

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

<b>FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME</b>	<b>Día:</b>	8	<b>Mes:</b>	6	<b>Año:</b>	2021
-------------------------------------	-------------	---	-------------	---	-------------	------

<b>Número de Informe</b>	1/2
<b>Nombre del Seguimiento</b>	Comportamiento de la percepción de la segunda línea de defensa, análisis de la tercera línea en el SIG
<b>Objetivo del Seguimiento</b>	Conocer el comportamiento estadístico de la percepción segunda línea de defensa mediante el uso de la herramienta de autoevaluación
<b>Alcance del Seguimiento</b>	Se inicia con la recopilación de la información de las variables dentro del modelo de autoevaluación y concluye con el informe de comportamiento estadístico
<b>Normatividad</b>	Ley 87 de 1993, el Decreto 1083 de 2015 y el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

## A. ANÁLISIS Y OBSERVACIONES.

### INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 87 de 1993 el Decreto 1083 de 2015 lo señalado en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y demás normas que los adicionan y complementan, presenta el informe de la percepción de la segunda línea de defensa relacionados con el Sistema Integrado de Gestión a partir de los datos suministrados por los líderes de los procesos y los Directores Territoriales Los datos examinados corresponden a las vigencias 2018 2019 y 2020 teniendo con fuente de información el modelo de autoevaluación por procesos (D R A

El informe corresponde a la combinación de los tres sistemas de gestión que mide la autoevaluación (D R A) que son esenciales en la línea de defensa y que corresponden a la Gestión de Calidad, Gestión Ambiental y Gestión de SST La información se presenta en el escenario de los procesos únicamente, igual consideración para las Direcciones Territoriales y una combinación holística institucional Del análisis del comportamiento, la Alta Dirección puede determinar las acciones a seguir para fortalecer la segunda línea de defensa a partir de este análisis proveniente de la tercera línea de defensa e igualmente, con metodologías prospectivas, establecer el comportamiento en escenarios futuros.

La siguiente grafica muestra el SIG de la UARIV según su publicación en la página web institución.

 <b>El futuro es de todos</b>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

### Sistema Integrado de Gestión - SIG



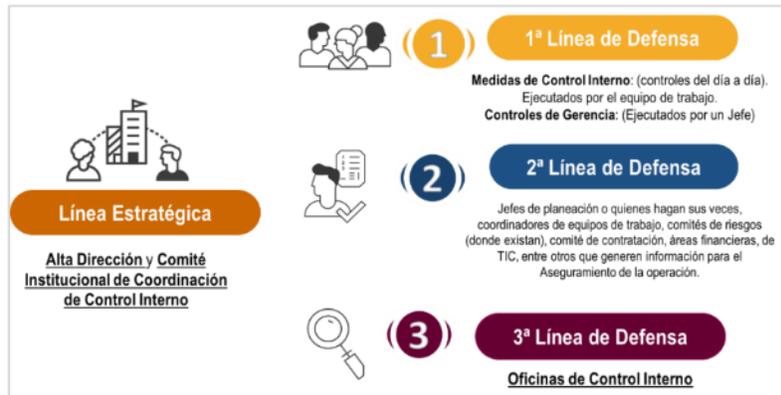
La Política de Sistema de Gestión, la Unidad para las Víctimas implementa y mejora continuamente sus procesos de manera eficaz, eficiente y efectiva, ejecutando políticas, planes, programas y/o proyectos en el nivel nacional y territorial para la atención, asistencia y reparación integral en coordinación con el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas SNARIV, y con la participación de las Víctimas y demás partes interesadas, en cumplimiento de los requisitos legales como contribución a la reconciliación y la paz. De igual forma, se compromete a establecer mecanismos que aporten a la gestión de aspectos e impactos ambientales asociados a las actividades de la entidad, preservar la disponibilidad, confidencialidad e integridad de la información, así como trabajar permanentemente en la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales”, aspecto tomado del Manual del Sistema Integrado de Gestión, Código 120 01 06 1 de fecha 14 08 2019 pág. 16.

La política de administración de riesgos de la Unidad se desarrolla con mayor detalle en la Metodología de Administración de riesgos, la cual integra los lineamientos aplicables a los riesgos de corrupción, Operativos, de Seguridad de la Información y Seguridad Digital, de Seguridad y Salud en el trabajo, Ambientales y Públicos, aspectos que se incluyen en el SIG institucional.

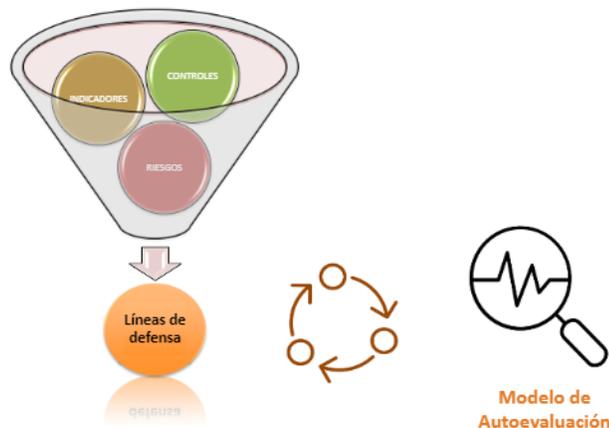
La siguiente gráfica muestra el desarrollo macro de las tres líneas de defensa que se aplica igualmente en la UARIV

 <b>El futuro es de todos</b>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

### Las Líneas de Defensa en el Modelo Estándar de Control Interno



Realizando la combinación metodológica entre los elementos propios de los riesgos con el Modelo de Autoevaluación se tiene que las variables seleccionadas contribuyen a la conformación básica de la segunda línea de defensa.



Las líneas de defensa se ubican en el terreno de la teoría de riesgos. La identificación, tratamiento y control de los eventos que se puedan presentar son los artífices de la creación de las líneas de defensa y en este sentido las tres variables que se toman para este análisis están estrechamente relacionadas asociados al SIG. El sistema de medición que determina el comportamiento de la gestión vs lo planeado es un ámbito donde se presentan los riesgos. La identificación de los riesgos, aplicando las metodologías aceptadas mundialmente, permite que la entidad advierta con tiempo situaciones en las cuales el logro de los objetivos se puede ver afectado de manera positiva o negativa. El control como variable determinante del accionar en la administración del riesgo es otro de los aspectos que puede potencializar el advenimiento de otros riesgos, minimizar sus impactos y generar alertas tempranas.

Estos aspectos llevan a que la Oficina de Control Interno, usando la herramienta de autoevaluación (D.R.A.) establezca el comportamiento de la segunda línea de defensa, es decir los responsables de la operación

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

de los procesos y su comportamiento en las cinco mediciones efectuadas que corresponde a tres años de datos, los cuales se presentan bajo un esquema de análisis estadístico

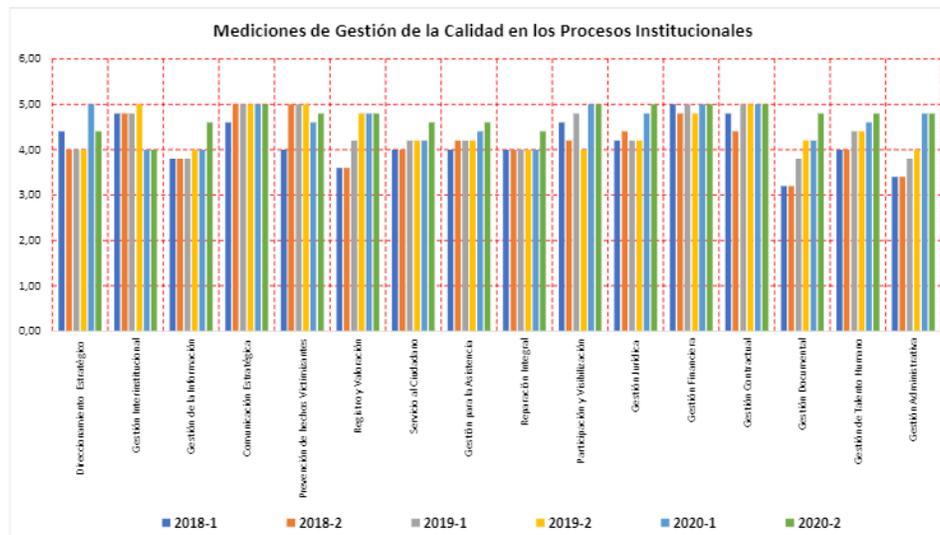
### **ANÁLISIS DE LA TERCERA LÍNEA DE DEFENSA EN RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO Y MEDICIONES DE LA SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA EN LOS PROCESOS INSTITUCIONALES PERIODO 2018 A 2020**

Se toman 16 de los 18 procesos institucionales que corresponden a una muestra del 88.89%. Se excluyen del estudio los procesos de seguimiento y control por cuanto su finalidad es diferente a la misionalidad misma de la UARIV, los procesos seleccionados tienen injerencia directa sobre el logro de las metas institucionales y su impacto en las metas Gobierno.

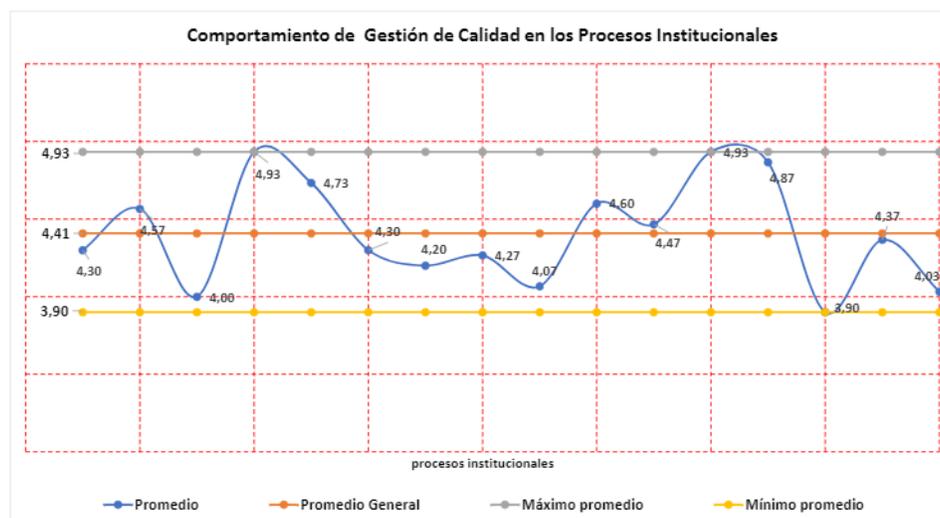
Las siguientes tablas muestran cada uno de los procesos y las mediciones semestrales desde 2018 y hasta 31 de diciembre de 2020, extraídas del Modelo de Autoevaluación que es diligenciado exclusivamente por los responsables de los procesos y corresponden a los valores por ellos autónomamente asignados en el lapso de estudio y cuyas evidencias recientemente las valora la Dirección General. Los valores se mueven en el intervalo [1,5], que son de las variables control, indicadores y riesgo.

Procesos	Gestión de Calidad de Procesos					
	2018-1	2018-2	2019-1	2019-2	2020-1	2020-2
Direccionamiento Estratégico	4,40	4,00	4,00	4,00	5,00	4,40
Gestión Interinstitucional	4,80	4,80	4,80	5,00	4,00	4,00
Gestión de la Información	3,80	3,80	3,80	4,00	4,00	4,60
Comunicación Estratégica	4,60	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Prevención de hechos Victimizantes	4,00	5,00	5,00	5,00	4,60	4,80
Registro y Valoración	3,60	3,60	4,20	4,80	4,80	4,80
Servicio al Ciudadano	4,00	4,00	4,20	4,20	4,20	4,60
Gestión para la Asistencia	4,00	4,20	4,20	4,20	4,40	4,60
Reparación Integral	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,40
Participación y Visibilización	4,60	4,20	4,80	4,00	5,00	5,00
Gestión Jurídica	4,20	4,40	4,20	4,20	4,80	5,00
Gestión Financiera	5,00	4,80	5,00	4,80	5,00	5,00
Gestión Contractual	4,80	4,40	5,00	5,00	5,00	5,00
Gestión Documental	3,20	3,20	3,80	4,20	4,20	4,80
Gestión de Talento Humano	4,00	4,00	4,40	4,40	4,60	4,80
Gestión Administrativa	3,40	3,40	3,80	4,00	4,80	4,80

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020
		Páginas



La anterior gráfica muestra el histograma de frecuencia de los datos obtenidos del Modelo de Autoevaluación para los procesos institucionales en la variable calidad. La siguiente grafica muestra el comportamiento de la gestión de la variable Gestión de la Calidad dentro del lapso teniendo en cuenta que se calcula el promedio por cada una de los 16 procesos examinados, el promedio general del universo de datos y sus valores maximinos y mínimos (que se tomaran como constantes en la gráfica)

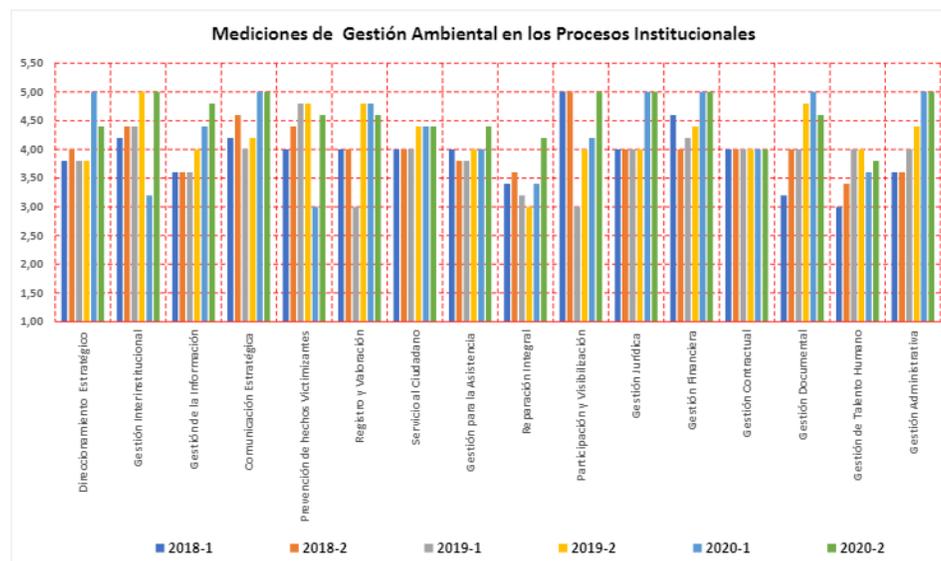


Como se puede observar, el valor máximo de los procesos institucionales logrado por la variable Gestión de la Calidad es 4,93/5,00 y un valor mínimo de 3,90/5,00. Teniendo en cuenta que el promedio general de 4,41/5,00. Se encuentran por encima del promedio general y nueve están por debajo del citado promedio. De lo anterior se tiene que el 43.75% de los procesos superan el promedio mientras que el 56.25% no lo logra.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las Víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

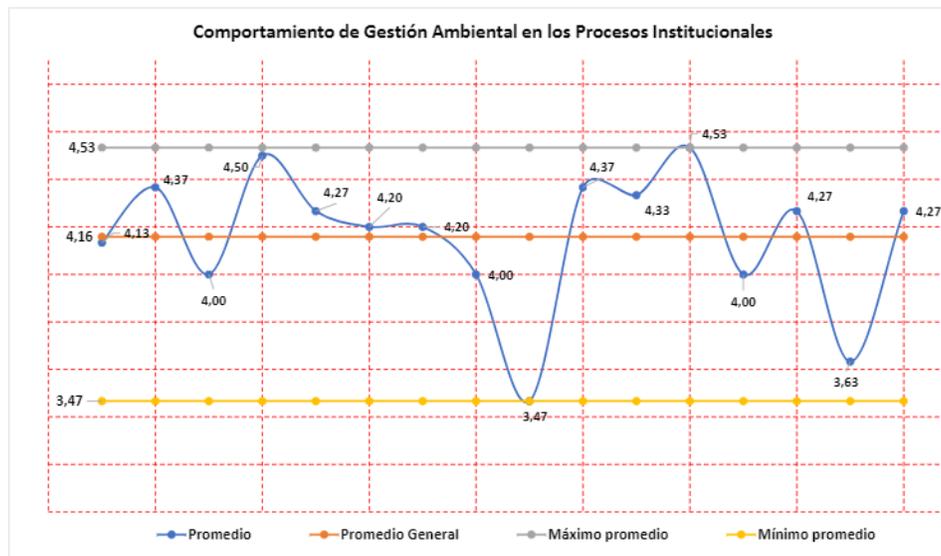
En lo que respecta a la variable gestión ambiental, como aspecto operativo del sistema medioambiental que le corresponde la entidad, tiene el siguiente análisis:

Proceso	Gestión Ambiental de procesos					
	2018-1	2018-2	2019-1	2019-2	2020-1	2020-2
Direccionamiento Estratégico	3,80	4,00	3,80	3,80	5,00	4,40
Gestión Interinstitucional	4,20	4,40	4,40	5,00	3,20	5,00
Gestión de la Información	3,60	3,60	3,60	4,00	4,40	4,80
Comunicación Estratégica	4,20	4,60	4,00	4,20	5,00	5,00
Prevención de hechos Victimizantes	4,00	4,40	4,80	4,80	3,00	4,60
Registro y Valoración	4,00	4,00	3,00	4,80	4,80	4,60
Servicio al Ciudadano	4,00	4,00	4,00	4,40	4,40	4,40
Gestión para la Asistencia	4,00	3,80	3,80	4,00	4,00	4,40
Reparación Integral	3,40	3,60	3,20	3,00	3,40	4,20
Participación y Visibilización	5,00	5,00	3,00	4,00	4,20	5,00
Gestión Jurídica	4,00	4,00	4,00	4,00	5,00	5,00
Gestión Financiera	4,60	4,00	4,20	4,40	5,00	5,00
Gestión Contractual	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Gestión Documental	3,20	4,00	4,00	4,80	5,00	4,60
Gestión de Talento Humano	3,00	3,40	4,00	4,00	3,60	3,80
Gestión Administrativa	3,60	3,60	4,00	4,40	5,00	5,00



La anterior gráfica muestra el histograma de frecuencia de los datos obtenidos del Modelo de Autoevaluación para los procesos institucionales en la variable Gestión Ambiental. La siguiente gráfica muestra el comportamiento de la gestión de la variable dentro del lapso teniendo en cuenta que se calcula el promedio por cada una de los 16 procesos examinados, el promedio general del universo de datos y sus valores maximinos y mínimos (que se tomaran como constantes en la gráfica).

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020
		Páginas

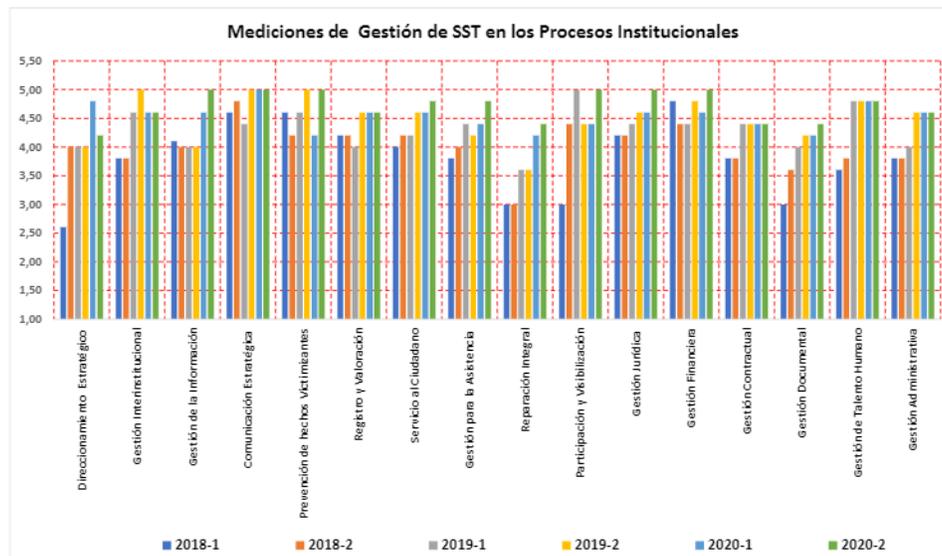


Como se puede observar, el valor máximo de los procesos institucionales logrado por la variable Gestión Ambiental es 4,53/5,00 y un valor mínimo de 3,47/5,00. Teniendo en cuenta que el promedio general de 4,16/5,00. Se encuentran por encima del promedio general diez y seis están por debajo del citado promedio. De lo anterior se tiene que el 62,50% de los procesos superan el promedio mientras que el 37,50% no lo logra.

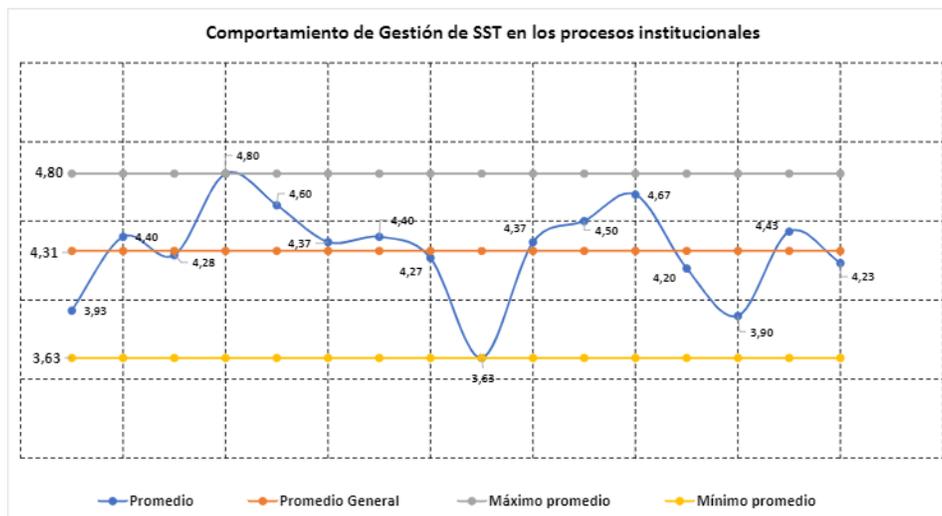
En lo que respecta a la variable Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de procesos, como aspecto operativo del modelo de seguridad de los servidores de la entidad y de las partes interesadas, tiene el siguiente análisis:

Proceso	Gestión de seguridad y salud en el trabajo de procesos					
	2018-1	2018-2	2019-1	2019-2	2020-1	2020-2
Direccionamiento Estratégico	2,60	4,00	4,00	4,00	4,80	4,20
Gestión Interinstitucional	3,80	3,80	4,60	5,00	4,60	4,60
Gestión de la Información	4,10	4,00	4,00	4,00	4,60	5,00
Comunicación Estratégica	4,60	4,80	4,40	5,00	5,00	5,00
Prevención de hechos Victimizantes	4,60	4,20	4,60	5,00	4,20	5,00
Registro y Valoración	4,20	4,20	4,00	4,60	4,60	4,60
Servicio al Ciudadano	4,00	4,20	4,20	4,60	4,60	4,80
Gestión para la Asistencia	3,80	4,00	4,40	4,20	4,40	4,80
Reparación Integral	3,00	3,00	3,60	3,60	4,20	4,40
Participación y Visibilización	3,00	4,40	5,00	4,40	4,40	5,00
Gestión Jurídica	4,20	4,20	4,40	4,60	4,60	5,00
Gestión Financiera	4,80	4,40	4,40	4,80	4,60	5,00
Gestión Contractual	3,80	3,80	4,40	4,40	4,40	4,40
Gestión Documental	3,00	3,60	4,00	4,20	4,20	4,40
Gestión de Talento Humano	3,60	3,80	4,80	4,80	4,80	4,80
Gestión Administrativa	3,80	3,80	4,00	4,60	4,60	4,60

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020
		Páginas



La anterior gráfica muestra el histograma de frecuencia de los datos obtenidos del Modelo de Autoevaluación para los procesos institucionales en la variable Gestión de Seguridad y salud en el trabajo. La siguiente gráfica muestra el comportamiento de la gestión de la variable dentro del lapso teniendo en cuenta que se calcula el promedio por cada una de los 16 procesos examinados, el promedio general del universo de datos y sus valores maximinos y mínimos (que se tomaran como constantes en la gráfica).



Como se puede observar, el valor máximo de los procesos institucionales logrado por la variable Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo es 4,80/5,00 y un valor mínimo de 3,63/5,00. Teniendo en cuenta que el promedio general de 4,31/5,00. Se encuentran por encima del promedio general nueve procesos y diez están por debajo del citado promedio. De lo anterior se tiene que el 56.25% de los procesos superan el promedio mientras que el 43.75% no lo logra.

 <b>El futuro es de todos</b> <small>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</small>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

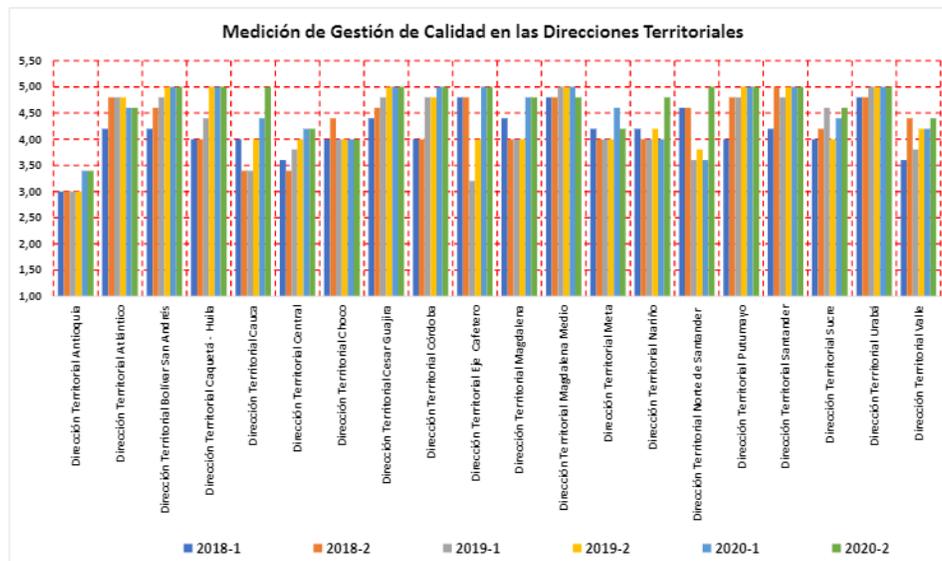
Un análisis holístico muestra que seis procesos del nivel nacional tienen valores por encima del promedio de las tres variables examinadas (calidad, ambiental y seguridad). De ellos se puede concluir que tienen una fortaleza en las variables básicas de la línea de defensa que les corresponde, aspecto sobresaliente y que debe ser un aliciente para que los otros diez procesos realicen los ajustes pertinentes para esta en este estadio, para los procesos identificados tienen el reto de mantenerse.

