

PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA (PTEP) – MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

2026

Informe de Seguimiento
II Cuatrimestre
Mayo - agosto 2026

Resumen ejecutivo

Lectura institucional de resultados

El seguimiento realizado al segundo cuatrimestre con corte 31 de agosto del 2026, evidencia avances verificables del Programa de transparencia en el marco de las temáticas del eje programático para la administración de riesgos, redes y articulación, modelo de Estado abierto e iniciativas adicionales. Así mismo, durante este ejercicio se dio cobertura integral a la evaluación y seguimiento de 39 riesgos y 105 controles, cuya información se articula a través del Sistema Integrado de Gestión, facilitando la relación entre las actividades programadas, los entregables, los responsables, las evidencias y las observaciones de la primera y segunda línea de defensa. A su vez, el seguimiento permitió identificar los compromisos que requieren atención prioritaria antes de finalizar la vigencia, principalmente en contratación, continuidad del negocio, gestión documental, prevención del daño antijurídico y socialización de los avances de MIPG.

1. Introducción

En cumplimiento de lo establecido en el Decreto 1122 de 2024[1], mediante el cual se reglamentó el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, la Justicia Penal Militar y Policial adelanta el seguimiento a la implementación del Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP) 2026, versión 3, instrumento que incorpora el Anexo Técnico adoptado por el citado decreto y desarrolla la metodología y la estructura que deben observar las entidades para la formulación e implementación de estos programas, bajo un enfoque preventivo y basado en riesgos.

En concordancia con este marco normativo, la Oficina Asesora de Planeación, en ejercicio de su rol como segunda línea de defensa, presenta el segundo informe de seguimiento de 2026, con corte al 31 de agosto, el cual comprende la revisión de las actividades y los entregables previstos en el PTEP 2026, versión 3, así como de los riesgos, controles y acciones definidas en los planes de tratamiento contenidas en el Mapa de Riesgos Institucional, versión 2; lo anterior, con fundamento en el numeral 4 del artículo 8 del Decreto 312 de 2021[2], que le asigna la función de: "Realizar estudios, seguimiento y evaluación a la ejecución y cumplimiento de las metas, planes, programas y proyectos de la Unidad y de la Jurisdicción Especializada, y formular propuestas de ajustes organizacionales".

El seguimiento adelantado se desarrolló respecto de los instrumentos de planeación, gestión del riesgo, transparencia e integridad institucional, tomando como base la información registrada por los 17 líderes de los procesos de la Entidad en el software para la implementación del Sistema Integrado de Gestión de la Justicia Penal Militar- DARUMA-[3], análisis que se orientó a reconocer los avances alcanzados, verificar la correspondencia entre los productos programados, así como de las evidencias aportadas, a fin de validar su suficiencia y trazabilidad e identificar los compromisos que requieren atención durante el cierre de la vigencia.

En ese orden, para el seguimiento al PTEP se tomó como unidad de análisis el entregable, entendido como el producto verificable mediante el cual se materializa la ejecución de una actividad; criterio que permite

[1] "Por el cual se reglamenta el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, modificado por el artículo 31 de la Ley 2195 de 2022, en lo relacionado con los Programas de Transparencia y Ética Pública"
[2] "Por el cual se fija la estructura interna de la Unidad Administrativa Especial de la Justicia Penal Militar y Policial".
[3] Resolución No. 000566 del 26 de julio de 2024 "Por la cual se adopta en software para la implementación del Sistema Integrado de Gestión de la Justicia Penal Militar y Policial y se definen lineamientos para su gestión y administración"

diferenciar las actividades generales de los resultados concretos que deben generarse, así como distribuirlos adecuadamente cuando una misma actividad contiene varios productos o fechas de ejecución.

En cuanto al Mapa de Riesgos Institucional, el seguimiento diferenció tres elementos a saber: los riesgos identificados, la implementación y documentación de los controles y el avance de las acciones definidas en los planes de tratamiento; separación que permite evitar que la existencia de un soporte o la marcación de un control como implementado se interpreten, por sí solas, como evidencia de su efectividad.

El presente documento expone los avances alcanzados y presenta los resultados con un enfoque técnico, metodológico e institucional, de manera que puedan ser comprendidos por la alta dirección, los líderes de proceso, equipos de trabajo, los entes de control, la ciudadanía, así como, los demás grupos de interés y de valor de la Entidad. Asimismo, proporciona elementos para orientar la toma de decisiones, fortalecer la calidad de las evidencias y priorizar las acciones que deben culminarse antes del cierre de 2026.

Para facilitar su lectura, el informe desarrolla tres capítulos centrales, el primero relativo al monitoreo adelantado por la primera línea de defensa -líderes de proceso, el segundo sobre el seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública, el tercero, respecto al Mapa de Riesgos Institucional y finaliza con la presentación de resultados y conclusiones de la labor adelantada.

2. Fundamento normativo y metodológico

Referente	Aplicación en el seguimiento
Decreto 1122 de 2024 y Anexo Técnico del PTEP	Orienta la estructura transversal y programática, los roles de monitoreo, administración, supervisión, auditoría y mejora.
Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7 de 2025	Establece elementos comunes para identificación, valoración, controles, riesgo residual, tratamiento, monitoreo y riesgos para la integridad pública.
Política de Gestión Integral de Riesgos Institucionales, versión 3	Define el esquema de líneas de defensa, la gestión de controles y planes de tratamiento, y el seguimiento cuatrimestral por la OAP.
Matriz de seguimiento PTEP y Mapa de Riesgos 2026	Constituye la fuente operativa para el análisis de actividades, entregables, fechas, responsables, evidencias y observaciones.

Fuente: Decreto 1122 de 2024; Anexo Técnico PTEP; Guía GIR V7; Política institucional V3 y matriz de seguimiento 2026.

Periodo de Seguimiento

El periodo de ejecución evaluado comprende del 1 de mayo al 31 de agosto de 2026. Las evidencias o validaciones cargadas después del corte se utilizaron únicamente cuando permitieron demostrar de forma objetiva que la actuación ocurrió dentro del cuatrimestre. La Política de Gestión Integral de Riesgos Institucionales, se toma como referente actualizado para la lectura metodológica y las acciones de mejora, sin alterar retroactivamente la exigibilidad del periodo.

3. MONITOREO PRIMERA LÍNEA DE DEFENSA – Líderes de proceso.

Con el propósito de estandarizar y generar reporte por proceso de las acciones establecidas en el plan con sus responsables y avances, se configuró en el Sistema Integrado de Gestión DARUMA en el módulo "informes" un reporte dinámico del monitoreo para la primera línea de defensa, el cual se denominó "*Reporte Monitoreo Programa de Transparencia y Ética Pública – Mapa de Riesgos Institucional*".

Imagen 1: Reporte Monitoreo PTEP – MRI.


Dinámico

REPORTE MONITOREO

PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA - MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

Proceso: Direccionamiento Estratégico.

INTRODUCCIÓN

En el marco de la ley 1474 de 2011 y el Decreto 1122 de 2024, que reglamenta el Programa de Transparencia y Ética Pública (PTEP), y establece el monitoreo como una función esencial para garantizar la implementación efectiva y la mejora continua de las acciones enfocadas a prevenir la corrupción en las entidades públicas.

