

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día:	19	Mes:	4	Año:	2021
-------------------------------------	-------------	----	-------------	---	-------------	------

Número de Informe	1/2
Nombre del Seguimiento	Comportamiento de la percepción de la segunda línea de defensa, análisis de la tercera línea
Objetivo del Seguimiento	Conocer el comportamiento estadístico de la percepción segunda línea de defensa mediante el uso de la herramienta de autoevaluación
Alcance del Seguimiento	Se inicia con la recopilación de la información de las variables dentro del modelo de autoevaluación y concluye con el informe de comportamiento estadístico
Normatividad	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 segundo informe de la percepción de la segunda línea de defensa 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 tres de las variables que mide el modelo de autoevaluación que son esenciales en la línea de defensa y que corresponden a la variable medición, control y riesgos.

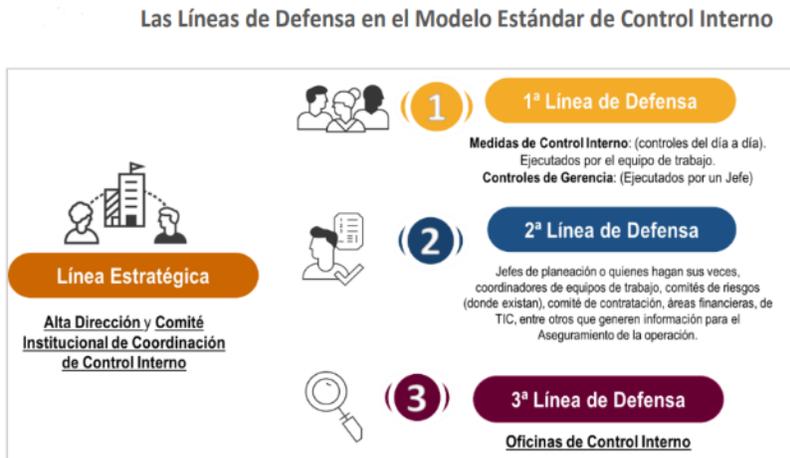
La información se presenta primeramente en el escenario de los procesos, igual consideración para las Direcciones Territoriales y un tercero correspondiente a la combinación holística institucional. Del análisis del comportamiento, la Alta Dirección puede determinar las acciones a seguir para fortalecer 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.

En el Manual del Sistema Integrado de Gestión se dispone que: *6.5.2 Política de Gestión Integral de Riesgos* “La Unidad administra integralmente los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos estratégicos, trabajando para la reparación integral de las víctimas y la implementación de la ley 1448 del 2011, con el fin de aumentar su eficacia y eficiencia a través de la identificación, análisis y valoración de riesgos que permita tomar acciones para evitar su materialización”.

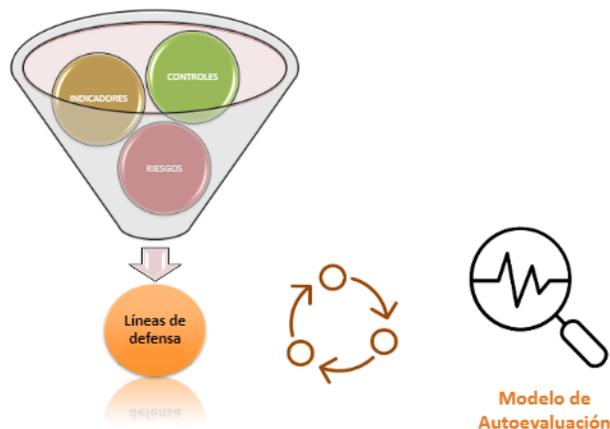
La política de administración de riesgos de la Unidad se desarrolla con mayor detalle en la Metodología de Administración de riesgos, la cual integra los lineamientos aplicables a los riesgos de corrupción, Operativos, de Seguridad de la Información y Seguridad Digital, de Seguridad y Salud en el trabajo,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

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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

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



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 artifices de la creación de las líneas de defensa y en este sentido las tres variables que se toman para este análisis están estrechamente relacionadas. 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.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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

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 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

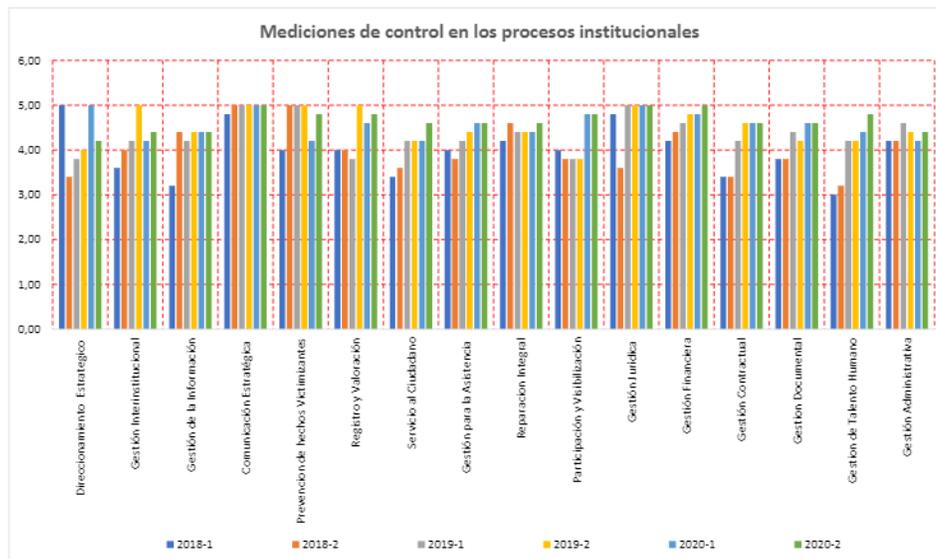
ANÁLISIS DE LA TERCERA LÍNEA DE DEFENSA EN RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO Y MEDICIONES DE LA SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA EN LOS PROCESOS INSTITUCIONALES PERIODO 2018 A 2020

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.

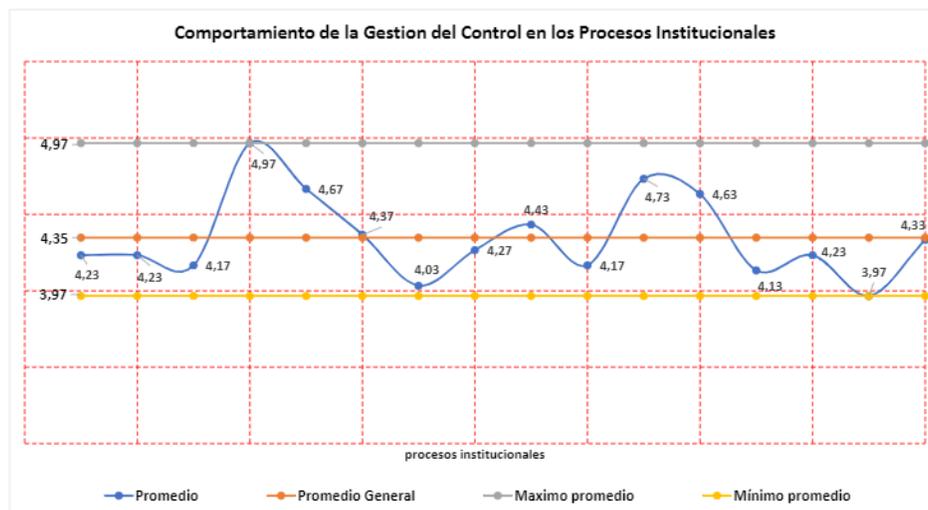
Las siguientes tablas muestran cada uno de los procesos y las mediciones semestrales desde 2018 y hasta 31 de diciembre de 2020, extraídas del Modelo de Autoevaluación que es diligenciado exclusivamente por los responsables de los procesos y cuyas evidencias recientemente las valora la Dirección General.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

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

 El futuro es de todos	INFORME DE SEGUIMIENTO		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 control. 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 los 16 procesos examinados, el promedio general del universo de datos y sus valores maximos y mínimos (que se tomaran como constantes en la gráfica)



Como se puede observar, el valor máximo logrado por la variable control es 4,97/5,00 que corresponde al proceso de Comunicación Estratégica y un valor mínimo de 3,97/5,00 que lo tiene el proceso de Gestión del Talento Humano. Teniendo en cuenta que el promedio general de 4,35/5,00. Seis procesos (Comunicación Estratégica, Prevención de hechos Victimizantes, Registro y Valoración, Reparación Integral, Gestión Jurídica y Gestión Financiera) se encuentran por encima del promedio general y diez

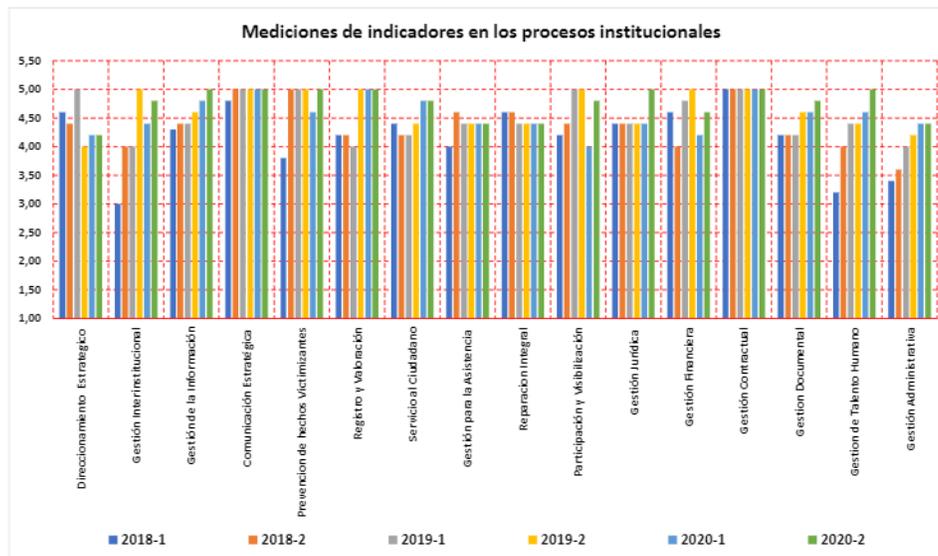
 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Páginas

están por debajo del citado promedio. De lo anterior se tiene que el 37,50% de los procesos superan el promedio mientras que el 62,50% no lo logra.