### **ANÁLISIS DE LA TERCERA LÍNEA DE DEFENSA EN RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO Y MEDICIONES DE LA SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA EN LAS DIRECCIONES TERRITORIALES PERIODO 2018 A 2020**

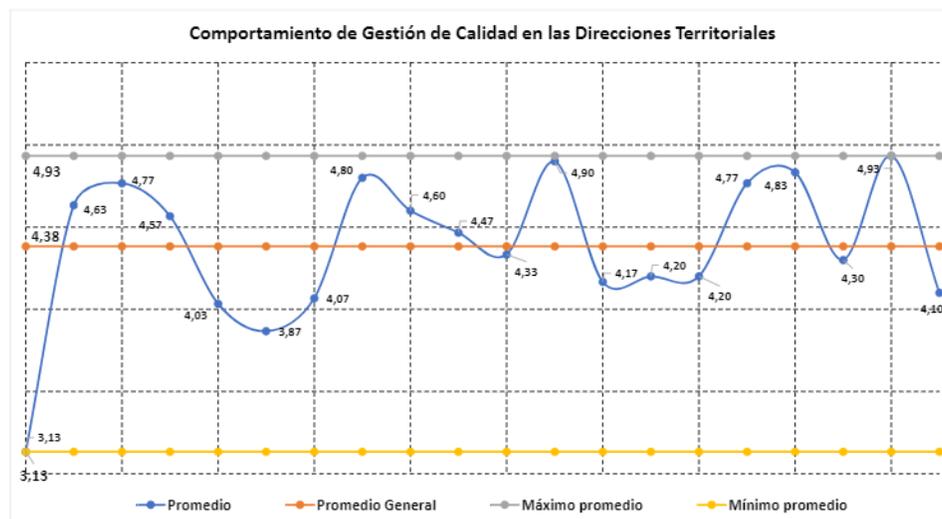
Se toman la totalidad de las 20 Direcciones Territoriales que corresponden a una muestra del 100%. Las siguientes tablas muestran cada Dirección Territorial y las mediciones semestrales desde 2018 y hasta 31 de diciembre de 2020 realizadas autónomamente por los equipos de trabajo y extraídas del Modelo de Autoevaluación que es diligenciado exclusivamente por los responsables de las DTs y cuyas evidencias recientemente las valora la Dirección General y la Subdirección General. Los valores se mueven en el intervalo [1,5], que son de las variables de Gestión de Calidad, Ambiental y Seguridad y Salud en el trabajo.

Direcciones Territoriales	Gestión de calidad de las DTs					
	2018-1	2018-2	2019-1	2019-2	2020-1	2020-2
Dirección Territorial Antioquia	3,00	3,00	3,00	3,00	3,40	3,40
Dirección Territorial Atlántico	4,20	4,80	4,80	4,80	4,60	4,60
Dirección Territorial Bolívar San Andrés	4,20	4,60	4,80	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Caquetá - Huila	4,00	4,00	4,40	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Cauca	4,00	3,40	3,40	4,00	4,40	5,00
Dirección Territorial Central	3,60	3,40	3,80	4,00	4,20	4,20
Dirección Territorial Choco	4,00	4,40	4,00	4,00	4,00	4,00
Dirección Territorial Cesar Guajira	4,40	4,60	4,80	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Córdoba	4,00	4,00	4,80	4,80	5,00	5,00
Dirección Territorial Eje Cafetero	4,80	4,80	3,20	4,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Magdalena	4,40	4,00	4,00	4,00	4,80	4,80
Dirección Territorial Magdalena Medio	4,80	4,80	5,00	5,00	5,00	4,80
Dirección Territorial Meta	4,20	4,00	4,00	4,00	4,60	4,20
Dirección Territorial Nariño	4,20	4,00	4,00	4,20	4,00	4,80
Dirección Territorial Norte de Santander	4,60	4,60	3,60	3,80	3,60	5,00
Dirección Territorial Putumayo	4,00	4,80	4,80	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Santander	4,20	5,00	4,80	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Sucre	4,00	4,20	4,60	4,00	4,40	4,60
Dirección Territorial Urabá	4,80	4,80	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Valle	3,60	4,40	3,80	4,20	4,20	4,40

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020
		Páginas



La anterior gráfica muestra el histograma de frecuencia de los datos obtenidos del Modelo de Autoevaluación para las Direcciones Territoriales en la variable Gestión de la Calidad. La siguiente grafica muestra el comportamiento de la gestión de la variable dentro del lapso teniendo en cuenta que se calcula el promedio por cada una de las 20 DTs examinadas, el promedio general del universo de datos y sus valores maximinos y mínimos (que se tomaran como constantes en la gráfica).

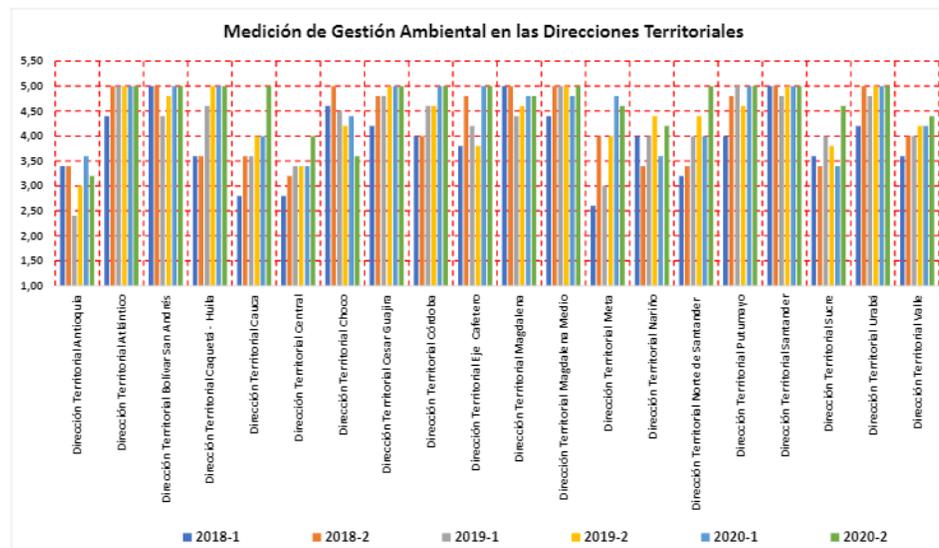


Como se puede observar, el valor máximo logrado por la variable Gestión de la Calidad es 4,93/5,00 que corresponden y un valor mínimo de 3,13/5,00. Teniendo en cuenta que el promedio general de 4,38/5,00, Diez Direcciones Territoriales se encuentran por debajo del promedio general y diez están por encima del citado promedio. De lo anterior se tiene que el 50,50% de las DTS superan el promedio mientras que el otro 50,50% no lo logra.

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020
		Páginas

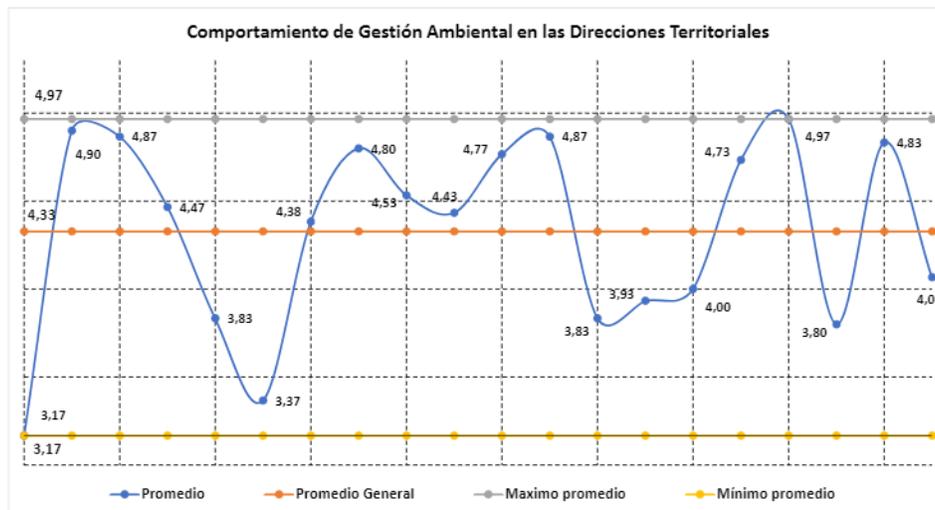
En lo que respecta a la variable Gestión Ambiental, como aspecto operativo del modelo de medición, tiene el siguiente análisis:

Direcciones Territoriales	Gestión Ambiental en las DTs					
	2018-1	2018-2	2019-1	2019-2	2020-1	2020-2
Dirección Territorial Antioquia	3,40	3,40	2,40	3,00	3,60	3,20
Dirección Territorial Atlántico	4,40	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Bolívar San Andrés	5,00	5,00	4,40	4,80	5,00	5,00
Dirección Territorial Caquetá - Huila	3,60	3,60	4,60	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Cauca	2,80	3,60	3,60	4,00	4,00	5,00
Dirección Territorial Central	2,80	3,20	3,40	3,40	3,40	4,00
Dirección Territorial Choco	4,60	5,00	4,50	4,20	4,40	3,60
Dirección Territorial Cesar Guajira	4,20	4,80	4,80	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Córdoba	4,00	4,00	4,60	4,60	5,00	5,00
Dirección Territorial Eje Cafetero	3,80	4,80	4,20	3,80	5,00	5,00
Dirección Territorial Magdalena	5,00	5,00	4,40	4,60	4,80	4,80
Dirección Territorial Magdalena Medio	4,40	5,00	5,00	5,00	4,80	5,00
Dirección Territorial Meta	2,60	4,00	3,00	4,00	4,80	4,60
Dirección Territorial Nariño	4,00	3,40	4,00	4,40	3,60	4,20
Dirección Territorial Norte de Santander	3,20	3,40	4,00	4,40	4,00	5,00
Dirección Territorial Putumayo	4,00	4,80	5,00	4,60	5,00	5,00
Dirección Territorial Santander	5,00	5,00	4,80	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Sucre	3,60	3,40	4,00	3,80	3,40	4,60
Dirección Territorial Urabá	4,20	5,00	4,80	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Valle	3,60	4,00	4,00	4,20	4,20	4,40



La anterior gráfica muestra el histograma de frecuencia de los datos obtenidos del Modelo de Autoevaluación para las Direcciones Territoriales en la variable Gestión Ambiental. La siguiente gráfica muestra el comportamiento de la gestión de la variable dentro del lapso teniendo en cuenta que se calcula el promedio de todas las 20 DTs examinadas, el promedio general del universo de datos y sus valores máximos y mínimos (que se tomaran como constantes en la gráfica).

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020
		Páginas

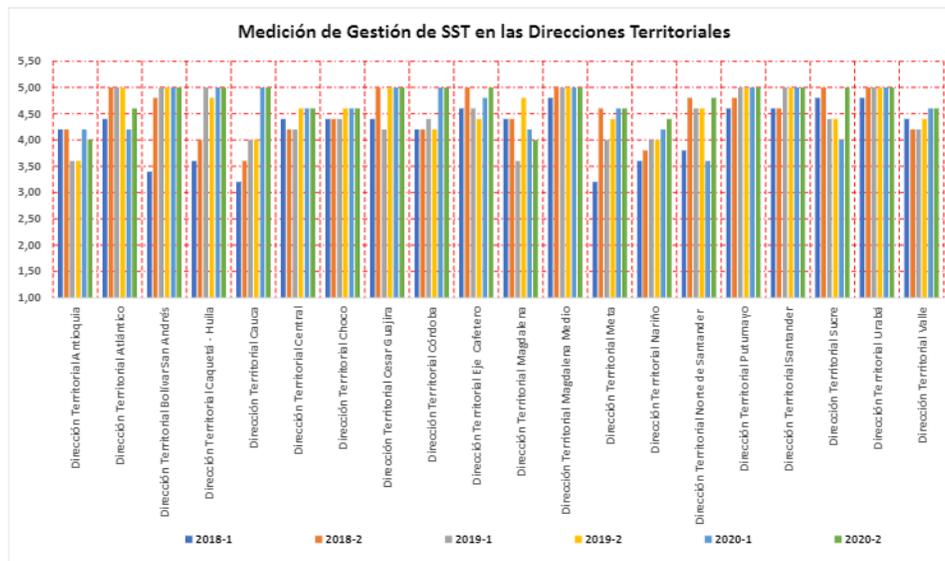


Como se puede observar, el valor máximo logrado por la variable Gestión Ambiental es 4,97/5,00 y un valor mínimo de 3,17/5,00. Teniendo en cuenta que el promedio general de 4,33/5,00 doce se encuentran por encima del promedio general y ocho están por encima del citado promedio. De lo anterior se tiene que el 60,00% de las DTs superan el promedio mientras que el otro 40.00% no lo logra.

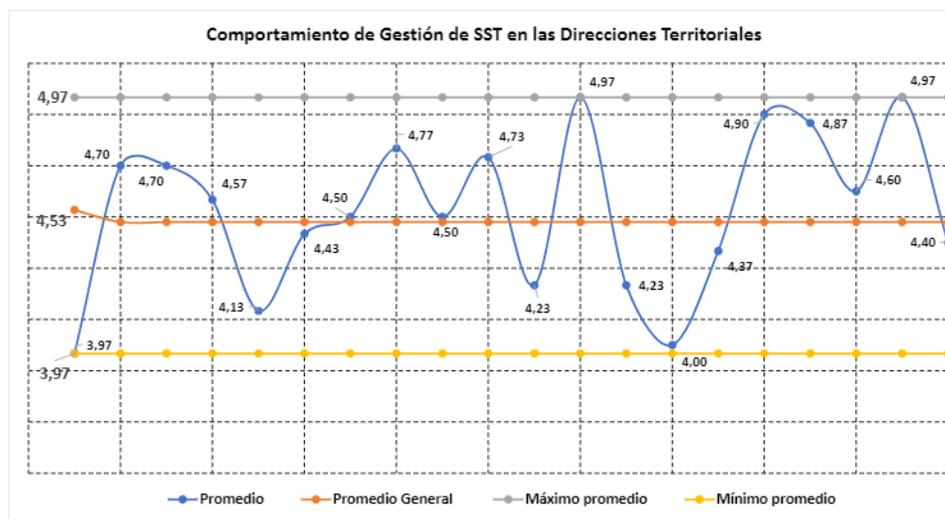
En lo que respecta a la variable Seguridad y Salud en el Trabajo, como aspecto operativo del modelo de medición, tiene el siguiente análisis:

Direcciones Territoriales	Gestión SST en las DTS					
	2018-1	2018-2	2019-1	2019-2	2020-1	2020-2
Dirección Territorial Antioquia	4,20	4,20	3,60	3,60	4,20	4,00
Dirección Territorial Atlántico	4,40	5,00	5,00	5,00	4,20	4,60
Dirección Territorial Bolívar San Andrés	3,40	4,80	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Caquetá - Huila	3,60	4,00	5,00	4,80	5,00	5,00
Dirección Territorial Cauca	3,20	3,60	4,00	4,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Central	4,40	4,20	4,20	4,60	4,60	4,60
Dirección Territorial Choco	4,40	4,40	4,40	4,60	4,60	4,60
Dirección Territorial Cesar Guajira	4,40	5,00	4,20	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Córdoba	4,20	4,20	4,40	4,20	5,00	5,00
Dirección Territorial Eje Cafetero	4,60	5,00	4,60	4,40	4,80	5,00
Dirección Territorial Magdalena	4,40	4,40	3,60	4,80	4,20	4,00
Dirección Territorial Magdalena Medio	4,80	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Meta	3,20	4,60	4,00	4,40	4,60	4,60
Dirección Territorial Nariño	3,60	3,80	4,00	4,00	4,20	4,40
Dirección Territorial Norte de Santander	3,80	4,80	4,60	4,60	3,60	4,80
Dirección Territorial Putumayo	4,60	4,80	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Santander	4,60	4,60	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Sucre	4,80	5,00	4,40	4,40	4,00	5,00
Dirección Territorial Urabá	4,80	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Valle	4,40	4,20	4,20	4,40	4,60	4,60

 <b>El futuro es de todos</b>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>		Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES		Fecha: 30/04/2020
			Páginas



La anterior gráfica muestra el histograma de frecuencia de los datos obtenidos del Modelo de Autoevaluación para las Direcciones Territoriales en la variable Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. La siguiente gráfica muestra el comportamiento de la gestión de la variable dentro del lapso teniendo en cuenta que se calcula el promedio de todas las 20 DTs examinadas, el promedio general del universo de datos y sus valores máximos y mínimos (que se tomarán como constantes en la gráfica).



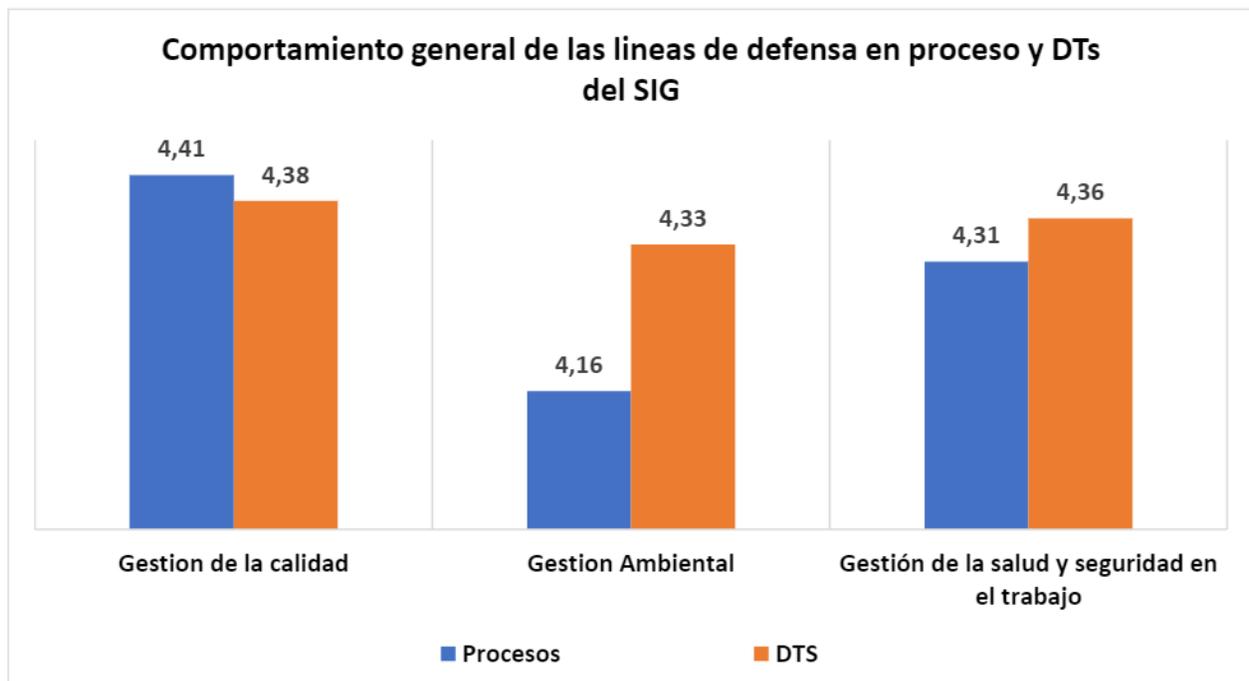
Como se puede observar, el valor máximo logrado por la variable Gestión Seguridad y salud en el Trabajo es 4,97/5,00 y un valor mínimo de 3,97/5,00. Teniendo en cuenta que el promedio general de 4,53/5,00 diez direcciones territoriales se encuentran por encima del promedio general y diez están por encima del citado promedio. De lo anterior se tiene que el 50,00% de las DTs superan el promedio mientras que el otro 50,00% no lo logra.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

Un análisis holístico muestra que nueve Direcciones Territoriales tienen valores por encima del promedio de las tres variables examinadas (calidad, ambiental y seguridad), lo que corresponde al 45,00%, lo que implica que el 55,00% tiene oportunidad de mejoramiento. De ellos se puede concluir que tienen una fortaleza en las variables básicas de la línea de defensa que les corresponde, aspecto sobresaliente y que debe ser un aliciente para que las once Direcciones Territoriales realicen los ajustes pertinentes para esta en este estadio, para los procesos identificados tienen el reto de mantenerse.

### COMPORTAMIENTO GENERAL DE LA SEGUNDA LINEA DE DEFENSA (PROCESOS Y DIRECCIONES TERRITORIALES) EN RELACIÓN A LAS VARIABLES MÍNIMAS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (CALIDAD, AMBIENTAL, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO) EN EL PERIODO 2018 A 2020

La Oficina de Control Interno, en esta parte del ejercicio que reporta, toma el valor nominal de los promedios de las tres variables en el lapso propuesto y calcula el valor de distribución media mediante la fórmula de porcentaje que posteriormente se grafica teniendo en cuenta un orden del eje X en relación con el crecimiento de valores en el eje Y, en este sentido la gráfica no quiere mostrar un potencial crecimiento sino simplemente un orden donde se vea el comportamiento acumulado de los procesos y de las Direcciones Territoriales. Esta información permite determinar el intervalo cerrado donde se mueven los datos obtenidos y a partir de ello tener información para la toma de decisiones.



En términos generales, se observa el mayor nivel de madurez del sistema de gestión de la calidad a nivel de los procesos frente al comportamiento de las Direcciones Territoriales, aspecto que se puede explicar en el mayor tiempo de experiencia y gestión del sistema a nivel de procesos.

De otra parte, es significativo que los sistemas ambientales y de seguridad y salud en el trabajo tengan mejores comportamientos a nivel de las Direcciones Territoriales que frente a los procesos institucionales,

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

siendo la más significativa el sistema de gestión ambiental. Este aspecto requiere de un mejor análisis para determinar las acciones que desde los territorios se están desarrollando para obtener los resultados mostrados y a partir de allí los líderes de los sistemas determinen tácticas que le permita a los procesos también mejorar sus guarismos.

## B. CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES.

La Oficina de Control Interno realiza el seguimiento a las variables básicas de la segunda línea de defensa a partir del Modelo de Autoevaluación, herramienta de percepción que es validada por la Alta Dirección y que permite determinar el trasegar de las variables sistemas de gestión de la calidad, ambiental y seguridad y salud en el trabajo; dado que todos ellos hacen parte del normograma institucional porque actualmente se encuentran certificados en un lapso de tres años con seis mediciones en igual número de semestres. Los resultados son optimistas y responden a la realidad que actualmente vive la UARIV en materia de líneas de defensa a cargo de los líderes y responsables, donde se aplican los lineamientos de la Dirección General

Es importante tener presente que los subsistemas del SIG tienen el componente riesgo en cada uno de sus estructuras de alto nivel y por ello hacen parte integral de la gestión del riesgo institucional, dada esta situación el comportamiento de las líneas de defensa son de especial interés para el sistema de control interno institucional y se constituye en fuente e información para la toma de decisiones.

En términos generales, y más allá de la certificación del ente certificado, las líneas de defensa de los tres subsistemas presentan un buen comportamiento, la gestión de la calidad tiene mayor calificación en el proceso que a nivel de las Dts pero ello se puede calificar como resultado lógico del mayor tiempo de trabajo. En relación con la gestión ambiental y la seguridad y salud en el trabajo el comportamiento es mejor a nivel de las DTs que en los procesos; una hipótesis de trabajo es que en las Dts el menor número de servidores y el liderazgo directo del director territorial puede ser más personalizado y controlado, aspecto que redundaría en los actuales logros. Sin embargo, esa hipótesis debe ser desarrollada por los líderes de los subsistemas y tomar las experiencias exitosas para ser abordadas por los líderes de los procesos.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno, de manera atenta, recomienda a la Alta Dirección mantener las estrategias de atención a las líneas de defensa y a la primera línea estudiar la posibilidad de mejorar los actuales guarismos en la cuota inferior y mantener aquellos que se encuentran en las cimas de la medición

**APROBÓ** \_\_\_\_\_

**JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO**

Elaboro Liliana Marcela Criales Rincón Profesional Especializado OCI

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

## ANEXOS

### Anexo 1 Control de cambios

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









E5 ='+Seguimiento PM Gestion '!AD8

CONSOLIDADO SEGUIMIENTO PROCESO DE SEGUIMIENTO AUDITORIA CAQUETA - HUILA									
Debilidad	Causas	1- Las causa busca eliminar la debilidad	2- La actividad se relaciona con la causa descrita	3- La actividad propende por eliminar la debilidad	4- La evidencia prueba total integridad la ejecución de la actividad	5- Evidencias adicionales	Estado de Cumplimiento	Zona de solidez	
1	La desvinculación de la Directora saliente Lucrecia Murcia fue por declaratoria de insubsistencia, lo cual no permitió que se realizara el proceso de empalme con la directora (E) Sandra Jhovana Bello.	Reformular por que la causa no se relaciona con la debilidad	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Reformulada	Bajo	Una vez analizado el s Debilidad - Hallazgo N Sistema de Control Intern 1. Analiz 2. Analizada y evaluada 3. Analizada y evaluada 4. De acuerdo con las EV con objetivo Reunión de
	Desconocimiento preciso en materia de control interno que permita tener claridad sobre indicadores de gerencia, indicadores de gestión y control de lo los mismos	Cumplida	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Reformulada		Una vez analizado el s Debilidad - Hallazgo N Sistema de Control Intern 1. Ana 2. Analizada y evaluada 3. Analizada y evaluada 4. De acuerdo con las EV 18 de febrero 2020; con
	Desconocimiento preciso en materia de control interno que permita tener claridad sobre indicadores de gerencia, indicadores de gestión y control de lo los mismos	Cumplida	Cumplida	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Reformulada		Una vez analizado el s Debilidad - Hallazgo N Sistema de Control Intern 1. Ana 2. Analizada y evaluada la 3. Analizada y evaluada 4. De acuerdo con las EV 18 de febrero 2020; con
	Se desconoce de la existencia de baterías de medición estándar que haya compartido la OCI a las DT y que den cuenta de la gestión gerencial que se despliega en el territorio.	Reformular por que la causa no se relaciona con la debilidad	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Reformulada		Una vez analizado el s Debilidad - Hallazgo N Sistema de Control Intern 1. Analiz 2. Analizada y evaluada

E5 ='+Seguimiento PM Gestion '!AD8

1  
2  
3

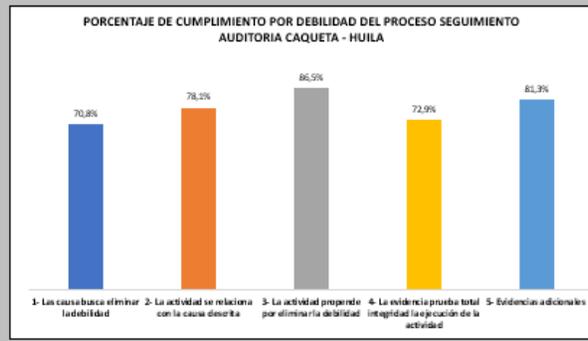
DO SEGUIMIENTO PROCESO DE SEGUIMIENTO AUDITORIA CAQUETA - HUILA					
3- La actividad propende por eliminar la debilidad	4- La evidencia prueba total integridad la ejecución de la actividad	5- Evidencias adicionales	Estado de Cumplimiento	Zona de solidez	CRITERIOS DEL EVALUADOR
Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Reformulada	Bajo	Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoria de 11/12/2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 126 ( 287) asociada al cumplimiento de los requerimientos normativos y de gestión del Sistema de Control Interno; el equipo Auditor en la evaluación de seguimiento determino las siguientes conclusiones: 1. Analizada y evaluada la CAUSA No.1, la cual NO se relaciona con la DEBILIDAD. 2. Analizada y evaluada la ACTIVIDAD No. 1, la cual cumple y se relaciona con la CAUSA descrita y NO pretende eliminar la DEBILIDAD. 3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-DCI se reporta el charge de las evidencias con corte al 20 de octubre de 2021. 4. De acuerdo con las EVIDENCIAS analizadas y evaluadas: Acta empalme DTs Cqta Huila - 07 y 08 de enero 2020; con objetivo Reunión de empalme con la Directora Territorial Cauqueta y Huila Yhina Paola Lombana, los cuales se
Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Reformulada		Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoria de 11/12/2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 126 ( 288) asociada al cumplimiento de los requerimientos normativos y de gestión del Sistema de Control Interno; el equipo Auditor en la evaluación de seguimiento determino las siguientes conclusiones: 1. Analizada y evaluada la CAUSA No.1, la cual se relaciona con la DEBILIDAD. 2. Analizada y evaluada la ACTIVIDAD No. 1, la cual cumple y se relaciona con la CAUSA descrita y NO pretende eliminar la DEBILIDAD. 3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-DCI se reporta el charge de las evidencias con corte al 20 de octubre de 2021. 4. De acuerdo con las EVIDENCIAS analizadas y evaluadas: Solicitud oficio capacitación medición DCI - con fecha de 18 de febrero 2020; con objetivo Reunión de capacitación sistema de control interno, los cuales se tomaron como
Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Reformulada		Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoria de 11/12/2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 126 ( 291) asociada al cumplimiento de los requerimientos normativos y de gestión del Sistema de Control Interno; el equipo Auditor en la evaluación de seguimiento determino las siguientes conclusiones: 1. Analizada y evaluada la CAUSA No.1, la cual se relaciona con la DEBILIDAD. 2. Analizada y evaluada la ACTIVIDAD No. 1, la cual cumple y se relaciona con la CAUSA descrita y pretende eliminar la DEBILIDAD. 3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-DCI se reporta el cargue de las evidencias con corte al 20 de octubre de 2021. 4. De acuerdo con las EVIDENCIAS analizadas y evaluadas: Solicitud oficio capacitación medición DCI - con fecha de 18 de febrero 2020; con objetivo Reunión de capacitación sistema de control interno, los cuales se tomaron como
Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Reformulada		Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoria de 11/12/2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 126 ( 294) asociada al cumplimiento de los requerimientos normativos y de gestión del Sistema de Control Interno; el equipo Auditor en la evaluación de seguimiento determino las siguientes conclusiones: 1. Analizada y evaluada la CAUSA No.1, la cual NO se relaciona con la DEBILIDAD. 2. Analizada y evaluada la ACTIVIDAD No. 1, la cual NO cumple y NO se relaciona con la CAUSA descrita y NO pretende eliminar la DEBILIDAD.