Se presenta a continuación el reporte cuatrimestral de monitoreo, en el cual se verifica el cumplimiento de los compromisos establecidos en el periodo en los diferentes instrumentos dispuestos para su ejecución (planes de acción, planes de tratamiento, planes institucionales, mapa de riesgos institucional).

1. MONITOREO DE RIESGO

Riesgos: ID	Riesgos: Nombre	Control: Nombre	Control: El control esta documentado ?	Control: El control esta implementado ?

Fuente: Módulo Informes Sistema DARUMA 2026.

Así las cosas, verificado la herramienta se evidenció que los lideres de los 17 procesos realizaron el monitoreo del PTEP y del Mapa de Riesgos Institucional, equivalente al 100 % de cobertura; tal como se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 1. Ciclo del Programa de Transparencia y Ética Pública.

Proceso	Monitoreado
Adquisición de Bienes y Servicios	SI
Comunicaciones Estratégicas	SI
Control Disciplinario	SI
Control Interno	SI
Direccionamiento Estratégico	SI
Gestión de Servicios Administrativos	SI
Gestión del Conocimiento y la Investigación Académica e Innovación	SI
Gestión del Servicio Judicial	SI
Gestión del Talento Humano	SI
Gestión Documental	SI
Gestión Financiera	SI
Gestión Jurídica	SI
Gestión TIC	SI
Investigación y Acusación	SI
Juzgamiento y Ejecución	SI
Relacionamiento Estado - Ciudadano	SI
Sinergia Organizacional	SI

Fuente: Módulo Informes Sistema DARUMA 2026.

Principales Resultados del monitoreo:

- La participación de los 17 líderes de proceso permitió contar con cobertura total del monitoreo y fortalecer la apropiación de los riesgos, controles y acciones bajo responsabilidad de la primera línea de defensa.
- El monitoreo evidenció la necesidad de revisar y ajustar algunos controles y acciones de tratamiento, especialmente cuando el diseño, la evidencia o la periodicidad registrada no permiten demostrar de manera suficiente su ejecución.
- Se identificaron oportunidades de mejora en el cargue oportuno, la suficiencia, la pertinencia y la trazabilidad de las evidencias, así como en el cumplimiento de la frecuencia definida para cada control.
- Se observaron inconsistencias entre la documentación y la implementación de algunos controles, lo que exige revisar su diseño y asegurar que la ejecución contribuya efectivamente a prevenir o mitigar el riesgo.
- El ejercicio confirmó la necesidad de formalizar los controles que se ejecutan operativamente, pero aún no cuentan con documentación institucional asociada.
- La depuración de la información permitió reducir duplicidades y diferenciar las acciones programadas para el periodo de aquellas que presentan avance anticipado.
- Como resultado del ejercicio realizado por la primera línea de defensa, no se encontró reporte de riesgos materializados.

4. METODOLOGÍA DEL SEGUIMIENTO ADELANTADO POR LA OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN – Segunda línea de defensa

El ejercicio comprendió la consolidación, depuración, clasificación y validación de la información reportada por los responsables, seguida de la revisión de suficiencia, pertinencia y oportunidad de las evidencias. La clasificación se aplicó de manera homogénea tanto al PTEP como a las acciones de tratamiento del Mapa de Riesgos, sin confundir el avance porcentual con el cumplimiento del producto.

Conforme con lo anterior a continuación se relacionan los criterios y reglas de verificación aplicadas en el ejercicio de seguimiento:

Tabla 2. Criterios de estandarización para identificación y validación de actividades y entregables

Estado	Criterio de validación	Lectura institucional
CUMPLIDO	El entregable fue generado en su totalidad, dentro del plazo o con evidencia suficiente que acredita su ejecución.	Resultado alcanzado y verificable.
EN EJECUCIÓN (MENOR AVANCE)	Existe avance verificable y el producto se encuentra en desarrollo. Si el plazo venció, se identifica expresamente el rezago.	Avance material con actividades pendientes.

NO CUMPLIDO	El entregable exigible no registra evidencia suficiente o no fue finalizado dentro del plazo.	Compromiso que requiere gestión prioritaria.
AVANCE ANTICIPADO	Se acreditó ejecución antes del periodo en el que el producto era exigible.	Gestión proactiva que contribuye al resultado anual.
NO EXIGIBLE EN EL PERIODO	La fecha de terminación corresponde a un periodo posterior.	No se califica como incumplimiento.

Fuente: Elaboración propia de la Oficina Asesora de Planeación.

Tabla 3. Reglas de verificación aplicadas

Elemento	Regla
Actividad PTEP	Corresponde a la acción formulada en el programa.
Entregable PTEP	Producto verificable asociado a la actividad. Una actividad puede generar varios entregables.
Entregable con varias fechas	Cada fecha genera una exigencia parcial; no se duplica el producto entre periodos.
Control	Mecanismo diseñado para prevenir, detectar o corregir el riesgo. Se analiza implementación, documentación, frecuencia y evidencia.
Acción de tratamiento	Medida adicional para reducir la exposición al riesgo. Se contabiliza por producto o fecha exigible.

Fuente: Elaboración propia de la Oficina Asesora de Planeación.

5. SEGUIMIENTO AL PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA (PTEP)

5.1 Alcance programático:

De conformidad con el Anexo Técnico del PTEP se identifican 183 entregables para la vigencia 2026. La distribución evidencia que la mayor concentración se ubica en administración de riesgos y modelo de Estado abierto, en coherencia con el propósito preventivo del Programa y el fortalecimiento de la transparencia, la integridad y el relacionamiento con la ciudadanía.

Tabla 4. Entregables del PTEP por temática

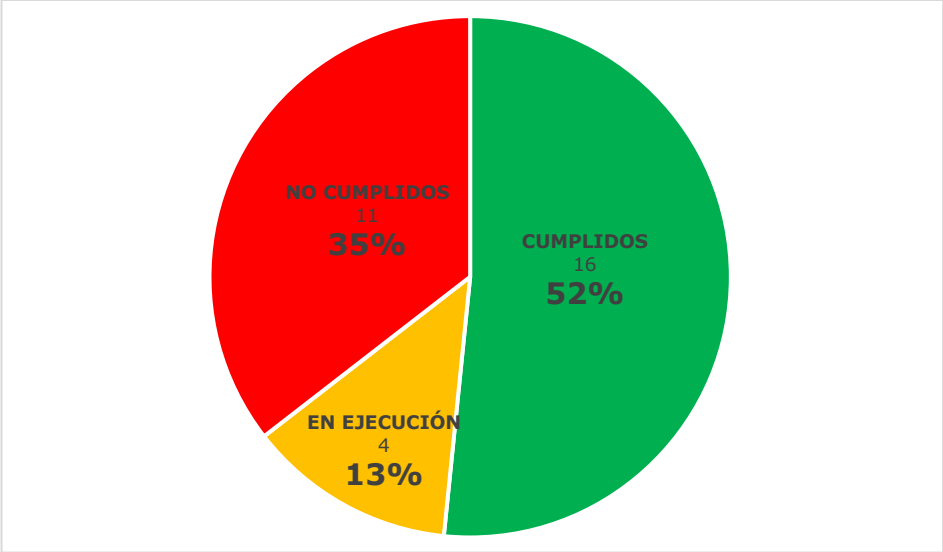
Temática	Entregables	Participación
Administración de riesgos	91	50%
Redes y articulación	6	3%
Modelo de Estado abierto	66	36%
Iniciativas adicionales	20	11%
Total	183	100%

Fuente: Elaboración propia de la Oficina Asesora de Planeación.