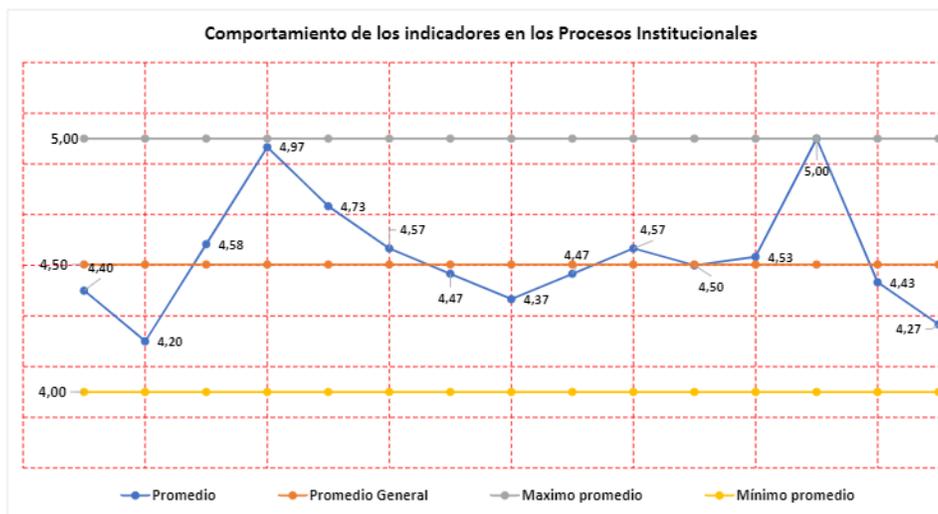
En lo que respecta a la variable indicadores, como aspecto operativo del modelo de medición, tiene el siguiente análisis:

Procesos institucionales	Gestión de Indicadores					
	2018-1	2018-2	2019-1	2019-2	2020-1	2020-2
Direccionamiento Estratégico	4,60	4,40	5,00	4,00	4,20	4,20
Gestión Interinstitucional	3,00	4,00	4,00	5,00	4,40	4,80
Gestión de la Información	4,30	4,40	4,40	4,60	4,80	5,00
Comunicación Estratégica	4,80	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Prevención de hechos Victimizantes	3,80	5,00	5,00	5,00	4,60	5,00
Registro y Valoración	4,20	4,20	4,00	5,00	5,00	5,00
Servicio al Ciudadano	4,40	4,20	4,20	4,40	4,80	4,80
Gestión para la Asistencia	4,00	4,60	4,40	4,40	4,40	4,40
Reparación Integral	4,60	4,60	4,40	4,40	4,40	4,40
Participación y Visibilización	4,20	4,40	5,00	5,00	4,00	4,80
Gestión Jurídica	4,40	4,40	4,40	4,40	4,40	5,00
Gestión Financiera	4,60	4,00	4,80	5,00	4,20	4,60
Gestión Contractual	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Gestión Documental	4,20	4,20	4,20	4,60	4,60	4,80
Gestión de Talento Humano	3,20	4,00	4,40	4,40	4,60	5,00
Gestión Administrativa	3,40	3,60	4,00	4,20	4,40	4,40

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las Víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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 Indicadores. 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 logrado por la variable Indicadores es 5,00/5,00 que corresponden que corresponde al proceso de Gestión Contractual y un valor mínimo de 3,93/5,00 que lo tiene la Dirección Territorial Antioquia. Teniendo en cuenta que el promedio general de 4,20/5,00. Ocho procesos (Gestión de la Información, Comunicación Estratégica, Prevención de hechos Victimizantes, Registro y Valoración, Participación y Visibilización, Gestión Jurídica, Gestión Financiera y Gestión Contractual) se encuentran por encima del promedio general y ocho están por debajo del citado promedio.

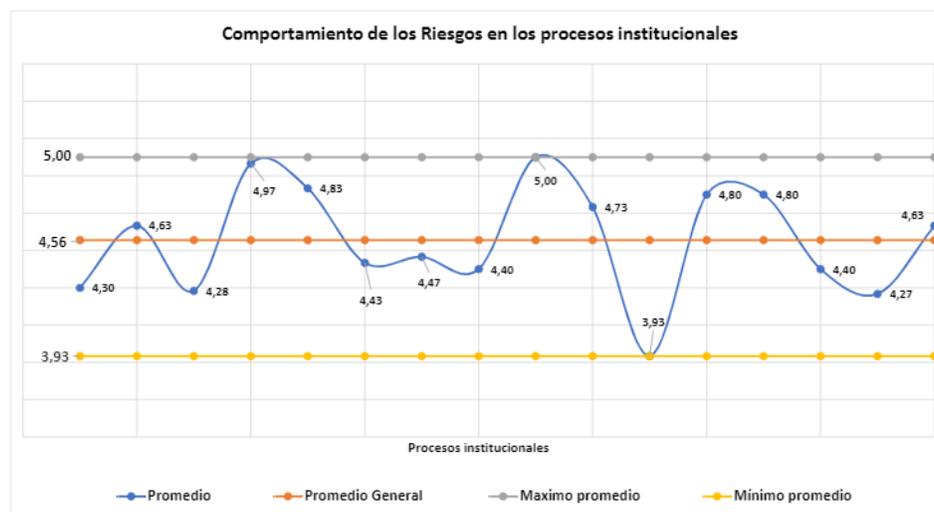
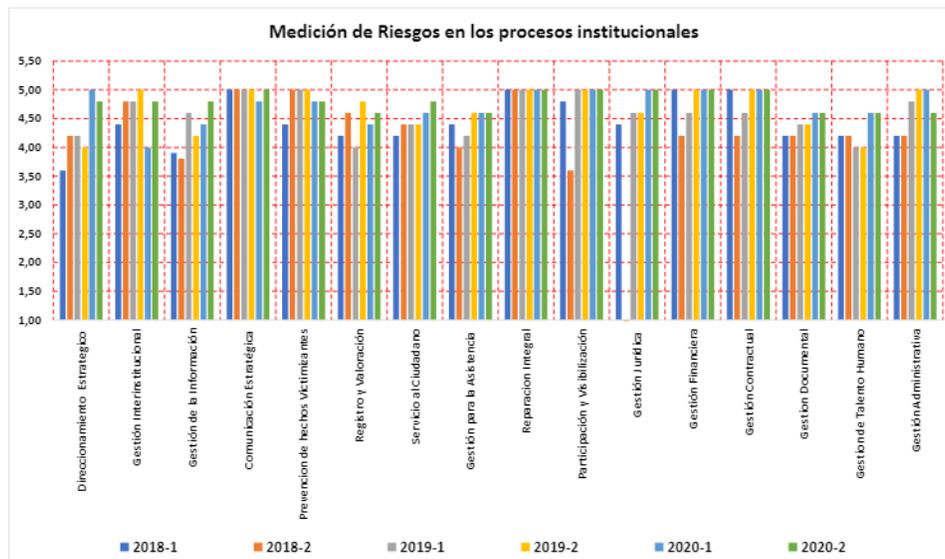
 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Páginas

De lo anterior se tiene que el 50,00% de los procesos superan el promedio mientras que el otro 50.00% no lo logra.

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

Procesos institucionales	Gestión del Riesgo					
	2018-1	2018-2	2019-1	2019-2	2020-1	2020-2
Direccionamiento Estratégico	3,60	4,20	4,20	4,00	5,00	4,80
Gestión Interinstitucional	4,40	4,80	4,80	5,00	4,00	4,80
Gestión de la Información	3,90	3,80	4,60	4,20	4,40	4,80
Comunicación Estratégica	5,00	5,00	5,00	5,00	4,80	5,00
Prevención de hechos Victimizantes	4,40	5,00	5,00	5,00	4,80	4,80
Registro y Valoración	4,20	4,60	4,00	4,80	4,40	4,60
Servicio al Ciudadano	4,20	4,40	4,40	4,40	4,60	4,80
Gestión para la Asistencia	4,40	4,00	4,20	4,60	4,60	4,60
Reparación Integral	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Participación y Visibilización	4,80	3,60	5,00	5,00	5,00	5,00
Gestión Jurídica	4,40	0,00	4,60	4,60	5,00	5,00
Gestión Financiera	5,00	4,20	4,60	5,00	5,00	5,00
Gestión Contractual	5,00	4,20	4,60	5,00	5,00	5,00
Gestión Documental	4,20	4,20	4,40	4,40	4,60	4,60
Gestión de Talento Humano	4,20	4,20	4,00	4,00	4,60	4,60
Gestión Administrativa	4,20	4,20	4,80	5,00	5,00	4,60

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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 riesgo es 5,00/5,00 que corresponde al proceso de Gestión Contractual y un valor mínimo de 3,93/5,00 que lo tiene el proceso de Reparación Integral. Teniendo en cuenta que el promedio general de 4,56/5,00. Ocho procesos (Gestión Interinstitucional, Comunicación Estratégica, Prevención de hechos Victimizantes, Reparación Integral, Participación y Visibilización, Gestión Financiera, Gestión Contractual y Gestión Administrativa) se encuentran por encima del promedio general y ocho están por debajo del citado promedio. De lo anterior se tiene que el 50,00% de los procesos superan el promedio mientras que el otro 50,00% no lo logra.

Un análisis holístico muestra que solo tres procesos del nivel nacional tienen valores por encima del promedio de las tres variables examinadas (control, indicadores y riesgos). Esos procesos son Comunicación Estratégica, Prevención de Hechos Victimizantes y Gestión Financiera. De ellos se puede concluir que tienen una fortaleza en las variables básicas de la línea de defensa que les corresponde,

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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

aspecto sobresaliente y que debe ser un aliciente para que los otros trece procesos realicen los ajustes pertinentes para esta en este estadio, para los procesos identificados tienen el reto de mantenerse.

