



| | | | |
|---|--|-----------------|------------|
|  Centro Nacional de Memoria Histórica | Informe de Seguimiento y/o evaluación | CÓDIGO: | CIT-FT-006 |
| | | VERSIÓN: | 002 |
| | | PÁGINA: | 1 de 27 |

| | | | | | | |
|---------------------------|-----|----|---------|----|-----|------|
| Fecha emisión del informe | día | 13 | me s | 11 | año | 2025 |
|---------------------------|-----|----|---------|----|-----|------|

| | |
|--|--|
| Proceso: | Administración del Sistema Integrado de Gestión |
| Procedimiento/operaciones. | Mapa de Riesgos de Gestión - CNMH |
| Líder de Proceso: Jefe(s) Dependencia(s): | Todos los líderes de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo del Centro Nacional de Memoria Histórica - CNMH. |
| Nombre del seguimiento: | Informe de seguimiento al mapa de riesgos de gestión del CNMH vigencia 2025. |
| Objetivo: | Evaluar la administración del riesgo de gestión, en los procesos del Centro Nacional de Memoria Histórica – CNMH, vigencia 2025. De conformidad con la política institucional y los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública. |
| Metodología | <p>Para la presente evaluación, se efectuó la siguiente metodología:</p> <p>Se utiliza como soporte y evidencia, la información suministrada por Planeación contenida en el Drive con link de ingreso <u>Monitoreo R. Gestión 2025 - Google Drive</u>. Así mismo, otro insumo que utiliza Control Interno, son los informes realizados en el marco del plan anual de auditoría, la evaluación por dependencias parcial, avances al plan de acción, entre otros.</p> <p>El periodo evaluado corresponde desde el 1 de enero al 30 de agosto de 2025 y se emplean procedimientos de auditoría como son la consulta, observación, inspección, confirmación.</p> |

| | | | |
|---|--|-----------------|------------|
|  Centro Nacional de Memoria Histórica | Informe de Seguimiento y/o evaluación | CÓDIGO: | CIT-FT-006 |
| | | VERSIÓN: | 002 |
| | | PÁGINA: | 2 de 27 |

| | | |
|--|---|--|
| | En cada apartado del informe se presenta un resumen ejecutivo de los resultados de la asesoría integral, efectuada por el DAFP a la Gestión Integral del Riesgo del Centro Nacional de Memoria Histórica. | |
| Limitaciones o riesgos del proceso de seguimiento | <p>Riesgo: Posibilidad de que el acompañamiento que realiza Control Interno se asuma como autorizaciones y refrendaciones y no como recomendaciones de carácter técnico no vinculantes.</p> <p>El alcance que tiene Control Interno en la ejecución de sus roles se encuentra limitado en razón a la objetividad e independencia que debe guardar como evaluador y tercera línea de defensa. Por lo anterior, es importante resaltar que para la presente evaluación se realizaron recomendaciones únicamente basadas en esquemas metodológicos con una visión enfocada en la mejora a la gestión de riesgos.</p> | |
| | Asesor de Control Interno | Equipo Evaluador de control interno |
| | Doris Yolanda Ramos | Liz Milena García Rodríguez |

DESARROLLO DEL SEGUIMIENTO (Temas evaluados – Conclusiones)


En el marco de los roles que le competen, particularmente el Enfoque hacia la Prevención y la Evaluación de la Gestión del Riesgo, Control Interno, en su calidad de tercera línea de defensa y función de evaluación independiente, lleva a cabo la valoración de la administración de los riesgos de gestión en los procesos del Centro Nacional de Memoria Histórica – CNMH, para la vigencia 2025, en concordancia con la política institucional y los lineamientos emitidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP).

Los criterios tenidos en cuenta para la verificación y recomendaciones fueron:

- Resolución 378 del 26 de diciembre de 2023, por medio de la cual se actualiza la Política de Administración del Riesgo en el Centro Nacional de Memoria Histórica.
- Procedimiento SIP-PR-007 versión 6 del 19 de enero de 2024.
- Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 6 del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP.
- Guía de Rol de las Oficinas de Control Interno o quienes hacen sus veces, versión 3 del DAFP.

A continuación, se presentan las verificaciones efectuadas por Control Interno:


1. Revisión de la Política de Administración de Riesgos:

| | | | |
|---|--|-----------------|------------|
|  Centro Nacional de Memoria Histórica | Informe de Seguimiento y/o evaluación | CÓDIGO: | CIT-FT-006 |
| | | VERSIÓN: | 002 |
| | | PÁGINA: | 3 de 27 |

- Se evidencia la existencia de la política de administración de riesgos aprobada por la alta dirección, la cual fue actualizada en la Resolución 378 del 26 de diciembre de 2023.
- Alineación normativa: La política se fundamenta en la Constitución, Ley 87/1993, Decretos 1083/2015 y 1499/2017, y en el Manual Operativo del MIPG, cumpliendo lo exigido por el DAFP.
- Integralidad en tipos de riesgo: Incluye riesgos de gestión, corrupción, fiscales y de seguridad digital, en línea con la guía del DAFP.
- Definición clara de roles (Tres líneas de defensa): La distribución de responsabilidades entre alta dirección, líderes de proceso, planeación y control interno es consistente con buenas prácticas internacionales (COSO/IIA).
- Metodología definida: Se adopta expresamente la metodología e instrumentos del DAFP, lo que garantiza estandarización.
- Niveles de aceptación diferenciados: En riesgos de corrupción se fija un criterio estricto de no aceptación, coherente con la política de transparencia.
- Procedimientos de materialización: Se establecen protocolos claros de actuación, planes de mejora y actualización del mapa de riesgos.
- Articulación con MIPG y MECI: Se reconoce la dimensión de control interno y la relación con el SIG de la entidad.
- Se confirma que la política incluye los lineamientos mínimos establecidos en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 6 del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, como la metodología, niveles de responsabilidad, periodicidad de monitoreo, y tablas de probabilidad e impacto.
- Se recomienda tener en cuenta el marco conceptual para el apetito del riesgo, para la revisión de la metodología a establecer.

Aspectos que deben ser considerados con relación a la política de administración de riesgos, conforme a los comentarios del DAFP:

- ALCANCE: Ampliar el alcance a los programas y proyectos que desarrolla la entidad.

| | | | |
|---|--|-----------------|------------|
|  Centro Nacional de Memoria Histórica | Informe de Seguimiento y/o evaluación | CÓDIGO: | CIT-FT-006 |
| | | VERSIÓN: | 002 |
| | | PÁGINA: | 4 de 27 |

- **RESPONSABLES:** Incluir como responsable de la línea estratégica el Comité de Gestión y Desempeño Institucional y las responsabilidades frente al riesgo. Apoyarse en el documento guía de política de administración de riesgos.
- Analizar los cambios en el entorno (contexto interno y externo) que puedan tener un impacto significativo en la operación de la entidad y que puedan generar cambios en la estructura de riesgos y controles.
- Realimentar al Comité Institucional de Gestión y Desempeño sobre los ajustes que se deban hacer frente a la gestión del riesgo.
- Evaluar el estado del sistema de control interno, acorde con la información generada por parte de las instancias de 2ª línea identificadas y la actividad de control definida que materializa la línea de reporte en cada caso, acorde con el tema del cual son responsables, a fin de generar acciones y una toma de decisiones con enfoque preventivo. (Se aclara que esta recomendación es para la tercera línea de defensa, la cual desarrolla la evaluación al estado del sistema de control interno semestralmente.)
- Se recomienda organizar la estructura de la metodología de riesgos, es decir primero el contexto estratégico, luego la identificación y descripción de los riesgos, valoración de los riesgos incluido el mapa de calor, seguido del tratamiento de los riesgos, diseño y valoración de controles y la valoración de la probabilidad e impacto del riesgo residual.
- Ajustar la denominación de los riesgos de seguridad de la información.
- Eliminar el ARTÍCULO 12. MONITOREO Y SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE LOS RIESGOS, toda vez que en el artículo de responsabilidades ya se menciona.


A continuación, se presenta la tabla de valoración de la política enviada por la asesora del DAFP.