5.2 Entregables exigibles en el segundo cuatrimestre:

Para el periodo comprendido entre el 1 de mayo y el 31 de agosto de 2026 se identificaron 31 entregables exigibles, de los cuales, 16 fueron cumplidos, 4 presentan avance verificable y 11 no alcanzaron el producto previsto en el plazo. En términos agregados, el 65 % de los entregables exigibles registra cumplimiento o avance material, resultado que evidencia ejecución institucional y, al mismo tiempo, delimita los compromisos que deben concentrar la gestión del cierre anual.

Gráfica 1. Entregables exigibles PTEP - II CUATRIMESTRE 2026



Fuente: Elaboración propia de la Oficina Asesora de Planeación.

Estado	No.	Porcentaje
CUMPLIDOS	16	52%
EN EJECUCIÓN	4	13%
NO CUMPLIDOS	11	35%
Total	31	100%

Fuente: Elaboración propia de la Oficina Asesora de Planeación.

Con el propósito de facilitar la lectura de los resultados y orientar las acciones de cierre, se presenta por dependencia responsable los resultados de los 31 entregables exigidos para el periodo. Se resalta que 29 entregables dispuestos para el siguiente cuatrimestre presentan avance anticipado.

5.2.1. Resumen de avances y cumplimiento por dependencia

La distribución por dependencia permite identificar la concentración de los 31 entregables exigibles del PTEP y diferenciar, para cada responsable, los productos cumplidos, en ejecución y no cumplidos:

Tabla 5. Avances y cumplimiento de los entregables exigibles del PTEP por dependencia

Dependencia	Cumplidos	En ejecución	No cumplidos	Total
Dirección General/ Grupo de Comunicaciones	1	0	0	1
Mesa Técnica Misional	1	0	0	1
Subdirector General / Jefe Oficina Asesora de Planeación/Fiscal General PMP	1	0	0	1
Subdirector General / Jefe Oficina Asesora de Planeación	1	0	0	1
Secretaria General/ Grupo Administrativo	1	2	0	3
Secretaria General / Grupo de Contratos	2	1	8	11
Secretaria General/ Coordinadora Grupo de Talento Humano	1	0	0	1
Secretaria General / Coordinador del Grupo Financiero	1	0	0	1
Secretaría General / Coordinadora Grupo Contratos / Coordinadora Grupo Financiero	1	0	0	1
Oficina Asesora de Planeación / Oficina de Control Interno de Gestión	0	0	1	1
Mesa Técnica Misional	1	0	0	1
Oficina Asesora Jurídica	0	0	3	3
Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones	2	0	0	2
Oficina Asesora de Planeación	1	1	0	2
Oficina Asesora de Planeación/Líderes de proceso	1	0	0	1
Total				**31**

Fuente: Elaboración propia de la Oficina Asesora de Planeación.

Gráfica 2. Entregables exigibles PTEP - II CUATRIMESTRE 2026 – POR DEPENDENCIA



Fuente: Elaboración propia de la Oficina Asesora de Planeación

5.3 Avances institucionales destacados

- Fortalecimiento de controles de acceso y seguridad de la información mediante la revisión de perfiles, roles y privilegios, y la elaboración de la Guía de Roles y Perfiles.
- Consolidación de medidas de protección a denunciantes mediante articulación con entidades competentes y acercamientos para orientación y apoyo socioemocional.
- Fortalecimiento de la transparencia activa mediante revisión de contenidos mínimos, publicación de información financiera y contractual y ampliación de espacios de participación.
- Avances en el relacionamiento con la ciudadanía, incluida la centralización de funciones de atención, espacios de diálogo y acciones asociadas a PQRSDF.
- Desarrollo de contenidos pedagógicos y comunicacionales sobre prevención del delito, integridad, conflicto de intereses, colusión y pagos de facilitación.

5.4 Aspectos que requieren cierre prioritario

Línea de gestión	Situación identificada	Orientación para el cierre
Gestión contractual	Persisten productos vencidos asociados a manuales, procedimientos, listas de chequeo, debida diligencia y supervisión contractual.	Consolidar una ruta única de aprobación, publicación y socialización, evitando múltiples productos fragmentados sobre el mismo instrumento.
Integridad y conflicto de intereses	No se acreditaron algunos eventos de socialización programados.	Ejecutar las jornadas pendientes y conservar evidencia de cobertura, contenido y participantes.
Comunicación del PTEP y MIPG	No se acreditaron algunos productos de difusión exigibles.	Implementar piezas y campañas con trazabilidad de publicación y alcance.
Gestión documental y tecnológica	Algunos productos documentales permanecen en elaboración o sin aprobación.	Finalizar la formalización de programas, procedimientos y soportes institucionales.

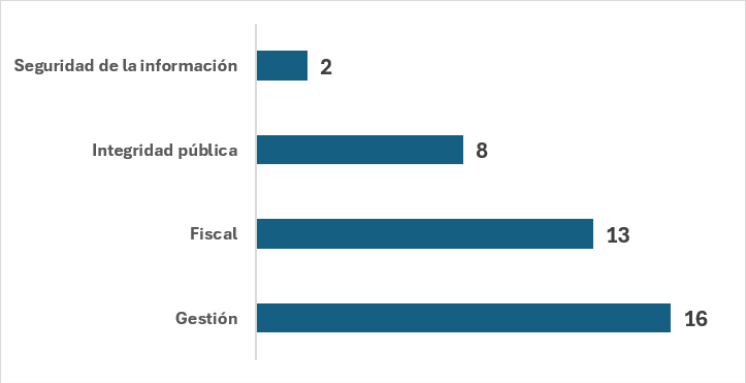
Fuente: Elaboración propia de la Oficina Asesora de Planeación.

6. SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL (MR)

6.1 Estructura del mapa

El Mapa de Riesgos Institucional consolida 39 riesgos distribuidos entre gestión, riesgo fiscal, integridad pública y seguridad de la información. La composición mantiene continuidad frente al primer cuatrimestre y permite una lectura integral de los factores que pueden afectar los objetivos, los recursos públicos, la integridad y la disponibilidad de la información.

Gráfica 3. Riesgos Institucionales por tipología



Fuente: Elaboración propia de la Oficina Asesora de Planeación.

Tabla 6. Tipo y Número de Riesgos

Tipo	Riesgos	Participación
Gestión	16	41%
Fiscal	13	33%
Integridad pública	8	21%
Seguridad de la información	2	5%
Total	39	100%

Fuente: Elaboración propia de la Oficina Asesora de Planeación.

6.2 Implementación, documentación y evidencia de controles

La revisión de los controles se realizó individualmente sobre los 105 registros contenidos en el Mapa de Riesgos Institucional, contrastando para cada uno su descripción, propósito, tipo, frecuencia, condición de implementación, documentación y evidencia definida con los soportes registrados en el Sistema Integrado de Gestión DARUMA.