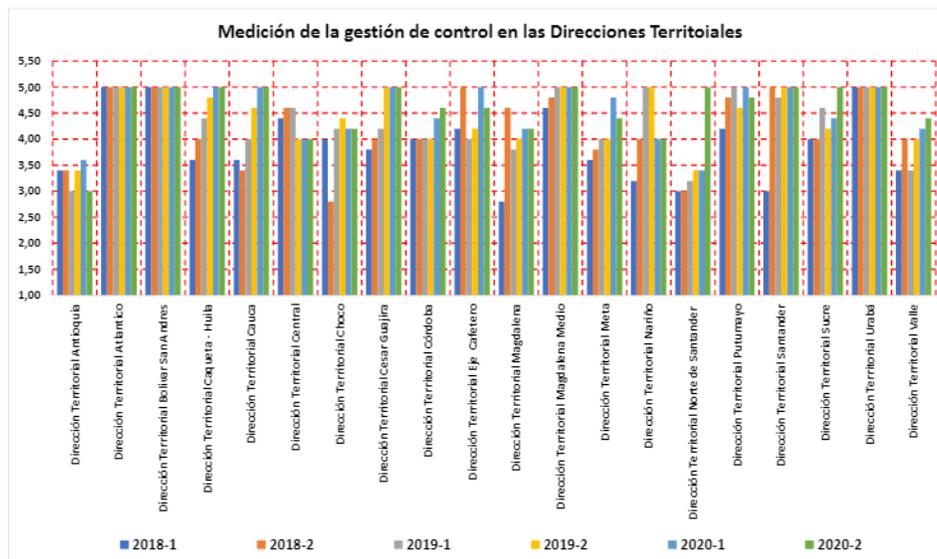
ANÁLISIS DE LA TERCERA LÍNEA DE DEFENSA EN RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO Y MEDICIONES DE LA SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA EN LAS DIRECCIONES TERRITORIALES PERIODO 2018 A 2020

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, 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 control, indicadores y riesgo.

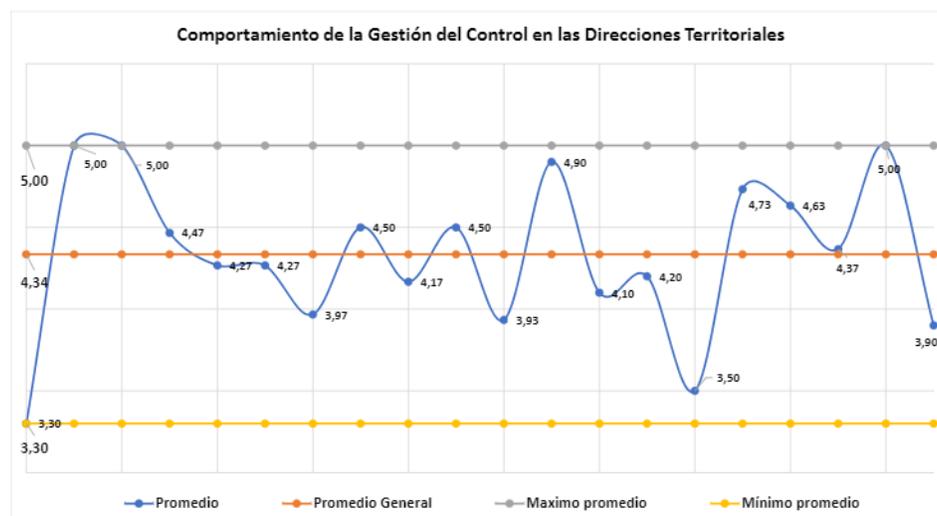
Direcciones Territoriales	Gestión del Control					
	2018-1	2018-2	2019-1	2019-2	2020-1	2020-2
Dirección Territorial Antioquia	3,40	3,40	3,00	3,40	3,60	3,00
Dirección Territorial Atlántico	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Bolívar San Andres	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial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

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO		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

Dirección Territorial Valle	3,40	4,00	3,40	4,00	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 control. 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 control es 5,00/5,00 que corresponden a las Direcciones Territoriales Atlántico, Bolívar San Andres y Urabá y un valor mínimo de 3,30/5,00 que lo tiene la DT Antioquia. Teniendo en cuenta que el promedio general de 4,34/5,00, diez Direcciones

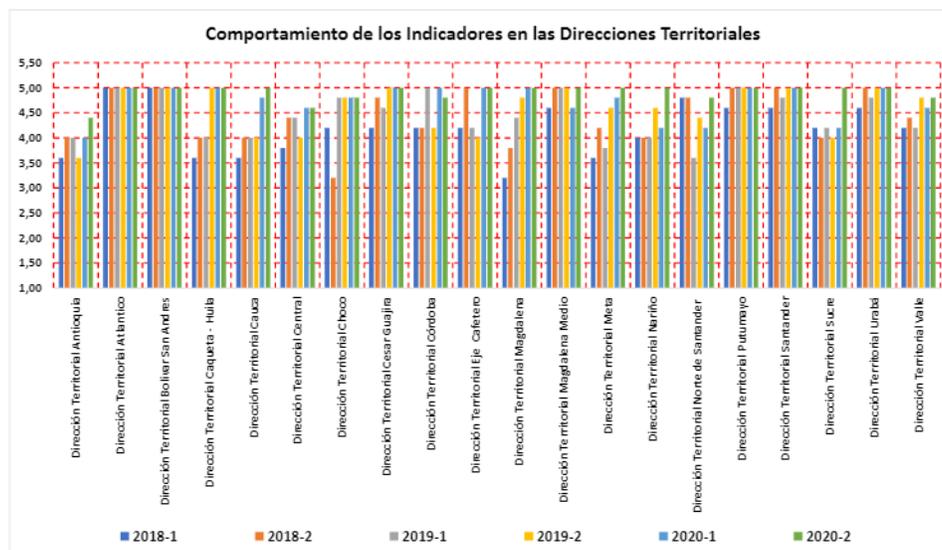
 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

Territoriales (Antioquia, Cauca, Central, Choco, Córdoba, Magdalena, Meta Llanos Orientales, Nariño, Norte de Santander y Valle) 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.

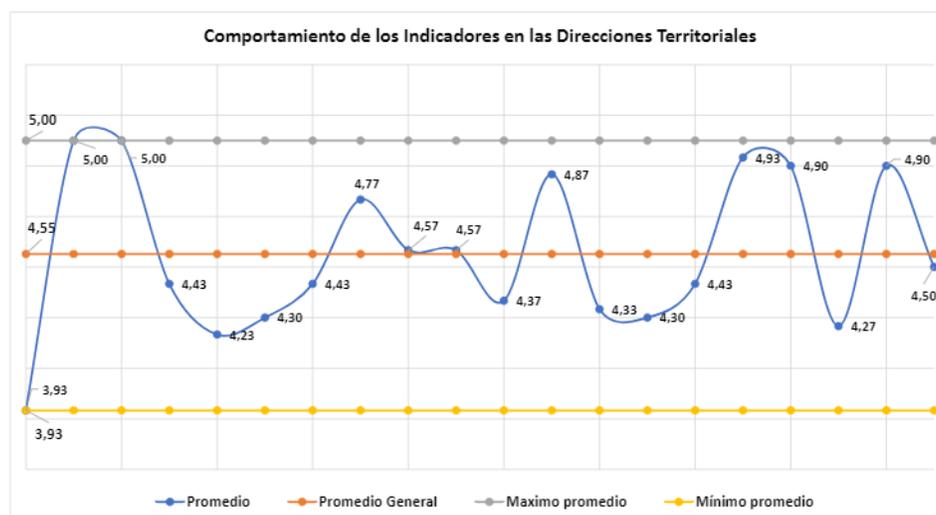
En lo que respecta a la variable indicadores, como aspecto operativo del modelo de medición, tiene el siguiente análisis:

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

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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 Indicadores. 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).



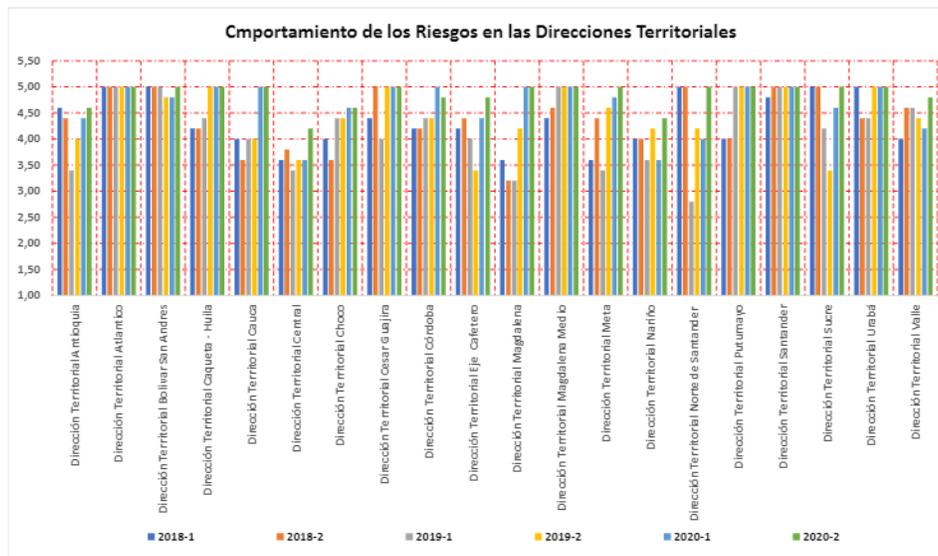
Como se puede observar, el valor máximo logrado por la variable Indicadores es 5,00/5,00 que corresponde al proceso de Gestión Contractual y un valor mínimo de 3,97/5,00 que lo tiene el proceso de Gestión Interinstitucional. Teniendo en cuenta que el promedio general de 4,50/5,00 once DTS (Antioquia, Caquetá – Huila, Cauca, Central, Choco, Meta Llanos Orientales, Nariño, Norte de Santander, Sucre y Valle) se encuentran por debajo del promedio general y nueve están por encima del citado promedio. De lo anterior se tiene que el 45,00% de las DTs superan el promedio mientras que el otro 55,00% no lo logra.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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 Riesgos, como aspecto operativo del modelo de medición, tiene el siguiente análisis:

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

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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 riesgo es 5,00/5,00 que corresponde a la Dirección Territorial Atlántico y un valor mínimo de 3,70/5,00 que lo tiene la DT Central. Teniendo en cuenta que el promedio general de 4,47/5,00 diez Direcciones Territoriales (Antioquia, Cauca, Chocó, Eje Cafetero, Magdalena, Meta Llanos Orientales, Nariño, Norte de Santander y Valle) se encuentran por debajo del promedio general y otras 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.