ANÁLISIS POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS CENTRO NACIONAL DE MEMORIA HISTÓRICA-CNMH

| Aspecto | SI | NO | OBSERVACIÓN(ES) |
|---|----|----|--|
| 1. Lineamientos Conceptuales de la Política. | | | |
| 1.1. Objetivo | X | | Se encuentra bien definido el Objetivo. |
| 1.2. Alcance | X | | Revisar los comentarios del documento de la Política de administración del riesgo y realizar los ajustes. |
| 1.3. Definiciones | X | | Se encuentra bien definido las definiciones. |
| 1.4. Normas Legales | | X | En el documento no se encuentra incluidas, por lo que este ítem está ok. |
| 2. Lineamientos Estratégicos de la Política. | | | |
| 2.1. Definición de Contexto Estratégico | | X | Se debe identificar el contexto externo y el contexto interno que pueden estar afectando el cumplimiento de los objetivos de la entidad. Revisar el modelo de política de administración del riesgo que fue enviado y adaptarlo en la entidad. Resulta fundamental efectuar el análisis del contexto interno y externo al cual esta expuesta la entidad, así como al diagnóstico de capacidades e incorporarlo dentro del Manual, pues resulta fundamental entender este contexto y diagnóstico que facilitaría el ejercicio de identificación de los factores de riesgos y por ende de los riesgos de cada proceso. En el correo se envió un esquema de la política donde se explica y se da un ejemplo del contexto. |
| 2.2. Niveles de autoridad y responsabilidad conforme el esquema de líneas de defensa. | | X | Mirar los comentarios realizados en el documento y realizar las correcciones pertinentes. Revisar el esquema de la política de riesgos donde se establecen las responsabilidades que tiene cada una de las líneas de defensa con respecto al riesgo. |
| 3. Lineamientos Metodológicos de la Política. | | | |
| 3.1. Riesgos de Gestión | | | |
| 3.1.1. Lineamientos de Identificación y Descripción del Riesgo | | X | Dentro del documento no se encuentra identificado los lineamientos para la identificación y descripción de los riesgos de gestión. Para su redacción, remitirse a la guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas Versión 6. Numeral 2.5. Ver el documento de política de riesgos enviado por correo electrónico 5.3 Identificación de Riesgos. |
| 3.1.2. Lineamientos de Análisis de Probabilidad e Impacto Inherente | | X | Se encuentra bien definido el lineamiento de Análisis de Probabilidad e Impacto Inherente. Mirar los comentarios realizados en el documento y realizar las correcciones pertinentes. |
| 3.1.3. Lineamientos para el Diseño y Valoración de Controles | | X | No se encuentran definido los lineamientos relacionado con el diseño y valoración de controles. Para el diseño y valoración de controles, remitirse a la guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas Versión 6. Numerales 3.2.2.1 y 3.2.2.3. Ver el documento de política de riesgos enviado por correo electrónico Numeral 5.5 |
| 3.1.4. Lineamientos para la Valoración de Probabilidad e Impacto Residual | | X | Dentro del documento no se encuentra identificado los lineamientos para la Valoración de Probabilidad e Impacto Residual de riesgos de Gestión. Para valorar probabilidad e impacto residual, remitirse a la guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas Versión 6. Numeral 3.2.3 - Nivel del riesgo (riesgo residual). Incluir este ítem. |
| 4. Otros Elementos Incorporados en la Política. | | | |
| Para un mejor entendimiento leer la guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6 y recuerde que la gestión del riesgo es integral, lo que quiere decir que dentro de la política de administración del riesgo deben estar incluido los lineamientos de los diferentes tipos de riesgos (Gestión, corrupción, de Seguridad de la información y fiscales). Leer nuevamente el modelo que se envió de la Política de Administración de Riesgos y adaptarlo a la entidad, en los aspectos que faltan por incluir de acuerdo a las observaciones realizadas. | | | |

En relación con lo anteriormente expuesto, Control Interno recomienda la revisión de los comentarios efectuados por el DAFP para la política actual, ya sea para una actualización previa si a bien se considera o para tener en cuenta en la actualización que se debe efectuar en el marco de guía de administración de riesgos

| | | | |
|---|--|-----------------|------------|
|  Centro Nacional de Memoria Histórica | Informe de Seguimiento y/o evaluación | CÓDIGO: | CIT-FT-006 |
| | | VERSIÓN: | 002 |
| | | PÁGINA: | 6 de 27 |

V7, para lo cual es pertinente iniciar actividades para determinar los cambios fundamentales de integridad pública, riesgo fiscal, como son el manual de debida diligencia, función de cumplimiento, nuevos riesgos a identificar, entre otros.

Para hacer una adecuada transición y de acuerdo con las recomendaciones de DAFP, es importante efectuar un diagnostico general del modelo de proceso de operación por procesos, para continuar con la adaptación de la política, previo al análisis de los temas nuevos.


2. Verificación de la Identificación del Riesgo.

Objetivo del proceso

Teniendo en cuenta que el análisis de los objetivos de los procesos constituye un paso fundamental, dado que los riesgos identificados deben estar relacionados con el grado de cumplimiento de estos, se recomienda, en el marco del Modelo de Operación por Procesos y las acciones de actualización que se han venido desarrollando durante la presente vigencia, *realizar una revisión integral de los mismos, verificando su alineación con la misión, visión y objetivos estratégicos institucionales. Asegurando que los objetivos formulados respondan claramente a los elementos de qué, cómo, para qué, cuándo y cuánto, efectuando los ajustes que se consideren pertinentes. Ya que en caso de que los procesos no cuenten con objetivos definidos en la mencionada lógica, no será posible aplicar de manera efectiva una metodología de gestión del riesgo.*

Evaluación de la Identificación de Riesgos

- Del análisis efectuado sobre la matriz de riesgos de gestión y los objetivos de los procesos institucionales, se evidencia que, de acuerdo con los objetivos existentes, fue factible que se presentaran dificultades en la identificación de los riesgos. Sin embargo, en términos generales, los riesgos se encuentran alineados con los objetivos estratégicos y los procesos del Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH), reflejando coherencia entre los factores de riesgo y los propósitos misionales de la entidad. No obstante, es posible optimizar esta labor, revisando que cada riesgo se asocie a indicadores o metas del Plan Estratégico y del Plan de Acción.
- Los riesgos están redactados siguiendo la estructura propuesta (¿Qué? ¿Cómo? ¿Por qué?), lo que facilita su comprensión y análisis.
- Durante la revisión de la descripción de los riesgos de gestión, se evidenció que en la totalidad de los registros se emplea la expresión “posible pérdida económica o reputacional” como impacto del evento de riesgo. De acuerdo con los lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles – versión 6 del DAFP (2022), este término no resulta el más adecuado en la etapa de identificación y análisis del riesgo, dado que la palabra “pérdida” alude a una consecuencia materializada o cuantificable. En esta fase, la formulación debe referirse al impacto potencial, utilizando

| | | | |
|---|--|-----------------|------------|
|  Centro Nacional de Memoria Histórica | Informe de Seguimiento y/o evaluación | CÓDIGO: | CIT-FT-006 |
| | | VERSIÓN: | 002 |
| | | PÁGINA: | 7 de 27 |


el término “afectación económica o reputacional”, que describe de forma más precisa la naturaleza preventiva del riesgo.

Evaluación de la redacción de los riesgos de gestión conforme a las premisas metodológicas de la Guía DAFP V6.

En desarrollo de la verificación efectuada a la matriz de riesgos de gestión del Centro Nacional de Memoria Histórica, se evaluó el cumplimiento de las premisas establecidas en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles – versión 6 del DAFP (2022), relacionadas con la adecuada redacción de los riesgos.