Para efectuar esta validación, la Oficina Asesora de Planeación verificó, en primer lugar, si el soporte aportado correspondía a la evidencia establecida en el diseño del control; posteriormente, contrastó su fecha y cobertura con la frecuencia definida, determinó si permitía verificar la totalidad del universo controlado o una muestra técnicamente identificable y revisó la existencia de elementos de trazabilidad, tales como el responsable, el periodo, el resultado, los aspectos identificados y las acciones derivadas. Finalmente, cuando el control requería instrumentos institucionales para su operación, se verificó su aprobación, vigencia e incorporación al Sistema Integrado de Gestión.

La aplicación de estos criterios no se limitó a comprobar la existencia de archivos en la herramienta, sino que permitió establecer si los soportes acreditaban objetivamente la ejecución del control durante el periodo y con la frecuencia prevista. En consecuencia, un control reportado como implementado no fue considerado automáticamente validado cuando la evidencia correspondía a otro periodo, no coincidía con el soporte

definido, cubría parcialmente la frecuencia, carecía de trazabilidad o se encontraba pendiente de formalización.

Tabla 7. Criterios para validar la evidencia de los controles

Criterio	Pregunta de validación
Pertinencia	¿El soporte corresponde exactamente a la evidencia definida para el control?
Oportunidad	¿La evidencia cubre el periodo y la frecuencia establecidos?
Suficiencia	¿El soporte permite verificar la totalidad o una muestra técnicamente justificada?
Trazabilidad	¿Se identifican responsable, fecha, resultado, desviaciones y acciones derivadas?
Formalización	¿El instrumento utilizado está aprobado, vigente e incorporado en el Sistema Integrado de Gestión cuando corresponde?

Fuente: Elaboración propia de la Oficina Asesora de Planeación.

Los cinco criterios se aplicaron de manera concurrente a cada control. La pertinencia permitió establecer si el archivo aportado correspondía al soporte definido en el Mapa de Riesgos; la oportunidad se verificó contrastando la fecha del soporte con el periodo y la frecuencia del control; la suficiencia se evaluó a partir de la cobertura de la evidencia sobre el universo controlado o sobre la muestra reportada; la trazabilidad se determinó mediante la identificación del responsable, la fecha de ejecución, el resultado obtenido y las actuaciones derivadas; finalmente, la formalización permitió establecer si los procedimientos, formatos, protocolos o instrumentos utilizados se encontraban aprobados, vigentes e incorporados al Sistema Integrado de Gestión cuando resultaba aplicable.

Como resultado de esta revisión, los controles se clasificaron en dos grupos. En el primero se ubicaron aquellos cuya evidencia permitió acreditar su ejecución en las condiciones definidas; en el segundo se incluyeron los controles respecto de los cuales faltaban soportes para alguno de los periodos exigibles, la evidencia no coincidía con la definida, presentaba problemas de acceso o legibilidad, no permitía comprobar la cobertura del control o requería fortalecer su formalización y trazabilidad. Esta clasificación no implica que en todos los casos haya ausencia de gestión, sino que la información disponible no permite demostrarla integralmente bajo los criterios establecidos.

El Mapa de Riesgos Institucional, versión 2, contiene 105 controles. De este total, 99 se encuentran reportados como implementados y 6 como no implementados, lo que representa una implementación declarada del 94,3%. En cuanto a su documentación, 77 aparecen marcados como documentados, 28 como no documentados.

Al aplicar los criterios de pertinencia, oportunidad, suficiencia, trazabilidad y formalización, la Oficina Asesora de Planeación validó 71 controles con evidencia que permite acreditar su ejecución, mientras que 34 presentan soportes pendientes o susceptibles de fortalecimiento. Estos últimos incluyen controles con evidencias incompletas para alguna de las frecuencias del periodo, soportes que no corresponden a los definidos, documentos no verificables o con cobertura insuficiente, instrumentos pendientes de formalización y controles anuales cuyo plazo de ejecución permanecía vigente al 31 de agosto de 2026.

En consecuencia, la implementación reportada y la validación de la evidencia corresponden a mediciones diferentes: la primera refleja la condición declarada en el diseño del control, mientras que la segunda determina si los soportes disponibles permiten demostrar su ejecución en el periodo evaluado.

Gráfica 4. Estado de los controles MR- II CUATRIMESTRE



Fuente: Elaboración propia de la Oficina Asesora de Planeación.

Lectura técnica

El 94,3 % corresponde a la implementación reportada en el Mapa de Riesgos Institucional y no debe interpretarse, por sí solo, como porcentaje de efectividad. La revisión de la segunda línea de defensa determinó que 71 de los 105 controles cuentan con evidencia suficiente para acreditar su ejecución, mientras que 34 requieren completar, corregir o fortalecer los soportes registrados. Por tanto, la evaluación de la efectividad de los controles deberá considerar, además de su implementación, la ejecución conforme con la frecuencia, la cobertura del universo controlado, el tratamiento de las desviaciones y su contribución efectiva a la reducción de la probabilidad o del impacto del riesgo.

6.2.1 Resultado de la conciliación del estado de implementación de los controles:

La revisión de los seis (6) controles registrados como no implementados se efectuó mediante el contraste entre el estado consignado en el Mapa de Riesgos Institucional, Versión 2, la información reportada por los líderes de proceso en el monitoreo del segundo cuatrimestre y los resultados del seguimiento realizado por la Oficina Asesora de Planeación. Este ejercicio permitió establecer que cuatro controles cuentan con información que sustenta su implementación durante el periodo, mientras que dos permanecen no implementados.

Tabla 8. Conciliación de los controles registrados MRI.V2 como no implementados

Proceso	Riesgo	Control	Evidencia definida	Responsable del Control	Estado inicial en el MRI.V2	Reporte del líder	Resultado de la OAP	Conclusión técnica
Gestión Documental	SI001	Realizar seguimiento a la implementación de los programas: *Reprografía *Documentos especiales *Conservación preventiva	Reporte de seguimiento al plan operativo en Daruma	Secretaría General / Coordinador Grupo Administrativo	No implementado	No implementado	No implementado	No se acredita un cambio frente al estado registrado en el MRI, al encontrarse pendiente el reporte de seguimiento al plan operativo del Daruma que acredite la ejecución de los programas y el cierre de las actividades vencidas de los planes PA260-002 y PA260-087