Seguimiento PM Gestion Consolidado Reparacion Grafica por debilidad Graficas consolidado

M7 =M6/12

	E	F	G	H	I
4					
5					
6	1	3	2	2	2
7	3	3	2	2	2
8	3	3	3	2	2
9	1	2	2	2	2
10	1	2	2	2	3
11	1	2	2	2	3
12	1	2	2	2	3
13	1	2	3	2	2
14	1	2	3	3	3
15	3	2	3	3	3
16	3	2	2	2	2
17	3	2	2	2	3
18	3	3	3	2	2
19	3	3	3	2	2
20	3	3	3	2	2
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					

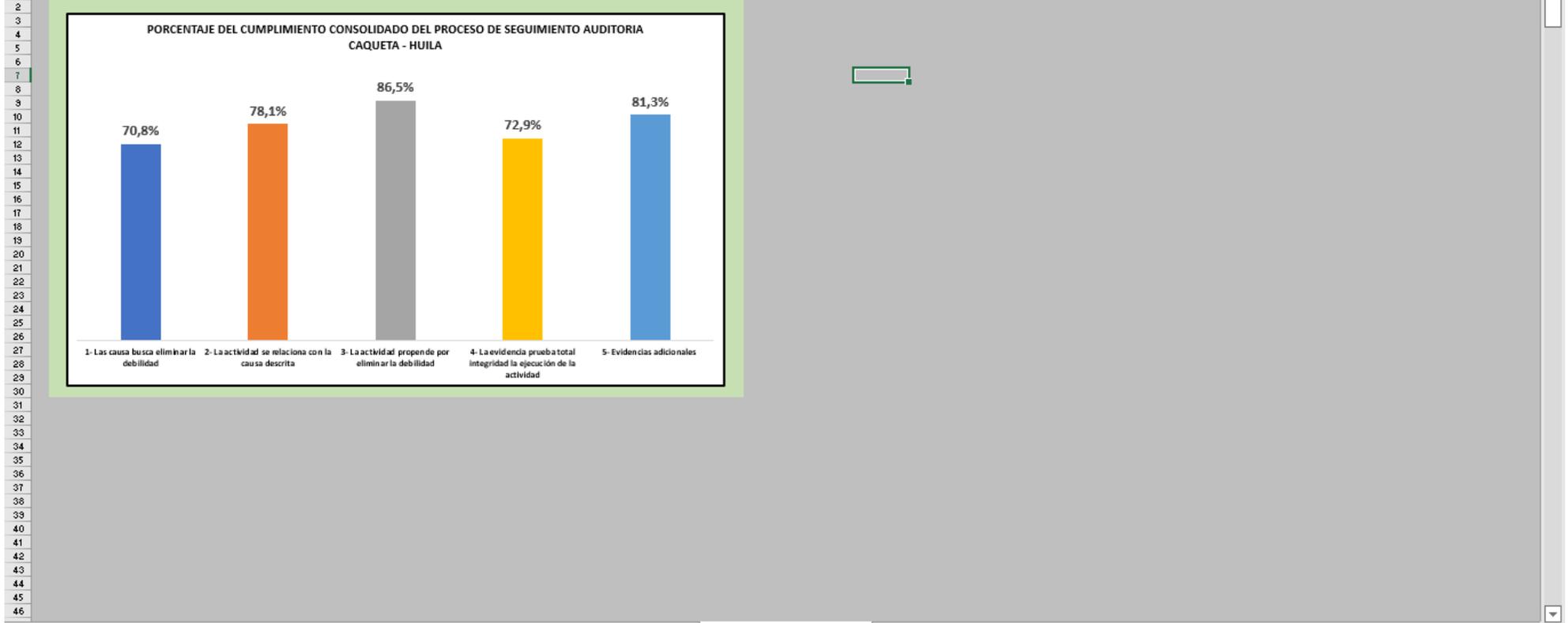
Deficiencia	Descripción	1- Las causas básicas eliminan la deficiencia	2- La actividad se relaciona con la causa descrita	3- La actividad propuesta elimina la deficiencia	4- La evidencia prueba total integridad la ejecución de la actividad	5- Evidencias adicionales
1	Total	8	11	9	8	8
	Cumplimiento	67%	92%	75%	67%	67%
2	Total	3	6	6	6	9
	Cumplimiento	33%	67%	67%	67%	100%
3	Total	1	2	3	2	2
	Cumplimiento	33%	67%	100%	67%	67%
4	Total	1	2	3	3	3
	Cumplimiento	33%	67%	100%	100%	100%
5	Total	6	4	5	5	5
	Cumplimiento	100%	67%	83%	83%	83%
6	Total	3	2	2	2	3
	Cumplimiento	100%	67%	67%	67%	100%
7	Total	6	6	6	4	4
	Cumplimiento	100%	100%	100%	67%	67%
8	Total	3	3	3	2	2
	Cumplimiento	100%	100%	100%	67%	67%
<b>Total</b>		54%	42%	49%	53%	45%
		<b>70,8%</b>	<b>78,3%</b>	<b>84,5%</b>	<b>72,9%</b>	<b>81,3%</b>



Cumplida 3  
Reformular 1  
Verificar 2

R7

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z AA AB AC



Seguimiento PM Gestion Consolidado Reparacion Grafica por debilidad Graficas consolidado

Listo 60%

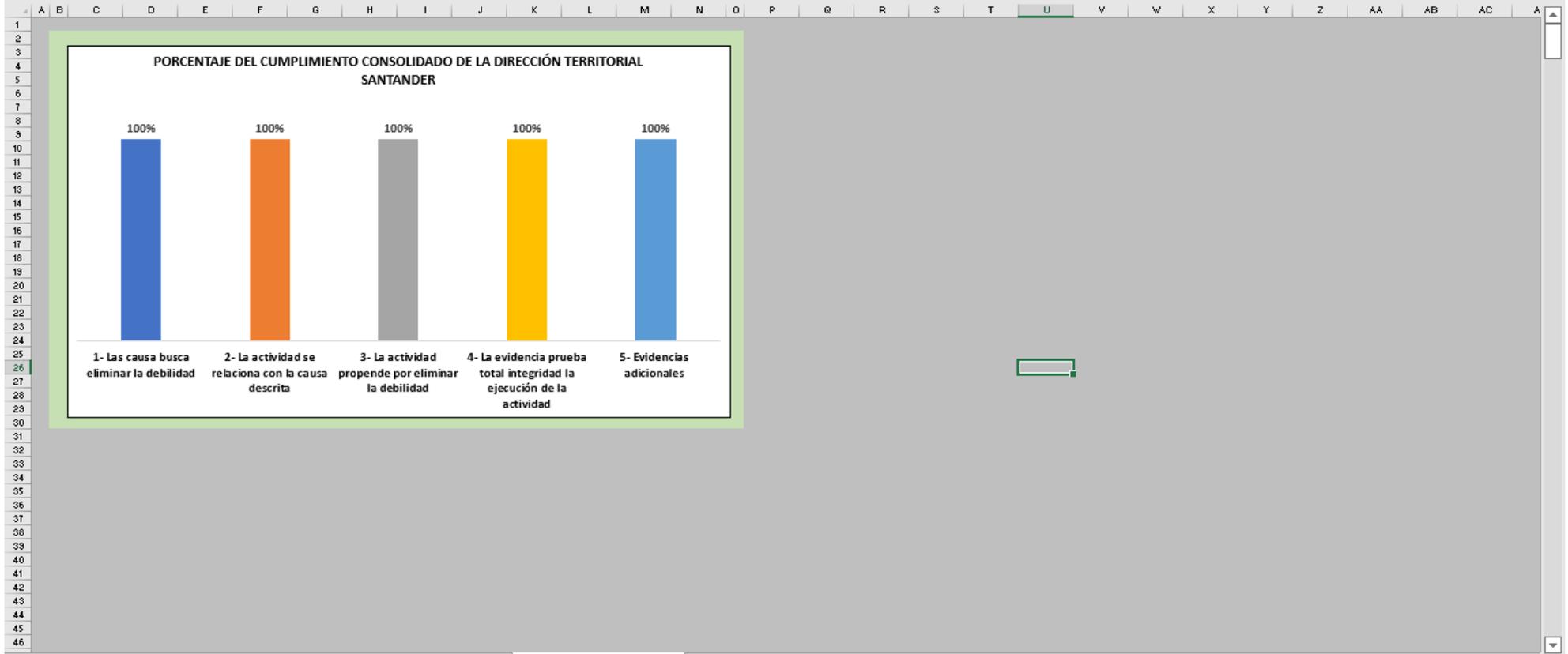




L7 =Seguimiento PM Gestion 'IAI10

CONSOLIDADO SEGUIMIENTO DIRECCIÓN TERRITORIAL SANTANDER									
Debilidad	Causar	1- La causa busca eliminar la debilidad	2- La actividad se relaciona con la causa descrita	3- La actividad propende por eliminar la	4- La evidencia prueba total integridad la ejecución de la actividad	5- Evidencia adicional	Estado de Cumplimiento	Zona de riesgo	CRITERIOS DEL EVALUADOR
	Debilidad por parte de las procuradurías del orden nacional en la proyección de metas, en razón a que de 26 indicadores presupuestar inicialmente para el Plan de Acción Territorial vigencia 2019, cinco (5) fueron eliminados por las mismas procuradurías, caso indicadores Mar. 85400-85779-85443-85639-85491, cuatro de ellas con programación establecida para reportar durante el primer semestre del 2019, justificada entre otras razones, en que el apoyo se inhere a la DT, por la que nace requiere que queden plasmados dentro del Plan de Acción, caso indicadores Mar. 85400 y 85779; del mismo, para el primer semestre del 2019, fue ajustada la programación de los indicadores a cargo de la Dirección de Reparación, correspondientes a los Mar. 85929-85907-85593-85690, entre otras razones por cambiar en las procuradurías metalélicas por el caso de las planas de RRR, y para el caso de los indicadores del Proceso de Reparación Colectiva, las cambió y cancelaron, ante la imposibilidad de cumplimiento de metas por demorar en la	Cumplida	Cumplida	Cumplida	Cumplida	Cumplida	Corrada	Alta	De acuerdo con la evidencia cargada en el aplicativo de la OOI, para la actividad del código 279 se observa la Santander cumple con la cantidad de actividades (9 carreras) mínimas a reportar entre la fecha del 01/03/2020 dando a evaluar los siguientes reportes tomados como muestra: (Folios 494) alertar y marcar de trabajo concertación de la programación de los indicadores establecidos en el Plan de Acción vigencia 2020. En otro caso, trazabilidad referente al indicador de Reparación, de la cual hacen parte las Procuradurías (Reparación Colectiva, Privacional, Retorno y Reubicaciones), se evidencia por parte de la DT, la revisión de la programación de los indicadores, de acuerdo al video de la conferencia realizada el 21 de noviembre de 2019, así mismo recomendaciones y reporte del indicador 86394 retornar y reubicaciones, indicador Na. 86393 "Equo un acompañamiento comunitario en las municipalidades, con Plan de retorno y reubicación aprobado, alertar sobre el y sobre el reporte del indicador Na. 86396 "Reintegración técnica a las entidades territoriales"
1	Debilidad por parte de las procuradurías del orden nacional en la proyección de metas, en razón a que de 26 indicadores presupuestar inicialmente para el Plan de Acción Territorial vigencia 2019, cinco (5) fueron eliminados por las mismas procuradurías, caso indicadores Mar. 85400-85779-85443-85639-85491, cuatro de ellas con programación establecida para reportar durante el primer semestre del 2019, justificada entre otras razones, en que el apoyo se inhere a la DT, por la que nace requiere que queden plasmados dentro del Plan de Acción, caso indicadores Mar. 85400 y 85779; del mismo, para el primer semestre del 2019, fue ajustada la programación de los indicadores a cargo de la Dirección de Reparación, correspondientes a los Mar. 85929-85907-85593-85690, entre otras razones por cambiar en las procuradurías metalélicas por el caso de las planas de RRR, y para el caso de los indicadores del Proceso de Reparación Colectiva, las cambió y cancelaron, ante la imposibilidad de cumplimiento de metas por demorar en la	Cumplida	Cumplida	Cumplida	Cumplida	Cumplida	Corrada	Alta	De acuerdo con la evidencia cargada en el aplicativo de la OOI, para la actividad del código 279 se observa que se realizó el seguimiento a las metas del Plan de Acción Territorial vigencia 2020, a través de las reuniones mensuales de trabajo. Por parte de la DT se evidencia los siguientes reportes tomados como muestra: (Folios 494) reunión estratégica marzo "Reunión ejecutiva y estratégica de las metas de articulación municipal al orden en la DT Santander". Se evidencia actividad relacionada con el "Reportar indicadores del Plan de Acción con corte al tanto porcentual como numérico y se relaciona el seguimiento y los alertas presentados de los indicadores: 84400: Colectiva; 84401: Servicio al Ciudadano; 84402: Prevención; 84404: Enfoque Diferencial; 84405: Contratación. Evidencias: Reporte cargado en SharePoint (Folios 582 - acta de alertar indicadores julio - actividades establecidas de las metas de articulación municipal vigencias 2019 y 2020)
	Debilidad por parte de las procuradurías del orden nacional en la proyección de metas, en razón a que de 26 indicadores presupuestar inicialmente para el Plan de Acción Territorial vigencia 2019, cinco (5) fueron eliminados por las mismas procuradurías, caso indicadores Mar. 85400-85779-85443-85639-85491, cuatro de ellas con programación establecida para reportar durante el primer semestre del 2019, justificada entre otras razones, en que el apoyo se inhere a la DT, por la que nace requiere que queden plasmados dentro del Plan de Acción, caso indicadores Mar. 85400 y 85779; del mismo, para el primer semestre del 2019, fue ajustada la programación de los indicadores a cargo de la Dirección de Reparación, correspondientes a los Mar. 85929-85907-85593-85690, entre otras razones por cambiar en las procuradurías metalélicas por el caso de las planas de RRR, y para el caso de los indicadores del Proceso de Reparación Colectiva, las cambió y cancelaron, ante la imposibilidad de cumplimiento de metas por demorar en la contratación de personal. Todas estas cambió y reportar mediante acta de cambio SIGESTION, de acuerdo con el procedimiento establecido por la Oficina Asesora de Planeación.	Cumplida	Cumplida	Cumplida	Cumplida	Cumplida	Corrada	Alta	Se evidencia alerta de no poder ejecutar la actividad del indicador Na. 86398 "Ejecución de la Política Pública de Victimar en el territorio con participación efectiva de la Unidad" y se observa toda la trazabilidad de la actividad del 19 de marzo, donde se indica que: En atención a lo que se reportó en el indicador de la meta Na. de coordinación de la Política Pública de Victimar en el territorio con participación efectiva de la Unidad", se autoriza y participación en las Demitir de Justicia Transicional - CUIT, lo informa que "debido a las contingencias de situación sanitaria producida por el eventual contagio de la pandemia COVID-19, las acciones (1) cambiar de - CUIT que se tenían programadas, coordinadas y ejecutadas por cada una de las tres procuradurías de la DT se cancelaron en atención a la Resolución 0272 de 2020...", así mismo se adjunta archivo del documento de cancelación de las reportes de la decisión tomada. (Folios 587 - Alerta nivel nacional junio "Acta de cambio en el indicador Na. 86397"). Se evidencia alerta de realización de ajuste del 24/03/2020 sobre el indicador "Diligenciar herramientas de seguimiento a los alertas instruccionales articuladas al interior de la DT", sobre el cual se aprobó
	Falta coherencia entre la evidencia que queda por las procuradurías frente a las centralizadoras instituidas en el Mapa de Riesgo de la DT Santander.	Cumplida	Cumplida	Cumplida	Cumplida	Cumplida	Corrada	Alta	De acuerdo con la evidencia cargada en el aplicativo de la OOI, para la actividad del código 281 se observa que se realizó el seguimiento de trabajo para el seguimiento mensual a las evidencias que reportan las centralizadoras del Mapa de Riesgo de la DT Santander, de acuerdo con el procedimiento establecido en el Manual de Procedimientos de la DT Santander. (Folios 500 - Acta reunión de trabajo del equipo de seguimiento y control al Mapa de Riesgo de la DT Santander con el Equipo de Riesgo - Hoja 1) y el reporte del equipo de la evidencia de las centralizadoras del Mapa de Riesgo de la DT Santander, dando relación evidencia de las reportes de auditoría y de corrupción. (Folios 506 - Acta mensual de seguimiento al Mapa de Riesgo de la DT Santander con el Equipo de Riesgo - Abril)", se evidencia la revisión de los reportes materializados y el cumplimiento del plan de mejoramiento de las centralizadoras del mapa de riesgo. Se observa la evidencia de las reportes de auditoría y de corrupción y se adjunta el correo de la trazabilidad del Mapa de Riesgo de la DT Santander, de acuerdo con el procedimiento establecido en el Manual de Procedimientos de la DT Santander. (Folios 574 - Acta mensual de seguimiento al Mapa de Riesgo de la DT Santander con el Equipo de Riesgo - Mayo)
2	Falta coherencia entre la evidencia que queda por las procuradurías frente a las centralizadoras instituidas en el Mapa de Riesgo de la DT Santander.							Alta	De acuerdo con la evidencia cargada en el aplicativo de la OOI, para la actividad del código 282, por parte de la DT Santander se evidencia los siguientes reportes cargados por la DT Santander, abarcando la revisión de los reportes de auditoría y análisis de corrupción y se adjunta el correo de la trazabilidad del Mapa de Riesgo de la DT Santander, de acuerdo con el procedimiento establecido en el Manual de Procedimientos de la DT Santander. (Folios 574 - Acta mensual de seguimiento al Mapa de Riesgo de la DT Santander con el Equipo de Riesgo - Mayo)





 <b>El futuro es de todos</b>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

<b>FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME</b>	<b>Día:</b>	8	<b>Mes:</b>	06	<b>Año:</b>	2021
-------------------------------------	-------------	---	-------------	----	-------------	------

<b>Número de Informe</b>	RLE
<b>Nombre del Seguimiento</b>	Informe de seguimiento al plan anticorrupción y de atención al ciudadano primer cuatrimestre 2021.
<b>Objetivo del Seguimiento</b>	Realizar seguimiento al plan anticorrupción y de atención al ciudadano 2021, de conformidad con lo establecido en el Decreto 124 del 26 de enero de 2016 y la "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción de Atención al Ciudadano 2015 – Versión 2" de la Presidencia de la República y el DAFP.
<b>Alcance del Seguimiento</b>	El informe presenta el seguimiento del avance o cumplimiento en la ejecución de las actividades del plan anticorrupción y de atención al ciudadano vigencia 2021 con corte a 30 de abril de 2021.
<b>Normatividad</b>	<p>Ley 1474 de 2011. "Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública". Artículo 73 Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.</p> <p>Decreto 124 de 2016. Por el cual se sustituye el Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al "Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano".</p> <p>Decreto 612 de 2018. Por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado.</p> <p>Decreto 1083 de 2015. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública (última fecha de actualización 30 de marzo de 2020).</p> <p>Documento "Estrategia para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2015 Versión 2. Presidencia de la República y el DAFP".</p>

## A. ANÁLISIS Y OBSERVACIONES.

En cumplimiento a lo programado por la Oficina de Control Interno y de conformidad con las normas establecidas para tal efecto, en el mes de mayo de 2021 se realiza seguimiento al avance o cumplimiento de las actividades programadas en los seis (6) componentes establecidos en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la Unidad para las Víctimas, correspondiente al primer cuatrimestre de 2021.

**Metodología:** Para la realización del presente seguimiento se tuvo en cuenta lo siguiente:

- ❖ **Planeación y comunicación del seguimiento:** Correos electrónicos del 23 de abril de 2021, enviados a directores, subdirectores, jefes y coordinadores de grupo de la UARIV, responsables

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

del avance y ejecución de las actividades programadas en el PAAC para el primer cuatrimestre de 2021.

- ❖ **Recopilación de información:** A través de los citados correos electrónicos, la Oficina de Control Interno informa lo referente a la realización del Seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano correspondiente al primer cuatrimestre de la vigencia 2021.

De igual manera, en dichos correos la Oficina de Control Interno envía en archivo adjunto, una matriz en la cual están registradas las actividades de cada dependencia responsable de su ejecución, con el fin de que en esta se diligencie la información solicitada en las casillas denominadas “Actividades cumplidas % de avance” y “Evidencias de actividades cumplidas o de % de avance reportado”, donde se especifica que la información debe ser enviada a más tardar el día martes 04 de mayo de 2021, acompañada de las evidencias que las soporten. Asimismo, se indicó que si vencido el plazo, no se allega la información y su evidencia anexa, la jefatura de la OCI reportará en el informe dicho acontecimiento.

El 05 de mayo de 2021 se reiteró al Grupo Gestión del Talento Humano el envío de la información y evidencias, la cual fue remitida por dicho grupo en la mencionada fecha.

El 05 de mayo de 2021 se reiteró a la Oficina Asesora de Planeación el envío del reporte registrado en el aplicativo SSISGESTION 2.0 por las dependencias responsable del avance o cumplimiento del plan anticorrupción y de atención al ciudadano 2021, la información fue enviada en la citada fecha.

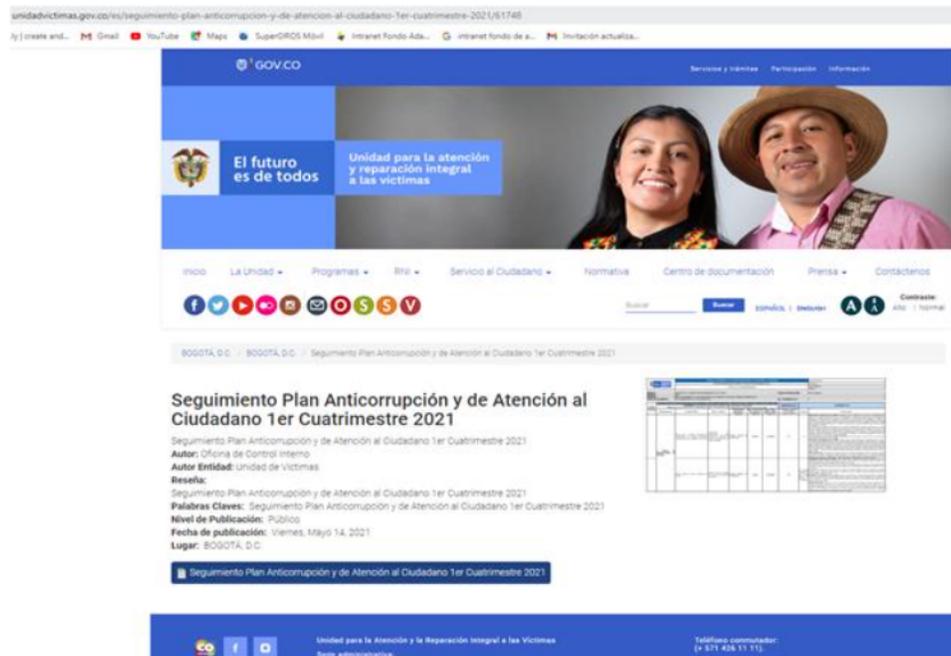
- ❖ **Revisión Documental:** Para efectuar la revisión de la información, se tuvo en cuenta el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2021 publicado en la página web institucional el 29 de enero de 2021, junto con el reporte registrado en el aplicativo SISGESTION 2.0 por cada dependencia responsable de su avance o cumplimiento.

Como evidencia de lo descrito, se adjunta pantallazo de la publicación en la página web institucional del PAAC 2021, así:



 <p><b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

- ❖ **Revisión y Análisis de la Información:** El equipo de trabajo de la Oficina de Control Interno realiza la verificación y análisis de la información enviada por las dependencias responsables del avance o cumplimiento de las actividades programadas en el PAAC 2021, en el periodo comprendido del 01 de enero de 2021 al 30 de abril de 2021, la cual se confronta con las evidencias presentadas.
- ❖ **Elaboración y publicación de seguimiento:** En cumplimiento con lo establecido en el Decreto 124 del 26 de enero de 2016 y el documento "Estrategia para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2015 Versión 2", la Oficina de Control Interno elabora y publica en la página web institucional con fecha 14 de mayo de 2021, el seguimiento realizado al plan anticorrupción y de atención al ciudadano 2021, correspondiente al primer cuatrimestre de 2021. Como evidencia, se anexa pantallazo de la publicación:



A continuación, se relacionan los seis (6) componentes que conforman el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano vigencia 2021, sobre los cuales la Oficina de Control Interno efectúa el seguimiento:

1. Gestión de riesgos de corrupción – Mapa de riesgos de corrupción.
2. Racionalización de trámites.
3. Rendición de cuentas.
4. Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.
5. Mecanismos para la transparencia y acceso a la Información.
6. Iniciativas adicionales.