Dichas premisas orientan a que los riesgos sean formulados en términos de eventos potenciales, diferenciando causa, evento y efecto, y evitando descripciones centradas en hechos materializados, causas o negaciones de control. A continuación, se presenta la evaluación consolidada:

| Premisa metodológica (DAFP v6) | Descripción técnica de la premisa | Observación en los riesgos revisados | Nivel de cumplimiento | Ejemplo ilustrativo del CNMH |
|--|---|--|-----------------------|---|
| 1. No describir como riesgos hechos, omisiones o desviaciones del control ya materializadas. | Los riesgos deben expresar eventos potenciales, no hechos que ya ocurrieron o deficiencias existentes. Las desviaciones (errores, incumplimientos, retrasos, etc.) corresponden a hallazgos o no conformidades. | Se identifican múltiples redacciones que describen hechos actuales (“incumplimiento”, “retrasos”, “divulgación indebida”, “falta de respuesta”), lo que indica que en varios casos se está describiendo una condición real o repetitiva, no un evento potencial. | Parcialmente cumple. | Ejemplo: “Posibilidad de pérdida reputacional por incumplimiento en la consolidación y reporte del monitoreo de las metas...” — refleja un incumplimiento ya evidenciado. |
| 2. No describir causas como riesgos. | El riesgo no debe formularse como la causa (debilidad o problema), sino como el evento que podría afectar los objetivos, originado por dicha causa. | En varios riesgos, la causa se enuncia como si fuera el riesgo mismo (“por deficiencias en la gestión interna”, “por no implementar controles”), sin claridad sobre cuál sería el evento. Falta separación explícita entre causa, evento y efecto. | Parcialmente cumple. | Ejemplo: “Posibilidad de pérdida reputacional por la publicación o divulgación de archivos de DDHH con información sensible, debido a que no se implementan los controles respectivos...” — aquí el foco está en la causa (“no implementar controles”). |
| 3. No redactar riesgos como negación de un control. | La redacción no debe centrarse en la ausencia o falta de un control (“por no contar con...”), sino en el evento y su efecto. | Algunos riesgos están redactados con esa estructura negativa, desplazando el énfasis del evento hacia la carencia del control. Esto reduce la claridad del suceso riesgoso. | Parcialmente cumple. | Ejemplo: “Posibilidad de pérdida reputacional por violación de la reserva de investigaciones disciplinarias debido a que no se cuenta con un archivo de gestión...” — se centra en la falta del control, no en el evento. |

| | | | |
|---|--|-----------------|------------|
|  Centro Nacional de Memoria Histórica | Informe de Seguimiento y/o evaluación | CÓDIGO: | CIT-FT-006 |
| | | VERSIÓN: | 002 |
| | | PÁGINA: | 8 de 27 |

| | | | | |
|--|--|--|----------------------|--|
| 4. No describir riesgos como omisiones o errores de procedimiento específicos. | Los riesgos no deben enunciar errores operativos concretos, sino situaciones de riesgo que los puedan generar. | En algunos casos se detallan desviaciones puntuales ("entrega tardía", "retrasos en cronogramas"), lo que transforma el riesgo en una descripción del fallo y no en el evento posible. | Parcialmente cumple. | Ejemplo: <i>"Posibilidad de pérdida económica y reputacional por retrasos en la elaboración y entrega de investigaciones..."</i> — describe un hecho repetitivo, no un evento potencial. |
| 5. Diferenciar entre causa, evento y efecto. | Todo riesgo debe contener estas tres partes claramente diferenciadas, sin mezclar términos o repetir ideas. | La mayoría de los riesgos tienen los tres elementos, pero mezclados o redundantes: el evento y el efecto se confunden, y las causas se enuncian de forma genérica. | Cumple parcialmente. | Ejemplo: <i>"Posibilidad de pérdida reputacional por disminución de apoyos... debido a incumplimientos en los compromisos pactados..."</i> — evento y causa están entrelazados. |


A partir del análisis realizado, se concluye que los riesgos de gestión del CNMH presentan coherencia temática con los procesos y objetivos institucionales; sin embargo, se evidencian debilidades en la aplicación de las premisas de redacción definidas por el DAFP, particularmente en el uso de descripciones reactivas, en la confusión entre causa y evento, y en la formulación de riesgos en forma de negación de controles. Aunque la mayoría conserva una estructura lógica, se requiere ajustar la redacción para expresar los eventos como situaciones potenciales, diferenciando con claridad causa, evento y efecto, y evitando registrar hechos materializados o desviaciones de control. Estas acciones permitirán fortalecer la calidad analítica de la matriz de riesgos, mejorar su trazabilidad con los objetivos institucionales y asegurar su alineación con la metodología del DAFP versión 6.

De conformidad con lo expuesto, Control Interno se permite hacer las siguientes recomendaciones, para el buen desarrollo del trabajo a realizar en el marco de la guía en su versión 7.

- Si bien es cierto el plazo para su implementación es el día 15 de septiembre de 2026, como bien lo han sugerido desde la Secretaría de Transparencia, se recomienda iniciar desde ya una estrategia de implementación y no esperar hasta último momento para efectuar la organización y las acciones necesarias.
- Solicitar las asesorías y capacitaciones necesarias para desplegar el conocimiento y entrenamiento que se requiere a nivel de esquema de líneas de defensa, en el marco de la guía versión 7 – DAFP.
- Fortalecer la participación de los líderes de proceso en la identificación de riesgos para garantizar un análisis más exhaustivo.
- Realizar talleres periódicos para identificar nuevos riesgos y actualizar los existentes.
- Validar que se identifiquen los puntos de riesgo, áreas de impacto, factores de riesgo y causas raíz.
- Comprobar que los riesgos estén redactados de manera clara y precisa, siguiendo la estructura propuesta.

A continuación, Control Interno presenta el consolidado, de riesgos, controles y acciones de tratamiento de los procesos de CNMH:

| Dependencia | Proceso | Riesgos de Gestión | Controles | Acciones de tratamiento |
|---|--|--------------------|-----------|-------------------------|
| Planeación | Direccionamiento y gestión estratégica | 2 | 3 | 2 |
| | Administración del Sistema Integrado de Gestión | 1 | 1 | 1 |
| Equipo Cooperación y Alianzas | Cooperación Internacional y Alianzas | 2 | 3 | 2 |
| Dirección de Archivo de los Derechos Humanos | Protección, conformación, acceso y uso social de archivos de DDHH, memoria histórica y conflicto armado y colecciones de DDHH y DIH | 2 | 3 | 2 |
| Dirección de Construcción de Memoria Histórica | Gestión y desarrollo de investigaciones para el esclarecimiento histórico y reconstrucción de la memoria histórica | 1 | 2 | 1 |
| | Gestión de respuestas a requerimientos administrativos y judiciales orientados a la reparación integral y colectiva de las víctimas | 2 | 3 | 2 |
| | Apoyo a iniciativas de memoria histórica y autoridades territoriales | 1 | 3 | 1 |
| Dirección de Acuerdos de la Verdad | Recolección, clasificación, sistematización y análisis de la información de acuerdos de contribución a la verdad histórica y la reparación | 1 | 1 | 1 |
| Dirección de Museo de Memoria Histórica de Colombia | Gestión del Museo de Memoria Histórica de Colombia | 2 | 3 | 2 |
| Dirección General - Pedagogía | Pedagogía en memoria histórica | 2 | 2 | 2 |
| Estrategia de Comunicaciones | Difusión de memoria histórica | 2 | 2 | 2 |
| | Comunicación interna | 1 | 1 | 1 |
| Oficina Asesora Jurídica | Gestión Jurídica | 1 | 1 | 1 |
| Dirección Administrativa y Financiera | Adquisición de bienes y servicios | 2 | 2 | 2 |
| | Servicio al ciudadano | 1 | 1 | 1 |
| | Gestión de recursos físicos | 1 | 1 | 1 |
| | Gestión documental | 1 | 1 | 1 |
| | Control Disciplinario | 2 | 2 | 2 |
| | Gestión de tecnologías de la información y las comunicaciones | 0 | 0 | 0 |
| | Gestión Financiera | 0 | 0 | 0 |
| Control Interno | Gestión de Talento Humano | 0 | 0 | 0 |
| | Control Interno | 2 | 2 | 2 |
| TOTALES | | 29 | 37 | 29 |

| | | | |
|---|--|-----------------|------------|
|  Centro Nacional de Memoria Histórica | Informe de Seguimiento y/o evaluación | CÓDIGO: | CIT-FT-006 |
| | | VERSIÓN: | 002 |
| | | PÁGINA: | 10 de 27 |

Elaboración propia.