Proceso	Riesgo	Control	Evidencia definida	Responsable del Control	Estado inicial en el MRI.V2	Reporte del líder	Resultado de la OAP	Conclusión técnica
Gestión del Talento Humano	IP004	Realizar verificación al cumplimiento del procedimiento de manejo de conflictos de interés y si se presentan denuncias por presuntos hechos de Integridad Pública	Informe de seguimiento	Secretaría General / Coordinador Grupo de Talento Humano	No implementado	No implementado	No implementado	No se acredita un cambio frente al estado registrado en el MRI, dado que el informe de seguimiento al cumplimiento del procedimiento es anual; plazo de reporte hasta el 8 de enero de 2027.
Juzgamiento y Ejecución	RF011	Implementar control de tiempos según etapa procesal con sistema de alertas en el Sistema de Información Misional	Sistema de alertas del sistema Información Misional	OTIC	No implementado	Implementado	Implementado	Del seguimiento se evidenciaron informes que acreditan la operación de las alertas de programa metodológico próximo a vencer y vencido. El cambio debe reflejarse en el Mapa de Riesgos.
Juzgamiento y Ejecución	IP006	Realizar seguimiento a las alertas de ingreso, modificación, movimiento y descarga de expedientes en juzgados bajo régimen de Ley 1407.	Registro Reporte de alertas.	OTIC	No implementado	Implementado	Implementado	Del seguimiento se evidenciaron informes que documentan operaciones, novedades, calidad de los registros y revisión de perfiles y usuarios. El cambio debe reflejarse en el Mapa de Riesgos.
Control Interno	GE011	Verificar las características específicas establecidas para la planeación y ejecución de las evaluaciones independientes.	Plan Anual de Auditoría	Oficina de Control Interno de Gestión	No implementado	Implementado	Implementado	La información del monitoreo permite reconocer la implementación para el periodo; el cambio debe reflejarse en el Mapa de Riesgos.
Control Interno	GE011	Presentar en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno las controversias identificadas durante las evaluaciones independientes.	Acta de reunión del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Oficina de Control Interno de Gestión	No implementado	Implementado	Implementado, sin evento de aplicación	El mecanismo se encuentra dispuesto para operar, pero no fue posible observar su ejecución material porque no ocurrió el evento que activa el control. Esta ausencia no equivale a falta de implementación.

Nota: "implementado, sin evento de aplicación" no constituye una categoría adicional del Mapa de Riesgos. Se utiliza únicamente para explicar que el control está dispuesto para operar, aunque durante el periodo no ocurrió la situación que exige su ejecución.

Fuente: Elaboración propia de la Oficina Asesora de Planeación.

6.2.2 Resultado de la conciliación del estado de documentación de los controles:

Para establecer el estado de documentación de los controles, la Oficina Asesora de Planeación contrastó la condición registrada en el Mapa de Riesgos Institucional, versión 2, con la información reportada por los líderes de proceso durante el monitoreo del segundo cuatrimestre y con los soportes registrados en el sistema Daruma.

La conciliación no se limitó a la declaración de los líderes respecto de la documentación de los controles. La verificación comprendió la revisión de la existencia de instrumentos, registros o evidencias que permitieran acreditar su formalización, vigencia y trazabilidad.

Como resultado de este ejercicio, se determinó que, de los 28 controles registrados inicialmente como no documentados en el Mapa de Riesgos Institucional, versión 2, 21 fueron documentados durante el periodo objeto de seguimiento y 7 permanecen en la condición de no documentados.

A continuación, se presenta la conciliación individual de los 28 controles, en la que se identifica el estado inicial registrado en el Mapa de Riesgos Institucional, la información reportada por los líderes de proceso y el resultado de la verificación efectuada por la Oficina Asesora de Planeación.

Tabla 8. Conciliación de los controles registrados MRI.V2 como no documentados

Proceso	Riesgo	Control	Evidencia definida	Responsable del control	Estado inicial en el MRI v.2	Reporte del líder	Resultado de la OAP	Conclusión técnica
Gestión Documental	SI001	Aplicar disposiciones de control de acceso al personal autorizado para la administración del archivo central.	Matriz de asignación de roles y permisos.	Secretaría General / Coordinador Grupo Administrativo	No documentado	No documentado	No documentado	No se acredita un cambio frente al estado registrado en el MRI, al encontrarse pendiente Matriz de asignación de roles y permisos aplicada al archivo central, correspondiente al primer semestre de 2026
Gestión de Servicios Administrativos	IP001	Verificar y actualizar los inventarios de bienes patrimoniales y transitorios de la JPMP.	Reportes en SAP (de asignación del inventario - Acta de entrega y recibo de bienes)	Secretaría General / Coordinador Grupo Administrativo	No documentado	No documentado	No documentado	No se acredita un cambio frente al estado registrado en el MRI, al encontrarse pendiente presentar antes del cierre de la vigencia 2026, los reportes SAP de asignación de inventario y las actas de entrega y recibo de bienes que evidencien la ejecución del control, con el fin de validar su cumplimiento
Adquisición de bienes y servicios	RF003	Realizar seguimiento a la presentación de los informes de supervisión.	Certificado de pagos firmado.	Secretaría General / Coordinador Grupo de Contratos	No documentado	Documentado	No documentado	No se acredita un cambio frente al estado registrado en el MRI, al encontrarse pendiente el registro de los certificados de pago firmados correspondientes a mayo,

Proceso	Riesgo	Control	Evidencia definida	Responsable del control	Estado inicial en el MRI v.2	Reporte del líder	Resultado de la OAP	Conclusión técnica
								junio, julio y agosto de 2026 (mensual)
Adquisición de bienes y servicios	IP003	Realizar verificación de antecedentes a los proponentes.	Certificado de antecedentes.	Secretaría General / Coordinador Grupo de Contratos	No documentado	No documentado	No documentado	No se acredita un cambio frente al estado registrado en el MRI, al encontrarse pendientes los certificados de antecedentes de los proponentes o contratistas vinculados entre mayo y agosto de 2026 (una sola vez por proponente).
Gestión del Talento Humano	IP004	Realizar verificación al cumplimiento del procedimiento de manejo de conflictos de interés y si se presentan denuncias por presuntos hechos de Integridad Pública.	Informe de seguimiento	Secretaría General / Coordinador Grupo de Talento Humano	No documentado	No documentado	No documentado	No se acredita un cambio frente al estado registrado en el MRI, dado que el informe de seguimiento al cumplimiento del procedimiento es anual; plazo hasta el 8 de enero de 2027
Gestión del Talento Humano	RF008	Verificar el cumplimiento de los requisitos legales.	Reporte de evaluación de cumplimiento.	Secretaría General / Coordinador Grupo de Talento Humano	No documentado	Documentado	No documentado	No se acredita un cambio frente al estado registrado en el MRI, dado que el reporte de evaluación del cumplimiento de requisitos legales en SST correspondiente a la vigencia 2026 es anual; plazo hasta el 5 de febrero de 2027
Comunicaciones Estratégicas	GE004	Diseñar y desarrollar estrategias de comunicación con información específica de los protocolos para el manejo de comunicaciones internas y externas.	Piezas de comunicación. Registro de socialización.	Director General - Grupo Comunicaciones	No documentado	Documentado	Documentado	Se evidencia su documentación. el cambio debe reflejarse en el Mapa de Riesgos.
Comunicaciones Estratégicas	GE004	Monitorear diariamente en medios de comunicación sobre noticias relacionadas con la JPMP.	Reporte de monitoreo de medios.	Director General - Grupo Comunicaciones	No documentado	Documentado	Documentado	Se evidencia su documentación. el cambio debe reflejarse en el Mapa de Riesgos.
Comunicaciones Estratégicas	GE005	Asegurar que las publicaciones de información e interacciones cumplan los lineamientos establecidos por la red social.	Registro Publicación aceptada por la red social.	Director General - Grupo Comunicaciones	No documentado	Documentado	Documentado	Se evidencia su documentación. el cambio debe reflejarse en el Mapa de Riesgos.