**OBSERVACIONES:**

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

De acuerdo con lo establecido en la normatividad legal vigente y el documento “Estrategia para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2015” Versión 2 de la Presidencia de la República, la Oficina de Control Interno presenta las siguientes observaciones:

1. Al cotejar las actividades de la Subdirección General y la Oficina Asesora de Comunicaciones en el plan anticorrupción y de atención al ciudadano 2021 con las registradas en SIGGESTION 2.0, se observa que la actividad “Diseñar e implementar una estrategia de divulgación de los avances de la entidad respecto a la implementación del acuerdo de paz, o los lineamientos del Sistema de rendición de cuentas del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP)”, a pesar de que se está ejecutando, esta no se encuentran en el citado aplicativo, motivo por el cual la OCI no aplica porcentaje de avance para en el primer cuatrimestre de 2021, toda vez que no se tiene la información necesaria que permita confrontar la meta que sirva de base o referencia para determinar si el indicador presenta o no avance o cumplimiento.
2. Al confrontar las actividades de la Oficina Asesora de Planeación relacionadas en el plan anticorrupción y de atención al ciudadano 2021 con las registradas en SIGGESTION 2.0, se observa que dos (2) actividades del componente 1 y una (1) de componente 2, no se encuentran en el citado aplicativo, razón por la Oficina de Control Interno OCI no aplica porcentaje de avance para en el primer cuatrimestre de 2021, debido a que no se cuenta con la información necesaria que permita cotejar la meta que sirva de base o referencia para determinar si los indicadores presentan o no avance o cumplimiento.

Componente 1 Gestión de Riesgos de Corrupción - Mapa de riesgos de Corrupción

Actividades: “Realizar Análisis de contexto estratégico de la Unidad” y “Realizar monitoreo a la materialización de los riesgos”.

Componente 2. Racionalización de Trámites.

Actividad: “Realizar la identificación y actualización de los trámites y Otros procedimientos administrativos de cara al usuario (OPA) y publicarlos/actualizarlos tanto en el Sistema único de Información de Trámites (SUIT) como en la página WEB de la Entidad”.

3. Al realizar la verificación de las actividades de la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria relacionadas en el plan anticorrupción y de atención al ciudadano 2021 con las registradas en SIGGESTION 2.0, se observa que dos (2) actividades del componente 4, no se encuentran en el citado aplicativo, por lo cual la Oficina de Control Interno OCI no aplica porcentaje de avance para en el primer cuatrimestre de 2021, en razón a que no tiene la información que se requiere para cotejar la meta que sirva de base o referencia para determinar si los indicadores presentan o no avance o cumplimiento.

Componente 4 Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano.

Actividades: “Implementar módulo integral de turnos en los centros regionales (31), que faciliten la gestión y trazabilidad de los requerimientos de los ciudadanos” y “Socializar el portafolio de productos y servicios de la Unidad”.

4. Al cotejar las actividades de la Subdirección General del plan anticorrupción y de atención al ciudadano 2021 con las registradas en SIGGESTION 2.0, se observa que la actividad “Elaborar y

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

publicar un informe individual de rendición de cuentas con corte a 31 de Diciembre de 2020 bajo los lineamientos del Sistema de rendición de cuentas del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP)", no se encuentran en el citado aplicativo, aspecto por el cual la OCI no aplica porcentaje de avance en el primer cuatrimestre de 2021, toda vez que no se tiene la información necesaria que permita confrontar la meta que sirva de base o referencia para determinar si el indicador presenta o no avance o cumplimiento

- Al confrontar las actividades del grupo de Gestión del Talento Humano inscritas en el plan anticorrupción y de atención al ciudadano 2021 con las registradas en SISGESTION 2.0, se observa que siete (7) actividades del componente 4 y una (1) de componente 6, no se encuentran en el citado aplicativo, dicha situación conlleva a la Oficina de Control Interno OCI no aplicar porcentaje de avance para en el primer cuatrimestre de 2021, debido a que no se cuenta con la información necesaria que permita cotejar la meta que sirva de base o referencia para determinar si los indicadores presentan o no avance o cumplimiento.

Componente 4 Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano.

Actividades: "Realizar cursos sobre Rendición de cuentas, participación ciudadana, política servicio al ciudadano, gestión documental, seguridad digital, información estadística y curso de integridad, transparencia y lucha contra la corrupción", "Realizar curso de enfoque diferencial", "Realizar curso de cuidado emocional", "Realizar curso de enfoque psicosocial", "Crear repositorio de material de capacitaciones a modo de biblioteca virtual (inventario documental)", "Realizar un diplomado de gestión del conocimiento dirigido a los funcionarios de la Unidad" y "Realizar el protocolo de retiro articulado con los Grupo de la Secretaria general, la Oficina Asesora de Planeación y la Oficina de Tecnologías de la información".

Componente 6 Iniciativas Adicionales.

Actividad: Promover la participación de los funcionarios, contratistas y operadores en las actividades de práctica de integridad.

- Al realizar la verificación de las actividades de la Oficina Asesora Jurídica suscritas en el plan anticorrupción y de atención al ciudadano 2021 con las registradas en SISGESTION 2.0, se observa que una (1) actividad del componente 4 y una (1) del componente 5, no se encuentran en el citado aplicativo, motivo por el cual la Oficina de Control Interno OCI no aplica porcentaje de avance para en el primer cuatrimestre de 2021, toda vez que no tiene la información que se requiere para cotejar la meta que sirva de base o referencia para determinar si los indicadores presentan o no avance o cumplimiento.

Adicional a lo anterior, la actividad en mención se repite para cada componente "Tramitar las quejas de fraude interpuestas por la parte interesadas" y con la misma meta o producto "50% de quejas tramitadas frente a las quejas interpuestas".

- Al comparar las actividades de la Oficina Asesora de Comunicaciones relacionadas en el plan anticorrupción y de atención al ciudadano 2021 con las registradas en SISGESTION 2.0, se observa que la actividad "Realizar seguimientos a los contenidos de los productos y los cronogramas de los 4 pilares y los 3 grupos de apoyo de la Oficina Asesora de Comunicaciones (OAC).", no se encuentra en el citado aplicativo, razón por la cual la OCI no aplica porcentaje de avance en el primer cuatrimestre de 2021, toda vez que no se tiene la información necesaria que

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

permita cotejar la meta que sirva de base o referencia para determinar si el indicador presenta o no avance o cumplimiento.

- Al cotejar las veinticinco (25) actividades del grupo de Gestión Administrativa y Documental inscritas en el plan anticorrupción y de atención al ciudadano 2021 con las registradas en SISGESTION 2.0, se observa que veintidós (22) actividades del componente 5, no se encuentran en el citado aplicativo, motivo por el cual la Oficina de Control Interno OCI no aplica porcentaje de avance para en el primer cuatrimestre de 2021, toda vez que no se cuenta con la información necesaria que permita cotejar la meta que sirva de base o referencia para determinar si los indicadores presentan o no avance o cumplimiento.

#### Componente 5. Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información

Actividades: “Actualizar el índice de información clasificada y reservada”, “Diseñar los procedimientos para el subsistema de gestión documental armonizados con los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión (SIG)”, “Actualizar e implementar el Sistema Integrado de Conservación (SIC)”, “Actualizar las tablas de control de acceso”, “Actualizar Banco Terminológico”, “Diseñar y actualizar formatos asociados al proceso de gestión documental de la Unidad”, “Implementar firma digital, electrónica, estampado cronológico y digitalización con fines probatorios en la Unidad”, “Diseñar la estructura y características internas y externas de los documentos, así como su soporte, medio tecnológico, técnicas de impresión, tipo de tintas, gramaje y calidad del papel”, “Automatizar los procesos de la Unidad para el trámite y resolución de asuntos, a través de la implementación del SGDEA”, “Implementar el cronograma de transferencias primarias tanto para soportes físicos, electrónicos e híbridos”, “Articular la operativización del Programa de Gestión Documental (PGD) con el Plan Institucional de Capacitación, de conformidad con lo establecido en la Resolución 390 de 2017”, “Diseñar programa de control y auditorías”, “Implementar el plan del Sistema Integrado de Conservación (SIC)”, “Actualizar el Banco terminológico de tipos, series y subseries documentales”, “Elaborar las Tablas de Control de Acceso para el establecimiento categorías adecuadas de derechos y restricciones de acceso y seguridad aplicables a los documentos”, “Actualizar el Índice de Información Reservada y Clasificada”, “Diseñar proyecto de Implementación del SGDEA armonizado con los planes estratégicos de la Unidad”, “Implementar progresivamente SGDEA, garantizando la continuidad e interoperabilidad del sistema en ambiente de pruebas y producción”, “Evaluar, controlar y hacer seguimiento a los hitos del proyecto, identificando y controlando riesgos en cada fase del proyecto”, “Implementar guía de Conformación del Expediente Único de Víctimas”, “Formular proyecto para la intervención del marco normativo Ley 1448 de 2011” y “Intervenir los documentos producidos por la Unidad (Ley 1448 de 2011)”.

Sumado a lo anterior, cinco (5) actividades están repetidas con la misma meta o producto.

- Al confrontar las actividades del grupo de Enfoque Diferencial en el plan anticorrupción y de atención al ciudadano 2021 con las registradas en SISGESTION 2.0, se observa que la actividad “Desarrollar las estrategias de la medida de REHABILITACIÓN INDIVIDUAL promoviendo la participación ciudadana de las Víctimas”, no se encuentra en el citado aplicativo, razón por la cual la Oficina de Control Interno OCI no aplica porcentaje de avance en el primer cuatrimestre de 2021, en razón a que no se tiene la información que se requiere para cotejar la meta que sirva de base o referencia para determinar si el indicador presenta o no avance o cumplimiento.
- Al realizar la verificación de las actividades de la Subdirección de Reparación colectiva suscritas en el plan anticorrupción y de atención al ciudadano 2021 con las registradas en SISGESTION 2.0,

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

se observa que la actividad “Divulgar y socializar la implementación del proceso de reparación colectiva promoviendo la participación ciudadana”, no se encuentra en el citado aplicativo, razón por la cual la Oficina de Control Interno OCI no aplica porcentaje de avance en el primer cuatrimestre de 2021, toda vez que no se tiene la información necesaria para cotejar la meta que sirva de base o referencia para determinar si el indicador presenta o no avance o cumplimiento.

11. Cinco (5) actividades no registran avance a 30 de abril de 2021, una (1) del componente “Gestión de Riesgos de Corrupción - Mapa de riesgos de Corrupción”, tres (3) del componente “Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información” y una (1) del componente “Iniciativas adicionales”.
12. Siete (7) actividades registran avance inferior al 31%, una (1) del componente “Gestión de Riesgos de Corrupción - Mapa de riesgos de Corrupción”, una (1) del componente “Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano”, cuatro (4) del componente “Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información” y una (1) del componente “Iniciativas adicionales”.
13. Quince (15) actividades no aplican porcentajes de avance a 30 de abril de 2021, toda vez que según lo registrado en el PAAC 2021 y en el aplicativo SISGESTION 2.0, sus metas están programadas para el segundo (8 actividades) y tercer (7 actividades) cuatrimestre de 2021.
14. Las ochenta y siete (87) actividades registradas en el PAAC 2021 no cuentan con el número de indicador que lo identifique para su ubicación en el aplicativo SISGESTION 2.0. Cabe anotar, que esta observación se viene realizando desde la vigencia 2019.
15. Cuarenta y dos (42) actividades (equivalente al 58%) de las ochenta y siete (87) que se suscribieron y aprobaron el plan anticorrupción y de atención al ciudadano 2021, no se encuentran registradas en el plan de acción 2021 V2.

## B. CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES.

### CONCLUSIONES:

En cumplimiento al cronograma anexo al plan anual de auditorías 2021 y de conformidad con lo establecido tanto en el Decreto 124 del 26 de enero de 2016 como en el documento “Estrategia para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2015 Versión 2” de la Presidencia de la República, la Oficina de Control Interno realiza el seguimiento al avance o cumplimiento de las actividades programadas en los componentes establecidos en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2021, con corte a 30 de abril de 2021.

En el citado plan, se encuentran suscritos seis (6) componentes, veintitrés (23) subcomponentes y ochenta y siete (87) actividades, incluyendo 2 de racionalización de trámites, así:

#### 1. Gestión de riesgos de corrupción – Mapa de riesgos de corrupción.

- 1.1. Cinco (5) subcomponentes.
- 1.2. Seis (6) actividades.

#### 2. Racionalización de trámites.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

- 2.1. Un (1) subcomponente.
- 2.2. Dos (2) actividades.

3. Rendición de cuentas.
  - 3.1. Cuatro (4) subcomponentes.
  - 3.2. Diez (10) actividades.

4. Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.
  - 4.1. Cinco (5) subcomponentes.
  - 4.2. Quince (15) actividades.

5. Mecanismos para la transparencia y acceso a la Información.
  - 5.1. Cinco (5) subcomponentes.
  - 5.2. Cuarenta y cuatro (44) actividades.

6. Iniciativas adicionales
  - 6.1. Tres (3) subcomponentes.
  - 6.2. Diez (10) actividades.

La Oficina de Control Interno efectúa la verificación en el cumplimiento del avance de las ochenta y siete (87) actividades programadas, de las cuales:

- ❖ Una (1) inicia en mayo de 2021.
- ❖ Tres (3) inician en junio de 2021.
- ❖ Tres (3) inician en julio de 2021.
- ❖ Una (1) inicia en agosto de 2021.
- ❖ Una (1) inicia en septiembre de 2021.
- ❖ Una (1) inicia en octubre de 2021.
- ❖ Cinco (5) tienen fecha de inicio y terminación en diciembre de 2021.

Por consiguiente, para el primer seguimiento se verifican las setenta y dos (72) actividades restantes, de acuerdo con la información remitida por cada una de las dependencias responsables de su ejecución, las evidencias enviadas y el reporte registrado en SISGESTION 2.0, donde se concluye que del 01 de enero de 2021 al 30 de abril de 2021:

1. Veintiún (21) actividades obtienen avance con nivel de satisfactorio, equivalente al 29%.
2. Dos (2) actividades presentan avance con nivel aceptable, equivalente al 3%
3. Siete (7) actividades registran avance con nivel insatisfactorio, equivalente al 10%.
4. Cuarenta y dos (42) actividades no se encuentran registradas en el plan de acción 2021, equivalente al 58%

#### 1. Nivel satisfactorio

De las veintiún (21) actividades que alcanzan avance con nivel satisfactorio:

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

- ❖ Veintiún (21) se están cumpliendo al 100% de avance a 30-04-2021, equivalente al 29% del total de actividades programadas para este cuatrimestre.

## 2. Nivel aceptable

De las dos (2) actividades que obtienen avance con nivel aceptable:

- ❖ Una (1) presenta avance del 70%, equivalente al 1.5%.
- ❖ Una (1) muestra un avance del 60%, equivalente al 1.5%.

## 3. Nivel insatisfactorio

De las siete (7) actividades con avance de nivel insatisfactorio:

- ❖ Una (1) presenta avance del 30%, equivalente al 1.5%.
- ❖ Una (1) registra avance del 15%, equivalente al 1.5%.
- ❖ Cinco (5) no presentan avance (0%) a 30 de abril de 2021, equivalente al 7%.

4. Cuarenta y dos (42) actividades no aplican porcentaje de avance (equivalente al 58%), toda vez que no se encuentra el número del indicador y la actividad en el aplicativo SISGESTION 2.0, de acuerdo con la que se registró en el PAAC 2021 publicado en la página web institucional.

## RECOMENDACIONES:

1. Tener en cuenta cada una de las observaciones presentadas por la Oficina de Control Interno en este informe, con el fin de que realicen los ajustes respectivos que permitan optimizar el nivel de avance para el segundo cuatrimestre de 2021.
2. Realizar un análisis detallado de cada una de las actividades a registrar en el plan anticorrupción y de atención al ciudadano PAAC antes de su aprobación, con el propósito de evitar la duplicidad de actividades.
3. Verificar que todas las actividades suscritas en el plan anticorrupción y de atención al ciudadano PAAC estén registradas en el plan de acción y por ende en el aplicativo SISGESTION 2.0, con el fin de poder conocer identificar las metas y periodos de tiempo establecidos para cada una de las actividades que permitan determinar el avance o cumplimiento de estas en cada cuatrimestre.
4. Efectuar las gestiones pertinentes que permitan a las dependencias responsables, lograr en el siguiente cuatrimestre de 2021 el nivel satisfactorio de avance o cumplimiento en la ejecución de las siete (7) actividades que registraron avances inferiores al 31% en el primer cuatrimestre de 2021, incluyendo las cinco (5) que no obtuvieron porcentaje (0%).
5. Realizar la verificación, análisis y ajuste de las actividades (42 equivalente al 58%) registradas en el plan anticorrupción y de atención al ciudadano PAAC 2021 que no aplican porcentaje de avance para el primer cuatrimestre de 2021, debido a que no se encuentran incluidas en el aplicativo SISGESTION 2.0.

 <b>El futuro es de todos</b>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

6. Analizar la viabilidad de inscribir en el plan anticorrupción y de atención al ciudadano 2021 el número (Código) de todas las actividades aprobadas, con el fin de facilitar la identificación y ubicación de cada una de estas en el aplicativo SISGESTION 2.0 en los dos (2) seguimientos cuatrimestrales que restan de la vigencia 2021.
7. Sensibilizar lo concerniente a la importancia en el cumplimiento al punto 10 del capítulo III del documento "Estrategia para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2015 Versión 2" de la Presidencia de la República y el DAFP.

**APROBÓ** \_\_\_\_\_  
**JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO**

## ANEXOS

### Anexo 1 Control de cambios

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

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>1</b> de <b>11</b>

<b>FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME</b>	<b>Día:</b> 05	<b>Mes:</b> 11	<b>Año:</b> 2021
-------------------------------------	----------------	----------------	------------------

<b>Número de Informe</b>	1/1
<b>Nombre del Seguimiento</b>	Plan de mejoramiento a las debilidades del Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial Cauca – Dirección General Unidad para las Víctimas.
<b>Objetivo del Seguimiento</b>	Verificar el avance o logro de las actividades propuestas por los responsables del proceso para superar las debilidades del Sistema de Control Interno relacionadas con la Dirección Territorial Cauca.
<b>Alcance del Seguimiento</b>	Inicia con la verificación de la información y evidencias cargadas en el sistema de la Oficina de Control Interno y concluye con el informe de seguimiento.
<b>Normatividad</b>	Ley 87 de 1993, específicamente lo dispuesto en el artículo 2º literal e); el artículo 3º literal c) y el artículo 4º literal c), g) e i), y el artículo 12 literal k). Decreto 648 de 2017, artículo 17. Decreto 1499 de 2017 Modelo Integrado de Planeación y Gestión, actualizado: MIPG. Guía Rol de las Unidades Control Interno Auditoría Interna de la Función Pública.

#### **A. ANÁLISIS Y OBSERVACIONES.**

La Oficina de Control Interno (en adelante OCI), en ejercicio de las funciones legales establecidas en la Ley 87 de 1993 y lo dispuesto en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, verifica el avance y cumplimiento a las acciones establecidas por los responsables de la Dirección Territorial Cauca, vinculada a la Dirección General de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

El informe de seguimiento al plan de mejoramiento se desarrolla teniendo en cuenta lo establecido en el Plan Anual de Auditoría de la Oficina de Control Interno, a fin de determinar el cumplimiento de las obligaciones que la entidad adquiere como producto de la auditoría de gestión realizada a la Dirección Territorial Cauca por esta Oficina.

Es necesario tener presente que en este seguimiento se verifican criterios de cumplimiento que dan cuenta a las actividades propuestas y ejecutadas por el auditado, a saber:

- i. La causa busca eliminar la debilidad.*
- ii. La actividad se relaciona con la causa descrita.*
- iii. La actividad propende por eliminar la debilidad.*
- iv. La evidencia prueba total integridad en la ejecución de la actividad.*

Como resultado de dichos criterios la Oficina de Control Interno determina si el plan de mejoramiento propuesto por la Dirección Territorial Cauca supera y subsana las debilidades evidenciadas en el ejercicio auditor. Para determinar el nivel de logro de las acciones, la OCI define y aplica una herramienta que a partir de parámetros estandarizados determina si se dan los mínimos necesarios para cerrar la debilidad dado a un ejercicio juicioso del proceso para mejorar o si se mantiene abierta; lo cual implica que si bien las acciones planteadas se cumplen,

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>2</b> de <b>11</b>

ellas no tienen la fuerza ni la efectividad requerida para superar la debilidad encontrada, documentada y comunicada en el ejercicio auditor que da origen al plan de mejoramiento objeto de seguimiento.

Para que el líder de la Dirección Territorial Cauca y su equipo de trabajo tengan un mejor conocimiento de las razones que llevan a cerrar las debilidades o dejarlas abiertas, se anexa como parte integrante del informe la matriz de evaluación. En ella se encuentran las razones que orientan al evaluador del Sistema de Control Interno para emitir su criterio. En todo caso, se recomienda que en las debilidades calificadas como cerradas el proceso mantenga una constante gestión y control para evitar en el futuro nuevas manifestaciones de debilidad.

En el caso de dejarlas abiertas, se recomienda que el líder y su equipo hagan un análisis de causa raíz respecto del verdadero alcance de las acciones ejecutadas para así no incurrir en las mismas situaciones que dieron por resultado la falta de efectividad en ellas.

Por consiguiente, la Dirección Territorial auditada establece 24 actividades en su plan de mejoramiento, con el fin de subsanar los 8 hallazgos (debilidades) evidenciados por la Oficina de Control Interno; una vez revisadas y verificadas las evidencias de cada una de las actividades, se determina que:

Diecinueve (19) actividades se encuentran cerradas y 5 se mantienen para la reformulación de acuerdo con el concepto definido en el criterio evaluador de la herramienta “Seguimiento plan de mejoramiento DT Cauca” aplicada por la Oficina de Control Interno, la cual se adjunta al informe.

Revisadas y verificadas las causas identificadas, éstas efectivamente coadyuvan a eliminar las debilidades encontradas, evidenciando la prueba total de la ejecución de las actividades. Sin embargo, las actividades No.1, 2 y 4, formuladas para la debilidad No.7 se encuentra en estado reformulada con un nivel y porcentaje de cumplimiento del 55% y ubicadas en zona de solidez bajo.

De igual manera ocurre con las actividades 2 y 3 formuladas para la debilidad No.8, las cuales están en estado reformulada con nivel y porcentaje de cumplimiento del 65%, situadas en zona de solidez bajo, de acuerdo con la valoración efectuada en ambos casos.

Lo anterior obedece a que la Dirección Territorial Cauca debe adelantar acciones adicionales que refuercen lo realizado actualmente, con el propósito de lograr un efectivo cumplimiento que conlleve a eliminar en su totalidad las causas que originan las debilidades 7 y 8.

Después del análisis realizado y a criterio del evaluador se relacionan de manera puntual las cinco (5) actividades que se deben mantener abiertas y ser objeto de nueva formulación por parte de la Dirección Territorial Cauca que supere la debilidad del Sistema de Control Interno comunicada en el ejercicio auditor, así:

**Debilidad No.7.** Debilidad del sistema de control interno relacionada con la calidad de oportunidad de la información y certeza de los registros consignados en el expediente contractual.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>3</b> de <b>11</b>

Los expedientes contractuales deben tener la capacidad de evidenciar todos los aspectos acaecidos durante todo el proceso de la contratación, desde la fase de planeación hasta la de cierre. Del análisis de los expedientes se evidencia ausencias de información documentada que genera incertidumbre en el Equipo Auditor, derivada de la aplicación del principio de escepticismo profesional. El expediente contractual en términos del Acuerdo 002 de 2014 emanado del Archivo General de la Nación, como ente rector en esta materia, señala que “Los expedientes se conformarán con la totalidad de los documentos de archivo agrupados en desarrollo de un mismo trámite, actuación o procedimiento, independientemente del tipo de información, formato o soporte y deben agruparse formando series o subseries documentales”. Lo anterior es un desarrollo legal de lo dispuesto por la Ley 594 de 2000, que en su artículo 11, ordena la “Obligatoriedad de la conformación de los archivos públicos. El Estado está obligado a la creación, organización, preservación y control de los archivos, teniendo en cuenta los principios de procedencia y orden original, el ciclo vital de los documentos y la normatividad archivística”. Esto no está conforme con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2 literal e), 4º literal i); Ley 594 de 2000 artículo 11 y párrafo del artículo 5º del Acuerdo 002 de 2014 del Archivo General de la Nación. Lo anterior puede ser consecuencia de la falta de capacitación en materia de supervisión contractual en su componente administrativo, al igual que falta de capacitación en materia de gestión documental relacionada con el componente de los expedientes contractuales. La situación descrita aumenta el riesgo de incertidumbre de la información documentada.

**Actividad 1.** “Programación entrega de informes”, la Dirección Territorial evaluada no presenta evidencias de la vigencia 2020.

**Actividad 2.** “Socializar los criterios que se deben tener para la entrega del informe”, el lineamiento enviado como evidencia no tiene fecha de elaboración o soporte de un oficio, memorando o correo electrónico que certifique el nombre del funcionario que lo elaboró y la fecha en la cual fue socializado.

**Actividad 4.** “Seguimiento a la gestión realizada”, la Dirección Territorial evaluada no remite evidencia de correo electrónico, memorando u oficio, donde solicite capacitaciones en supervisión contractual y gestión documental para expedientes contractuales, así como soportes de asistencia o participación en capacitaciones de estos dos (2) temas considerados como potenciales causas por la cual se genera la debilidad.

**Debilidad No.8.** Debilidad del sistema de control interno relacionada con la información y gestión del ejercicio de supervisión.

Convenio 1492 de 2018.

En relación con los informes de supervisión se evidencia que: el informe de diciembre se encuentra en ajustes por el ejecutor, de conformidad con las evidencias allegadas el día de la auditoria (correo de revisión 21 marzo de 2019 e informe con las observaciones de revisión). Al verificar el expediente entregado por el Grupo de Gestión Contractual no se evidencia dicha situación.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>4</b> de <b>11</b>

Se evidencia un correo del 10 de marzo de 2019 donde relacionan el desembolso de los tres pagos del convenio, al verificar los informes de los expedientes entregados por el Grupo de Gestión Contractual de la Unidad, se identifican solo dos informes, tal como se identificó en el sitio de la auditoría.

Convenio 1501 de 2018

En relación con los informes de supervisión se evidencia que el informe de diciembre se encuentra en ajustes por el ejecutor, de conformidad con las evidencias allegadas el día de la auditoría (correo de revisión 20 marzo de 2019, 02 de agosto de 2019 e informe con las observaciones de revisión). Al verificar el expediente entregado por el Grupo de Gestión Contractual de la Unidad se identifica el informe de la actividad 2 (01/10/2018 a 31/10/2018) y el informe de la actividad 1 para el primer desembolso (01/10/2018 a 26/10/2018), el cual no cuenta con el soporte de pago de seguridad social, informe actividad 4 tercer desembolso (27/11/2018 a 06/12/2018), dentro de los expedientes, pero no se observa el desembolso del pago 2.

Se evidencia un correo del 10 de marzo de 2019 donde relacionan el desembolso de los tres pagos del convenio, al verificar los informes de los expedientes entregados por el Grupo de Gestión Contractual de la Unidad, se identifican solo dos informes, tal como se identificó en el sitio de la auditoría.

**Actividad 2.** “Establecer el cronograma de seguimiento”, la Dirección Territorial Cauca no presenta evidencias relacionada con la realización de esta actividad.