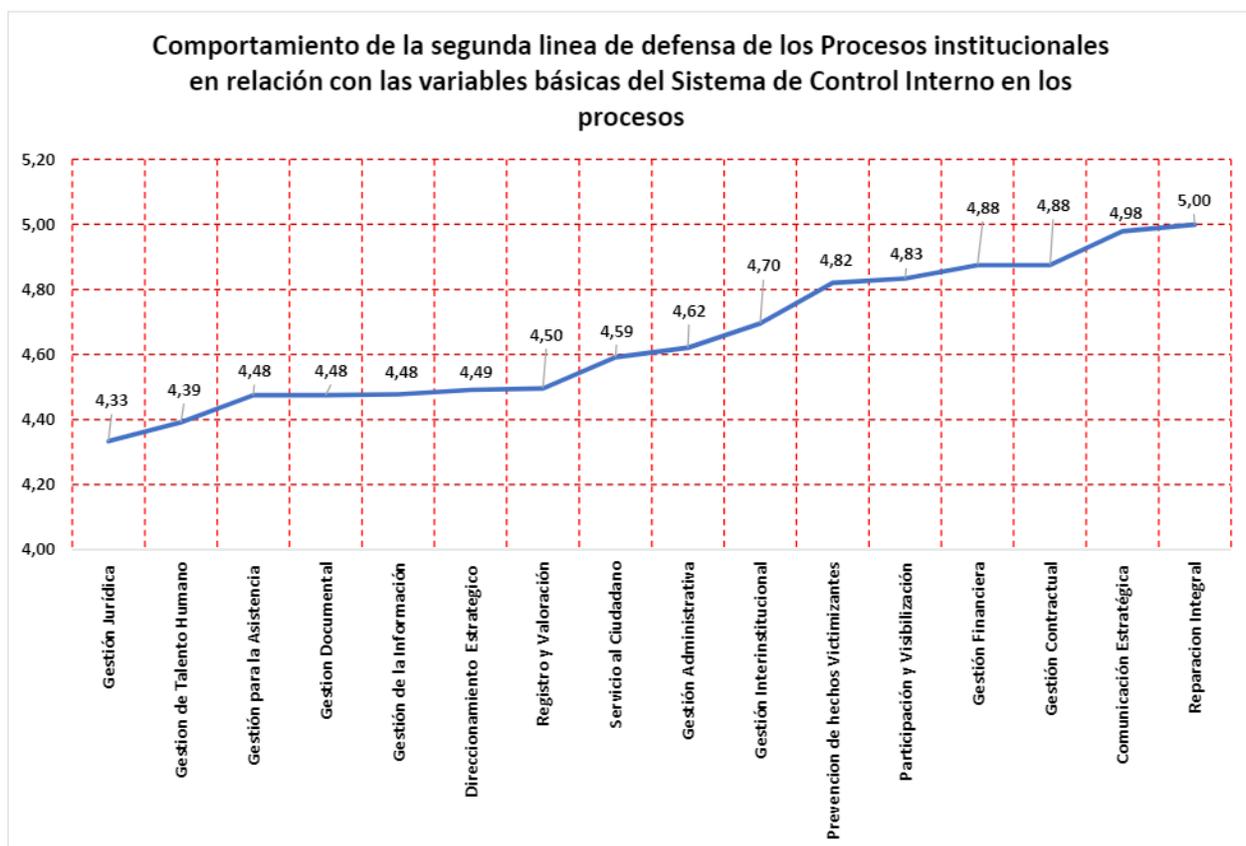
Un análisis holístico muestra que siete Direcciones Territoriales tienen valores por encima del promedio de las tres variables examinadas (control, indicadores y riesgos). Estas DTs son Atlántico, Bolívar San Andrés, Cesar Guajira, Magdalena Medio, Putumayo, Santander y Urabá. De ellas se puede concluir que tienen una fortaleza en las variables básicas de la línea de defensa que les corresponde, aspecto sobresaliente y

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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

que debe ser un aliciente para que las otros trece Direcciones Territoriales realicen los ajustes pertinentes. Para las que están en nivel alto tienen el reto de mantenerse.

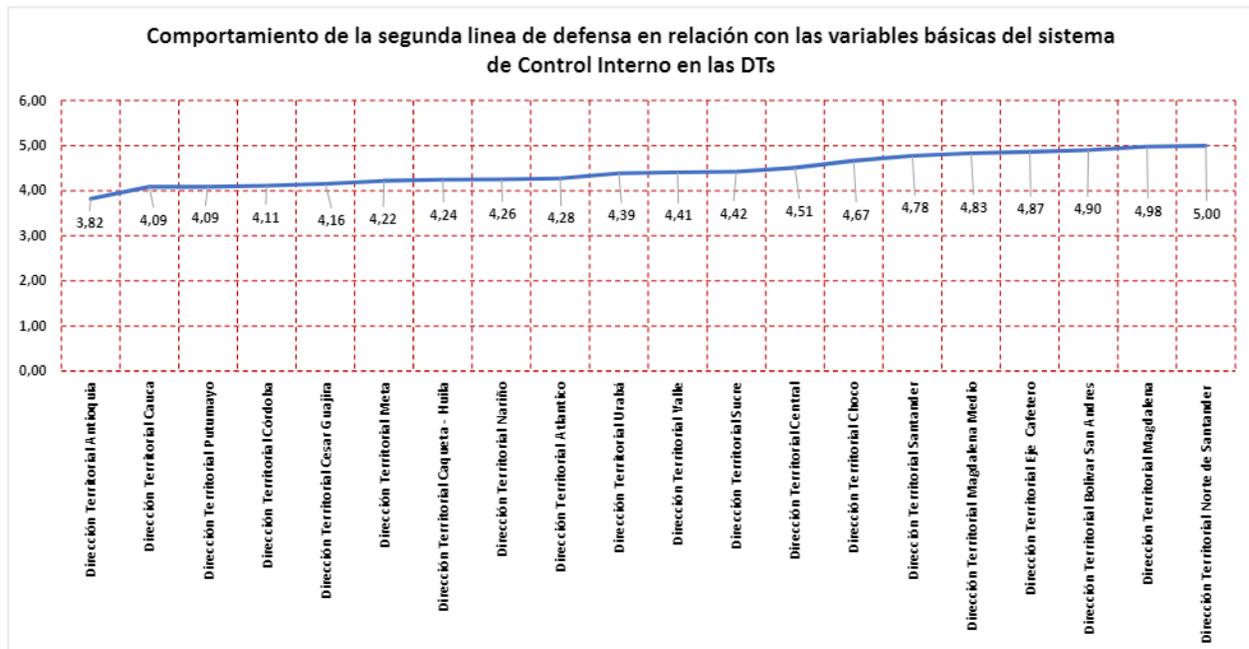
COMPORTAMIENTO GENERAL DE LA SEGUNDA LINEA DE DEFENSA (PROCESOS Y DIRECCIONES TERRITORIALES) EN RELACIÓN LOS LAS VARIABLES MINIMAS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (CONTROL, INDICADORES Y RIESGOS) EN EL PERIODO 2018 A 2020

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 formula de porcentaje que posteriormente se grafica teniendo en cuenta un orden del eje X en relación con e crecimiento de valores en el eje Y, en este sentido la gráfica no quiere mostrar un potencial crecimiento sino simplemente un orden donde el proceso con menor valor esta e primero y el último corresponde al de mayor valor. Esta información permite determinar el intervalo cerrado donde se mueven los datos obtenidos y que corresponde para los procesos al [4,33 – 5,00]



En idéntica forma se procede con los datos originados por las Direcciones Territoriales, donde el intervalo corresponde a [3,82 – 5,00] y su distribución se muestra en la siguiente grafica.

 El futuro es de todos	INFORME DE SEGUIMIENTO	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 términos generales, combinados los intervalos correspondientes a los procesos institucionales y a las Direcciones Territoriales, el intervalo cerrado en que se mueve corresponde a: [3,82 – 5,00] de donde se tiene que el intervalo de los procesos institucionales esta totalmente inmerso en el intervalo propio de las Direcciones Territoriales. Es de resaltar que el extremo inferior (3,82/5,00) no es un guarismo bajo dado que corresponde exactamente al 76,40% del valor máximo posible, aspecto que permite tomar acciones de mejora para superar este guarismo. En el extremo superior se alcanza el 100% de la máxima calificación posible, lo que implica el reto de mantenerlo en la línea horizontal de tiempo.

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 trasiego de las variables control, indicadores y riesgos 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 de los procesos, donde se aplican los lineamientos de la Dirección General

Como se puede observar en las gráficas, el comportamiento estadístico de las evaluaciones de los procesos se mueve en el intervalo [3,98 - 4,74], con una mediana de 4,51. Esto implica que de los 16 procesos examinados (se excluyeron los procesos de evaluación por su connotación en la gestión), el 56,25% está por encima de la mediana que representa un avance con respecto del informe anterior donde

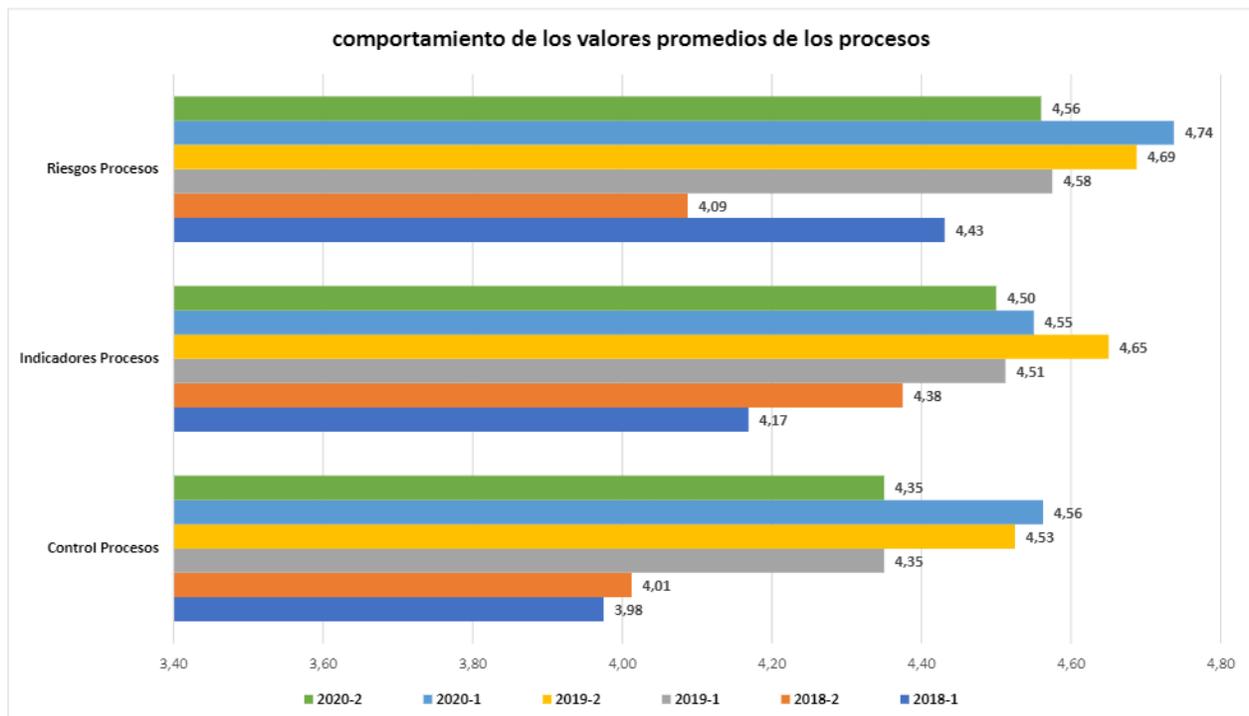
 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Páginas

la mediana era 31,25% y el restante 43,75 no logra este horizonte, no obstante es un guarismo inferior al obtenido en la medición anterior que corresponde a 68,75%

Igual análisis se hace a las Direcciones Territoriales donde el comportamiento estadístico de las evaluaciones se mueve en el intervalo [3,89 – 4,74], con una mediana de 4,43. Esto implica que de las 20 Direcciones Territoriales solo 8 superan el valor de la mediana que corresponden el 40,00% y el restante 60,00% no logra este valor de distribución media. En esta oportunidad los datos mantienen la misma dinámica de los resultados del informe anterior.