Proceso	Riesgo	Control	Evidencia definida	Responsable del control	Estado inicial en el MRI v.2	Reporte del líder	Resultado de la OAP	Conclusión técnica
Juzgamiento y Ejecución	RF011	Implementar control de tiempos según etapa procesal con sistema de alertas en el Sistema de Información Misional.	Sistema de alertas del sistema Información Misional.	OTIC	No documentado	Documentado	Documentado	Se evidencia su documentación. el cambio debe reflejarse en el Mapa de Riesgos.
Juzgamiento y Ejecución	IP006	Realizar seguimiento a las alertas de ingreso, modificación, movimiento y descarga de expedientes en juzgados bajo régimen de Ley 1407. (Responsable OTIC)	Registro Reporte de alertas.	OTIC	No documentado	Documentado	Documentado	Se evidencia su documentación. el cambio debe reflejarse en el Mapa de Riesgos.
Gestión Jurídica	GE009	Participar en cursos de actualización normativa.	Registro de asistencia.	Jefe de la Oficina Asesora Jurídica	No documentado	Documentado	Documentado	Se evidencia su documentación. el cambio debe reflejarse en el Mapa de Riesgos.
Control Interno	GE010	Realizar seguimiento a la ejecución del plan anual de auditoría.	Acta de reunión. Reporte de avance del plan de auditoría en Daruma	Jefe de Oficina de Control Interno de Gestión	No documentado	Documentado.	Documentado	Se evidencia su documentación. el cambio debe reflejarse en el Mapa de Riesgos.
Control Interno	GE010	Realizar una revisión previa y sistemática de la normatividad aplicable a los informes de ley.	Acta de reunión	Jefe de Oficina de Control Interno de Gestión	No documentado	Documentado.	Documentado	Se evidencia su documentación. el cambio debe reflejarse en el Mapa de Riesgos.
Control Interno	GE011	Verificar las características específicas establecidas para la planeación y ejecución de las evaluaciones independientes.	Plan Anual de Auditoría.	Jefe de Oficina de Control Interno de Gestión	No documentado	Documentado.	Documentado	Se evidencia su documentación. el cambio debe reflejarse en el Mapa de Riesgos.
Control Interno	GE011	Presentar en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno las controversias identificadas durante las evaluaciones independientes.	Acta de reunión del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.	Jefe de Oficina de Control Interno de Gestión	No documentado	Documentado.	No documentado	Pendiente precisar en los reportes de no ocurrencia de controversias al periodo y de las actas de los comités que den cuenta de lo indicado.
Control Interno	GE011	Realizar una revisión previa y sistemática de la normatividad aplicable a las	Acta de reunión.	Jefe de Oficina de Control Interno de Gestión	No documentado	Documentado.	Documentado	Se evidencia su documentación. el cambio debe reflejarse en el Mapa de Riesgos.

Proceso	Riesgo	Control	Evidencia definida	Responsable del control	Estado inicial en el MRI v.2	Reporte del líder	Resultado de la OAP	Conclusión técnica
		evaluaciones realizadas por la OCIG.						
Gestión TIC	SI002	Verificar la integridad y disponibilidad de la información contenida en las copias de seguridad de la plataforma AWS.	Informe de restauración.	OTIC	No documentado	Documentado.	Documentado	Se evidencia su documentación. el cambio debe reflejarse en el Mapa de Riesgos.
Gestión TIC	SI002	Aplicar disposiciones de control de acceso.	Matriz de asignación de roles y permisos.	OTIC	No documentado	Documentado.	Documentado	Se evidencia su documentación. el cambio debe reflejarse en el Mapa de Riesgos.
Gestión TIC	SI002	Aplicar protección contra programas maliciosos (malware).	Registro de licenciamiento.	OTIC	No documentado	Documentado.	Documentado	Se evidencia su documentación. el cambio debe reflejarse en el Mapa de Riesgos.
Gestión TIC	SI002	Realizar escaneo de vulnerabilidades técnicas.	Informe de vulnerabilidades.	OTIC	No documentado	Documentado.	Documentado	Se evidencia su documentación. el cambio debe reflejarse en el Mapa de Riesgos.
Gestión TIC	GE012	Hacer seguimiento a disponibilidad de los Acuerdos de Niveles de Servicio (ANS) pactados con los proveedores de los servicios de plataforma para gestionar la prestación a los grupos de valor de manera permanente y continua. (Actas de conciliación suscritas con el contratista).	Acta o documento de conciliación.	OTIC	No documentado	Documentado.	Documentado	Se evidencia su documentación. el cambio debe reflejarse en el Mapa de Riesgos.
Gestión TIC	GE012	Hacer seguimiento a disponibilidad de los Acuerdos de Niveles de Servicio (ANS) pactados con los proveedores de los servicios de conectividad para gestionar la prestación a los grupos de valor de manera permanente y continua. (Actas de conciliación suscritas con el contratista).	Acta o documento de conciliación.	OTIC	No documentado	Documentado.	Documentado	Se evidencia su documentación. el cambio debe reflejarse en el Mapa de Riesgos.

Proceso	Riesgo	Control	Evidencia definida	Responsable del control	Estado inicial en el MRI v.2	Reporte del líder	Resultado de la OAP	Conclusión técnica
Gestión TIC	GE012	Hacer seguimiento a disponibilidad de los Acuerdos de Niveles de Servicio (ANS) pactados con los proveedores de los servicios de sistema de información misional para gestionar la prestación a los grupos de valor de manera permanente y continua. (Actas de conciliación suscritas con el contratista).	Acta o documento de conciliación.	OTIC	No documentado	Documentado.	Documentado	Se evidencia su documentación. el cambio debe reflejarse en el Mapa de Riesgos.
Gestión TIC	IP008	Definir y configurar perfiles y roles de acceso a los sistemas de información.	Registro. Matriz de asignación de roles y permisos.	OTIC	No documentado	Documentado.	Documentado	Se evidencia su documentación. el cambio debe reflejarse en el Mapa de Riesgos.
Gestión TIC	IP008	Aplicar controles en el software de manera diaria que impidan la modificación accidental o intencional de la información gestionada.	Registro de auditoría.	OTIC	No documentado	Documentado.	Documentado	Se evidencia su documentación. el cambio debe reflejarse en el Mapa de Riesgos.
Investigación y Acusación	IP005	Incluir en el Comité Técnico - Jurídico aquellas investigaciones que no evidencien avances de gestión significativos.	Listado de asistencia.	Fiscal Genera Penal Militar y Policial	No documentado	Documentado	Documentado	Se evidencia su documentación. el cambio debe reflejarse en el Mapa de Riesgos.
Investigación y Acusación	GE007	Realizar seguimiento al cumplimiento de los lineamientos de seguridad operacional para la actividad investigativa (Fiscales y secretarios).	Lista de verificación lineamientos de seguridad operacional.	Fiscal General Penal Militar y Policial	No documentado	Documentado	Documentado	Se evidencia su documentación. el cambio debe reflejarse en el Mapa de Riesgos.
TOTAL	**28**	**Controles objeto de conciliación.**			**28 no documentados**	**24 reportados como documentados/ 4 sin cambio.**	**21 documentados / 7 no documentado**	

6.2.3 Consolidado por proceso de los controles que presentan soportes pendientes o susceptibles de fortalecimiento:

De manera complementaria a la conciliación de los estados de implementación y documentación, se consolidaron los controles cuya evidencia de ejecución se encuentra pendiente o requiere fortalecimiento; esta clasificación comprende los casos en los que el soporte no fue aportado, no cubre la frecuencia o el periodo definido, no permite verificar integralmente la ejecución del control o requiere mayores elementos de trazabilidad.