**Actividad 3.** “Realizar la validación del seguimiento”, el acta de liquidación bilateral del convenio interadministrativo No.1501 de 2018, suscrito entre la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, y los municipios de Argelia, Balboa, Mercaderes, Florencia (Cauca) y el departamento del Cauca, no tiene suscrita las firmas del gobernador del departamento del Cauca, el secretario general de la UARIV y uno de los supervisores.

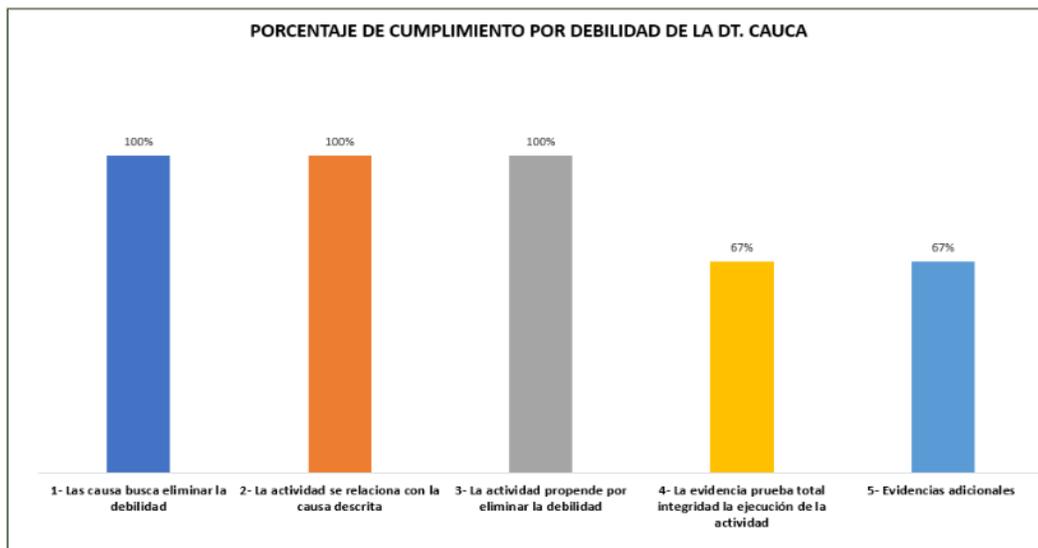
Lo anteriormente descrito, pone en manifiesto que las actividades en mención se encuentran inconclusa, situación que no permite demostrar que las acciones adelantadas subsanen la causa de los hallazgo (debilidades).

Contrario a lo anteriormente descrito, la totalidad de las actividades correspondientes a las debilidades 1, 2, 3, 4, 5 y 6 están cerradas con un nivel y porcentaje de cumplimiento del 75%, ubicada en zona de solidez medio. Sin embargo es importante aclarar que, a pesar de que éstas contribuyen a eliminar las debilidades identificadas en la auditoría (según el resultado de evaluación de la herramienta), ninguna alcanza el 100% de cumplimiento y zona de solidez alto, esto se debe a que la información registrada y evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" y en SharePoint se realizó en el transcurso de la ejecución del seguimiento por solicitud del evaluador de la Oficina de Control Interno, toda vez que al efectuar la verificación en dicho aplicativo no se observa gestión de la Dirección Territorial Cauca en lo concerniente al oportuno registro de la información y cargue de evidencias de las actividades, cuyo cumplimiento

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>5</b> de <b>11</b>

tiene fecha de programación para inicio y finalización en el primer trimestre de 2020 (20-01-2020 al 31-03-2020 o 31-01-2020 al 31-03-2020).

Verificados los criterios de cumplimiento ya mencionados, en la siguiente grafica se evidencia el comportamiento estadístico de la gestión de la Dirección Territorial Cauca en la auditoría de seguimiento, así:



Fuente: Propia Oficina de Control Interno - Herramienta Seguimiento plan de mejoramiento DT Cauca

Teniendo en cuenta el resultado porcentual que arroja la herramienta y que se aprecia en la gráfica, se determina que:

- El 100% de las causas que establece la Dirección Territorial auditada buscan eliminar la debilidad identificada por el equipo auditor.
- El 100% de las actividades que registra la Dirección Territorial Cauca se relacionan con las causas descritas.
- El 100% de las actividades que establece la Dirección Territorial Cauca propende por eliminar la actividad.
- El 67% de las evidencias presentadas por la Dirección Territorial auditada dan prueba total de integridad de la ejecución de la actividad.
- El 67% corresponde a evidencias adicionales.

El evaluador de la Oficina de Control Interno delegado para realizar esta actividad utiliza la herramienta denominada “Seguimiento plan de mejoramiento – DT Cauca” (matriz en Excel), establecida para tal fin.

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>6</b> de <b>11</b>

Esta herramienta cuenta con 5 hojas de trabajo, así:

1. Instructivo.
2. Seguimiento plan de mejoramiento gestión.
3. Consolidado DT Cauca.
4. Grafica por debilidad.
5. Grafica por consolidado.

En la hoja de trabajo 2 (Seguimiento plan de mejoramiento gestión) en su contenido se encuentra registrada la información concerniente a:

- i. Caracterización del plan de seguimiento (columnas de la C hasta la M).
- ii. Criterios de cumplimiento (columnas de la N hasta la S).
- iii. Valoración del cumplimiento de los criterios (columnas de la T hasta la Z).
- iv. Estado (columnas de la AA hasta la AC).
- v. Resultado de la evaluación de los criterios (columnas de la AD hasta la AI).

La hoja de trabajo 3 (Consolidado DT Cauca) presenta la siguiente información:

- Columna C Debilidad.
- Columna D Causas.
- Columnas de la E hasta la I resultado de la evaluación de los criterios (1, 2, 3, 4 y 5).
- Columna J estado de cumplimiento.
- Columna K zona de solidez.
- Columna L criterio evaluador.

En la hoja de trabajo 4 se encuentra grafica por debilidad.

En la hoja de trabajo 5 se encuentra grafica consolidado.

Acto seguido, el evaluador encargado del seguimiento procede a realizar el análisis de la información concerniente al estado de cumplimiento y zona de solidez de las 8 debilidades, información registrada en la hoja de trabajo 3 columnas J y K, con los siguientes resultados:

**Debilidad 1.** Debilidad del sistema de control interno por ausencia de indicadores gerenciales. El plan de mejoramiento propone para esta debilidad tres (3) actividades, las tres (3) en estado de cumplimiento cerradas y en zona de solidez medio. Por lo anterior esta debilidad queda cerrada y no requiere reformulación.

**Debilidad 2.** Debilidad del sistema de control interno por falta de gestión en el avance del plan de acción. El plan de mejoramiento propone para esta debilidad cuatro (4) actividades, las cuatro (4) en estado de cumplimiento cerradas y en zona de solidez medio. Por lo anterior esta debilidad queda cerrada y no requiere reformulación.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>7</b> de <b>11</b>

**Debilidad 3.** Debilidad del sistema de control interno en el diseño del control de los riesgos. El plan de mejoramiento propone para esta debilidad tres (3) actividades, las tres (3) en estado de cumplimiento cerradas y en zona de solidez medio. Por lo anterior esta debilidad queda cerrada y no requiere reformulación.

**Debilidad 4.** Debilidad del sistema de control interno en la gestión para el seguimiento de la variable de servicios. Se evidencia fallas en el funcionamiento de la línea telefónica asignada a la contratista que ejerce la labor como asistente del Director Territorial Cauca. El plan de mejoramiento propone para esta debilidad dos (2) actividades, las dos (2) en estado de cumplimiento cerradas y en zona de solidez medio. Por lo anterior, esta debilidad queda cerrada y no requiere reformulación.

**Debilidad 5.** Debilidad del sistema de control interno en la solución de la variable de tecnología, compartida con OTI. Se evidencia fallas eléctricas permanentes que generan daños en impresoras y computadores de la DT Cauca. El plan de mejoramiento propone para esta debilidad una (1) actividad, la cual está en estado de cumplimiento cerrada y en zona de solidez medio. Por lo anterior, esta debilidad queda cerrada y no requiere reformulación.

**Debilidad 6.** Debilidad del sistema de control interno en el mantenimiento, acceso y control de equipos. El plan de mejoramiento propone para esta debilidad tres (3) actividades, las tres (3) en estado de cumplimiento cerradas y en zona de solidez medio. Por lo anterior esta debilidad queda cerrada y no requiere reformulación.

**Debilidad 7.** Debilidad del sistema de control interno relacionada con la calidad de oportunidad de la información y certeza de los registros consignados en el expediente contractual. El plan de mejoramiento propone para esta debilidad cuatro (4) actividades, una (1) en estado de cumplimiento cerrada, tres (3) reformuladas y en zona de solidez bajo. Por lo anterior esta debilidad requiere reformulación.

Es importante aclarar que, a pesar de que una (1) de las cuatro (4) actividades tiene nivel de cumplimiento del 75% y estado de cumplimiento cerrada, su zona de solidez es bajo en razón a que las tres (3) actividades restantes (establecidas en el plan de mejoramiento) se encuentran en estado reformuladas con porcentaje (nivel) de cumplimiento del 55% y zona de solidez bajo, motivo por el cual la debilidad no ha sido subsanada en su totalidad y requiere reformulación.

**Debilidad 8.** Debilidad del sistema de control interno relacionada con la información y gestión del ejercicio de supervisión (Convenios interadministrativo No.1492 de 2018 y No.1501 de 2018). El plan de mejoramiento propone para esta debilidad cuatro (4) actividades, dos (2) en estado de cumplimiento cerradas, dos (2) reformuladas y en zona de solidez bajo. Por lo anterior esta debilidad requiere reformulación.

Cabe aclarar que, a pesar de que dos (2) de las cuatro (4) actividades establecidas en el plan de mejoramiento tienen nivel de cumplimiento del 75% y estado de cumplimiento cerrada, su zona de solidez es bajo, debido a que las dos (2) restantes se encuentran en estado reformuladas con

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>8</b> de <b>11</b>

porcentaje (nivel) de cumplimiento del 55% y zona de solidez bajo, razón por la cual la debilidad no ha sido subsanada en su totalidad y requiere reformulación.

**Nota:** Para las debilidades 7 y 8 a pesar de que tienen una (1) y dos (2) actividades cerradas respectivamente, se recomienda que el líder de la Dirección Territorial examine en la hoja 3 (consolidado DT Cauca) columna J denominada “Estado de cumplimiento” de las actividades que aparezcan reformuladas y verifique su ejecución, con el fin fortalecer la gestión en cuanto a la realización de seguimientos, evaluación y control, cuyo propósito debe estar acentuado en lograr el cierre de éstas en el próximo seguimiento a realizar por parte de la Oficina de Control Interno, de acuerdo con las evidencias suministradas que cumplan con los criterios de certeza requeridos.

A continuación, en la tabla 1 se relacionan las debilidades (8), las actividades por debilidades (24), el estado de cumplimiento por debilidad (cerradas o reformuladas), porcentaje de cumplimiento, nivel de cumplimiento por debilidad y zona de solidez; la información de la siguiente tabla es el resultado de la evaluación y análisis de la herramienta “Seguimiento plan de mejoramiento DT Cauca”, documento que se adjunta y hace parte del presente informe.

**TABLA 1. RESUMEN ESTADO DE DEBILIDADES SEGUIMIENTO PLAN MEJORAMIENTO AUDITORÍA A-13 DT CAUCA 2018.**

DEBILIDAD	ACTIVIDADES POR DEBILIDAD	ESTADO DE CUMPLIMIENTO POR DEBILIDAD		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO POR DEBILIDAD	ZONA DE SOLIDEZ
		CERRADAS	REFORMULADAS			
1	1			75%	75	Medio
	2			75%		
	3			75%		
2	1			75%	75	Medio
	2			75%		
	3			75%		
	4			75%		
3	1			75%	75	Medio
	2			75%		
	3			75%		
4	1			75%	75	Medio
	2			75%		
5	1			75%	75	Medio
6	1			75%	75	Medio
	2			75%		
	3			75%		
7	1			55%	55	Bajo
	2			55%		
	3			75%		
	4			55%		
8	1			75%	65	Bajo
	2			55%		
	3			55%		
	4			75%		

Fuente: Herramienta “Seguimiento plan de mejoramiento DT Cauca” - Oficina de Control Interno.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>9</b> de <b>11</b>

## B. CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES.

### CONCLUSIONES

La Oficina de Control Interno valora el esfuerzo por parte del líder de la Dirección Territorial Cauca y su equipo de trabajo en lo referente a las acciones adelantadas en su plan de mejoramiento, con el objetivo de eliminar o minimizar las causas que generaron las debilidades del sistema de control interno que se presentan como resultado de la auditoría de gestión A-13 realizada por la Oficina de control Interno en la vigencia 2019. En este sentido, se concluye que:

De las ocho (8) debilidades suscritas en su plan de mejoramiento.

1. Seis (6) se establecen en su estado de cumplimiento cerradas, equivalente al 75%.
2. Dos (2) se determinan en su estado de cumplimiento reformuladas, equivalente al 25%.

Asimismo, de las veinticuatro (24) actividades registradas en su plan de mejoramiento para subsanar las ocho (8) debilidades.

1. Diecinueve (19) se encuentran cerradas, equivalente al 79%.
2. Cinco (5) se mantienen abiertas para su reformulación, equivalente al 21%.

Por último, en lo concerniente al resultado porcentual que arroja la herramienta “Plan de mejoramiento DT Cauca”, se determina que:

- i. El 100% de las causas que establece el proceso la Dirección Territorial auditada buscan eliminar la debilidad identificada por el equipo auditor.
- ii. El 100% de las actividades que registra la Dirección Territorial Cauca se relacionan con las causas descritas.
- iii. El 100% de las actividades que establece la Dirección Territorial Cauca propende por eliminar la actividad.
- iv. El 67% de las evidencias presentadas por el proceso la Dirección Territorial auditada dan prueba total de integridad de la ejecución de la actividad.
- v. El 67% corresponde a evidencias adicionales.

### RECOMENDACIONES

La Oficina de Control Interno recomienda replantear las acciones estratégicas adicionales que coadyuven en el propósito de lograr una gestión efectiva que permita minimizar o eliminar en su

 <b>El futuro es de todos</b>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>10</b> de <b>11</b>

totalidad las causas que originaron las debilidades que aún no han sido subsanadas y por ende las actividades que se encuentran en estado de cumplimiento reformulada.

Fortalecer la gestión en lo concerniente a la realización permanente de seguimiento, evaluación y control tanto de las actividades en estado de cumplimiento cerradas como las reformuladas, en la primera con el fin de evitar que se vuelva a incurrir en las causas que generaron las debilidades subsanadas, y en la segunda con el objetivo de lograr el cierre de éstas para el cumplimiento total del plan de mejoramiento en el próximo seguimiento a realizar por parte de la Oficina de Control Interno.

Realizar el cargue oportuno de la información y evidencias que hacen falta para subsanar las debilidades en estado de cumplimiento reformuladas, las cuales deben estar acordes con las actividades establecidas en el plan de mejoramiento y cumplan con los criterios de certeza requerido, de igual manera que éstas se encuentren en el periodo de tiempo estipulado (fecha de inicio y finalización) en dicho plan.

Persistir en gestionar la solicitud correspondiente al registro de las firmas que a la fecha no están suscritas en el acta de liquidación del convenio interadministrativo No.1501 de 2018, toda vez que han transcurrido 34 meses de haber finalizado dicho convenio sin que el acta de liquidación esté formalmente finiquitada.

Finalmente, en lo que respecta a las 5 actividades que requieren reformulación, la Oficina de Control Interno verificará su cumplimiento en el próximo seguimiento, con el fin de que las debilidades 7 y 8 sean subsanadas y se encuentren controladas por el proceso.

**APROBÓ**

\_\_\_\_\_  
**CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO.**  
Jefe Oficina de Control Interno.

## ANEXOS

**Anexo 1** Control de cambios

Versión	Fecha de Cambio	Descripción de la modificación
1	04/08/2014	Creación del formato.
2	09/03/2015	Al revisar el formato se evidencia que la casilla fecha de informe está repetida.

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>		Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES		Fecha: 30/04/2020 Página <b>11</b> de <b>11</b>

3	02/08/2017	Se modifica formato y se adiciona firma aprobación del Jefe Oficina de Control Interno.
4	30/04/2020	Se actualiza formato, se ajusta la distribución del texto en filas y columnas, las fuentes y fecha de la tabla control de cambios.

 <b>El futuro es de todos</b>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>1</b> de <b>8</b>

<b>FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME</b>	<b>Día:</b>	05	<b>Mes:</b>	11	<b>Año:</b>	2021
-------------------------------------	-------------	----	-------------	----	-------------	------

<b>Número de Informe</b>	1/1
<b>Nombre del Seguimiento</b>	Plan de mejoramiento a las debilidades del Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial Santander
<b>Objetivo del Seguimiento</b>	Verificar el avance o logro de las actividades propuestas por los responsables del proceso para superar las debilidades del Sistema de Control Interno relacionadas con la Dirección Territorial Santander.
<b>Alcance del Seguimiento</b>	Inicia con la verificación de la información cargada en el sistema de la Oficina de Control Interno y concluye con el informe de seguimiento.
<b>Normatividad</b>	Ley 87 de 1993, específicamente lo dispuesto en el artículo 2º literal e); el artículo 3º literal c) y el artículo 4º literal c), g) e i), y el artículo 12 literal k). Decreto 648 de 2017, artículo 17. Decreto 1499 de 2017 Modelo Integrado de Planeación y Gestión, actualizado: MIPG. Guía Rol de las Unidades Control Interno Auditoría Interna de la Función Pública.

## A. ANÁLISIS Y OBSERVACIONES.

La Oficina de Control Interno en ejercicio de las funciones legales establecidas en la Ley 87 de 1993 y lo dispuesto en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, verifica el avance y cumplimiento a las acciones establecidas en el plan de mejoramiento por los responsables de la Dirección Territorial Santander.

El presente informe de seguimiento al proceso se desarrolla teniendo en cuenta lo establecido en el Plan Anual de Auditoría de la Oficina de Control Interno, a fin de determinar el cumplimiento de las obligaciones que la entidad adquiere como producto de las auditorías de gestión realizadas a la Dirección Territorial Santander por esta Oficina.

Es necesario tener presente que en este seguimiento se verifican criterios de cumplimiento que dan cuenta a las actividades propuestas y ejecutadas por el auditado, a saber:

- i. *La causa busca eliminar la debilidad.*
- ii. *La actividad se relaciona con la causa descrita.*
- iii. *La actividad propende por eliminar la debilidad.*
- iv. *La evidencia prueba total integridad en la ejecución de la actividad.*

Como resultado de dichos criterios la OCI determina si el plan de mejoramiento propuesto por la Dirección Territorial supera y subsana las debilidades evidenciadas en el ejercicio auditor. Para determinar el nivel de logro de las acciones, la OCI define y aplica una herramienta que a partir de parámetros estandarizados determina si se dan los mínimos necesarios para cerrar la debilidad, dado a un ejercicio juicioso de la Dirección para mejorar o si se mantiene abierta; lo cual implica que si bien las acciones planteadas se cumplen, ellas no tienen la fuerza ni la efectividad requerida para superar la debilidad encontrada, documentada y comunicada en el ejercicio auditor que da origen al plan de mejoramiento objeto de seguimiento.

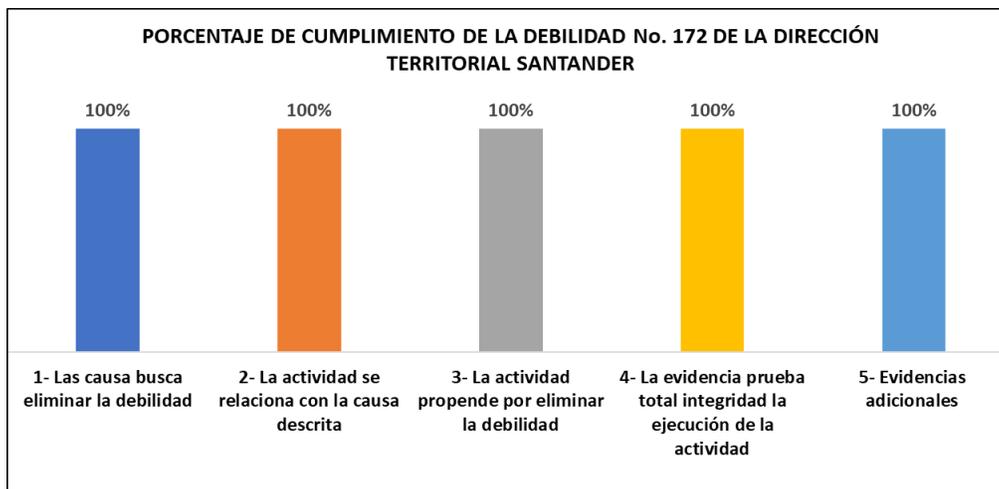
 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>2</b> de <b>8</b>

Para que el líder del proceso y su equipo de trabajo tengan un mejor conocimiento de las razones que llevan a cerrar las debilidades o dejarlas abiertas, se anexa como parte integrante del informe la matriz de evaluación. En ella se encuentran las razones que orientan al evaluador del Sistema de Control Interno para emitir su criterio. En todo caso, se recomienda que en las debilidades calificadas como cerradas el proceso mantenga una constante gestión y control para evitar en el futuro nuevas manifestaciones de debilidad. En el caso de dejarlas abiertas, se recomienda que el líder y su equipo hagan un análisis de causa raíz respecto del verdadero alcance de las acciones ejecutadas para así no incurrir en las mismas situaciones que dieron por resultado la falta de efectividad en ellas, respecto del sistema de control interno.

El siguiente es el resultado de la evaluación de las debilidades del plan de mejoramiento de la Dirección Territorial Santander, de acuerdo con el estudio efectuado y la aplicación de la herramienta en Excel de la Oficina de Control Interno, donde se analiza cada una de las debilidades, las acciones y actividades planteadas.

En las siguientes graficas se evidencia el comportamiento estadístico del resultado del seguimiento a las ocho (8) actividades definidas por la Dirección Territorial de los tres (3) debilidades evidenciados por la Oficina de Control Interno, así:

**Grafica No. 1: Debilidad No. 172 – Código 20.01**



Fuente Propia: Matriz de Seguimiento

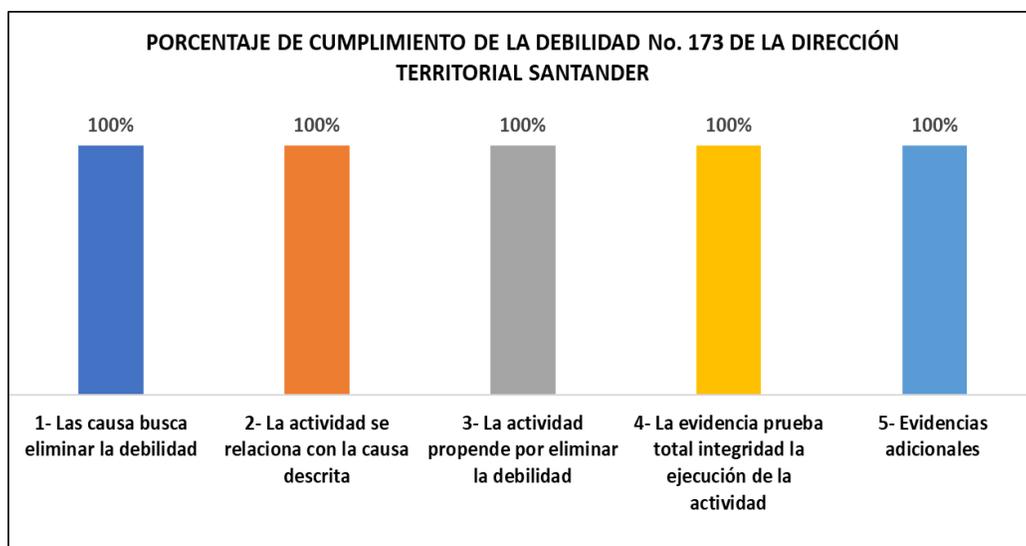
- a) Debilidad No 1 (código 172): “Debilidad del sistema de control interno por falta de gestión en el avance del plan de acción. El Equipo Auditor examina el comportamiento de los reportes del avance de las metas del plan de acción asignadas a la Dirección Territorial Santander. Teniendo como parámetro de evaluación el que los reportes de avance deben corresponder al 100 % de lo planeado, se tiene que para los dos primeros trimestres de la vigencia 2019 el citado parámetro solo se cumple en 13 de 18 metas, lo que corresponde a un 72,22%. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales b) y d), 4º literal c), i) y j) y 6º de la Ley 87 de 1993 y la Ley 152 de 1994 artículo 3º literal k). Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 4.1. El Equipo Auditor establece como potenciales causas: debilidades en los procesos de planeación, fallas en la proyección de metas y objetivos, falta de conocimiento en el diseño y seguimiento de tableros de seguimiento y control, deficiencias en el conocimiento en modelos de control gerencial y planeación. Lo anterior potencializa el riesgo de incumplimiento de las metas institucionales. Debilidad identificada del numeral (5.3) del resultado de la auditoría

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>3</b> de <b>8</b>

“seguimiento al plan de acción”, para la siguiente debilidad, se plantea tres (3) actividades, donde la Oficina de Control interno de acuerdo con la evidencia cargada en el aplicativo OCI, obtiene los siguientes resultados: Actividad No.1 *“Generar alertas al interior de los procesos, de acuerdo con el avance de las metas establecidas en el Plan de Acción”*. Se evidencia que la Dirección Territorial cumple con la cantidad de actividades programas (9 correos) mínimos a reportar entre la fecha del 01/03/2020 al 30/11/2020. Se evalúa un total de 15 soportes y en cada uno de ellos se identifican alertas con respecto al plan de acción, observaciones de la Dirección Territorial a la Oficina Asesora de Planeación sobre el cargue de los indicadores en SIGGESTION, solicitud de ajustes de la programación de indicadores, socialización avances del plan de acción de cada trimestre reportado y el diligenciamiento de matrices de los indicadores entre otros. Actividad No.2: *“Realizar seguimiento a las metas del Plan de Acción Territorial vigencia 2020, en las reuniones mensuales de comité estratégico”*. Se evidencia un total de 12 soportes de 10 programados para las fechas del 01/03/2020 al 31/12/2020. Al evaluar cada uno de estos registros (actas de comités) se evidencia el seguimiento a las metas del plan acción vigencia 2020 y el avance relacionado con los indicadores. Actividad No. 3 *“Concertar con los procesos del orden nacional el ajuste de indicadores a través de actas de cambio Sisgestión en caso de que se presente la necesidad”*. Se evalúa un total de trece (13) soportes de dos (2) programados para las fechas del 01/03/2020 al 10/06/2020. Se evidencia acta de cambio No. 007 de ajustes de indicadores de los procesos de Colectiva, Nación Territorio y Retornos y Reubicaciones, alertas al incumplimiento de metas, acta de cambio No. 42 del indicador de ofertas, alertas programación del plan de acción y alerta de indicadores psicosociales entre otros.

El equipo auditor al evaluar los soportes presentados por la DT Santander y al analizar cada uno los temas específicos de las tres (3) actividades planteadas, evidencia que la Dirección Territorial cumple los criterios de cumplimiento con la relación a la causa, las acciones y las actividades planteada, donde cada soporte apunta a eliminar la debilidad.