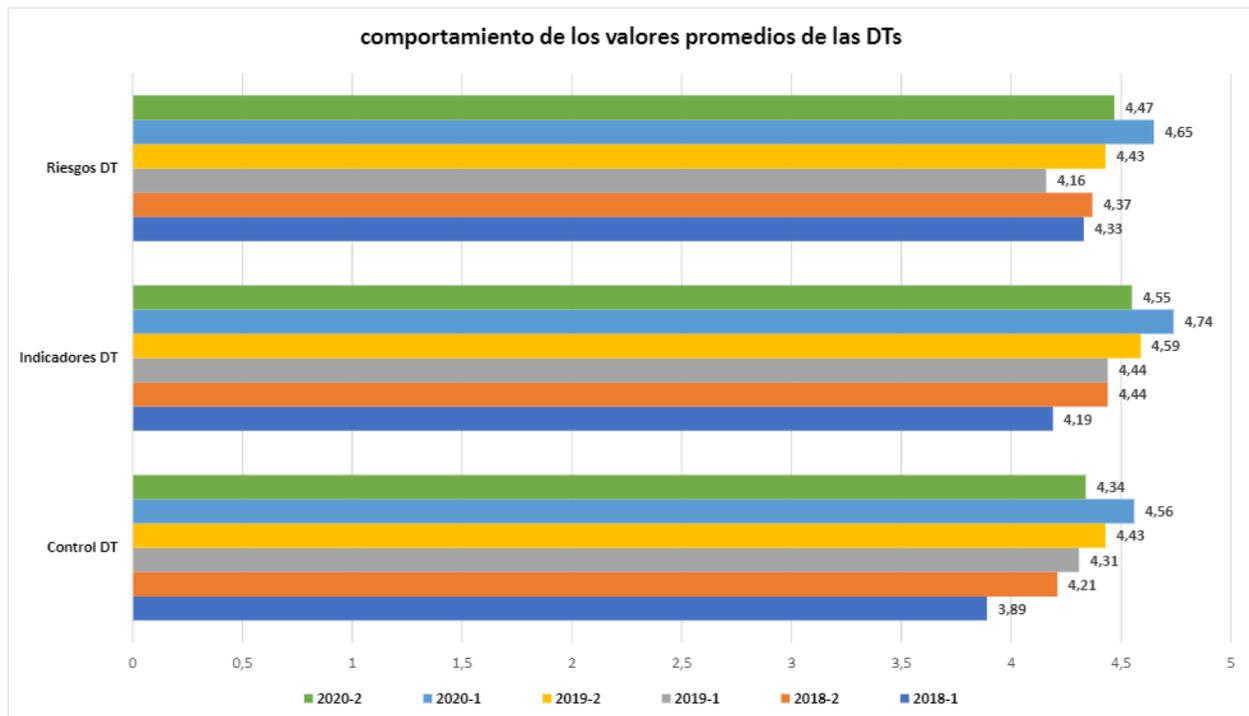
Si se hace un análisis del comportamiento de las evaluaciones tanto de los procesos como de las Direcciones Territoriales, se tiene que el intervalo corresponde al mismo de las DT [3,89 – 4,74], con una mediana de 4,44. En este escenario el 22 (entre procesos y DTs) que corresponden al 61,11% superan la línea mediana lo que implica una mejora en comparación con la medición anterior que corresponde a 28,89% y el restante 38,89% no lo logra.

La siguiente gráfica muestra en conjunto el comportamiento de las evaluaciones de la segunda línea de defensa de los procesos de la Unidad, las que se mueven en el intervalo [3,98 – 4,74], estos valores dejan un espacio importante para la mejora institucional de las variables calculadas para la primera línea de defensa.



La siguiente gráfica muestra en conjunto el comportamiento de las evaluaciones de la segunda línea de defensa de la Unidad de las DT, las que se mueven en el intervalo [3,89 – 4,74], estos valores dejan un espacio importante para la mejora institucional de las variables calculadas para la primera línea de defensa.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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



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

ANEXOS

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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

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.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día:	8	Mes:	11	Año:	2021
-------------------------------------	-------------	---	-------------	----	-------------	------

Número de Informe	2/2
Nombre del Seguimiento	Comportamiento de la percepción de la segunda línea de defensa, análisis de la tercera línea
Objetivo del Seguimiento	Conocer el comportamiento estadístico de la percepción segunda línea de defensa mediante el uso de la herramienta de autoevaluación
Alcance del Seguimiento	Se inicia con la recopilación de la información de las variables dentro del modelo de autoevaluación y concluye con el informe de comportamiento estadístico
Normatividad	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 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, 2020 y primer semestre de 2021, teniendo con fuente de información el modelo de autoevaluación por procesos (D.R.A.). El informe corresponde a la combinación de tres de las variables que mide el modelo de autoevaluación que son esenciales en la línea de defensa y que corresponden a la variable medición, control y riesgos.

La información se presenta primeramente en el escenario de los procesos, igual consideración para las Direcciones Territoriales y un tercero correspondiente a la 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.

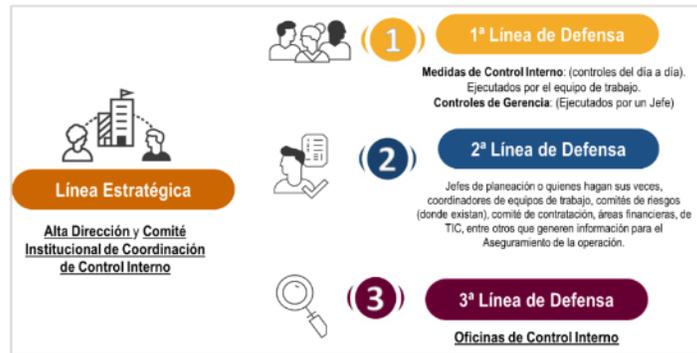
En el Manual del Sistema Integrado de Gestión se dispone que: *6.5.2 Política de Gestión Integral de Riesgos* “La Unidad administra integralmente los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos estratégicos, trabajando para la reparación integral de las víctimas y la implementación de la ley 1448 del 2011, con el fin de aumentar su eficacia y eficiencia a través de la identificación, análisis y valoración de riesgos que permita tomar acciones para evitar su materialización”.

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.

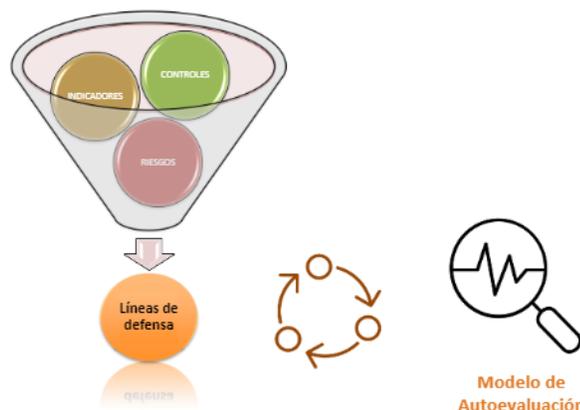
La siguiente gráfica muestra el desarrollo macro de las tres líneas de defensa que se aplica igualmente en la UARIV

 El futuro es de todos	INFORME DE SEGUIMIENTO	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. 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 de los procesos y su comportamiento en las siete mediciones efectuadas que corresponde a tres años y un semestre de datos, los cuales se presentan bajo un esquema de análisis estadístico

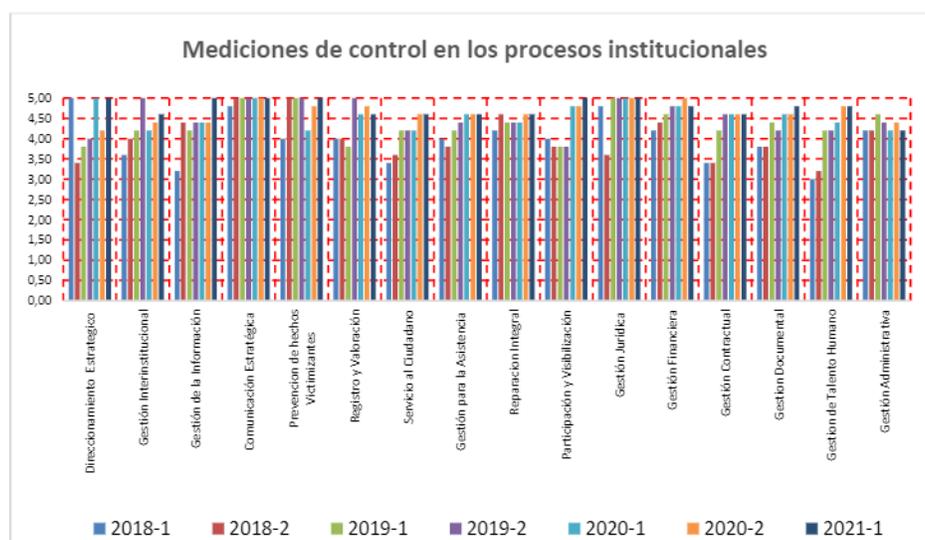
 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

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 2021-1

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 30 de junio de 2021, extraídas del Modelo de Autoevaluación que es diligenciado exclusivamente por los responsables de los procesos 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.