De acuerdo con la revisión adelantada en el sistema, esta situación se evidenció en 34 controles, distribuidos en 11 procesos, por lo cual el conteo se realiza por control y no por riesgo, dado que un mismo riesgo puede tener más de un control con soportes pendientes o susceptibles de fortalecimiento, así:

Tabla 9. Controles que presentan soportes pendientes o susceptibles de fortalecimiento por dependencia

Proceso	Número de controles con soportes pendientes o susceptibles de fortalecimiento
Adquisición de bienes y servicios	7
Gestión Documental	6
Gestión del Talento Humano	5
Gestión Jurídica	4
Juzgamiento y Ejecución	4
Control Disciplinario	2
Gestión de Servicios Administrativos	2
Comunicaciones Estratégicas	1
Control Interno	1
Gestión Financiera	1
Gestión del Servicio Judicial	1
TOTAL	**34**

6.3 Planes de tratamiento

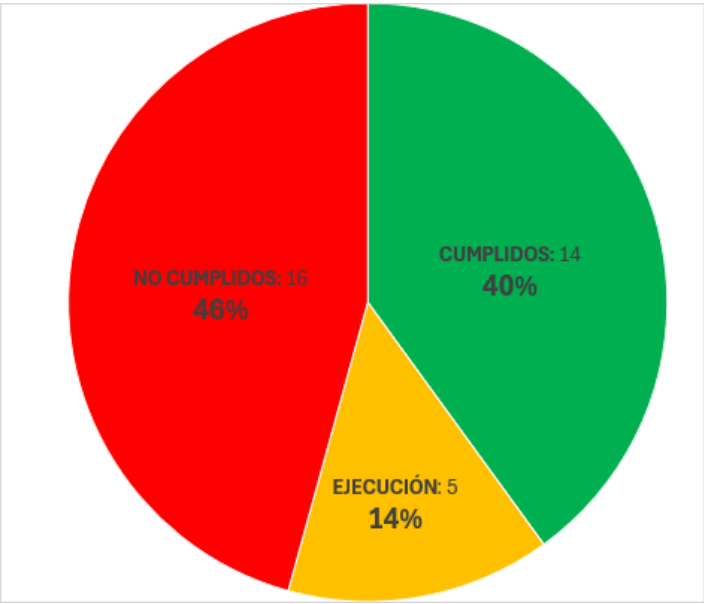
El Mapa de Riesgos Institucional, versión 2, contiene 86 acciones asociadas a los planes de tratamiento, sin embargo, para efectos del seguimiento, las acciones que contemplan varios productos o fechas de entrega fueron desagregadas, de manera que cada producto con fecha de cumplimiento independiente se consideró como una unidad de análisis; como resultado, se identificaron 103 productos o entregables para la vigencia 2026, de los cuales 35 debían cumplirse entre el 1 de mayo y el 31 de agosto.

Para la clasificación de los productos de los planes de tratamiento se aplicaron los criterios definidos en la "Tabla 2. Estandarización para identificación y validación de actividades y entregables" por lo que, los productos finalizados y respaldados con evidencia suficiente se clasificaron como cumplidos; aquellos que presentaron avances verificables, pero no alcanzaron la totalidad del resultado previsto, se registraron en ejecución, identificando expresamente los casos cuyo plazo se encontraba vencido; y los productos exigibles que no fueron finalizados, no registraron avance verificable o no contaron con evidencia suficiente se clasificaron como no cumplidos.

Bajo estos criterios, de los 35 productos exigibles durante el segundo cuatrimestre de 2026, 14 fueron cumplidos, 5 se encontraban en ejecución y 16 no fueron cumplidos, lo que corresponde al 40,0 %, 14,3 % y 45,7 %, respectivamente. En conjunto, 19 productos equivalentes al 54,3 % de los exigibles para el periodo, registraron cumplimiento o avance verificable; no obstante, únicamente los 14 productos finalizados y respaldados con evidencia suficiente se contabilizan como cumplidos.

En este sentido, los productos en ejecución con el plazo vencido y aquellos que no fueron cumplidos deberán ser priorizados durante el cierre de la vigencia, mediante la culminación de las actividades pendientes y el registro de evidencias finales que permitan acreditar su ejecución, resultado y cierre.

Gráfica 5. Acciones y productos exigibles Planes de Tratamiento- II CUATRIMESTRE 2026



Fuente: Elaboración propia de la Oficina Asesora de Planeación.

Estado	No.	Porcentaje
CUMPLIDOS	14	40,00%
EJECUCIÓN	5	14,30%
NO CUMPLIDOS	16	45,70%
TOTAL PRODUCTOS EXIGIBLES	**35**	**100%**

Nota: cada producto o fecha de cumplimiento independiente se considera una unidad de seguimiento. Los porcentajes se calculan sobre 35 productos exigibles entre el 1 de mayo y el 31 de agosto de 2026.

Fuente: Elaboración propia de la Oficina Asesora de Planeación.

Los resultados de cumplimiento y ejecución más representativos se registraron en las acciones relacionadas con la gestión de accesos, la gestión financiera, el seguimiento disciplinario, la atención a la ciudadanía, la gestión estadística y el fortalecimiento de la planeación. Por su parte, para el cierre de la vigencia, la entidad deberá concentrar sus esfuerzos en las acciones pendientes asociadas con la gestión contractual, la

continuidad del negocio, la prevención del daño antijurídico, la gestión documental y el seguimiento a las políticas de MIPG.

Tabla 10. Resumen de productos exigidos en los Planes de Tratamiento MRI.V2, por dependencia. II cuatrimestre 2026

Proceso o área responsable	Cumplidos	En ejecución	No cumplidos	Total exigibles
Direccionamiento Estratégico	2	0	0	2
Gestión Financiera	2	0	0	2
Investigación y Acusación	1	0	0	1
Relacionamiento Estado/Ciudadano	1	0	0	1
Gestión del Servicio Judicial	2	0	1	3
Juzgamiento y Ejecución	1	0	1	2
Gestión TIC	2	0	3	5
Gestión de Servicios Administrativos	1	2	0	3
Adquisición de bienes y servicios	2	3	5	10
Gestión Jurídica	0	0	3	3
Sinergia Organizacional	0	0	2	2
Gestión del Talento Humano	0	0	1	1
TOTAL	**14**	**5**	**16**	**35**

Fuente: Elaboración propia de la Oficina Asesora de Planeación.

Igualmente se resalta que 10 productos cuentan con avance anticipado respecto a la fecha de ejecución definida para su cumplimiento, los cuales corresponden a la Grupo de Talento Humano, Grupo de Comunicaciones, Mesa Técnica Misional y Fiscalía General Penal Militar y Policial.

