de la información y su origen.
- Es discrecional de Entidad determinar si se acogen las recomendaciones elevadas por la Oficina de Control Interno ante las situaciones observadas, no obstante, se invita a que las mismas sean consideradas en el establecimiento de los planes de mejoramiento a que haya lugar.

CLAUDIA MARCELA PINZON MARTINEZ

Firmado digitalmente por CLAUDIA MARCELA PINZON MARTINEZ
DN: T=JEFE DE OFICINA ASESORA CODIGO 0137 GRADO 22, SN=PINZON MARTINEZ, STREET="Calle 13A #29-24 BARRIO ED ALLIANZ", S=BOGOTA D.C., OU=TOKEN VIRTUAL, SERIALNUMBER=2280032, OID.1.3.6.1.4.1.23267.2.3=9004988799, OID.1.3.6.1.4.1.23267.2.2=53077880, OID.1.3.6.1.4.1.23267.2.1=364, O=UNIDAD DE RESTITUCION DE TIERRAS, L=BOGOTA D.C., G=CLAUDIA MARCELA, C=CO, CN=CLAUDIA MARCELA PINZON MARTINEZ
Razón: Yo soy el autor de este documento
Ubicación:
Fecha: 08/10/2025 10:35:41 -05'00'

CLAUDIA MARCELA PINZON MARTÍNEZ
Jefe Oficina de Control Interno

Anexos*: N/A*
Elaboró: *Angie Lizeth Camacho Gordillo, Contratista Oficina de Control Interno.*
Revisó: *Maicol Stiven Zipamocha Murcia, Contratista Oficina de Control Interno*