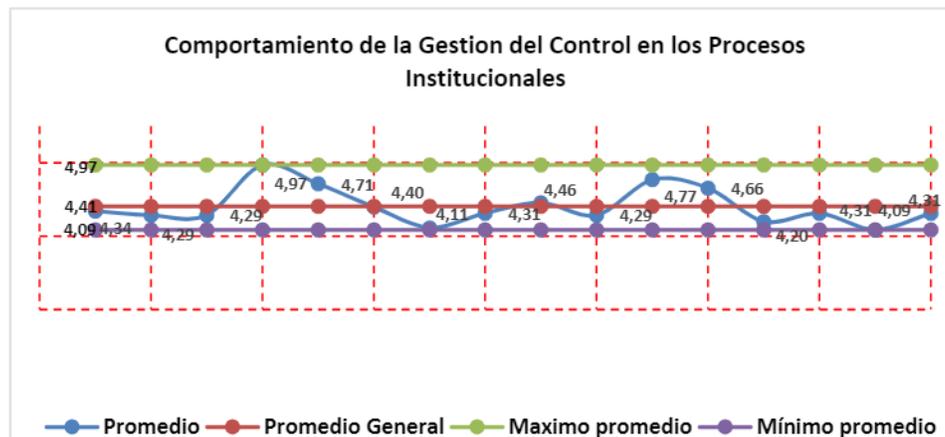
Proceso	Gestión del Control						
	2018-1	2018-2	2019-1	2019-2	2020-1	2020-2	2021-1
Direccionamiento Estratégico	5,00	3,40	3,80	4,00	5,00	4,20	5,00
Gestión Interinstitucional	3,60	4,00	4,20	5,00	4,20	4,40	4,60
Gestión de la Información	3,20	4,40	4,20	4,40	4,40	4,40	5,00
Comunicación Estratégica	4,80	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Prevención de hechos Victimizantes	4,00	5,00	5,00	5,00	4,20	4,80	5,00
Registro y Valoración	4,00	4,00	3,80	5,00	4,60	4,80	4,60
Servicio al Ciudadano	3,40	3,60	4,20	4,20	4,20	4,60	4,60
Gestión para la Asistencia	4,00	3,80	4,20	4,40	4,60	4,60	4,60
Reparación Integral	4,20	4,60	4,40	4,40	4,40	4,60	4,60
Participación y Visibilización	4,00	3,80	3,80	3,80	4,80	4,80	5,00
Gestión Jurídica	4,80	3,60	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Gestión Financiera	4,20	4,40	4,60	4,80	4,80	5,00	4,80
Gestión Contractual	3,40	3,40	4,20	4,60	4,60	4,60	4,60
Gestión Documental	3,80	3,80	4,40	4,20	4,60	4,60	4,80
Gestión de Talento Humano	3,00	3,20	4,20	4,20	4,40	4,80	4,80
Gestión Administrativa	4,20	4,20	4,60	4,40	4,20	4,40	4,20



La anterior gráfica muestra el histograma de frecuencia de los datos obtenidos del Modelo de Autoevaluación para los procesos institucionales en la variable control. La siguiente grafica muestra el

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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

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)

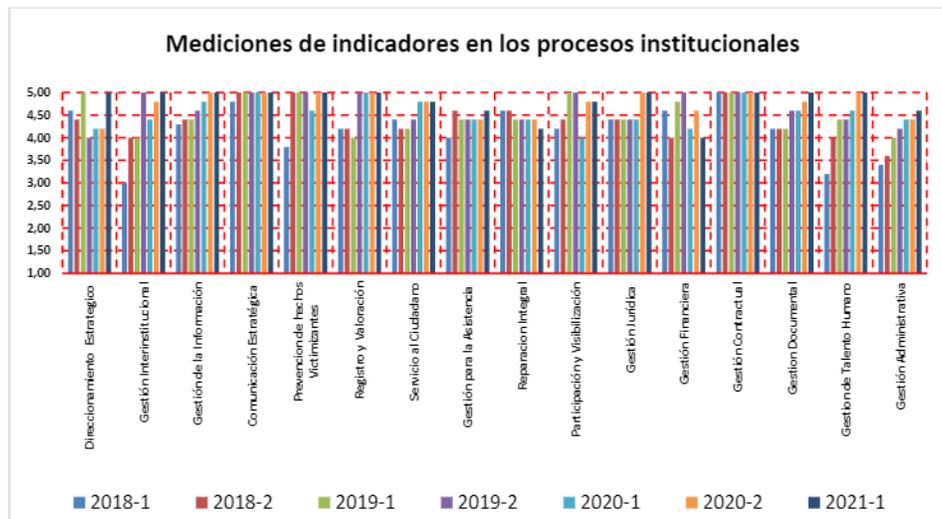


Como se puede observar, el valor máximo logrado por la variable control es 4,97/5,00 que corresponde al proceso de Comunicación Estratégica y un valor mínimo de 4,09/5,00 que lo tiene el proceso de Gestión del Talento Humano. Teniendo en cuenta que el promedio general de 4,41/5,00, cinco procesos (Comunicación Estratégica, Prevención de hechos Victimizantes, Reparación Integral, Gestión Jurídica y Gestión Financiera) se encuentran por encima del promedio general y los restantes once están por debajo del citado promedio. De lo anterior se tiene que el 31,25% de los procesos superan el promedio, valor inferior al obtenido en el periodo pasado que correspondía al 37,50%. Por otra parte, el 68,75% se ubica por debajo del promedio general, valor que igualmente es mayor al del periodo anterior que fue de 62,50%.

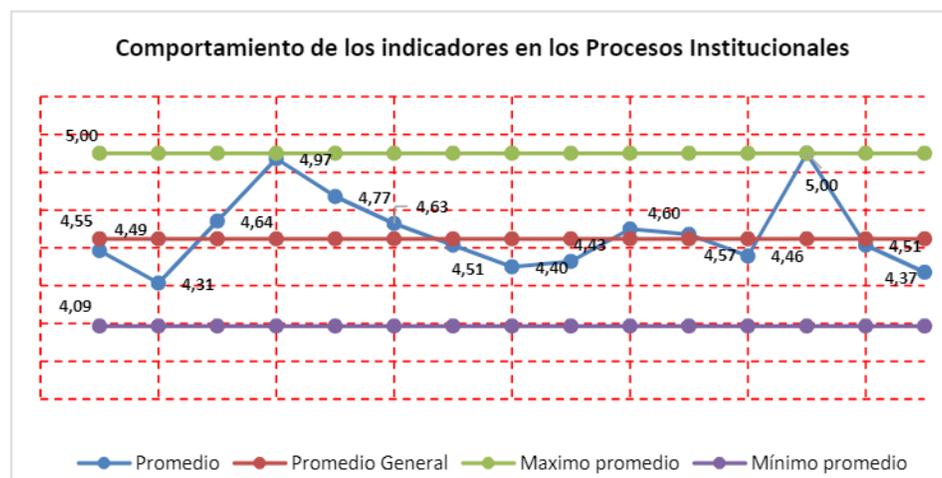
En lo que respecta a la variable indicadores, como aspecto operativo del modelo de medición, tiene el siguiente análisis:

Proceso	Gestión de indicadores						
	2018-1	2018-2	2019-1	2019-2	2020-1	2020-2	2021-1
Direccionamiento Estratégico	4,60	4,40	5,00	4,00	4,20	4,20	5,00
Gestión Interinstitucional	3,00	4,00	4,00	5,00	4,40	4,80	5,00
Gestión de la Información	4,30	4,40	4,40	4,60	4,80	5,00	5,00
Comunicación Estratégica	4,80	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Prevención de hechos Victimizantes	3,80	5,00	5,00	5,00	4,60	5,00	5,00
Registro y Valoración	4,20	4,20	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Servicio al Ciudadano	4,40	4,20	4,20	4,40	4,80	4,80	4,80
Gestión para la Asistencia	4,00	4,60	4,40	4,40	4,40	4,40	4,60
Reparación Integral	4,60	4,60	4,40	4,40	4,40	4,40	4,20
Participación y Visibilización	4,20	4,40	5,00	5,00	4,00	4,80	4,80
Gestión Jurídica	4,40	4,40	4,40	4,40	4,40	5,00	5,00
Gestión Financiera	4,60	4,00	4,80	5,00	4,20	4,60	4,00
Gestión Contractual	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Gestión Documental	4,20	4,20	4,20	4,60	4,60	4,80	5,00
Gestión de Talento Humano	3,20	4,00	4,40	4,40	4,60	5,00	5,00
Gestión Administrativa	3,40	3,60	4,00	4,20	4,40	4,40	4,60

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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 Indicadores. 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).

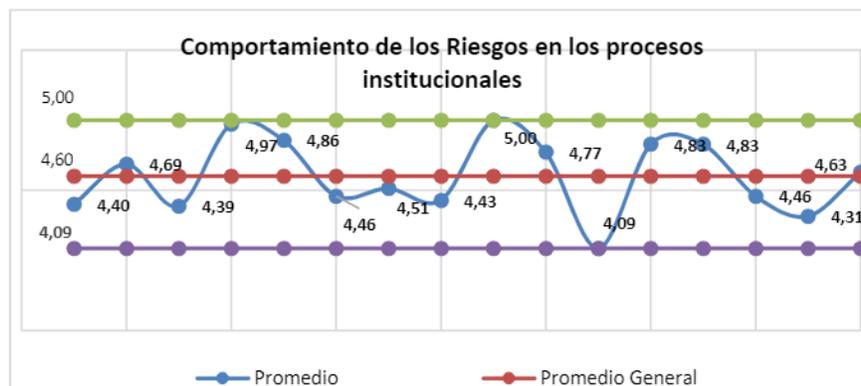
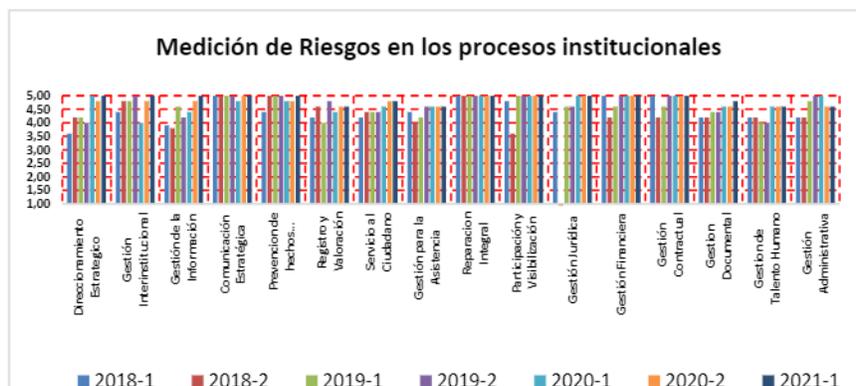