Se realizó el análisis consolidado de la matriz de riesgos de gestión, controles y acciones de tratamiento reportada por las dependencias del CNMH. En general, se observa un adecuado nivel de avance en la identificación y control de riesgos en los procesos misionales y de apoyo, reflejando consistencia entre la formulación de riesgos y la implementación de acciones de tratamiento. Sin embargo, se evidencia una brecha en los procesos administrativos de gestión financiera, gestión de talento humano y gestión de tecnologías de la información y las comunicaciones, los cuales registran valores en cero en las tres categorías evaluadas. Esta ausencia limita la cobertura integral del sistema de administración del riesgo, considerando que dichos procesos son críticos para la sostenibilidad institucional. Se recomienda incluir estos procesos en el mapeo y valoración de riesgos, definiendo los controles y acciones correspondientes que garanticen la gestión preventiva y el fortalecimiento del control interno.

3. Análisis de la Valoración de Riesgos:

Una vez revisadas las matrices empleadas por cada proceso para la formulación y valoración de los riesgos, se evidenció que la probabilidad de ocurrencia y los impactos económico y reputacional fueron estimados conforme a los lineamientos establecidos por el DAFP. Asimismo, la matriz de calor fue utilizada adecuadamente para clasificar los riesgos según su nivel de severidad (bajo, moderado, alto o extremo).

Se recomienda realizar una revisión periódica de los criterios de valoración, con el fin de ajustarlos a los cambios en el contexto institucional y mantener la coherencia del sistema de administración del riesgo con la realidad operativa del CNMH.


4. Revisión de los Controles Diseñados:

Se verificó que los controles diseñados para mitigar los riesgos de gestión se encuentran clasificados como preventivos, detectivos y correctivos, conforme a su naturaleza y propósito. Los controles cuentan con atributos de eficiencia y formalización, como documentación, frecuencia y evidencia.

Teniendo en cuenta los atributos para el diseño del control y las características relacionadas con la eficiencia y la formalización, es importante que, para el próximo ejercicio de diseño de controles, se verifique que estos se encuentren documentados en el proceso, ya sea en manuales, procedimientos, flujogramas o cualquier otro documento propio del proceso.

5. Monitoreo y Seguimiento

Para la administración de la gestión del riesgo en el CNMH, se evidenció que, tanto en la política como en la operatividad, se aplican los lineamientos relacionados con el monitoreo, revisión y funcionamiento de las líneas

| | | | |
|---|--|-----------------|------------|
|  Centro Nacional de Memoria Histórica | Informe de Seguimiento y/o evaluación | CÓDIGO: | CIT-FT-006 |
| | | VERSIÓN: | 002 |
| | | PÁGINA: | 11 de 27 |

de defensa, en coherencia con el Modelo Estándar de Control Interno – MECI y su articulación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.


Los líderes de proceso ejecutan las actividades de gestión del riesgo y realizan los respectivos reportes, mientras que la segunda línea de defensa, a cargo del área de Planeación, efectúa el monitoreo periódico, consolidando la información y generando alertas que permiten orientar acciones de mejora y fortalecer la gestión institucional.

MADUREZ DE GESTIÓN DE RIESGO

De acuerdo con la Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces Versión 3, se identifica que el CNMH se ubica en el nivel DEFINIDO, el cual se caracteriza por:

| | Cultura | **Gobierno | Proceso |
|--|--|---|---|
| 3 DEFINIDO | La información sobre riesgos se comparte entre las funciones de auditoría interna y control. | Ejecutivos de alto nivel/ miembros del consejo | Un lenguaje de riesgos común y un proceso de evaluación de riesgos son utilizados por las funciones de auditoría interna y control. |
| ** El término gobierno se asocia al concepto de Gobierno Corporativo, entendido como el "sistema interno de una organización del sector público o privado, mediante el cual, se establecen las directrices que deben regir su ejercicio y, en especial, la forma en que se administran, controlan y manejan las relaciones de poder". | | | |

Fuente: Departamento Administrativo de la Función Pública, Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces Versión 3

| | | | |
|---|--|-----------------|------------|
|  Centro Nacional de Memoria Histórica | Informe de Seguimiento y/o evaluación | CÓDIGO: | CIT-FT-006 |
| | | VERSIÓN: | 002 |
| | | PÁGINA: | 12 de 27 |

| 3 - Definido | |
|-------------------------------------|--|
| Aceptación de riesgo | La alta dirección y el consejo han definido vagamente una aceptación de riesgo que puede o no entenderse bien en toda la organización. |
| Evaluación de riesgos | Las funciones de control / cumplimiento / gestión de riesgos / aseguramiento interno pueden realizar evaluaciones de riesgos para sus áreas o para el uso de la dirección. La dirección no ha invertido en contratar o capacitar personal con habilidades de facilitación y evaluación de riesgos. Se pueden realizar evaluaciones de riesgos según sea necesario. Por ejemplo, la alta dirección puede solicitar una evaluación de riesgos para un gran proyecto de capital que presente una exposición significativa al riesgo para la organización. |
| Un idioma común | La dirección usa la información de riesgos cuando la tiene, y la terminología es mayormente consistente en toda la organización. Existen múltiples registros de riesgo y criterios de medición de riesgo. |
| Uso de información de riesgo | Los riesgos pueden estar vinculados a los objetivos de un departamento o equipo de proyecto, pero no siempre se consideran abiertamente en los niveles superiores de la organización. |

Teniendo en cuenta que la entidad debe avanzar en la implementación de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – versión 7 (2025), bajo esa mirada y conocedores de los aspectos nuevos a implementar, se recomienda elaborar un diagnóstico institucional que permita identificar las brechas que han limitado el progreso de la gestión del riesgo hacia niveles de madurez administrado u optimizado. Este diagnóstico servirá como insumo para incluir, en la planeación de la vigencia 2026, una estrategia integral que contemple las acciones, recursos de capacitación y fortalecimiento del talento humano necesarios para garantizar



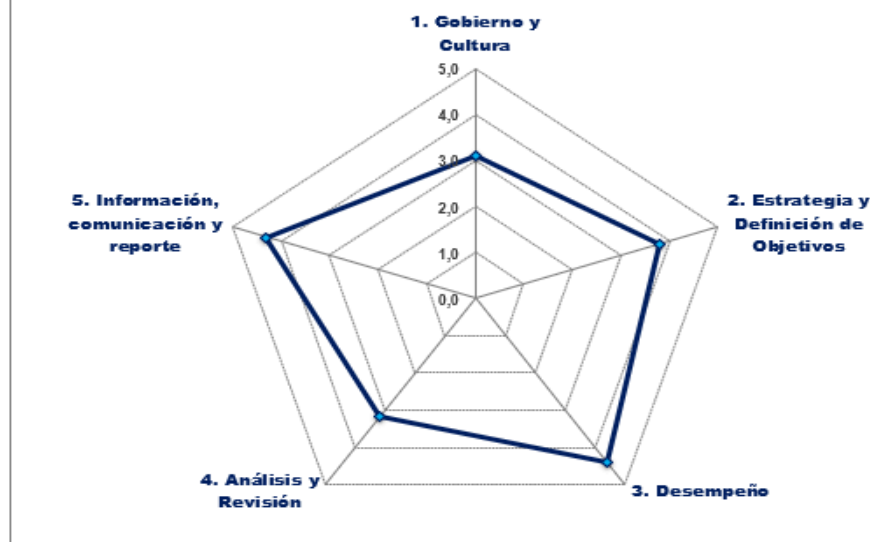
que, con la nueva implementación, la entidad logre un avance sostenido y medible en la madurez de su sistema de administración del riesgo.

A Continuación, se presenta el diagnostico efectuado por la asesoría del DAFP, el cual coincide con el concepto de Control Interno, con relación al nivel de madurez de la gestión del riesgo en el CNMH.