6.4 Oportunidades de fortalecimiento transversal

- Alinear las frecuencias de los controles con la periodicidad real de generación de evidencias.
- Estandarizar instrumentos de seguimiento que actualmente operan en archivos Excel no formalizados.
- Configurar en DARUMA todas las tareas necesarias según la frecuencia, evitando que la ausencia de una tarea impida el reporte oportuno.
- Conservar evidencia consolidada del universo controlado, no solo muestras aisladas, particularmente en gestión judicial, roles y accesos, contratación y vinculaciones.
- Actualizar instrumentos elaborados por las dependencias en Sistema Integrado de Gestión de la Justicia Penal Militar y Policial durante 2026.

7. Análisis integrado de resultados

El seguimiento correspondiente al segundo cuatrimestre de 2026 evidencia avances en la capacidad institucional para administrar los riesgos, monitorear los compromisos y documentar las actuaciones adelantadas por los procesos. La información registrada en el Sistema Integrado de Gestión permite relacionar

responsables, actividades, controles, productos y evidencias, facilitando una lectura integral de los resultados y una mejor orientación de las decisiones institucionales.

Se destaca el avance observado en la implementación y documentación de los controles, resultado de la conciliación entre el Mapa de Riesgos Institucional, los reportes de monitoreo de los líderes de proceso y la verificación efectuada por la Oficina Asesora de Planeación. Esta evolución refleja una mayor apropiación de la gestión del riesgo y fortalece la cultura preventiva, en la medida en que los procesos reconocen la importancia de establecer controles, formalizarlos y conservar evidencias que permitan demostrar su aplicación.

Asimismo, las observaciones de la segunda línea de defensa incorporan una verificación más amplia, al contrastar el producto o resultado esperado con los soportes registrados, la frecuencia definida y las condiciones establecidas para su ejecución. De esta manera, el seguimiento permite reconocer los avances alcanzados sin equiparar las actuaciones parciales con productos terminados ni la implementación reportada con la efectividad del control.

El reto para el cierre de la vigencia consiste en culminar los productos pendientes, formalizar los controles que todavía se ejecutan mediante instrumentos operativos y fortalecer la suficiencia y trazabilidad de las evidencias. Con ello, la entidad podrá consolidar los avances alcanzados y asegurar que la gestión del riesgo se traduzca en resultados completos, verificables y sostenibles.

Balance general:

La JPMP avanzó en el fortalecimiento de la transparencia, la participación, la seguridad de la información, el control de accesos y la gestión preventiva de sus riesgos. El seguimiento también identificó compromisos que deben completarse antes del cierre de 2026. Esta identificación temprana permite enfocar responsables y recursos, mejorar la calidad de la evidencia y fortalecer la confianza en la gestión institucional.

8. Conclusiones

- La entidad cuenta con una estructura consolidada de seguimiento que integra 183 entregables del PTEP, 39 riesgos, 105 controles y los respectivos planes de tratamiento.

- En el PTEP, 19 de los 31 entregables exigibles presentan cumplimiento o avance verificable. El resultado confirma avances relevantes y exige focalizar la gestión en 12 productos no cumplidos.

- El Mapa de Riesgos mantiene cobertura sobre las principales tipologías institucionales. El 94,3 % de los controles se reporta implementado, aunque 34 requieren completar o fortalecer su evidencia.

- La conciliación entre el Mapa de Riesgos, el monitoreo de los líderes de proceso y la verificación de la Oficina Asesora de Planeación evidenció avances en la implementación y documentación de los controles, lo que refleja una mayor apropiación de la gestión del riesgo y fortalece la cultura institucional de prevención y autocontrol.

- Los planes de tratamiento muestran resultados positivos en distintas áreas, pero los rezagos deben atenderse con prioridad por su relación directa con contratación, continuidad, gestión documental, daño antijurídico y desempeño institucional.

- La actualización de la Política de Gestión Integral de Riesgos Institucionales fortalece el marco para la toma de decisiones basada en riesgo, la definición de responsabilidades y la mejora continua.

9. Recomendaciones

Prioridad	Recomendación	Responsable principal	Plazo sugerido
Alta	Cerrar los entregables vencidos del PTEP y de los planes de tratamiento, registrando productos finales aprobados y socializados.	Líderes de proceso	Antes del cierre de la vigencia
Alta	Formalizar los instrumentos operativos utilizados como evidencia y vincularlos al Sistema Integrado de Gestión.	Líderes de proceso y OAP	Cuarto trimestre de 2026
Alta	Afianzar en los líderes de proceso y sus equipos la apropiación de la gestión del riesgo como herramienta para asegurar el logro de los resultados institucionales, fortalecer la toma de decisiones preventivas y promover el uso oportuno y consistente del Sistema Integrado de Gestión DARUMA.	Líderes de proceso, equipos de trabajo y OAP	Aplicación inmediata y sostenida
Alta	Registrar y reportar oportunamente en DARUMA cualquier evento de materialización de riesgos, incluyendo la descripción del evento, sus efectos, las acciones de respuesta adoptadas y el seguimiento correspondiente, de acuerdo con los lineamientos institucionales de gestión del riesgo.	Líderes de proceso y responsables de riesgos	Inmediato, ante la ocurrencia del evento
Alta	Afianzar en los líderes de proceso y sus equipos la apropiación de la gestión del riesgo como herramienta para asegurar el logro de los resultados institucionales, fortalecer la toma de decisiones preventivas y promover el uso oportuno y consistente del Sistema Integrado de Gestión DARUMA.	Líderes de proceso, equipos de trabajo y OAP	Aplicación inmediata y sostenida
Media	Depurar marcaciones inconsistentes y configurar tareas en DARUMA según la frecuencia real de cada control.	OAP y administradores del aplicativo	Antes del tercer seguimiento
Media	Fortalecer evidencia consolidada, cobertura, muestreo y trazabilidad de controles.	Primera línea de defensa	Aplicación inmediata y sostenida
Media	Presentar al Comité Institucional de Gestión y Desempeño el balance, las alertas y las decisiones requeridas.	OAP	Siguiente sesión del Comité

Fuente: Elaboración propia de la Oficina Asesora de Planeación, con base en la matriz de seguimiento 2026.

10. Fuentes consultadas

- Presidencia de la República. Decreto 1122 de 2024 y Anexo Técnico de los Programas de Transparencia y Ética Pública.
- Departamento Administrativo de la Función Pública. Guía para la Gestión Integral del Riesgo en Entidades Públicas, versión 7, 2025.

- Justicia Penal Militar y Policial. Política de Gestión Integral de Riesgos Institucionales, versión 3, 2026.
- Justicia Penal Militar y Policial. Programa de Transparencia y Ética Pública, versión 3, 2026.
- Justicia Penal Militar y Policial. Mapa de Riesgos Institucional, versión 2, 2026.
- Justicia Penal Militar y Policial. Software para la implementación del Sistema Integrado de Calidad de la Justicia Penal Militar y Policial -DARUMA-. Adoptado con Resolución No. 000566 del 26 de julio de 2026
- Justicia Penal Militar y Policial. Informe de Monitoreo PTEP y Mapa de Riesgos Institucional, primer cuatrimestre de 2026.