Como se puede observar, el valor máximo logrado por la variable Indicadores es 5,00/5,00 que corresponden al proceso de Gestión Contractual y un valor mínimo de 4,09/5,00 que lo tiene el proceso de Gestion Administrativa. Teniendo en cuenta que el promedio general de 4,55/5,00, siete procesos (Gestión de la Información, Comunicación Estratégica, Prevención de hechos Victimizantes, Registro y Valoración, Participación y Visibilización, Gestión Jurídica y Gestión Contractual) se encuentran por encima del promedio general y nueve están por debajo del citado promedio. De lo anterior se tiene que el 56,25% de los procesos superan el promedio, valor superior al del periodo anterior que fue del 50,00%, en tanto que el 43,75% no lo logra, siendo un valor de mejora respecto del periodo anterior que era del 50,00%.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las Víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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 Riesgos, como aspecto operativo del modelo de medición, tiene el siguiente análisis:

Proceso	Gestión del Riesgo						
	2018-1	2018-2	2019-1	2019-2	2020-1	2020-2	2021-1
Direccionamiento Estratégico	3,60	4,20	4,20	4,00	5,00	4,80	5,00
Gestión Interinstitucional	4,40	4,80	4,80	5,00	4,00	4,80	5,00
Gestión de la Información	3,90	3,80	4,60	4,20	4,40	4,80	5,00
Comunicación Estratégica	5,00	5,00	5,00	5,00	4,80	5,00	5,00
Prevención de hechos Victimizantes	4,40	5,00	5,00	5,00	4,80	4,80	5,00
Registro y Valoración	4,20	4,60	4,00	4,80	4,40	4,60	4,60
Servicio al Ciudadano	4,20	4,40	4,40	4,40	4,60	4,80	4,80
Gestión para la Asistencia	4,40	4,00	4,20	4,60	4,60	4,60	4,60
Reparación Integral	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Participación y Visibilización	4,80	3,60	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Gestión Jurídica	4,40	0,00	4,60	4,60	5,00	5,00	5,00
Gestión Financiera	5,00	4,20	4,60	5,00	5,00	5,00	5,00
Gestión Contractual	5,00	4,20	4,60	5,00	5,00	5,00	5,00
Gestión Documental	4,20	4,20	4,40	4,40	4,60	4,60	4,80
Gestión de Talento Humano	4,20	4,20	4,00	4,00	4,60	4,60	4,60
Gestión Administrativa	4,20	4,20	4,80	5,00	5,00	4,60	4,60



Como se puede observar, el valor máximo logrado por la variable riesgo es 5,00/5,00 que corresponde al proceso de Reparación Integral y un valor mínimo de 4,09/5,00 que lo tiene el proceso de Gestión Jurídica. Teniendo en cuenta que el promedio general de 4,60/5,00. Ocho procesos (Gestión Interinstitucional, Comunicación Estratégica, Prevención de hechos Victimizantes, Reparación Integral, Participación y Visibilización, Gestión Financiera, Gestión Contractual y Gestión Administrativa) se encuentran por encima del promedio general y ocho están por debajo del citado promedio. De lo anterior se tiene que el 50,00%

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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 superan el promedio mientras que el otro 50.00% no lo logra. Estas mismas cifras corresponden a la realidad del modelo para el periodo examinado del primer semestre de la anualidad 2021.

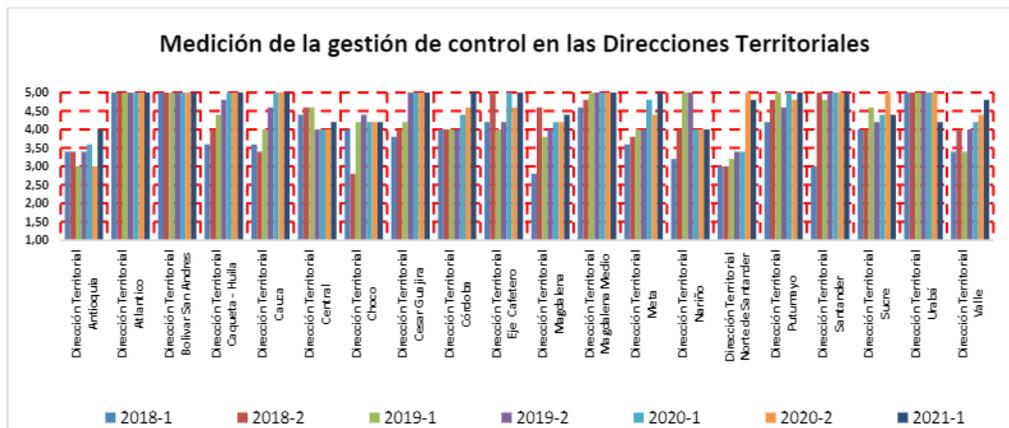
Un análisis holístico muestra que solo dos procesos del nivel nacional tienen valores por encima del promedio de las tres variables examinadas (control, indicadores y riesgos). Esos procesos son Comunicación Estratégica, Prevención de Hechos Victimizantes. De ellos se puede concluir que tienen una fortaleza en las variables básicas de la línea de defensa que les corresponde, aspecto sobresaliente y que debe ser un aliciente para que los otros trece 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 2021-1

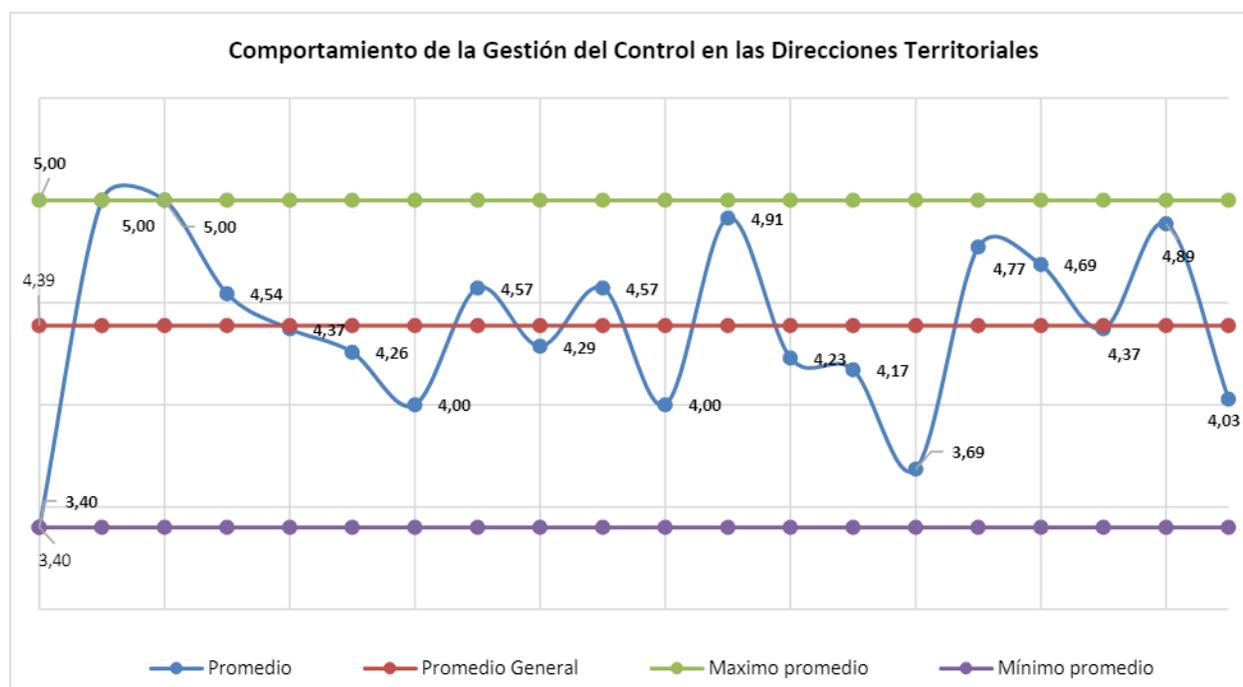
Se toman la totalidad de las 20 Direcciones Territoriales que corresponden a una muestra del 100%. Las siguientes tablas muestran cada Dirección Territorial y las mediciones semestrales desde 2018 y hasta 30 de junio de 2020, extraídas del Modelo de Autoevaluación que es diligenciado exclusivamente por 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 control, indicadores y riesgo.

Direcciones Territoriales	Gestión del Control						
	2018-1	2018-2	2019-1	2019-2	2020-1	2020-2	2021-1
Dirección Territorial Antioquia	3,40	3,40	3,00	3,40	3,60	3,00	4,00
Dirección Territorial Atlántico	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Bolívar San Andrés	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Caucaeta - Huila	3,60	4,00	4,40	4,80	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Cauca	3,60	3,40	4,00	4,60	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Central	4,40	4,60	4,60	4,00	4,00	4,00	4,20
Dirección Territorial Chocó	4,00	2,80	4,20	4,40	4,20	4,20	4,20
Dirección Territorial Cesar Guajira	3,80	4,00	4,20	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Córdoba	4,00	4,00	4,00	4,00	4,40	4,60	5,00
Dirección Territorial Eje Cafetero	4,20	5,00	4,00	4,20	5,00	4,60	5,00
Dirección Territorial Magdalena	2,80	4,60	3,80	4,00	4,20	4,20	4,40
Dirección Territorial Magdalena Medio	4,60	4,80	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Meta	3,60	3,80	4,00	4,00	4,80	4,40	5,00
Dirección Territorial Nariño	3,20	4,00	5,00	5,00	4,00	4,00	4,00
Dirección Territorial Norte de Santander	3,00	3,00	3,20	3,40	3,40	5,00	4,80
Dirección Territorial Putumayo	4,20	4,80	5,00	4,60	5,00	4,80	5,00
Dirección Territorial Santander	3,00	5,00	4,80	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Sucre	4,00	4,00	4,60	4,20	4,40	5,00	4,40
Dirección Territorial Urabá	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,20
Dirección Territorial Valle	3,40	4,00	3,40	4,00	4,20	4,40	4,80