RESUMEN DE RESULTADOS

| | CALIFICACIÓN | | | | | |
|---|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | Componente | Principio 1 | Principio 2 | Principio 3 | Principio 4 | Principio 5 |
| 1. Gobierno y Cultura | 3,1 | 3,0 | 3,4 | 3,0 | 3,2 | 3,0 |
| 2. Estrategia y Definición de Objetivos | 3,8 | 2,4 | 4,0 | 5,0 | | |
| 3. Desempeño | 4,4 | 4,5 | 5,0 | 5,0 | 5,0 | 2,5 |
| 4. Análisis y Revisión | 3,2 | 3,0 | 3,0 | 3,5 | | |
| 5. Información, comunicación y reporte | 4,3 | 3,7 | 5,0 | 4,3 | | |
| MADUREZ DEL SISTEMA INTEGRAL DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | | 3,6 | | | | |

Calificación de los Componentes






| ÍNDICE GENERAL DE MADUREZ DEL SISTEMA INTEGRAL DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO | | | | ATENCIÓN MÁXIMA | ATENCIÓN ALTA | ATENCIÓN MEDIA | ATENCIÓN LEVE |
|---|--------------|--------------|--|-----------------|--|--|--|
| 3,6 | Definido | | | | | | |
| 1. Gobierno y Cultura | | | | | | | |
| 3,1 | Definido | 35% | | | | | |
| 1. Supervisión de Riesgos a través del Comité Institucional de Coordinación | 3,0 | Repetible | | | 1. Supervisión de Riesgos a través del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno | | |
| 2. Establece Estructuras Operativas | 3,4 | Definido | | | | 2. Establece Estructuras Operativas | |
| 3. Define la Cultura Deseada | 3,0 | Repetible | | | 3. Define la Cultura Deseada | | |
| 4. Demuestra Compromiso con los Valores del Servicio Público | 3,2 | Definido | | | | 4. Demuestra Compromiso con los Valores del Servicio Público | |
| 5. Atrae, Desarrolla, y Retiene a Profesionales Capacitados | 3,0 | Repetible | | | 5. Atrae, Desarrolla, y Retiene a Profesionales Capacitados | | |
| 2. Estrategia y Definición de Objetivos | | | | | | | |
| 3,8 | Definido | 20% | | | | | |
| 6. Analiza el Contexto Sectorial/Territorial e Institucional | 2,4 | Repetible | | | 6. Analiza el Contexto Sectorial/Territorial e Institucional | | |
| 7. Evalúa Estrategias Alternativas (estas tocarán replantearlas) | 4,0 | Definido | | | | 7. Evalúa Estrategias Alternativas (estas tocarán replantearlas) | |
| 8. Formula Objetivos de Estratégicos y Operacionales | 5,0 | Optimizado | | | | | 8. Formula Objetivos de Estratégicos y Operacionales |
| 3. Desempeño | | | | | | | |
| 4,4 | Administrado | 15% | | | | | |
| 9. Identifica y describe el Riesgo | 4,5 | Administrado | | | | 9. Identifica y describe el Riesgo | |
| 10. Análisis de Riesgo Inherente | 5,0 | Optimizado | | | | | 10. Análisis de Riesgo Inherente |
| 11. Diseño de Controles | 5,0 | Optimizado | | | | | 11. Diseño de Controles |
| 12. Prioriza Riesgos | 5,0 | Optimizado | | | | | 12. Prioriza Riesgos |
| 13. Desarrolla una Visión a nivel de Cartera | 2,5 | Repetible | | | 13. Desarrolla una Visión a nivel de Cartera | | |
| 4. Análisis y Revisión | | | | | | | |
| 3,2 | Definido | 15% | | | | | |
| 14. Evalúa los Cambios Significativos | 3,0 | Repetible | | | 14. Evalúa los Cambios Significativos | | |
| 15. Revisa el Riesgo y el Desempeño | 3,0 | Repetible | | | 15. Revisa el Riesgo y el Desempeño | | |
| 16. Persegue la Mejora de la Gestión del Riesgo Empresarial | 3,5 | Definido | | | | 16. Persegue la Mejora de la Gestión del Riesgo Empresarial | |
| 5. Información, comunicación y reporte | | | | | | | |
| 4,3 | Administrado | 15% | | | | | |
| 17. Aprovecha la Información y la Tecnología | 3,7 | Definido | | | | 17. Aprovecha la Información y la Tecnología | |
| 18. Comunica Información sobre Riesgos | 5,0 | Optimizado | | | | | 18. Comunica Información sobre Riesgos |
| 19. Informa sobre el Riesgo, la Cultura y el Desempeño | 4,3 | Administrado | | | | 19. Informa sobre el Riesgo, la Cultura y el Desempeño | |

| Componente | Principio | Puntos de Reflexión | Grado de Madurez |
|-----------------------|--|---|--------------------|
| 1. Gobierno y Cultura | 1. Supervisión de Riesgos a través del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno | 1.1. El Reglamento del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno establece sus competencias en materia de supervisión de gestión de riesgos, de acuerdo al esquema de líneas? | 1.- Nunca |
| | | 1.2. Los miembros del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o instancia equivalente realizan por lo menos dos veces al año supervisión sobre la efectividad de la gestión de riesgos? | 2.- Raramente |
| | | 1.3. Existe una Política de Administración de Riesgos aprobada por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, donde se establecen los principales roles, responsabilidades y competencias? | 3.- Siempre |
| | | 1.4. La Política de Administración de Riesgos es consistente con otros marcos relacionados (v.g.: seguridad, calidad, financiero, seguridad paciente, asistenciales, etc.) ? | Frecuentemente |
| | 2. Establece Estructuras Operativas | 2.1. El marco de gestión de riesgos definido a través de la Política de Administración de Riesgos ha sido ampliamente comunicado a través de la organización? | 2.- Raramente |
| | | 2.2. Están claramente establecidos los flujos de aprobación y reporte en la gestión de riesgos? | Frecuentemente |
| | | 2.3. Están claramente identificados las instancias de 1a., 2a y 3a Línea de Defensa en las principales áreas de la entidad? | 3.- Siempre |
| | | 2.4. Están claramente identificados los aspectos claves de éxito de 2a Línea, sus funciones de aseguramiento y su nivel de confianza? | 3.- A veces |
| | | 2.5. Los responsables de riesgos de los procesos/planes/programas/proyectos rinden informes al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o instancia equivalente sobre el cumplimiento de los objetivos basados en los niveles de exposición a riesgos? | 3.- A veces |
| | 3. Define la Cultura Deseada | 3.1. ¿Se evidencia una cultura orientada a la gestión preventiva del riesgo, promovida desde la Alta Dirección? | 4.- Frecuentemente |
| | | 3.2. ¿El riesgo se analiza antes de haber establecido las estrategias o realizado la planificación institucional? | 3.- A veces |
| | | 3.3. ¿Los objetivos de los procesos o de los planes, programas proyectos generan incentivos o presiones que favorecen un comportamiento contrario a los valores del Código de Integridad? | 1.- Nunca |
| | | 3.4. La Política de Administración de Riesgos refleja los principios de comportamiento esperados, conforme a lo previsto en el Código de Integridad de la organización? | Frecuentemente |
| | 4. Demuestra Compromiso con los Valores del Servicio Público | 4.1. Se ponen a disposición de los grupos de valor, tanto interno como externo, los valores de la entidad y los diferentes mecanismos utilizados para garantizar su apropiación por parte de los servidores y contratistas? | 4.- Frecuentemente |
| | | 4.2. Demuestra la Alta Dirección con su comportamiento su compromiso con los valores del servicio público (tone at the top)? | Frecuentemente |
| | | 4.3. Demuestra la Alta Dirección con su comportamiento su compromiso con la gestión del riesgo institucional (tone at the top)? | Frecuentemente |
| | | 4.4. Los miembros del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o instancia equivalente promueven activamente la cultura de gestión de riesgos entre el personal operativo? | Frecuentemente |
| | | 4.5. El proceso de inducción de nuevos servidores incorpora contenidos orientadores sobre la gestión preventiva de riesgos? | 2.- Raramente |
| | | 4.6. Se realizan mediciones / evaluaciones sobre el nivel de cultura de riesgos entre los empleados de forma regular? | 1.- Nunca |
| | 5. Atrae, Desarrolla, y Retiene a Profesionales Capacitados | 5.1. El personal de segunda línea respecto de la gestión de riesgos dispone de las competencias, habilidades y conocimiento necesario para realizar sus tareas? | 4.- Frecuentemente |
| | | 5.2. Los objetivos del proceso encargado de liderar la gestión de riesgos en la entidad están alineados con los de la Guis para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas? | 2.- Raramente |
| | | 5.3. Existe un plan de gestión del conocimiento para los puestos clave de gestión de riesgos? | 3.- A veces |