**Grafica No. 2: Debilidad No. 173 – Código 20.02**



Fuente Propia: Matriz de Seguimiento

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>4</b> de <b>8</b>

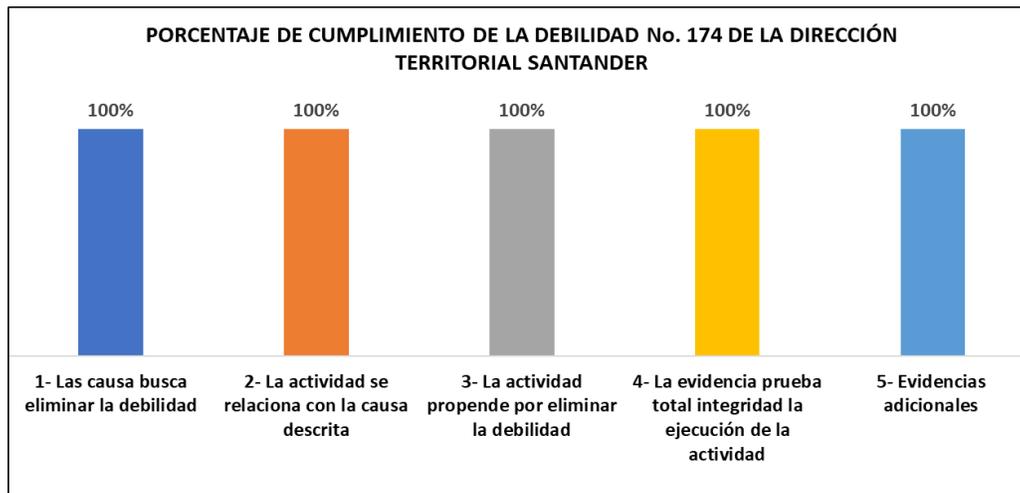
b) Debilidad No. 2 (código 173): *“Debilidad del sistema de control interno en el diseño del control de los riesgos. Se evidencia que la totalidad de los controles asociados a los riesgos identificados en el mapa de riesgos establecidos por la Dirección Territorial Santander no cumple con los lineamientos establecidos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas emanada del Departamento Administrativo de la Función Pública. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales a), b) y f), 4º literal i) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 3.2.1.1 y 4.2.1. Norma ISO 9001:2015, capítulo 6, planificación, numeral 6.1 acciones para abordar riesgos y oportunidades. El Equipo Auditor establece como potenciales causas el desconocimiento de la metodología de elaboración de controles a los riesgos identificados, la falta de seguimiento a la ejecución de estos y de un mecanismo de información efectiva, eficaz y oportuna en materia de ejecución de las actividades de control y ausencia en la identificación y coherencia de las evidencias frente a los controles instituidos en la matriz de riesgos. Lo anterior conlleva a la posible materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales. Debilidad identificada del numeral (5.4) del resultado de la auditoría “seguimiento del modelo de riesgo”* Con respecto a lo descrito entre la causa, las acciones y las actividades, se evidencia que existe una relación directa con el hallazgo, razón por la cual las actividades planteadas eliminan la debilidad. Para esta debilidad se plantea dos (2) actividades y de acuerdo con la evaluación realizada a las evidencias registradas, se obtiene el siguiente análisis. Actividad No. 1. *“Realizar mesas de trabajo para continuar con el seguimiento mensual a las evidencias que soportan los controles del Mapa de Riesgos”*, Se evidencia el cumplimiento total de las actividades programas (11 actas) a reportar entre la fecha del 01/02/2020 al 30/12/2020. Al evaluar cada una de estas se identifica el seguimiento y control al mapa de riesgos de gestión y de corrupción, registro de la trazabilidad mensual de los soportes de los controles, seguimiento a la materialización de los riesgos, revisión y actualización del mapa de riesgos donde se tiene en cuenta los insumos del contexto estratégico de la DT, el mapa de riesgos vigencia anterior y las necesidades establecidas al interior de equipo, así como la participación y aportes del Director Territorial. Actividad No. 2 *“Socializar en el Comité Estratégico mensual, los avances realizados en el tema de riesgos”*. se evalúan 11 actividades programadas (actas) donde se evidencia la socialización de los avances y compromisos relacionados con el seguimiento a los riesgos de gestión y corrupción, socialización de la metodología de riesgos, Política de Riesgos y el cargue de las evidencias mensuales, socialización de la validación y aprobación de la actualización del mapa de riesgos, socialización al operador Outsourcing mediante correo del 28 de julio 2020, donde se resalta que en el mapa de riesgos continúan los riesgos de los Procesos de Indemnizaciones, Red Nacional de Información y se identifica uno nuevo del proceso de Servicio al Ciudadano.

Adicional a lo anterior y de acuerdo con la revisión realizada por el equipo auditor y para complementar el tema de riesgos en el diseño de los controles, se verifica en la página Web de la entidad la matriz de riesgos vigente y se evalúa los seis (6) criterios a tener en cuenta en el diseño de los controles requerido por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP. Se obtiene como resultado que la Dirección Territorial Santander tuvo en cuenta los criterios en el diseño de cada uno sus controles.

El equipo auditor al evaluar cada uno los temas específicos de las actividades planteadas de la presente debilidad, evidencia el cumplimiento total a través del análisis de las acciones presentadas del seguimiento mensual de las evidencias que soportan los controles del mapa de riesgos y la socialización de los avances realizados en los temas de riesgos; donde cada soporte apunta y elimina la debilidad.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>5</b> de <b>8</b>

**Grafica No. 3: Debilidad No. 174 – Código 20.03**



Fuente Propia: Matriz de Seguimiento

c) Debilidad No. 3 (código 174): *“Debilidad del sistema de control interno en el mantenimiento, protección de la información y control de equipos. Se evidencia ausencia de controles referente a entrada y salida de equipos portátiles los cuales no tienen guayas de seguridad, no existen registros de entrada y salida de equipos personales y no se tiene alarmas contra incendio en las instalaciones. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales a), e) y f), 4º literales d), e) y i) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 3.1 y 3.2.1.4, Norma ISO 9001:2015, capítulo 7 Apoyo, numeral 7.1.3 Infraestructura y 7.1.4 Ambiente para la Operación de los Procesos. El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de sensibilización al personal de la DT acerca de la importancia en el control de entradas y salidas de equipos propiedad de la Unidad, mantenimiento de elementos para la prevención contra incendios y protección del sistema eléctrico. Lo anterior conlleva a la posible ocurrencia de eventos adversos que afecten las instalaciones de la DT, pérdida de elementos pertenecientes a la Unidad, pérdida de información sensible que obstruyan la gestión de la DT y el logro de los objetivos institucionales. Debilidad identificada del numeral (5.7) del resultado de la auditoría “modelo de seguridad de información”.* para la siguiente debilidad, se plantea tres (3) actividades, donde la Oficina de Control interno de acuerdo con la evidencias cargadas, obtiene los siguientes resultados: Actividad No.1 *“Registrar en la minuta ubicada en la Dirección Territorial, los bienes de propiedad particular, como los bienes de propiedad de la Unidad”.* Se evidencia el cumplimiento total de las actividades programas (11 soportes) a reportar entre la fecha del 01/01/2020 al 30/12/2020. Al evaluar cada uno de estos, se identifica bitácoras (minutas) del registro y control de los visitantes a la sede, lista de la seguridad del retiro e ingreso de equipos y socialización del instructivo del servicio de vigilancia específicamente en temas de *“Carnét Institucional, Minuta, portátil, cédula, bolsos a la salida, ingreso y egreso de equipo”*, dinámica que busca claridad entre los funcionarios y contratista de las directrices de los controles a tener en cuenta en la entrada, salida de equipos portátiles y demás lineamientos del instructivo a cumplir por todo el personal. Actividad No.2 *“Solicitar al Grupo de Gestión de Talento Humano área de SST, la revisión, mantenimiento y recarga de los elementos de acuerdo con su fecha de vencimiento”.* Se evidencia un total de dos (2) soportes de uno (1) programado para las fechas del 01/10/2020 al 30/10/2020. Se evidencia en el acta No.1097, la actividad del 26/11/2020 referente a la capacitación relacionada con el sistema de control de incendios e inspección y recarga de extintores, inspecciones planeadas del nivel nacional y el 05/11/2020 se remitió a nivel nacional elementos vencidos referente al botiquín. Adicional a lo anterior se evidencia acta No.10, relacionada con la campaña de *“orden y aseo a nivel central y territorial (mediante inspecciones) y seguimiento a la implementación de compromisos generados en el tema de orden y aseo”*, se evidencia que el día 09 y

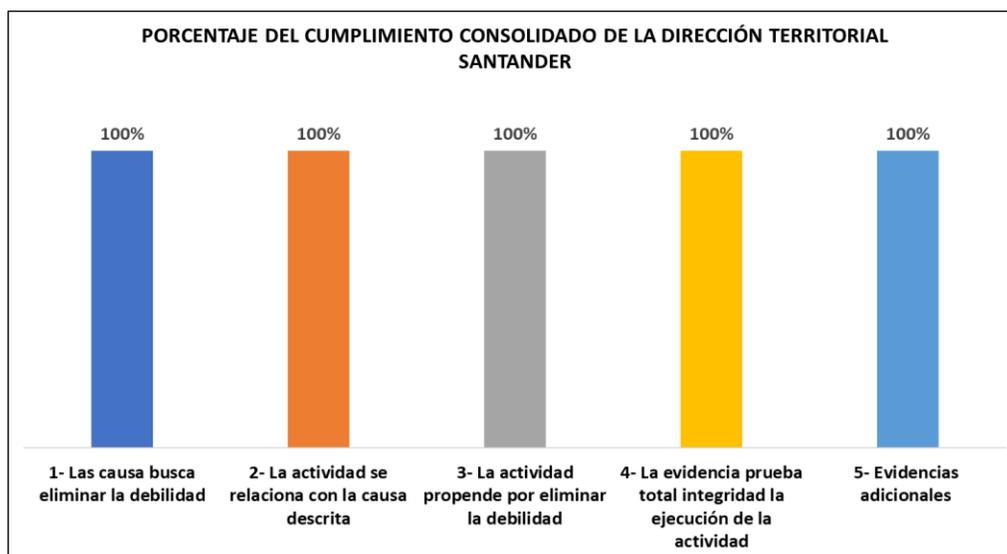
 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>6</b> de <b>8</b>

11/10/ 2019 se recargaron los extintores de la Dirección Territorial de Santander, los puntos de atención de Bucaramanga y su área metropolitana, adjuntando evidencias fotográficas y copia del mail enviado a Tatiana Cuellar del nivel nacional. Actividad No.3 “*Capacitación semestral a los colaboradores de la Dirección Territorial y el Vigilante de seguridad en el instructivo para el servicio de vigilancia*”. Se evidencia un total de siete (7) soportes de dos (2) programados para las fechas del 01/02/2020 al 01/07/2020. Se evidencia el acta No. 118 de la capacitación del instructivo de vigilancia por medio de la actividad “*juego de posibilidades*” y se adjuntan fotografías de la gestión realizada, acta No. 143 ejercicios en pro de la correcta implementación del Instructivo de Seguridad. Adicional a lo anterior se evidencia el instructivo para el servicio de vigilancia, lista de asistencia de la socialización del instructivo, fotografía del personal de vigilancia capacitado y correo del 30/07/2020 con el adjunto del instructivo para el servicio de vigilancia con el objetivo de dar cumplimiento a las actividades inmersas en el plan de mejoramiento de la auditoría de gestión realizada en la vigencia 2019.

El equipo auditor al evaluar los soportes presentados por la DT Santander y al analizar cada uno los temas específicos de las actividades gestionadas, evidencia que la Dirección Territorial cumple los criterios de cumplimiento de las actividades planteadas, donde cada soporte elimina la debilidad.

Consolidadas las gráficas anteriores, de acuerdo con los criterios de cumplimiento aplicado al plan de mejoramiento de la auditoría de gestión efectuada a la Dirección Territorial Santander vigencia 2019, se anexa el resultado consolidado a través de la siguiente gráfica:

**Gráfica No. 4: Consolidado porcentaje de cumplimiento.**



Fuente Propia: Matriz de Seguimiento

El análisis determina que la totalidad de las causas identificadas por la Dirección Territorial tienen relación directa con la debilidad comunicada en el proceso auditor. El 100% de las actividades propuestas son un desarrollo directo del análisis de las causas, lo que determina una fortaleza de la DT y están enmarcadas en el ámbito de la superación de las causas que dieron origen a las debilidades del Sistema de Control Interno.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>7</b> de <b>8</b>

El 100% de las evidencias están en capacidad de dar certeza sobre la gestión desplegada por la Dirección Territorial Santander, se observa que el análisis de la evidencia demuestra prueba total de la ejecución de la actividad, razón por la cual las tres (3) debilidades anteriormente evaluadas se cierran de acuerdo con el criterio del equipo auditor.

Se acota que debido a dificultades presentadas en el aplicativo OCI, donde no deja evidenciar el total de los soportes registrados por la Dirección Territorial, se hizo necesario solicitar dichas evidencia a través del correo electrónico con el fin de evaluar el nivel de cumplimiento y certeza de los soportes, obteniendo un porcentaje de cumplimiento del 100% del análisis de estas. Así mismo se deja constancia en la carpeta de la auditoría de la DT. Santander (SharePoint) todos la gestión de la planeación, ejecución, evidencias de los hallazgos y el informe final.

La Oficina de Control Interno destaca el esfuerzo del líder y el equipo de trabajo de la Dirección Territorial Santander en lo relacionado con la superación de las debilidades del Sistema de Control Interno identificadas en la auditorías y recomienda continuar con la excelente gestión, con el fin de mantener, mejorar y fortalecer el sistema de control y evitar debilidades futuras.

## B. CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES.

La Oficina de Control Interno destaca el desempeño de los responsables de la Dirección Territorial en el cumplimiento de subsanar las causas que dieron origen a las debilidades identificadas en el Sistema de Control Interno y de acuerdo con la evaluación realizada por el equipo auditor, se cierran las tres (3) debilidades que corresponde al 100%; donde el total de las ocho (8) actividades definidas con sus respectivos soportes, cumplen y tienen relación directa con la eliminación de la debilidad.

El equipo auditor resalta el compromiso de la Dirección Territorial en el cumplimiento del plan de mejoramiento de acuerdo con lo planificado, donde se evidencia coherencia de las actividades con respecto a la eliminación la debilidad y la contribución adicional de soportes complementarios, con el fin de fortalecer las acciones de las debilidades identificadas en la auditoría de gestión.

Se recomienda al líder de la Dirección Territorial y su equipo de trabajo continúen ejerciendo acciones de verificación, evaluación y control, que permitan medir la efectividad, para que las debilidades evidenciadas no vuelvan a presentarse y lo que en el pretérito fue debilidad hoy sean fortaleza del proceso. Con esta gestión se aporta a la mejora continua de la Dirección Territorial, al cumplimiento de los objetivos institucionales y a la superación de futuras debilidades del Sistema de Control Interno.

**APROBÓ** \_\_\_\_\_

**CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO**  
**Jefe Oficina De Control Interno**

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020
		Página <b>8</b> de <b>8</b>

## ANEXOS

### Anexo 1 Control de cambios

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

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

<b>FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME</b>	<b>Día:</b> 04	<b>Mes:</b> 02	<b>Año:</b> 2022
-------------------------------------	----------------	----------------	------------------

<b>Número de Informe</b>	RLE 3/3
<b>Nombre del Seguimiento</b>	Informe de seguimiento al plan anticorrupción y de atención al ciudadano PAAC tercer cuatrimestre 2021.
<b>Objetivo del Seguimiento</b>	Realizar seguimiento al plan anticorrupción y de atención al ciudadano PAAC 2021, de conformidad con lo establecido en el Decreto 124 del 26 de enero de 2016 y la “Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción de Atención al Ciudadano 2015 – Versión 2” de la Presidencia de la República y el DAFP.
<b>Alcance del Seguimiento</b>	El informe presenta el seguimiento del cumplimiento de las actividades del plan anticorrupción y de atención al ciudadano PAAC vigencia 2021 con corte a 31 de diciembre de 2021.
<b>Normatividad</b>	<p>Ley 1474 de 2011. “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”. Artículo 73 Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.</p> <p>Decreto 124 de 2016. Por el cual se sustituye el Título 4 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al "Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano".</p> <p>Decreto 612 de 2018. Por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado.</p> <p>Decreto 1083 de 2015. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública (última fecha de actualización 30 de marzo de 2020).</p> <p>Documento “Estrategia para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2015 Versión 2. Presidencia de la República y el DAFP”.</p>

#### A. ANÁLISIS Y OBSERVACIONES.

En cumplimiento a lo programado por la Oficina de Control Interno OCI y de conformidad con las normas establecidas para tal efecto, en el mes de enero de 2022 se realiza el seguimiento al cumplimiento de las actividades programadas en los seis (6) componentes establecidos en el plan anticorrupción y de atención al ciudadano PAAC de la Unidad para las Víctimas, correspondiente al tercer cuatrimestre de 2021.

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

**Metodología:** Para la realización del presente seguimiento se tuvo en cuenta lo siguiente:

- ❖ **Planeación y comunicación del seguimiento:** Correos electrónicos del 13 de diciembre de 2021, enviados a directores, subdirectores, jefes y coordinadores de grupo de la Unidad, responsables del cumplimiento en la ejecución de las actividades programadas en el PAAC para el tercer cuatrimestre de 2021.
- ❖ **Recopilación de información:** A través de los citados correos electrónicos, la Oficina de Control Interno informa lo referente a la realización del seguimiento al plan anticorrupción y de atención al ciudadano PAAC correspondiente al tercer cuatrimestre de la vigencia 2021.

De igual manera, en dichos correos la Oficina de Control Interno envía en archivo adjunto, una matriz en la cual están registradas las actividades de cada dependencia responsable de su ejecución, con el fin de que en esta se diligencie la información solicitada en las casillas denominadas “Actividades cumplidas % de avance” y “Evidencias de actividades cumplidas o de % de avance reportado”, donde se especifica que la información debe ser enviada a más tardar el martes 04 de enero de 2022, acompañada de las evidencias que las soporten. Asimismo, se indicó que si vencido el plazo, no se allega la información y su evidencia anexa, la jefatura de la OCI reportará en el informe dicho acontecimiento.

Mediante correo electrónico del 05 de enero de 2022, la Oficina de Control Interno reiteró al grupo de gestión administrativa y documental el envío de la información y evidencias, la cual fue remitida por dicho grupo en la mencionada fecha.

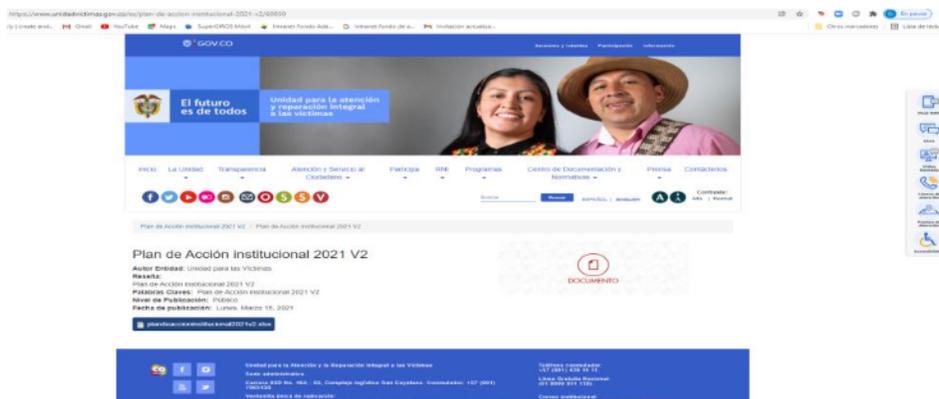
- ❖ **Revisión Documental:** Para efectuar la revisión de la información, se tuvo en cuenta el plan anticorrupción y de atención al ciudadano PAAC 2021 y el plan de acción 2021 V2, publicados en la página web institucional el 29 de enero de 2021 y 15 de marzo 2021 respectivamente.

Cabe aclarar que, a diferencia de los seguimientos correspondientes al primer y segundo cuatrimestre de 2021, en el presente seguimiento la Oficina de Control Interno a pesar de solicitar mediante correo electrónico del 15 de diciembre de 2021 y reiteración de dicho requerimiento a través de correos electrónicos del 06 y 07 de enero de 2022, no recibió la información por parte de la oficina asesora de planeación, concerniente al reporte registrado en el aplicativo SISGESTION 2.0 por cada dependencia responsable de su cumplimiento, como se solicitó en los citados correos.

De igual manera se aclara que, la oficina asesora de planeación emitió respuesta el 07 de enero de 2021, sin embargo, dicha respuesta no es coherente ni corresponde a la información que solicitó la Oficina de Control Interno en los tres (3) correos electrónicos en mención, motivo por el cual y debido a la premura en el cumplimiento de los tiempos establecidos (por ser un informe de Ley) para la elaboración y publicación del seguimiento al PAAC 2021 tercer cuatrimestre, se procedió a la realización oportuna de este.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	<b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b>	Versión: 04
	<b>ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES</b>	Fecha: 30/04/2020 Páginas

Como evidencia de lo descrito, se adjunta pantallazo de la publicación en la página web institucional del plan anticorrupción y de atención al ciudadano PAAC 2021, plan de acción V2 y correos electrónicos:



De: José de Jesús Gutiérrez Villalta  
 Enviado: miércoles, 13 de diciembre de 2021 18:04 a. m.  
 Para: Omar Santamaría <osantama@unidadparalavictimas.gov.co>  
 CC: Carlos Arturo Oñativela Castro <caonativela@unidadparalavictimas.gov.co>; Verónica Andrea Fajuri Ayora <veronica.fajuri@unidadparalavictimas.gov.co>; Víctor Hugo Velásquez <vvelasquez@unidadparalavictimas.gov.co>; Othmar Javier Ordoñez Romero <orodonez@unidadparalavictimas.gov.co>; José David Murcia Rodríguez <jdmurcia@unidadparalavictimas.gov.co>  
 Asunto: Solicitudes de Reporte Registrado en SIGESTION 2.0.2 Actividades PAAC - Tercer Cuatrimestre de 2021

Buen día Omar,

De manera atenta en archivo adjunto remito el plan anticorrupción y de atención al ciudadano PAAC 2021 publicado en la página web institucional con fecha 29 de enero de 2021, con el fin de que me colabore con el envío del reporte registrado en el aplicativo SIGESTION 2.0 por cada dependencia responsable del cumplimiento de las actividades con corte a 31 de diciembre de 2021; esta información se requiere para el seguimiento cuatrimestral (en este caso el tercer cuatrimestre de 2021) que realiza la Oficina de Control Interno a este plan. Cabe anotar, que el PAAC 2021 cuenta con 6 componentes y 87 actividades, así:

- Componente 1. Gestión de Riesgos de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción (6 actividades).
- Componente 2. Racionalización de Trámites (2 actividades).
- Componente 3. Rendición de Cuentas (10 actividades).
- Componente 4. Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano (15 actividades).
- Componente 5. Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información (64 actividades).
- Componente 6. Incentivos Adicionales (10 actividades).

Agradezco su atención y apoyo con el envío de la información a más tardar el día miércoles 5 de enero de 2022.

De antemano, gracias por tu gestión y colaboración.

Cordial saludo,

**José de Jesús Gutiérrez Villalta**  
 Contraloría  
 Oficina de Control Interno  
 Teléfono (57) 7865150 Ext. 4035

 <b>El futuro es de todos</b>	<b>Unidad para la atención y reparación integral a las Víctimas</b>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
		<b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b>	Versión: 04
		<b>ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES</b>	Fecha: 30/04/2020
			Páginas

**Reiteración Solicitud Envío de Reporte Registrado en SIGGESTION 2.0 Actividades PAAC - Tercer Cuatrimestre de 2021**

De: José David Murcia Rodríguez  
 Enviado: 4 de enero de 2022 9:22 a. m.  
 Para: Omar Germil Márquez [omgerm@unibadictmas.gov.co](mailto:omgerm@unibadictmas.gov.co)  
 CC: Katerín Andrea Fuquén Ayure [kafuqen@unibadictmas.gov.co](mailto:kafuqen@unibadictmas.gov.co); Carlos Arturo Ordóñez Castro [caordonez@unibadictmas.gov.co](mailto:caordonez@unibadictmas.gov.co); Víctor Hugo Velásquez [vvelasquez@unibadictmas.gov.co](mailto:vvelasquez@unibadictmas.gov.co); Christian Javier Orjeda Romero [cjorjeda@unibadictmas.gov.co](mailto:cjorjeda@unibadictmas.gov.co); José de Jesús Gutiérrez Villalba [jvgutierrez@unibadictmas.gov.co](mailto:jvgutierrez@unibadictmas.gov.co)  
 Asunto: Reiteración Solicitud Envío de Reporte Registrado en SIGGESTION 2.0 Actividades PAAC - Tercer Cuatrimestre de 2021

Buen día Omar,

En razón a que a la fecha la Oficina de Control Interno no ha recibido respuesta a la información solicitada en el correo que antecede de manera oportuna, reitera dicho requerimiento referente al envío del reporte registrado en el aplicativo SIGGESTION 2.0 por cada dependencia responsable del cumplimiento de las actividades del plan anticoncepción y de atención al ciudadano PAAC con corte a 31 de diciembre de 2021. Lo anterior, con el fin de realizar el seguimiento a dicha plan correspondiente al tercer cuatrimestre de 2021. Es importante tener en cuenta que, por ser este un Informe de Ley, existen unos tiempos establecidos para su elaboración y publicación, por lo cual es relevante el envío oportuno de la información para que la oficina de control interno realice la verificación, análisis y evaluación con los datos reales que permitan determinar el cumplimiento alcanzado por la Unidad en la vigencia 2021 del PAAC.

Por lo anteriormente descrito, la oficina de control interno reitera la solicitud concerniente al envío oportuno de la información a más tardar hoy jueves 04 de enero de 2022 a las 5:00 p.m., a los correos electrónicos: [castroromero@unibadictmas.gov.co](mailto:castroromero@unibadictmas.gov.co); [jvgutierrez@unibadictmas.gov.co](mailto:jvgutierrez@unibadictmas.gov.co) y [vvelasquez@unibadictmas.gov.co](mailto:vvelasquez@unibadictmas.gov.co)

Si vencido el plazo, no se allega la información solicitada, esta oficina reportará dicho acontecimiento en el Informe, y por ende las actividades se determinarán como incumplidas en el seguimiento del cumplimiento al plan anticoncepción y de atención al ciudadano PAAC vigencia 2021.

Agradecemos su atención y gestión en el envío de la información.

Cordialmente,

**José David Murcia Rodríguez**  
 Oficina de Control Interno  
 Tel: (1) 7865130 Ext 2033  
 Carrera 830 No. 454-03 Piso 4  
 Complejo Logístico San Cayetano, Bogotá D.C.  
[www.unibadictmas.gov.co](http://www.unibadictmas.gov.co)



La Oficina de Control Interno envía la anterior información y solicitud de la misma en el marco de lo dispuesto por la Ley 527 del 28 de agosto de 1995 en su artículo 3º "Reservación jurídica de los mensajes de datos. No se requieren efectos jurídicos, válidos o fuerza obligatoria a todo tipo de información por la sola razón de que está en forma de mensaje de datos, y artículo 7º "Ejemplos. Cuando cualquier mensaje que se genere en un sistema de procesamiento de datos, en relación con un mensaje de datos, se entienda sometido dicho requerimiento en el que se ha utilizado un método que permita identificar el origen de un mensaje de datos y para indicar que el contenido cuenta con su aprobación. Si) Que el método sea tanto confiable como apropiado para el propósito por el cual el mensaje fue generado y almacenado. Los dispositivos en este artículo se aplican tanto al el mensaje establecido en cualquier forma susceptible una obligación, como a los mensajes completamente o en parte generados en el caso de que no exista una firma"  
 Cuando este correo requiere respuesta, haga clic sobre este.