| Componente | Principio | Puntos de Reflexión | Grado de Madurez |
|---|--|---|--------------------|
| 2. Estrategia y Definición de Objetivos | 6. Analiza el Contexto Sectorial/Territorial e Institucional | 6.1. ¿La entidad ha identificado y definido su contexto externo y la alineación con el plan estratégico sectorial (nación)/plan de desarrollo municipal, distrital o departamental (territorio)? | 1 - Nunca |
| | | 6.2. ¿La entidad ha formulado un Plan estratégico institucional aprobado por la Alta Dirección? | 5 - Siempre |
| | | 6.3. La Política de Administración de Riesgos incorpora el análisis de los factores internos y externos que puedan repercutir sobre los objetivos institucionales (estratégicos, de operaciones, etc.)? | 1 - Nunca |
| | | 6.4. Se analiza de forma sistemática la información externa para identificar los cambios relevantes en el contexto de la entidad e identificar riesgos emergentes? | 2 - Raramente |
| | | 6.5. Se analiza de forma sistemática la información interna para identificar los cambios relevantes en el contexto de la entidad e identificar riesgos emergentes? | 3 - A veces |
| | 7. Evalúa Estrategias Alternativas (estas tocaría replantearlas) | 7.1. La estrategia de la entidad está alineada con su misión, visión y valores? | 4 - Frecuentemente |
| | | 7.2. Participan sistemáticamente los agentes clave en la gestión del riesgo en el proceso de planeación estratégica? | 4 - Frecuentemente |
| | 8. Formula Objetivos de Estratégicos y Operacionales | 8.2. La entidad ha definido objetivos estratégicos? | 5 - Siempre |
| | | 8.2. Los objetivos estratégicos son desarrollados en objetivos de procesos/planes/programas/proyectos, etc.? | 5 - Siempre |
| | | 8.2. Los objetivos tanto estratégicos como operacionales son específicos, medibles, observables, alcanzables y relevantes? | 5 - Siempre |

| Componente | Principio | Puntos de Reflexión | Grado de Madurez |
|--------------|--|--|--------------------|
| 3. Desempeño | 9. Identifica y describe el Riesgo | 9.1. Existen procesos para identificar sistemáticamente los riesgos (en todas sus tipologías) que repercuten en la consecución de los objetivos estratégicos y de procesos/planes/programas/proyectos? | 3 - A veces |
| | | 9.2. Se evalúa la identificación de los riesgos (en todas sus tipologías) al menos con carácter anual a fin de identificar posible sub o sobre identificación? | 4 - Frecuentemente |
| | | 9.3. Se utiliza la taxonomía de riesgos de la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas para catalogar los riesgos por tipología? | 5 - Siempre |
| | | 9.4. Para la identificación y descripción de los riesgos (en todas sus tipologías) se realiza el análisis de los factores de riesgo? | 5 - Siempre |
| | | 9.5. Para la identificación y descripción de los riesgos (en todas sus tipologías) se realiza el análisis de los puntos de riesgo? | 5 - Siempre |
| | | 9.6. La descripción de los riesgos (en todas sus tipologías) se realiza conforme las estructuras definidas en la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas para cada una de estas. | 5 - Siempre |
| | 10. Análisis de Riesgo Inherente | 10.1. Se evalúa la probabilidad e impacto de los riesgos identificados (en todas sus tipologías) con base a las escalas y niveles definidos en la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas para cada una de las tipologías? | 5 - Siempre |
| | | 10.2. Se cuantifica el impacto económico de los riesgos sobre los que se ha identificado un potencial de afectación económica? | 5 - Siempre |
| | | 10.3. Se considera el impacto reputacional de los riesgos sobre los que se ha identificado un potencial de afectación reputacional? | 5 - Siempre |
| | | Se realiza el análisis de severidad del inherente en el mapa de calor? | 5 - Siempre |
| | 11. Diseño de Controles | 11.1. En la descripción de los controles se muestra el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de ser controles automáticos se muestra el sistema que realiza la actividad? | 5 - Siempre |
| | | 11.2. En la descripción de los controles se muestra el verbo en el cual se identifica la acción de control a realizar como parte del control (verificar, validar, cotejar, comparar)? | 5 - Siempre |
| | | 11.3. En la descripción de los controles se muestra la frecuencia (semanal, mensual, bimestral, trimestral, semestral o a demanda) de ejecución del control? | 5 - Siempre |
| | | 11.4. En la descripción de los controles se muestra el objetivo de la ejecución de este? | 4 - Frecuentemente |
| | | 11.5. En la descripción de los controles se definen las fuentes de información (confiables) para la ejecución de este? | 5 - Siempre |
| | | 11.6. En la descripción de los controles se muestra la evidencia que permita realizar la trazabilidad a la ejecución de este? | 5 - Siempre |
| | 12. Prioriza Riesgos | 11.7. Los controles se encuentran documentados en un procedimiento, manual, guía o instructivo que garantice su operativización? | 4 - Frecuentemente |
| | | 12.1. Los riesgos se priorizan con base a su probabilidad e impacto residual? | 5 - Siempre |
| | | 12.2. Los riesgos se representan en un mapa de riesgos y de matriz de calor que facilita su priorización? | 5 - Siempre |
| | 13. Desarrolla una Visión a nivel de Cartera | 12.3. Se asigna un área, personal responsable y fechas de ejecución para monitorear los riesgos críticos identificados? | 5 - Siempre |
| | | 13.1. Existe un registro/inventario de riesgos centralizado a nivel de proceso, plan, programa, proyecto? | 3 - A veces |
| | | 13.2. Se analizan las posibles interdependencias entre los riesgos identificados en cada proceso, plan, programa, proyectos para obtener una visión integral de la operación y la gestión del riesgo? | 2 - Raramente |

| | | | |
|---|--|-----------------|------------|
|  Centro Nacional de Memoria Histórica | Informe de Seguimiento y/o evaluación | CÓDIGO: | CIT-FT-006 |
| | | VERSIÓN: | 002 |
| | | PÁGINA: | 16 de 27 |


| Componente | Principio | Puntos de Reflexión | Grado de Madurez |
|-------------------------------|---|---|--------------------|
| 4. Análisis y Revisión | 14. Evalúa los Cambios Significativos | 14.1. Existe un proceso o esquema que permita monitorear periódicamente los cambios del contexto institucional (i.e., los factores internos y externos) con posible impacto en la consecución de los objetivos? | 3 - A veces |
| | | 14.2. Se actualiza periódicamente el registro/inventario de riesgos de la organización, incorporando temas emergentes o cambios en el contexto institucional? | 3 - A veces |
| | | 14.3. El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno evalúa por lo menos una (1) vez al año la Política de Administración de Riesgos respecto de: | 3 - A veces |
| | 15. Revisa el Riesgo y el Desempeño | 1. La adecuación de esta con los requerimientos técnicos, 2. La adecuada operativización de esta a través de las primeras líneas de defensa considerando las disposiciones de esta. | 4 - Frecuentemente |
| | | 15.1. La organización realiza un seguimiento periódico del grado de desempeño para los principales objetivos establecidos | 2 - Raramente |
| | 16. Persigue la Mejora de la Gestión del Riesgo Empresarial | 15.2. Se utilizan métricas de monitorización del riesgo (Key Risk Indicators o KRIs) para alertar respecto de riesgos crecientes o emergentes ? | 3 - A veces |
| | | 16.1. La organización revisa la idoneidad y actualiza su Política de Administración de Riesgos periódicamente ? | 4 - Frecuentemente |
| | | 16.2. Se han implantado mejoras significativas en el proceso de gestión de riesgos en el último año? | |

| Componente | Principio | Puntos de Reflexión | Grado de Madurez |
|---|--|--|--------------------|
| 5. Información, comunicación y reporte | 17. Aprovecha la Información y la Tecnología | 17.1. Los miembros del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o instancia equivalente tienen acceso directo a la Información de riesgos que necesitan para cumplir con sus responsabilidades de supervisión | 5 - Siempre |
| | | 17.2. Se dispone de una herramienta informática o algún otro mecanismo que centralice la gestión del riesgo? | 1 - Nunca |
| | | 17.3. Las instancias de 1a. y 2a. Línea de Defensa tienen acceso directo a la herramienta para la carga, análisis y reporte de los riesgos bajo su responsabilidad? | 5 - Siempre |
| | 18. Comunica Información sobre Riesgos | 18.1. Están claramente establecidos los flujos de aprobación y reporte de la información en materia de riesgos? | 5 - Siempre |
| | 19. Informa sobre el Riesgo, la Cultura y el Desempeño | 19.1. Existen procesos de reporte estandarizado a los diferentes niveles organizacionales? | 5 - Siempre |
| | | 19.2. Se generan reportes cualitativos (tendencia histórica, perspectiva futura, nivel de aseguramiento, etc.) como cuantitativos (nivel de exposición, nivel máximo, etc.) de los principales riesgos? | 3 - A veces |
| | | 19.3. Se reportan los riesgos materializados y su impacto real sobre los objetivos de la entidad? | 5 - Siempre |
| | | 19.4. Se reporta sobre la cultura de riesgos? | 4 - Frecuentemente |

De acuerdo con el diagnóstico de madurez emitido por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), Control Interno se permite concluir: El Centro Nacional de Memoria Histórica (CNMH) alcanzó un nivel de madurez 3,6 sobre 5 en su Sistema Integral de Administración del Riesgo. Este resultado refleja una gestión consolidada en los aspectos operativos y metodológicos, con oportunidades de fortalecimiento en la articulación estratégica y en la retroalimentación continua del proceso.