**Re: Reiteración Solicitud Envío de Reporte Registrado en SIGGESTION 2.0 Actividades PAAC - Tercer Cuatrimestre de 2021**

From: José David Murcia Rodríguez [jdmurda@unibadictmas.gov.co](mailto:jdmurda@unibadictmas.gov.co)  
 Sent: Friday, January 7, 2022 4:28:21 PM  
 To: Katerín Andrea Fuquén Ayure [kafuqen@unibadictmas.gov.co](mailto:kafuqen@unibadictmas.gov.co)  
 Cc: Omar Germil Márquez [omgerm@unibadictmas.gov.co](mailto:omgerm@unibadictmas.gov.co); Carlos Arturo Ordóñez Castro [caordonez@unibadictmas.gov.co](mailto:caordonez@unibadictmas.gov.co); Víctor Hugo Velásquez [vvelasquez@unibadictmas.gov.co](mailto:vvelasquez@unibadictmas.gov.co); José de Jesús Gutiérrez Villalba [jvgutierrez@unibadictmas.gov.co](mailto:jvgutierrez@unibadictmas.gov.co)  
 Subject: Reiteración Solicitud Envío de Reporte Registrado en SIGGESTION 2.0 Actividades PAAC - Tercer Cuatrimestre de 2021

Buen día Dra. Katerín,

Debido a la falta de respuesta a las solicitudes realizadas al funcionario de la OAF, Omar Germil Márquez, a través de los correos electrónicos del 15 de diciembre de 2021 y 04 de enero de 2022, de manera oportuna me dirijo a usted en su calidad de jefe de la oficina cesora de planeación, con el fin de reiterar nuevamente dicho requerimiento. Con respecto al envío de los reportes registrados en el aplicativo SIGGESTION 2.0 por cada dependencia responsable del cumplimiento de las actividades del plan anticoncepción y de atención al ciudadano PAAC con corte a 31 de diciembre de 2021.

Dicha solicitud se efectúa con el propósito de realizar seguimiento a plan anticoncepción y de atención al ciudadano PAAC correspondiente al tercer cuatrimestre de 2021. Cabe resaltar que, por ser este un Informe de Ley, existen unos tiempos establecidos para su elaboración y publicación, por lo cual es relevante el envío oportuno de la información para que la oficina de control interno realice la verificación, análisis y evaluación con los datos reales que permitan determinar el cumplimiento alcanzado por la Unidad en la vigencia 2021 del PAAC.

Por lo anteriormente descrito, la oficina de control interno reitera nuevamente la solicitud referente al envío oportuno de la información a más tardar hoy viernes 07 de enero de 2022 a las 5:00 p.m., a los correos electrónicos: [castroromero@unibadictmas.gov.co](mailto:castroromero@unibadictmas.gov.co); [jvgutierrez@unibadictmas.gov.co](mailto:jvgutierrez@unibadictmas.gov.co) y [vvelasquez@unibadictmas.gov.co](mailto:vvelasquez@unibadictmas.gov.co)

Si vencido este nuevo plazo, no se allega la información solicitada, esta oficina reportará dicho acontecimiento en el Informe, por ende, las actividades se determinarán como incumplidas en el seguimiento del cumplimiento al plan anticoncepción y de atención al ciudadano PAAC de la Unidad para las Víctimas vigencia 2021 y se dará cumplimiento a la Circular 30014 de 10 de agosto de 2015 emitida por la Dirección General anexo en este correo, que nos faculta a emitir el caso a la Oficina de Control Disciplinario por el incumplimiento de los términos procedimentales y entrega oportuna de la información completa, oportuna y ordenada.

Agradecemos su atención y gestión en el envío de la información.

Cordialmente,

**José David Murcia Rodríguez**  
 Oficina de Control Interno  
 Tel: (1) 7865130 Ext 2033  
 Carrera 830 No. 454-03 Piso 4  
 Complejo Logístico San Cayetano, Bogotá D.C.  
[www.unibadictmas.gov.co](http://www.unibadictmas.gov.co)



La Oficina de Control Interno envía la anterior información y solicitud de la misma en el marco de lo dispuesto por la Ley 527 del 28 de agosto de 1995 en su artículo 3º "Reservación jurídica de los mensajes de datos. No se requieren efectos jurídicos, válidos o fuerza obligatoria a todo tipo de información por la sola razón de que está en forma de mensaje de datos, y artículo 7º "Ejemplos. Cuando cualquier mensaje que se genere en un sistema de procesamiento de datos, en relación con un mensaje de datos, se entienda sometido dicho requerimiento en el que se ha utilizado un método que permita identificar el origen de un mensaje de datos y para indicar que el contenido cuenta con su aprobación. Si) Que el método sea tanto confiable como apropiado para el propósito por el cual el mensaje fue generado y almacenado. Los dispositivos en este artículo se aplican tanto al el mensaje establecido en cualquier forma susceptible una obligación, como a los mensajes completamente o en parte generados en el caso de que no exista una firma"  
 Cuando este correo requiere respuesta, haga clic sobre este.

Por favor solo responda este correo de ser necesario.

**Re: Reiteración Solicitud Envío de Reporte Registrado en SIGGESTION 2.0 Actividades PAAC - Tercer Cuatrimestre de 2021**

**Katerín Andrea Fuquén Ayure**  
 Va 10/10/2022 12:51 PM

Para: José David Murcia Rodríguez  
 CC: Omar Germil Márquez Carlos Arturo Ordóñez Castro Víctor Hugo Velásquez José de Jesús Gutiérrez Villalba Luisa Fernanda Retrepo

Estimado José David el reporte de las actividades del Plan de Anticoncepción y de atención al ciudadano se ha respondido por cada cuatrimestre, en los tiempos definidos por la OAF, y conforme a la matriz indicada y con los aportes correspondientes en la carpeta compartida, entendiendo que esto mismo ha ocurrido con los demás dependencias que tienen actividades relacionadas con el plan.

De otra parte algunas de estas actividades están también reportadas en el plan de acción 2021 cargado en siggestion 2.0 que aún se encuentra habilitado para el registro del avance con corte a 31 de diciembre.

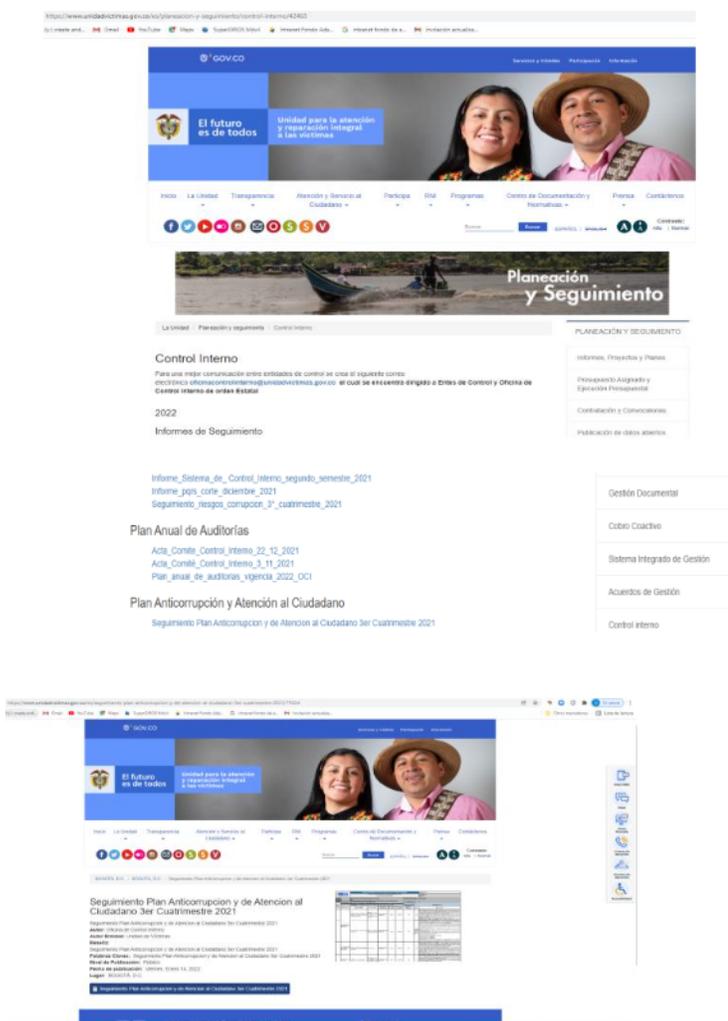
Por lo anterior consideramos que con los reportes ya realizados en cada trimestre ya se cuenta con el seguimiento a las actividades del plan anticoncepción que también están en el plan de acción.

Sin embargo remitimos con corte a hoy el reporte que ya tenemos en seguimiento de estas actividades.

Get Outlook for iOS

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

- ❖ **Revisión y Análisis de la Información:** El equipo de trabajo de la Oficina de Control Interno OCI realiza la verificación y análisis de la información enviada por las dependencias responsables del cumplimiento de las actividades programadas en el PAAC 2021, en el periodo comprendido del 01 de septiembre de 2021 al 31 de diciembre de 2021, la cual se confronta con las evidencias presentadas.
- ❖ **Elaboración y publicación de seguimiento:** En cumplimiento con lo establecido en el Decreto 124 del 26 de enero de 2016 y el documento “Estrategia para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2015 Versión 2”, la Oficina de Control Interno elabora y publica en la página web institucional con fecha 14 de enero de 2022 el seguimiento realizado al plan anticorrupción y de atención al ciudadano PAAC 2021, correspondiente al tercer cuatrimestre de 2021. Como evidencia, se anexa pantallazo de la publicación:



 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

A continuación, se relacionan los seis (6) componentes que conforman el plan anticorrupción y de atención al ciudadano PAAC 2021, sobre los cuales la Oficina de Control Interno efectúa el seguimiento: 1. Gestión de riesgos de corrupción – Mapa de riesgos de corrupción; 2. Racionalización de trámites, 3. Rendición de cuentas, 4. Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano; 5. Mecanismos para la transparencia y acceso a la Información y 6. Iniciativas adicionales.

### **OBSERVACIONES:**

De acuerdo con lo establecido en la normatividad legal vigente y el documento “Estrategia para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2015” Versión 2 de la Presidencia de la República, la Oficina de Control Interno presenta las siguientes observaciones:

En el presente informe, la Oficina de Control Interno al igual que en el seguimiento correspondiente al segundo cuatrimestre de 2021, ratifica las quince (15) observaciones que fueron presentadas en el informe de seguimiento al plan anticorrupción y de atención al ciudadano PAAC 2021 del primer cuatrimestre de 2021, toda vez que a 31 de diciembre de 2021 tanto el plan de acción V2 como el plan anticorrupción y de atención al ciudadano 2021 con fechas de publicación 15 de marzo de 2021 y 29 de enero de 2021 respectivamente, no registran actualización en la página web institucional. Sumado a lo anterior, la oficina asesora de planeación no envió el reporte de la información registrada en SIGGESTION 2.0, que permita verificar si se presentó o no variación en las actividades e indicadores de las 13 dependencias responsables del cumplimiento del PAAC 2021.

## **B. CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES.**

### **CONCLUSIONES:**

En cumplimiento al cronograma anexo al plan anual de auditorías 2021 y de conformidad con lo establecido tanto en el Decreto 124 del 26 de enero de 2016 como en el documento “Estrategia para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2015 Versión 2” de la Presidencia de la República, la Oficina de Control Interno realiza el seguimiento al cumplimiento de las actividades programadas en los componentes establecidos en el plan anticorrupción y de atención al ciudadano PAAC 2021, con corte a 31 de diciembre de 2021.

En el citado plan, se encuentran suscritos seis (6) componentes, veintitrés (23) subcomponentes y ochenta y siete (87) actividades, incluyendo 2 de racionalización de trámites, así:

**1. Gestión de riesgos de corrupción – Mapa de riesgos de corrupción.**

1.1. Cinco (5) subcomponentes.

1.2. Seis (6) actividades.

**2. Racionalización de trámites.**

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

2.1. Un (1) subcomponente.

2.2. Dos (2) actividades.

**3. Rendición de cuentas.**

3.1. Cuatro (4) subcomponentes.

3.2. Diez (10) actividades.

**4. Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.**

4.1. Cinco (5) subcomponentes.

4.2. Quince (15) actividades.

**5. Mecanismos para la transparencia y acceso a la Información.**

5.1. Cinco (5) subcomponentes.

5.2. Cuarenta y cuatro (44) actividades.

**6. Iniciativas adicionales**

6.1. Tres (3) subcomponentes.

6.2. Diez (10) actividades.

Por consiguiente, para el tercer cuatrimestre de 2021 la Oficina de Control Interno efectúa la verificación al cumplimiento de las ochenta y siete (87) actividades programadas en el PAAC 2021, de acuerdo con la información remitida por cada una de las dependencias responsables de su ejecución y las evidencias enviadas, donde se concluye que a 31 de diciembre de 2021:

1. Treinta y ocho (38) actividades presentan ejecución con nivel satisfactorio, equivalente al 44%.
2. Cuatro (4) actividades registran ejecución con nivel aceptable, equivalente al 5%.
3. Tres (3) actividades muestran ejecución con nivel insatisfactorio, equivalente al 3%.
4. Cuarenta y dos (42) actividades no se encuentran registradas en el plan de acción 2021, equivalente al 48%.

#### **1. Nivel satisfactorio**

De las treinta y ocho (38) actividades que alcanzan cumplimiento con nivel satisfactorio:

- ❖ Treinta y siete (37) se ejecutaron al 100%, equivalente al 43% del total de actividades programadas para la vigencia 2021.
- ❖ Una (1) se ejecutó al 90% de avance, equivalente al 1%.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

## 2. Nivel aceptable

De las cuatro (4) actividades que obtienen cumplimiento con nivel aceptable:

- ❖ Una (1) presenta ejecución del 83%, equivalente al 1%.
- ❖ Dos (2) muestran ejecución del 80%, equivalente al 2%.
- ❖ Una (1) registra un ejecución del 60%, equivalente al 1%.

## 3. Nivel insatisfactorio

De las tres (3) actividades que registran cumplimiento de nivel insatisfactorio:

- ❖ Una (1) presenta ejecución del 50%, equivalente al 1%.
- ❖ Dos (2) no registran cumplimiento (0%) en la vigencia 2021, equivalente al 2%.
- 4. Cuarenta y dos (42) actividades no aplican porcentaje de ejecución, equivalente al 48%, toda vez que no se encuentra el número del indicador y la actividad en el plan de acción V2, de acuerdo con la que se registró en el PAAC 2021 publicado en la página web institucional.

Como evidencia de lo descrito, se anexa la información del consolidado del seguimiento al PAAC a 31 de diciembre de 2021, representada en la matriz denominada “Plan anticorrupción y de atención al ciudadano PAAC 2021”:

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano PAAC 2021									
Nivel y Porcentaje (%) de Cumplimiento Vigencia 2021			Componentes						
			Componente 1	Componente 2	Componente 3	Componente 4	Componente 5	Componente 6	Total
1	Satisfactorio	Entre 90% y 100%	3	0	8	3	18	6	38
2	Aceptable	Entre 60 y 89%	0	1	0	1	1	1	4
3	Insatisfactorio	Menor de 60%	1	0	0	1	1	0	3
4	No Aplica	Esta actividad no se encuentra registrada en el plan de acción 2021V2	2	1	2	10	24	3	42
<b>Total Actividades PAAC Vigencia 2021</b>			<b>6</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>44</b>	<b>10</b>	<b>87</b>

## RECOMENDACIONES:

1. Realizar los correctivos necesarios en la planeación y programación de las metas a establecer en el PAAC vigencia 2022, con el propósito de evitar la reiteración de cumplimiento con nivel de ejecución insatisfactorio que presentaron tres (3) actividades en la vigencia 2021.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

2. Efectuar un análisis detallado en la elaboración de la programación de las fechas de inicio en cada una las actividades del PAAC 2022 antes de su aprobación y publicación, con el objetivo de minimizar el número de cambios y reprogramaciones.

3. Analizar la viabilidad de inscribir en el plan anticorrupción y de atención al ciudadano PAAC 2022, el número (código) de todas las actividades aprobadas, con el fin de facilitar el trabajo de seguimiento y evaluación que realiza la Oficina de Control Interno, en lo referente a la identificación y ubicación de cada una de estas en el aplicativo SISGESTION 2.0.

4. Efectuar la verificación, análisis y ajuste de las actividades registradas en el plan anticorrupción y de atención al ciudadano PAAC 2021 que no se encuentran incluidas en el aplicativo SISGESTION 2.0, con el fin de evitar que dicha situación vuelva a presentarse en la elaboración del plan anticorrupción de atención al ciudadano de la vigencia 2022.

5 Realizar un análisis de cada una de las actividades a registrar en el plan anticorrupción y de atención al ciudadano PAAC 2022 antes de su aprobación, con el propósito de evitar la duplicidad de actividades en diferentes componentes con la misma meta o producto y finalidad.

6. Efectuar la verificación y análisis de las cuarenta y dos (42) actividades suscritas en el plan anticorrupción y de atención al ciudadano PAAC 2021, a las cuales no se les aplicó porcentajes de avance y cumplimiento durante vigencia 2021, toda vez que no se encuentran incluidas tanto en el plan de acción V2 como en el aplicativo SISGESTION 2.0. Dicha recomendación se realiza con el objetivo de impedir que esta situación se repita en la elaboración del PAAC 2022.

7. Tener en cuenta las observaciones y recomendaciones expuestas por la Oficina de Control Interno en este informe, con la finalidad de que realicen los ajustes apropiados que permitan optimizar el nivel de avance y cumplimiento de las actividades a inscribir en el PAAC vigencia 2022.

8. Concienciar a las dependencias responsables del avance y ejecución de las actividades del plan anticorrupción y de atención PAAC, lo referente a la importancia en el cumplimiento al punto 10 del capítulo III del documento “Estrategia para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2015 Versión 2” de la Presidencia de la República y el DAFP.

**APROBÓ** \_\_\_\_\_  
**JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO**

**ANEXOS**

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020
		Páginas

### Anexo 1 Control de cambios

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

### segriesgosdecorrup1ercuatrimestre2021

Autoguardado John Dairo Bermeo Cuellar JD

segriesgosdecorrup1ercuatrimestre2021.xlsx Buscar (Alt+Q)

Archivo Inicio Insertar Dibujar Disposición de página Fórmulas Datos Revisar Vista Programador Ayuda Power Pivot Comentarios Compartir

M17 1

	C	D	E	F	G	ZONA DE RIESGO INHERENTE				ZONA DE RIESGO RESIDUAL			OBSERVACIONES OCI	
						Extrema	Alta	Moderada	Baja	Alta	Moderada	Baja		
<b>Seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción Primer Cuatrimestre de 2021</b>														
	<b>PROCESO</b>	<b>RIESGOS</b>	<b>CAUSAS</b>	<b>CONTROLES</b>	<b>ACCIONES</b>									
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7	COMUNICACIÓN ESTRATEGICA	2	6	6	1		2				1	1		El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles, pero no presenta evidencia del mes de febrero del plan de respuesta " Campaña de comunicaciones a nivel interno para que recuerden la importancia que conlleva el acceso y manejo de alguna obra, bien o producto generado por una víctima..." pero el diseño de sus controles 1, 3 al 6 son débiles, porque para la adecuada mitigación de los riesgos no basta con la formulación de controles, estos deben estar bien diseñado de acuerdo a los lineamientos de la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas V4 del DAEP"
8	CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	2	6	6	2		2				2			El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y planes de
9	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	1	4	4	2		1			1				El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y el planes de
10	EVALUACION INDEPENDIENTE	1	2	2								1		El proceso presentan evidencia de la aplicación del controles.
11	GESTION ADMINISTRATIVA	1	3	3				1				1		El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles.
12	GESTION CONTRACTUAL	4	12	12			4					4		El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles.
13	GESTION DE LA INFORMACION	2	9	9	3	1	1			2				El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y planes de
14	GESTION DOCUMENTAL	1	4	4	1	1				1				El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y planes de
15	GESTION FINANCIERA	1	3	5			1					1		No presenta evidencias
16	GESTION INTERINSTITUCIONAL	1	1	1			1					1		El proceso presentan evidencia de la aplicación del control.
17	GESTION JURIDICA	1	2	2	1	1					1			El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y plan de respuesta.
18	GESTION PARA LA ASISTENCIA	1	5	5	1		1					1		El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y el plan de
19	PARTICIPACION Y VISIBILIZACION	2	5	5	1		1				1	1		El proceso presentan evidencia del control 1 Informe de supervision firmado por el supervisor, por cada evento de participación realizado de acuerdo a las características técnicas, logísticas y presupuestales expuestas en el requerimiento por parte de cada uno de los funcionarios responsables en las diferentes jornadas de participación." pero no presenta evidencia del control 2 "los requerimientos logísticos."
20	PREVENCIÓN DE HECHOS VIOLENTIZANTES	1	2	2	1	1					1			No presenta evidencias
21	REGISTRO Y VALORACION	2	7	7	2		2			1	1			El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y el planes de
22	REPARACION INTEGRAL	5	13	13	5	4	1			1	3	1		El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y el planes de
23	SERVICIO AL CIUDADANO	1	3	3	1		1				1			El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y el plan de respuesta, sin embargo su contro 2 y 3 es debil, por tanto, se recomienda complementar con respecto a ¿qué pasa con las observaciones o desviaciones? y su periodicidad, porque para la adecuada mitigación de los riesgos no basta con la formulación de controles, estos deben estar bien diseñado de acuerdo a los lineamientos de la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas V4 del DAEP"

**EVALUACIÓN RIESGOS INSTITUCIONAL 2021**

70%

21°C Chubascos 2:34 p. m. 19/03/2022

Seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción Primer Cuatrimestre de 2021												
PROCESO	RIESGOS	CAUSAS	ONTOLEACCIONES	ZONA DE RIESGO INHERENTE				ZONA DE RIESGO RESIDUAL			OBSERVACIONES OCI	
				Extrema	Alta	Moderada	Baja	Alta	Moderada	Baja		
COMUNICACIÓN ESTRATEGICA	2	6	6	1		2				1	1	El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles, pero el diseño de sus controles 1, 3 al 6 son débiles, porque para la adecuada mitigación de los riesgos no basta con la formulación de controles, estos deben estar bien diseñado de acuerdo a los lineamientos de la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas V4 del DAFP".
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	2	6	6	2		2				2		El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y planes de
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	1	4	4	2		1			1			El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y el planes de
EVALUACION INDEPENDIENTE	1	2	2								1	El proceso presentan evidencia de la aplicación del controles.
GESTION ADMINISTRATIVA	1	3	3				1				1	El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles.
GESTION CONTRACTUAL	4	12	12			4					4	No presenta evidencias
GESTION DE LA INFORMACION	2	9	9	3	1	1			2			El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y planes de
GESTION DOCUMENTAL	1	4	4	1	1				1			El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y planes de
GESTION FINANCIERA	1	3	5			1					1	El proceso presentan evidencia de la aplicación del control.
GESTION INTERINSTITUCIONAL	1	1	1			1					1	El proceso presentan evidencia de la aplicación del control.
GESTION JURIDICA	1	2	2	1	1					1		El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y plan de
GESTION PARA LA ASISTENCIA	1	5	5	1		1					1	El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y el plan de
PARTICIPACION Y VISIBILIZACION	2	5	5	1		1				1	1	No presenta evidencias
PREVENCIÓN DE PECOS	1	2	2	1	1						1	No presenta evidencias
REGISTRO Y VALORACION	2	7	7	2		2			1	1		El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y el planes de
REPARACION INTEGRAL	5	13	13	5	4	1			1	3	1	El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y el planes de
SERVICIO AL CIUDADANO	1	3	3	1		1				1		El proceso presenta evidencia de la aplicación de los controles y el plan de respuesta, sin embargo su control 2 y 3 es debil, por tanto, se recomienda complementar con respecto a ¿qué pasa con las observaciones o desviaciones? y su periodicidad, porque para la adecuada mitigación de los riesgos no basta con la formulación de controles, estos deben estar bien diseñado de acuerdo a los lineamientos de la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas V4 del DAFP"
TALENTO HUMANO	1	3	3			1					1	El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles.
<b>Total general</b>	<b>30</b>	<b>90</b>	<b>92</b>	<b>21</b>	<b>8</b>	<b>19</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	

O9

Seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción Segundo Cuatrimestre de 2020				
PROCESO	RIESGOS	CONTROLES	ACCIONES	OBSERVACIONES OCI
COMUNICACIÓN ESTRATEGICA	2	6	1	El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles, pero no presentó evidencia del plan de respuesta en el cual consiste en "Generar una campaña de comunicaciones a nivel interno para que todos los funcionarios y contratistas recuerden la importancia que conlleva el acceso y manejo de alguna obra, bien o producto generado por una víctima y así mismo socializar el formato de autorizaciones para que pueda ser utilizado por cualquier trabajador de la Unidad que lo requiera." Evidencia de 6 campañas para la denuncia.
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	2	6	2	El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y planes de respuesta.
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	1	4	2	El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y el planes de respuesta, sin embargo, se recomienda complementar el control 1 con respecto a ¿qué pasa con las observaciones o desviaciones? de acuerdo con la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas V4 del DAFF", por otro lado, la matriz de riesgos es publicado en julio de la presente vigencia y las la fecha de inicio y meta y duración de la acción manifiesta entregar 3 informes trimestrales y su fecha inicio es de 01/03/2020, con una duración de 3 (no cuenta con unidad de medida si es mensual o trimestral).
EVALUACION INDEPENDIENTE	1	3	0	El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y planes de respuesta.
GESTION ADMINISTRATIVA	1	3	0	El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles.
GESTION CONTRACTUAL	4	12	0	El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles.
GESTION DE LA INFORMACION	2	9	3	El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y planes de respuesta.
GESTION DOCUMENTAL	1	4	1	El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles, pero no presentó evidencia del plan de respuesta en el cual consiste en "Suscribir el "Acuerdo De Confidencialidad De Usuarios De Herramientas Tecnológicas O Información De La Unidad Para La Atención Y Reparación Integral A Las Víctimas", cada vez que se solicitan usuarios de las herramientas del proceso." Evidencia de Acuerdos de confidencialidad según el No. solicitudes de creación de usuarios.
GESTION FINANCIERA	1	4	1	El proceso presenta evidencia de los controles 1, 2 y 5 pero no presenta evidencia del control 3 que consiste en "Los supervisores de los contratos revisan y firman los recibos a satisfacción, como evidencia se generan los soportes de las cuenta de obra" y el control 4 que consiste "El Grupo Financiero mantiene base de datos de recepción de cuentas y

# seguimientoplananticorrupcionydeatencionalciudadano1ercuatrimestre2021

Autoguardado
John Dairo Bermeo Cuellar JD

Archivo Inicio Insertar Dibujar Disposición de página Fórmulas Datos Revisar Vista Programador Ayuda Power Pivot
Comentarios Compartir

K21
Información reportada por la OCI: En cumplimiento con lo establecido en la Ley 1474 de 2011, el Decreto 124 de 2016 y la "Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción 2015 de

<b>FORMATO SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>										Código: 150,15-14		
ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL										Versión: 05		
PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE										Fecha: 27/04/2021		
										Página: 01		
<b>ENTIDAD:</b>					UNIDAD PARA LA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS					<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>		MAYO 14 DE 2021
<b>VIGENCIA:</b>					2021							
<b>OBJETIVO:</b>					REALIZAR SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO - PRIMER CUATRIMESTRE 2021							
<b>FECHA DE SEGUIMIENTO:</b>					DEL 01 DE ENERO DE 2021 AL 30 DE ABRIL DE 2021					<b>Nº. SEGUIMIENTO OCI:</b>		1
<b>INFORMACIÓN PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO APROBADA Y PUBLICADA POR LA OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN</b>												
Código Indicador Actividad	<b>COMPONENTE 1: Gestión de Riesgo de Corrupción - Mapa de riesgos de Corrupción</b>						<b>MONITOREO OAP</b>		<b>SEGUIMIENTO OCI</b>			
	<b>Objetivo:</b> Instrumento que permite a la entidad identificar, analizar y controlar los parámetros generadores de corrupción, tanto internar como externar.											
	Subcomponente	Actividad PAAC	Meta o Producto	Responsable de canalizar la ejecución de la actividad	MES Y AÑO EN EL QUE SE INICIÓ LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD	MES EN EL QUE SE CUMPLE EL PLAZO LÍMITE PARA LLAMAR A CABO LA ACTIVIDAD	Actividad Cumplida % de Avance	% Avance	Observaciones			
1. Política de Administración de Riesgos.		Revisar, ajustar y actualizar la Metadalega de Administración de Riesgo Institucional, incluyendo la política de administración de riesgo.	Metadalega de Administración de Riesgo Institucional, incluyendo la política de administración de riesgo actualizada	OFICINA ASESORA DE PLANEACION	FEBRERO	DICIEMBRE	70%	70%	<p><b>Información reportada por la OAP:</b> Atendida al rol de la línea de defensa en la administración de riesgo, en este primer trimestre 2021, la OAP viene adelantando la actualización de nuestra Política y Metadalega de Riesgo de la Unidad, tomando de referencia los lineamientos de la Resolución 1395 de 2020 de la Unidad y la contemplada en el artículo 5° de la modificación y ajuste que resultó en la actualización de la Metadalega de Gestión del Riesgo, así como también teniendo en cuenta los lineamientos del DAFP y del Sistema Integrado de Gestión de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas y lineamientos de la Guía de Administración de Riesgo emitida por el DAFP en su versión 5.</p> <p>En el momento se cuenta con un borrador de la nueva Política y Metadalega de riesgo, el cual fue puesto a revisión por parte de la Dirección General, el cual dio lugar a una observación al respecto y se ajustó el documento de acuerdo a ella, para una segunda revisión y mesa de trabajo conjunta. Particularmente se realizaron mesas de trabajo con las entidades que involucra la metadalega Sistema Ambiental, SST, Seguridad, Información y Emergencia - Seguridad Pública para realizar y validar la metadalega frente a su requerimiento. Por último se sometió a la aprobación en la instancia de Comité respectivo para su posterior socialización y gestión.</p> <p>La entidad continúa su riesgo bajo la Política y Metadalega de Riesgo vigente versión 5, hasta no tener aprobación de la nueva metadalega por parte del Comité.</p> <p><b>Evidencias presentadas por la OAP:</b> Borrador archivo user "Metadalega de administración de riesgo", correo electrónico del 20-04-2021, enviada por la OAP a la Dirección General, dando adjuntos documentos en archivo user "Metadalega política de riesgo" y powerpoint "Presentación nueva metadalega", correo electrónico del 21-04-2021, enviada por la Dirección General a la OAP, en el cual remiten recomendaciones y observaciones al documento de Política y Metadalega de Riesgo, 1 archivo powerpoint presentación a Comité de Gestión y Dirección Institucional del estado de avance de la Política y Metadalega de riesgo, plan de trabajo a seguir y gestión de riesgo primer trimestre 2021 y 1 archivo Excel plan detallada actualización Política, Metadalega e identificación de nuevo mapa de riesgo 2021.</p> <p><b>Observación OCI:</b> Cabe anotar que el porcentaje de avance del 70% requerida por la OCI correspondiente a la gestión de la OAP en el primer cuatrimestre de 2021. Asimismo, se aclara que el cumplimiento en la ejecución del 100% del indicador se determina en el seguimiento del segundo cuatrimestre de 2021 cuando se cumpla la meta de la</p>			
		Realizar Análisis de contexto estratégico de la Unidad.	Análisis de contexto realizado de las áreas y Direcciones Territoriales	OFICINA ASESORA DE PLANEACION	MARZO	DICIEMBRE	20%	20%				

C1. Gestión Riesgo Corrupción
C2. Racionalización de Tramites
C3. Rendición de Cuentas
C4. ...

Listo
95%

Escribe aquí para buscar
21°C Chubascos 2:37 p.m. 19/03/2022

D10 REALIZAR SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO - SEGUNDO CUATRIMESTRE 2021

<b>FORMATO SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>				Código: 150,15-14	
ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL				Versión: 05	
PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE				Fecha: 27/04/2021	
				Página: 01	
<b>ENTIDAD:</b>	UNIDAD PARA LA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS			<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	SEPTIEMBRE 14 DE 2021
<b>VIGENCIA:</b>	2021				
<b>OBJETIVO:</b>	REALIZAR SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO - SEGUNDO CUATRIMESTRE 2021				
<b>FECHA DE SEGUIMIENTO:</b>	DEL 01 DE MAYO DE 2021 AL 31 DE AGOSTO DE 2021		<b>Me. SEGUIMIENTO OCI:</b>	2	

Código de Actividad	INFORMACIÓN PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO APROBADA Y PUBLICADA POR LA OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN						MONITOREO OAP	SEGUIMIENTO OCI
	Subcomponente	Actividad PAAC	Metas o Productos	Responsable de garantizar la evidencia de su ejecución	Mes a partir del cual se inició la ejecución de la	Mes en el que se cumple el plazo límite para llevar a cabo la		
								<b>Objetivo:</b> Instrumenta que le permite a la entidad identificar, analizar y controlar los posibles hechos generados de corrupción, tanto internar como externar. <b>Actividad Cumplida X de Avance:</b> Información reportada en SIGESTION por la Dependencia.
15		Revisar, ajustar y actualizar la Metodología de Administración de Riesgos Institucionales incluyendo la política de administración de riesgos.	Metodología de Administración de riesgos institucionales, incluyendo la política de administración de riesgos actualizada	OFICINA ASESORA DE PLANEACION	FEBRERO	DICIEMBRE	100%	<b>Observaciones:</b> Información reportada por la OAP: Atendida el rol de segunda línea de defensa en la administración de riesgo, en este segundo cuatrimestre 2021, la OAP adelantó la actualización de nuestra Política y Metodología de riesgo de la Unidad en su versión 9, teniendo de referencia el lineamiento de la Resolución 1595 de 2020 de la Unidad en su artículo 5 "Las modificaciones y ajustes que resulten necesarios a la Metodología de Gestión del Riesgo, serán realizados teniendo en cuenta el lineamiento del Departamento Administrativo de la Función Pública y del Sistema Integrado de Gestión de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas" de acuerdo a las nuevas lineamientos de la Guía de Administración de Riesgo emitida por el DAFP en su versión 5 de Diciembre 2020. La nueva Política y Metodología de Riesgo, fue puesta a revisión por parte de la Dirección General y a su vez involucra la Metodología Sistema Ambiental, SST, Seguridad Informática y Emergencias. Seguridad Pública en marzo de trabajo con el fin de validar la información ajustada de la política y metodología frente a sus nuevos requerimientos. Finalmente, se sometió la Política y Metodología de Riesgo versión 9 para la aprobación en la instancia de Comité de Gestión de Dependencia Institucional el 26 de Julio de 2021, en la cual se dió su aval. <b>NOTA:</b> La Política y Metodología de Riesgo versión 9 aprobada se incluyó en la documentación del Sistema de Gestión Institucional en enero de Septiembre 2021 por motivo que la realización de esta documentación terminó hasta el mes de agosto 2021, con el fin de evitar confusiones en su consulta. <b>Evidencias presentadas por la OAP:</b> Copia acta No. 5 del 26 de julio de 2021. Objetivo: Desarrollar el tercer Comité Institucional de Gestión y Desempeño que en el punto No. 3 hace referencia a la metodología de riesgo (Política de riesgo, identificación de riesgo, valoración de riesgo, informe de gestión, materialización de riesgo y plan de trabajo para la implementación de la nueva metodología), documento metodología de administración de riesgo con abreviación, anexo 1 "Guía para la identificación de los riesgos y valoración de los riesgos en seguridad y salud ocupacional", anexo 2 "Guía gestión de riesgo ambiental" y borrador documento Política y Metodología de Administración de Riesgo. <b>Observación OCI:</b> Cabe anotar que el porcentaje de avance del 100% requerida por la OCI correspondiente a la gestión de la OAP en el segundo cuatrimestre de 2021. Asimismo, se aclara que el cumplimiento en la ejecución del 100% del indicador se determina en el seguimiento del tercer cuatrimestre de 2021 cuando se cumpla la meta de la Metodología de Administración de Riesgo. <b>Información reportada por la OAP:</b> Se efectuó marzo de trabajo para validación de los ajustes realizados a la Guía para la realización del Análisis de Contexto Institucional con la finalidad de dar trámite de gestión, acorde al nuevo enfoque de la guía de administración de riesgo y hallazgos de auditoría. Se actualizó Guía para la realización del Análisis de Contexto Institucional en su versión 3 del 07/07/2021, con sus respectivos instrumentos en excel para el análisis de contexto institucional para Dependencias y Direcciones Territoriales, esta documentación se encuentra publicada en la página web de la Entidad. <a href="http://www.unidadvictimar.gov.co/act/NODE/41809">http://www.unidadvictimar.gov.co/act/NODE/41809</a> <a href="http://www.unidadvictimar.gov.co/act/NODE/41811">http://www.unidadvictimar.gov.co/act/NODE/41811</a> <a href="http://www.unidadvictimar.gov.co/act/NODE/50326">http://www.unidadvictimar.gov.co/act/NODE/50326</a> . Se realizó con las Procuradurías Territoriales las nuevas ajustes a la Guía para la realización del Análisis de Contexto Institucional y sus instrumentos, dando a conocer el nuevo enfoque de validación del objetivo del proceso a la metodología SMART, alineación del objetivo del proceso con la plataforma institucional, objetivo de dar trámite de
16	1. Política de Administración de Riesgos.							

C1. Gestión Riesgo Corrupción C2. Racionalización de Tramites C3. Rendición de Cuentas C4. ...

K17 Información reportada por la OAP: Actualmente la Unidad cuenta con la guía para la realización del análisis de contexto institucional en su versión 3 del 07/07/2021, con sus

FORMATO SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO		Código: 150,19,15-14
ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL		Versión: 05
PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Fecha: 27/04/2021
		Página: 01
UNIDAD PARA LA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS	FECHA DE PUBLICACIÓN:	ENERO 14 DE 2022
2021		
REALIZAR SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO - TERCER CUATRIMESTRE 2021		
SEGUIMIENTO:	DEL 01 DE SEPTIEMBRE DE 2021 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2021	No. SEGUIMIENTO OCI: 3

**INFORMACIÓN PLAN ANTICORUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO APROBADA Y PUBLICADA POR LA OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN**

Subcomponente	Actividad PAAC	Meta o Producto	Responsable de canalizar la evidencia de su ejecución	Mes a partir de la cual se iniciará la ejecución de la actividad	Mes en el que se cumple el plazo límite para llevar a cabo la	Actividades Cumplidas % de Avance	% Avance	Observaciones
1. Política de Administración de Riesgos.	Revisar, ajustar y actualizar la Metodología de Administración de Riesgos Institucionales, incluyendo la política de administración de riesgos.	Metodología de Administración de riesgos institucionales, incluyendo la política de administración de riesgos actualizada	OFICINA ASESORA DE PLANEACION	FEBRERO	DICIEMBRE	100%	100%	<p><b>Información reportada por la OAP:</b> Atendida al rol de requerido línea de defensa en la administración de riesgos, para el tercer cuatrimestre 2021, la OAP cuenta con la actualización de nuestra política y metodología de riesgos de la Unidad en su versión 9, tomando de referencia los lineamientos del departamento administrativo de la función pública DAFFP y del sistema integrado de gestión de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, de acuerdo al nuevo lineamiento de la guía de administración de riesgos emitida por el DAFFP en su versión 5 de diciembre 2020.</p> <p>La nueva política y metodología de riesgos, fue puesta a revisión por parte de la dirección general y actores que involucran la metodología de riesgos ambiental, SST, seguridad informática y emergencias - seguridad pública en marzo de trabajo con el fin de validar la información ajustada de la política y metodología frente a los nuevos requerimientos.</p> <p>Finalmente, se sometió la política y metodología de riesgos versión 9 para la aprobación en la instancia de comité de gestión de desempeño institucional el 26 de julio de 2021, en la cual se dió su aval.</p> <p><b>Evidencias presentadas por la OAP:</b> Documento "Metodología de administración de riesgos V9", código 100,01,20-1 versión 9 con fecha 16-09-2021, que en el capítulo II Gestión del riesgo (B. Conocimiento previo), que en el ítem 2.2. incluye la "Política de administración de riesgos; publicada en la página web institucional, con fecha 16 de septiembre de 2021.</p> <p><b>Enlace de la publicación en nuestra subpágina web:</b> <a href="https://www.unidadvictimar.gov.co/af/INFORMES">https://www.unidadvictimar.gov.co/af/INFORMES</a></p>
	Realizar Análisis de contexto estratégico de la Unidad.	Análisis de contexto realizado de los procesos y Direcciones Territoriales	OFICINA ASESORA DE PLANEACION	MARZO	DICIEMBRE	100%	100%	<p><b>Información reportada por la OAP:</b> Actualmente la Unidad cuenta con la guía para la realización del análisis de contexto institucional en su versión 3 del 07/07/2021, con su respectivo instrumento en excel para el análisis de contexto institucional para dependencias y direcciones territoriales, esta documentación se encuentra publicada en la página web de la entidad: <a href="https://www.unidadvictimar.gov.co/af/INFORMES">https://www.unidadvictimar.gov.co/af/INFORMES</a> y <a href="https://www.unidadvictimar.gov.co/af/INFORMES">https://www.unidadvictimar.gov.co/af/INFORMES</a></p> <p>Esta actividad no se encuentra registrada en el plan de acción de la Oficina Asesora de Planeación 2021 V2.</p> <p>Se realizó con las procuradurías territoriales las nuevas ajustes a la guía para la realización del análisis de contexto institucional y su instrumento, dando a conocer el nuevo enfoque de validación del objetivo del proceso bajo la metodología SMART, alineación del objetivo del proceso con la plataforma institucional, objetivos de las rutas de gestión y actividades clave, enfoque análisis DOFA para cada una de las rutas de gestión (calidad, seguridad y salud en el trabajo, ambiental, seguridad de la información y documental), creación de estrategia al DOFA para cada sistema. En esta misma ocasión se efectuó ejercicio práctico para afinar los ajustes definidos.</p> <p>Se acompañó en la orientación a las procuradurías y DT's en el análisis del contexto institucional para la vigencia 2021; las procuradurías territoriales adelantaron el respectivo análisis para la vigencia 2021, en el cual la OAP efectuó un acompañamiento revisión y pertinencia, se han levantado actas de aprobación conjunta con el líder y enlace SIG.</p> <p><b>Evidencias presentadas por la OAP:</b> Documento "Informe contexto estratégico oficina asesora de planeación - Baqueté D.C septiembre de 2021 (360 páginas)", publicada en la página web institucional con fecha septiembre 30 de 2021, guía para la construcción contexto versión 3 del 07-07-2021, código 100,01,04-1 instrumento contexto estratégico procuraduría V3 o instrumento contexto estratégico dirección territorial V2, publicada en la página web institucional con fecha julio 12 de 2021.</p>

K17 Información reportada por la OAP: Actualmente la Unidad cuenta con la guía para la realización del análisis de contexto institucional en su versión 3 del 07/07/2021, con sus

	C	D	E	F	G	H	I	J	K
19	<b>3. Divulgación y consulta</b>	Sensibilizar a los funcionarios y contratistas en riesgos de corrupción	(6) Espacios de sensibilización en riesgos de corrupción dirigidos a los funcionarios y contratistas de la unidad realizados	OFICINA ASESORA DE PLANEACION	MARZO	DICIEMBRE	100%	0%	<p><b>Información reportada por la OAP:</b> La OAP coordinó reuniones con el departamento administrativo de la función pública DAFP, para la racialización a procura y dependencias del cambio de la nueva guía de administración de riesgos y documento de política y metodología de la Unidad, fueron reuniones teóricas - prácticas dando además como ejercicio piloto la riesgo institucional asociado al proceso de racialización integral, allí se incluye la tipología de riesgo de corrupción.</p> <p><b>Evidencias presentadas por la OAP:</b> Archivo word dando se registra el nombre y la URL de raíz (6) reuniones de racialización nueva metodología de riesgo, así: primera reunión con fecha junio 10 de 2021, segunda reunión junio 18 de 2021, tercera reunión julio 6 de 2021, cuarta reunión julio 21 de 2021, quinta reunión agosto 6 de 2021 y sexta reunión septiembre 01 de 2021.</p> <p><b>Observación OCI:</b> En el contenido de la evidencia enviada por la oficina asesora de planeación, no se relaciona el link de la URL de raíz de la reunión de racialización realizada con el DAFP, asimismo, el enlace (URL) se requiere en el archivo word no permite abrir para la visualizar la información que se encuentra en arte. Por consiguiente, para la oficina de control interno esta actividad no registra cumplimiento (0%) para la vigencia de 2021.</p> <p>Adicional a la anterior, se presenta diferenciar en el meta establecido en el plan de acción 2021 V2 respecto con la meta a producto del PABC 2021, indícame que en el plan de acción V2 la meta es de diez (10) entretanto que en el PABC 2021 es de seis (6).</p>
20	<b>4. Monitoreo y Revisión</b>	Realizar monitoreo a la materialización de los riesgos	Monitoreo a la materialización de los riesgos por proceso realizado	TODOS LOS PROCESOS	ENERO	OCTUBRE	100%	100%	<p><b>Información reportada por la OAP:</b> Se efectuó el tercer monitoreo a la materialización de riesgo asociado al mapa de riesgo institucional 2021 versión 1.</p> <p><b>Evidencias presentadas por la OAP:</b> Una (1) carpeta que contiene treinta y seis (36) archivos en Excel "Formato de monitoreo a la materialización de los riesgos" dando se registra el reporte de materialización de riesgo a dependencias y direcciones territoriales realizadas en el periodo comprendido de julio - septiembre de 2021.</p> <p><b>Observación OCI:</b> Al efectuar la verificación de la evidencia enviada por la OAP, se observa que durante la vigencia 2021 se realizaron actividades de monitoreo a la materialización de los riesgos. No obstante, al verificar las actividades de la oficina asesora de planeación inscritas tanto en el plan de acción 2021 V2 como en el aplicativo SIGESTION 2.0, se observa que esta no se encuentra asignada a la oficina en mención, razón por la cual la oficina de control interno OCI no tiene la información necesaria y veraz que permita alcanzar la meta establecida y determinar el porcentaje de cumplimiento de esta actividad en la vigencia 2021.</p>
21	<b>5. Seguimiento</b>	Realizar seguimiento al mapa de riesgos de corrupción y emitir informe.	(3) Informes de seguimiento	OFICINA DE CONTROL INTERNO	ENERO	DICIEMBRE	100%	100%	<p><b>Información reportada por la OCI:</b> En cumplimiento con la establecido en la Ley 1474 de 2011, el Decreto 124 de 2016 y la "Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción 2015 de la Presidencia de la República - DAFP", la Oficina de Control Interno realizó tres (3) requirimientos al mapa de riesgo de corrupción, correspondientes al primer (enero 01 de 2021 a 30 de abril de 2021), segunda (mayo 01 de 2021 a 31 de agosto de 2021) y tercer cuatrimestre de 2021 (septiembre 01 de 2021 a diciembre 31 de 2021). Dichos requirimientos se encuentran publicados en la página web de la Unidad con fechas 15 de mayo de 2021, 13 de septiembre de 2021 y 14 de enero de 2022, en la link:  <a href="http://www.unidadoitimar.gov.co/calendario-riesgo-de-corrup-1er-cuatrimestre-2021#1721">http://www.unidadoitimar.gov.co/calendario-riesgo-de-corrup-1er-cuatrimestre-2021#1721</a>  <a href="http://www.unidadoitimar.gov.co/calendario-riesgo-de-corrup-2do-cuatrimestre-2021#166098">http://www.unidadoitimar.gov.co/calendario-riesgo-de-corrup-2do-cuatrimestre-2021#166098</a>  <a href="http://www.unidadoitimar.gov.co/calendario-riesgo-de-corrup-3do-cuatrimestre-2021#171633">http://www.unidadoitimar.gov.co/calendario-riesgo-de-corrup-3do-cuatrimestre-2021#171633</a></p> <p><b>Evidencias presentadas por la OCI:</b> Pantallas de publicación de los requirimientos al mapa de riesgo de corrupción, correspondientes al primer, segunda y tercer cuatrimestre de 2021 con link dando se encuentran ubicados en la página web institucional a sus respectivas fechas de publicación del 15 de mayo de 2021, 13 de septiembre de 2021 y 14 de enero de 2022, así:  <a href="http://www.unidadoitimar.gov.co/calendario-riesgo-de-corrup-1er-cuatrimestre-2021#1721">http://www.unidadoitimar.gov.co/calendario-riesgo-de-corrup-1er-cuatrimestre-2021#1721</a>  <a href="http://www.unidadoitimar.gov.co/calendario-riesgo-de-corrup-2do-cuatrimestre-2021#166098">http://www.unidadoitimar.gov.co/calendario-riesgo-de-corrup-2do-cuatrimestre-2021#166098</a>  <a href="http://www.unidadoitimar.gov.co/calendario-riesgo-de-corrup-3do-cuatrimestre-2021#171633">http://www.unidadoitimar.gov.co/calendario-riesgo-de-corrup-3do-cuatrimestre-2021#171633</a></p> <p>Adicional a la anterior, la oficina de control interno a través de correo electrónico del 14-01-2022, envió a la dirección general de la Unidad para la OAP, el seguimiento al mapa de riesgos de corrupción 3er cuatrimestre 2021.</p>
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
32									

Fuente: Guías de Seguimiento a la Controlación del PAB de la República y de Atención al Ciudadano 2015 - Versión 2 Presidencia de la República.

**APROBÓ**  
**JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO**

Autoguardado seguimientoriesgoscorrupcion3deguatrimestre2021.xlsx  John Dairo Bermeo Cuellar JD

Archivo Inicio Insertar Dibujar Disposición de página Fórmulas Datos Revisar Vista Programador Ayuda Power Pivot

F8

A B C D E F G O P Q R S T U V W

1

2

3

4 **Seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción Primer Cuatrimestre de 2021**

5

6

PROCESO	RIESGOS	CAUSAS	CONTOLES	ACCIONES	OBSERVACIONES OCI
COMUNICACIÓN ESTRATEGICA	2	6	6	1	El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles, pero el diseño de sus controles 1, 3 al 6 son débiles, porque para la adecuada mitigación de los riesgos no basta con la formulación de controles, estos deben estar bien diseñado de acuerdo a los lineamientos de la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas V4 del DAFP".
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	2	6	6	2	El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y planes de respuesta.
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	1	4	4	2	El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y el planes de respuesta.
EVALUACION INDEPENDIENTE	1	2	2		El proceso presentan evidencia de la aplicación del controles.
GESTION ADMINISTRATIVA	1	3	3		El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles.
GESTION CONTRACTUAL	4	12	12		No presenta evidencias
GESTION DE LA INFORMACION	2	9	9	3	La OTI presenta evidencia de la aplicación de los controles y planes de respuesta. Pero
GESTION DOCUMENTAL	1	4	4	1	El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y planes de respuesta.
GESTION FINANCIERA	1	3	5		No presenta evidencias
GESTION INTERINSTITUCIONAL	1	1	1		El proceso presentan evidencia de la aplicación del control.
GESTION JURIDICA	1	2	2	1	El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y plan de respuesta.
GESTION PARA LA ASISTENCIA	1	5	5	1	El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y el plan de respuesta.
PARTICIPACION Y VISIBILIZACION	2	5	5	1	No presenta evidencias
PREVENCIÓN DE HECHOS VICTIMIZANTES	1	2	2	1	No presenta evidencias
REGISTRO Y VALORACION	2	7	7	2	El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y el planes de respuesta.
REPARACION INTEGRAL	5	13	13	5	El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y el planes de respuesta.

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

EVALUACIÓN RIESGOS INSTITUCIONAL 2021

Listo Escribe aquí para buscar 21°C Chubascos ESP 2:40 p. m. 19/03/2022

Autoguardado seguimientoriesgoscorrupcion3degcuatrimestre2021.xlsx  John Dairo Bermeo Cuellar

Archivo Inicio Insertar Dibujar Disposición de página Fórmulas Datos Revisar Vista Programador Ayuda Power Pivot

F8

A B C D E F G O P Q R S T U V W

1  
2  
3  
4  
5  
6  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27

Seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción Primer Cuatrimestre de 2021					
PROCESO	RIESGOS	CAUSAS	CONTROLES	ACCIONES	OBSERVACIONES OCI
GESTION INTERINSTITUCIONAL	1	1	1		El proceso presentan evidencia de la aplicación del control.
GESTION JURIDICA	1	2	2	1	El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y plan de respuesta.
GESTION PARA LA ASISTENCIA	1	5	5	1	El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y el plan de respuesta.
PARTICIPACION Y VISIBILIZACION	2	5	5	1	No presenta evidencias
PREVENCION DE HECHOS VICTIMIZANTES	1	2	2	1	No presenta evidencias
REGISTRO Y VALORACION	2	7	7	2	El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y el planes de respuesta.
REPARACION INTEGRAL	5	13	13	5	El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles y el planes de respuesta.
SERVICIO AL CIUDADANO	1	3	3	1	El proceso presenta evidencia de la aplicación de los controles y el plan de respuesta, sin embargo su control 2 y 3 es debil, por tanto, se recomienda complementar con respecto a ¿qué pasa con las observaciones o desviaciones? y su periodicidad, porque para la adecuada mitigación de los riesgos no basta con la formulación de controles, estos deben estar bien diseñado de acuerdo a los lineamientos de la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas V4 del DAFP".
TALENTO HUMANO	1	3	3		El proceso presentan evidencia de la aplicación de los controles.
<b>Total general</b>	<b>30</b>	<b>90</b>	<b>92</b>	<b>21</b>	

← → **EVALUACIÓN** **RIESGOS INSTITUCIONAL 2021**  100%

Listo Escribe aquí para buscar 21°C Chubascos ESP 2:40 p. m. 19/03/2022