1. Fortalezas identificadas

La entidad evidencia una estructura formal de gestión del riesgo, sustentada en una política actualizada (Resolución 378 de 2023), coherente con la Guía de Administración de Riesgos del DAFP.

| | | | |
|---|--|-----------------|------------|
|  Centro Nacional de Memoria Histórica | Informe de Seguimiento y/o evaluación | CÓDIGO: | CIT-FT-006 |
| | | VERSIÓN: | 002 |
| | | PÁGINA: | 17 de 27 |

Se observa una implementación consistente de las etapas de identificación, análisis y evaluación de riesgos, con mecanismos de priorización y diseño de controles en línea con las tipologías definidas (gestión, corrupción, fiscal y seguridad digital).

El componente de desempeño (4,4) es el más fortalecido, lo que indica que los procesos de identificación, análisis y diseño de controles se realizan de manera regular y documentada.

El componente de información, comunicación y reporte (4,3) muestra una adecuada cultura de reporte, uso de herramientas tecnológicas y articulación entre líneas de defensa para el seguimiento y análisis de riesgos.

2. Oportunidades de mejora

El componente de Gobierno y Cultura (3,1) refleja la necesidad de fortalecer el liderazgo de la alta dirección y los mecanismos de apropiación cultural del riesgo, especialmente en la promoción de una cultura preventiva y en la incorporación de la gestión del riesgo en los procesos de inducción y desarrollo de servidores públicos.

En Estrategia y Definición de Objetivos (3,8), se requiere consolidar la integración entre la planeación estratégica, la formulación de metas y la gestión de riesgos, de manera que la administración del riesgo sea un insumo efectivo para la toma de decisiones institucionales.

En Análisis y Revisión (3,2), se recomienda capacitación para que se puedan establecer los indicadores de riesgo (KRIs) y revisión de cambios significativos del contexto que puedan impactar los objetivos del CNMH.


Aunque el sistema de información apoya la consolidación y seguimiento, se sugiere fortalecer el uso analítico de los datos para anticipar escenarios de riesgo emergentes y proyectar tendencias institucionales.

REPORTE MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO

Con base en la información registrada en las matrices de riesgos de gestión por procesos, se evidenció que durante el periodo evaluado no se reportaron casos de materialización de riesgos.

No obstante, en algunos procesos no se contó con la entrega de información necesaria para el monitoreo, por lo que no fue posible confirmar el comportamiento de los riesgos en dichos casos.

De igual forma, se identificaron evidencias que no permiten asegurar de manera plena la no ocurrencia de eventos asociados a los riesgos reportados.


| | | | |
|---|--|-----------------|------------|
|  Centro Nacional de Memoria Histórica | Informe de Seguimiento y/o evaluación | CÓDIGO: | CIT-FT-006 |
| | | VERSIÓN: | 002 |
| | | PÁGINA: | 18 de 27 |

| MATRIZ PARA PLAN DE MEJORAMIENTO (Metodología para elaboración - fecha de entrega) | | |
|---|---------------------------------|----------------------|
| No | DESCRIPCION DEL HALLAZGO | RECOMENDACION |
| | N/A | N/A |


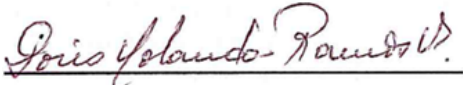
OPORTUNIDADES DE MEJORA


De acuerdo con los lineamientos de la *Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas* (DAFP, versión 6) y la *Guía del Rol de las Oficinas de Control Interno o quienes hacen sus veces* (versión 3), se identifican las siguientes oportunidades de mejora que la entidad debe considerar para fortalecer su gestión del riesgo y en aras de implementación de la Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas – versión 7 (2025):

- Fortalecimiento de las evidencias: Las evidencias deben soportar de manera verificable que el riesgo no se ha materializado y que los controles aplicados han resultado efectivos. En caso de materialización, deben reflejar las acciones tomadas y su resultado.
- Consolidación del Mapa de Riesgos Institucional: Se recomienda elaborar y consolidar el mapa de riesgos institucional, sin perjuicio de mantener actualizados los mapas de riesgos por proceso, de los cuales se alimenta el institucional.
- Claridad y actualización de las evidencias: Se identificaron evidencias que no reflejan con precisión la efectividad de los controles, ya sea por información incompleta, desactualizada o por la ausencia de conclusiones derivadas de su ejecución. Se recomienda fortalecer la documentación, asegurando que las evidencias sean completas, pertinentes y actualizadas.
- Disponibilidad de evidencias de ejecución: Algunos procesos no presentaron las evidencias que demuestran la ejecución de los controles durante el periodo evaluado, lo que impide verificar su cumplimiento y efectividad.
- Coherencia entre control y evidencia: En ciertos casos, las evidencias aportadas no corresponden a los controles descritos, afectando el análisis de seguimiento. Se recomienda revisar la coherencia entre la descripción del control y los soportes presentados, garantizando consistencia y validez en la información.
- Cumplimiento de la periodicidad: Se observaron evidencias que no permiten validar la frecuencia establecida para la ejecución de los controles o que evidencian incumplimiento de esta. Es necesario

| | | | |
|---|--|-----------------|------------|
|  Centro Nacional de Memoria Histórica | Informe de Seguimiento y/o evaluación | CÓDIGO: | CIT-FT-006 |
| | | VERSIÓN: | 002 |
| | | PÁGINA: | 19 de 27 |

asegurar que la ejecución de los controles se realice dentro de la periodicidad definida, de manera que cumplan efectivamente su propósito preventivo o detectivo.

| FIRMAS RESPONSABLES | |
|--|---|
| Evaluador:  Liz Milena García Rodríguez Profesional Especializado Control Interno | Vo. Bo.  Doris Yolanda Ramos Vega Asesor de Control Interno |

| | | | |
|---|--|-----------------|------------|
|  Centro Nacional de Memoria Histórica | Informe de Seguimiento y/o evaluación | CÓDIGO: | CIT-FT-006 |
| | | VERSIÓN: | 002 |
| | | PÁGINA: | 20 de 27 |

ANEXO
Consolidación y seguimiento a matriz de riesgos de gestión

| Nº | Proceso | Objeto del Proceso | Nº del Evento | Etapa | Contexto | Caracterización de la Necesidad, los actores y el contexto del evento | Expectativas (Objeto) | Fecha de Inicio | Fecha de Finalización | Seguimiento 1º Evento y/o fase | Seguimiento 2º Evento y/o fase | Verificación 1ª por parte de miembros del Comité de Seguimiento (Evento y/o Fase) | Verificación 2ª por parte de miembros del Comité de Seguimiento (Evento y/o Fase) | Verificación por parte de la Oficina de Gestión Interna según lo que se requiera (Evento y/o Fase) |
|-----------|---|---|---------------|---|---|---|---|-----------------|-----------------------|---|---|---|---|--|
| Periódico | Elaboración de la memoria histórica de la Ombudsmanía | Elaboración de la memoria histórica de la Ombudsmanía | 11 | Elaboración de la memoria histórica de la Ombudsmanía | Elaboración de la memoria histórica de la Ombudsmanía | Elaboración de la memoria histórica de la Ombudsmanía | Elaboración de la memoria histórica de la Ombudsmanía | 11/01/2025 | 11/01/2025 | Elaboración de la memoria histórica de la Ombudsmanía | Elaboración de la memoria histórica de la Ombudsmanía | Verificación 1ª por parte de miembros del Comité de Seguimiento (Evento y/o Fase) | Verificación 2ª por parte de miembros del Comité de Seguimiento (Evento y/o Fase) | Verificación por parte de la Oficina de Gestión Interna según lo que se requiera (Evento y/o Fase) |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Periódico | Elaboración de la memoria histórica de la Ombudsmanía | Elaboración de la memoria histórica de la Ombudsmanía | 12 | Elaboración de la memoria histórica de la Ombudsmanía | Elaboración de la memoria histórica de la Ombudsmanía | Elaboración de la memoria histórica de la Ombudsmanía | Elaboración de la memoria histórica de la Ombudsmanía | 11/01/2025 | 11/01/2025 | Elaboración de la memoria histórica de la Ombudsmanía | Elaboración de la memoria histórica de la Ombudsmanía | Verificación 1ª por parte de miembros del Comité de Seguimiento (Evento y/o Fase) | Verificación 2ª por parte de miembros del Comité de Seguimiento (Evento y/o Fase) | Verificación por parte de la Oficina de Gestión Interna según lo que se requiera (Evento y/o Fase) |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Periódico | Elaboración de la memoria histórica de la Ombudsmanía | Elaboración de la memoria histórica de la Ombudsmanía | 13 | Elaboración de la memoria histórica de la Ombudsmanía | Elaboración de la memoria histórica de la Ombudsmanía | Elaboración de la memoria histórica de la Ombudsmanía | Elaboración de la memoria histórica de la Ombudsmanía | 11/01/2025 | 11/01/2025 | Elaboración de la memoria histórica de la Ombudsmanía | Elaboración de la memoria histórica de la Ombudsmanía | Verificación 1ª por parte de miembros del Comité de Seguimiento (Evento y/o Fase) | Verificación 2ª por parte de miembros del Comité de Seguimiento (Evento y/o Fase) | Verificación por parte de la Oficina de Gestión Interna según lo que se requiera (Evento y/o Fase) |
| | | | | | | | | | | | | | | |



| | |
|-----------------|------------|
| CÓDIGO: | CIT-FT-006 |
| VERSIÓN: | 002 |
| PÁGINA: | 22 de 27 |



| | |
|-----------------|------------|
| CÓDIGO: | CIT-FT-006 |
| VERSIÓN: | 002 |
| PÁGINA: | 23 de 27 |

Carrera 7 # 32 - 42 Piso 30 - 31 - Edificio San Martín, Torre Norte | Bogotá, Colombia
PBX 601-7965060 | www.centrodememoriahistorica.gov.co



| | |
|-----------------|------------|
| CÓDIGO: | CIT-FT-006 |
| VERSIÓN: | 002 |
| PÁGINA: | 24 de 27 |



| | |
|-----------------|------------|
| CÓDIGO: | CIT-FT-006 |
| VERSIÓN: | 002 |
| PÁGINA: | 25 de 27 |

Carrera 7 # 32 - 42 Piso 30 - 31 - Edificio San Martín, Torre Norte | Bogotá, Colombia
PBX 601-7965060 | www.centrodememoriahistorica.gov.co



| | |
|-----------------|------------|
| CÓDIGO: | CIT-FT-006 |
| VERSIÓN: | 002 |
| PÁGINA: | 26 de 27 |



| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|-----------------|---|----|--|--|---------|------------|---|--|--|---|---|
| Control interno | Control interno | Evaluar de manera objetiva e independiente el sistema de control interno, con énfasis en el mejoramiento continuo del mismo y el cumplimiento de los objetivos de la entidad. | 10 | <p>1) La Autoridad de Control interna realiza seguimiento al cumplimiento de la función del Plan Anual de Auditoría, de manera trimestral, respecto a la exposición de cada una de las actividades relacionadas en el marco de sus responsabilidades y en relación con el cumplimiento de la programación, en todas las direcciones y/o componentes para las brechas. De donde debe designar un gestor interno de Control interno, de manera que, como uno de los objetivos de control de la institución, se materialice el cumplimiento de la programación.</p> | Existencia de la función de auditoría interna, de acuerdo a la programación de la misma, en relación con el cumplimiento de la programación, en todas las direcciones y/o componentes para las brechas. De donde debe designar un gestor interno de Control interno, de manera que, como uno de los objetivos de control de la institución, se materialice el cumplimiento de la programación. | 10/0001 | 31/12/2020 | <p>Para el primer trimestre de 2020, se realizó la auditoría interna, de acuerdo a la programación de la misma, en relación con el cumplimiento de la programación, en todas las direcciones y/o componentes para las brechas. De donde debe designar un gestor interno de Control interno, de manera que, como uno de los objetivos de control de la institución, se materialice el cumplimiento de la programación.</p> | El informe de auditoría interna, de acuerdo a la programación de la misma, en relación con el cumplimiento de la programación, en todas las direcciones y/o componentes para las brechas. De donde debe designar un gestor interno de Control interno, de manera que, como uno de los objetivos de control de la institución, se materialice el cumplimiento de la programación. | El informe de auditoría interna, de acuerdo a la programación de la misma, en relación con el cumplimiento de la programación, en todas las direcciones y/o componentes para las brechas. De donde debe designar un gestor interno de Control interno, de manera que, como uno de los objetivos de control de la institución, se materialice el cumplimiento de la programación. | <p>El informe de auditoría interna, de acuerdo a la programación de la misma, en relación con el cumplimiento de la programación, en todas las direcciones y/o componentes para las brechas. De donde debe designar un gestor interno de Control interno, de manera que, como uno de los objetivos de control de la institución, se materialice el cumplimiento de la programación.</p> | <p>El informe de auditoría interna, de acuerdo a la programación de la misma, en relación con el cumplimiento de la programación, en todas las direcciones y/o componentes para las brechas. De donde debe designar un gestor interno de Control interno, de manera que, como uno de los objetivos de control de la institución, se materialice el cumplimiento de la programación.</p> |
| | | | 12 | <p>1) La Autoridad de Control interno verifica la calidad de la información y la calidad de la información de auditoría, de acuerdo a la programación de la misma, en relación con el cumplimiento de la programación, en todas las direcciones y/o componentes para las brechas. De donde debe designar un gestor interno de Control interno, de manera que, como uno de los objetivos de control de la institución, se materialice el cumplimiento de la programación.</p> | Existencia de la función de auditoría interna, de acuerdo a la programación de la misma, en relación con el cumplimiento de la programación, en todas las direcciones y/o componentes para las brechas. De donde debe designar un gestor interno de Control interno, de manera que, como uno de los objetivos de control de la institución, se materialice el cumplimiento de la programación. | 10/0001 | 31/12/2020 | <p>Para el primer trimestre de 2020, se realizó la auditoría interna, de acuerdo a la programación de la misma, en relación con el cumplimiento de la programación, en todas las direcciones y/o componentes para las brechas. De donde debe designar un gestor interno de Control interno, de manera que, como uno de los objetivos de control de la institución, se materialice el cumplimiento de la programación.</p> | El informe de auditoría interna, de acuerdo a la programación de la misma, en relación con el cumplimiento de la programación, en todas las direcciones y/o componentes para las brechas. De donde debe designar un gestor interno de Control interno, de manera que, como uno de los objetivos de control de la institución, se materialice el cumplimiento de la programación. | El informe de auditoría interna, de acuerdo a la programación de la misma, en relación con el cumplimiento de la programación, en todas las direcciones y/o componentes para las brechas. De donde debe designar un gestor interno de Control interno, de manera que, como uno de los objetivos de control de la institución, se materialice el cumplimiento de la programación. | <p>El informe de auditoría interna, de acuerdo a la programación de la misma, en relación con el cumplimiento de la programación, en todas las direcciones y/o componentes para las brechas. De donde debe designar un gestor interno de Control interno, de manera que, como uno de los objetivos de control de la institución, se materialice el cumplimiento de la programación.</p> | <p>El informe de auditoría interna, de acuerdo a la programación de la misma, en relación con el cumplimiento de la programación, en todas las direcciones y/o componentes para las brechas. De donde debe designar un gestor interno de Control interno, de manera que, como uno de los objetivos de control de la institución, se materialice el cumplimiento de la programación.</p> |