 El futuro es de todos	INFORME DE SEGUIMIENTO		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 control. 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)



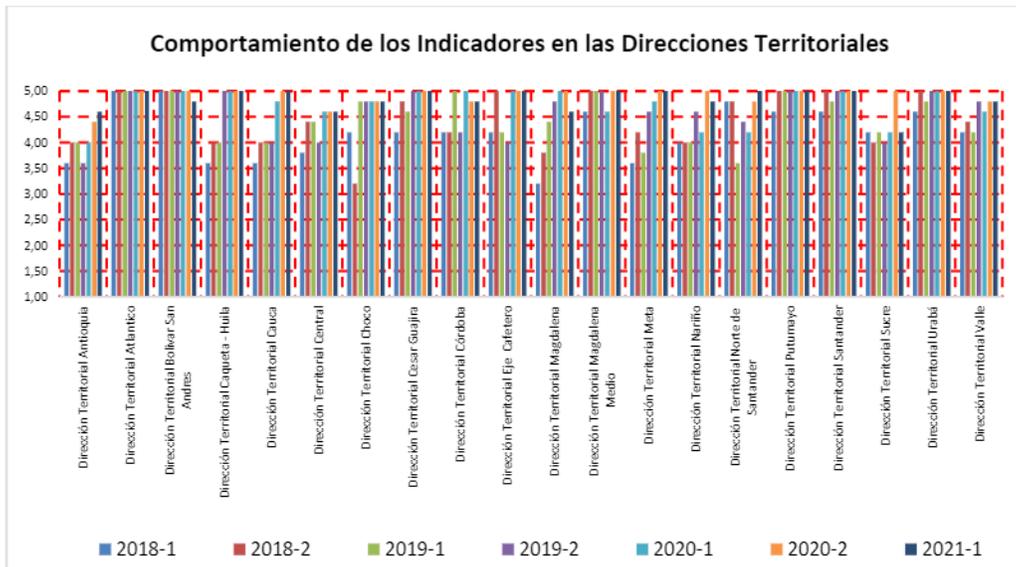
Como se puede observar, el valor máximo logrado por la variable control es 5,00/5,00 que corresponden a las Direcciones Territoriales Atlántico y Bolívar San Andrés, con un valor mínimo de 3,40/5,00 que lo tiene la DT Antioquia. Teniendo en cuenta que el promedio general de 4,39/5,00, diez Direcciones Territoriales (Atlántico, Bolívar San Andrés, Caquetá Huila, Cauca, Cesar Guajira, Córdoba, Eje Cafetero, Magdalena, Magdalena Medio, Meta Llanos Orientales, Norte de Santander, Putumayo, Santander, Sucre y Valle) se

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las Víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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

encuentran por encima del promedio general y cinco están por debajo del citado promedio. De lo anterior se tiene que el 75% de las DTS superan el promedio mientras que el otro 25% no lo logra.

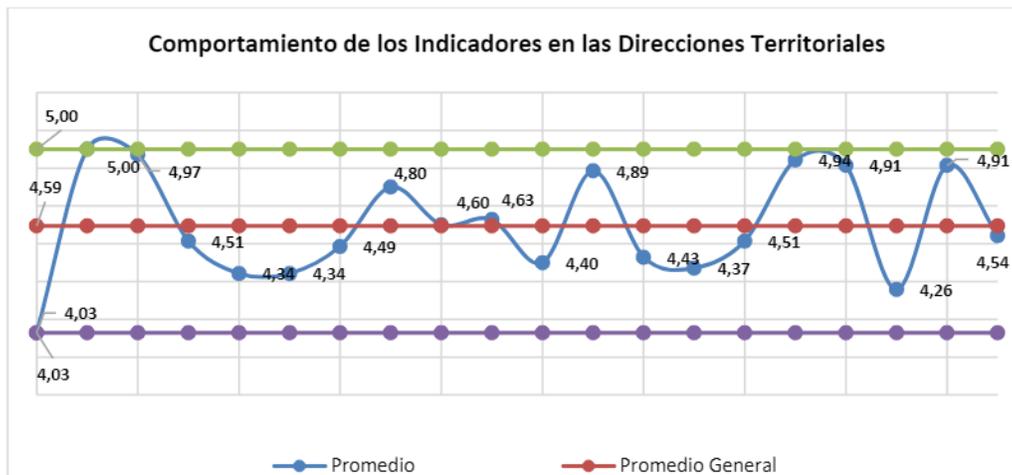
En lo que respecta a la variable indicadores, como aspecto operativo del modelo de medición, tiene el siguiente análisis:

Direcciones Territoriales	Gestión de indicadores						
	2018-1	2018-2	2019-1	2019-2	2020-1	2020-2	2021-1
Dirección Territorial Antioquia	3,60	4,00	4,00	3,60	4,00	4,40	4,60
Dirección Territorial Atlántico	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Bolívar San Andrés	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,80
Dirección Territorial Caucaeta - Huila	3,60	4,00	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Cauca	3,60	4,00	4,00	4,00	4,80	5,00	5,00
Dirección Territorial Central	3,80	4,40	4,40	4,00	4,60	4,60	4,60
Dirección Territorial Chocó	4,20	3,20	4,80	4,80	4,80	4,80	4,80
Dirección Territorial Cesar Guajira	4,20	4,80	4,60	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Córdoba	4,20	4,20	5,00	4,20	5,00	4,80	4,80
Dirección Territorial Eje Cafetero	4,20	5,00	4,20	4,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Magdalena	3,20	3,80	4,40	4,80	5,00	5,00	4,60
Dirección Territorial Magdalena Medio	4,60	5,00	5,00	5,00	4,60	5,00	5,00
Dirección Territorial Meta	3,60	4,20	3,80	4,60	4,80	5,00	5,00
Dirección Territorial Nariño	4,00	4,00	4,00	4,60	4,20	5,00	4,80
Dirección Territorial Norte de Santander	4,80	4,80	3,60	4,40	4,20	4,80	5,00
Dirección Territorial Putumayo	4,60	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Santander	4,60	5,00	4,80	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Sucre	4,20	4,00	4,20	4,00	4,20	5,00	4,20
Dirección Territorial Urabá	4,60	5,00	4,80	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Valle	4,20	4,40	4,20	4,80	4,60	4,80	4,80



La anterior gráfica muestra el histograma de frecuencia de los datos obtenidos del Modelo de Autoevaluación para las Direcciones Territoriales en la variable Indicadores. 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).

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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

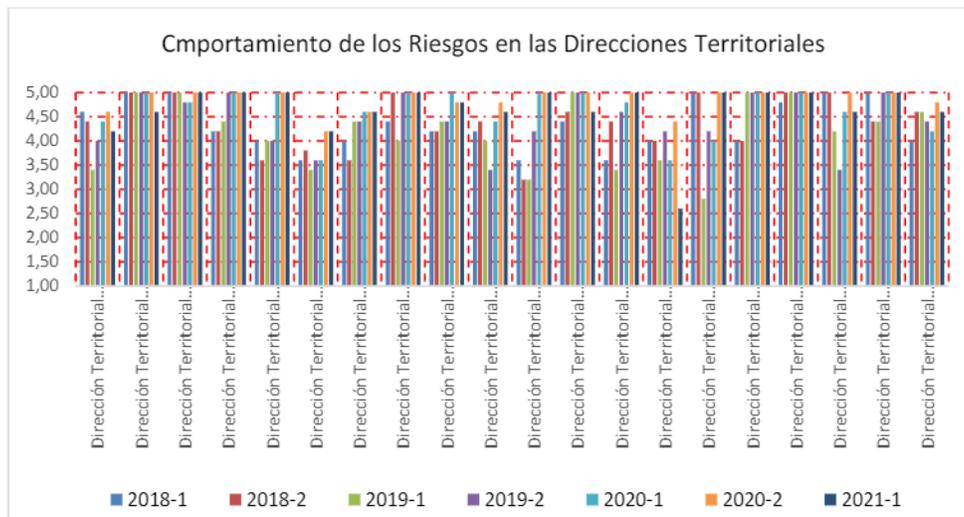


Como se puede observar, el valor máximo logrado por la variable Indicadores es 5,00/5,00 que corresponde a la Dirección Territorial Atlántico y un valor mínimo de 4,03/5,00 que lo tiene la Dirección Territorial Antioquia. Teniendo en cuenta que el promedio general de 4,59/5,00 once DTS (Antioquia, Caquetá – Huila, Cauca, Central, Choco, Magdalena, Meta Llanos Orientales, Nariño, Norte de Santander, Sucre y Valle) se encuentran por debajo del promedio general y nueve están por encima del citado promedio. De lo anterior se tiene que el 90,00% de las DTs superan el promedio mientras que el otro 10,00% no lo logra.

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

Direcciones Territoriales	Gestión del Riesgo						
	2018-1	2018-2	2019-1	2019-2	2020-1	2020-2	2021-1
Dirección Territorial Antioquia	4,60	4,40	3,40	4,00	4,40	4,60	4,20
Dirección Territorial Atlántico	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,60
Dirección Territorial Bolívar San Andrés	5,00	5,00	5,00	4,80	4,80	5,00	5,00
Dirección Territorial Caquetá - Huila	4,20	4,20	4,40	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Cauca	4,00	3,60	4,00	4,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Central	3,60	3,80	3,40	3,60	3,60	4,20	4,20
Dirección Territorial Chocó	4,00	3,60	4,40	4,40	4,60	4,60	4,60
Dirección Territorial Cesar Guajira	4,40	5,00	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Córdoba	4,20	4,20	4,40	4,40	5,00	4,80	4,80
Dirección Territorial Eje Cafetero	4,20	4,40	4,00	3,40	4,40	4,80	4,60
Dirección Territorial Magdalena	3,60	3,20	3,20	4,20	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Magdalena Medio	4,40	4,60	5,00	5,00	5,00	5,00	4,60
Dirección Territorial Meta	3,60	4,40	3,40	4,60	4,80	5,00	5,00
Dirección Territorial Nariño	4,00	4,00	3,60	4,20	3,60	4,40	2,60
Dirección Territorial Norte de Santander	5,00	5,00	2,80	4,20	4,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Putumayo	4,00	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Santander	4,80	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Sucre	5,00	5,00	4,20	3,40	4,60	5,00	4,60
Dirección Territorial Urabá	5,00	4,40	4,40	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Valle	4,00	4,60	4,60	4,40	4,20	4,80	4,60

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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



Como se puede observar, el valor máximo logrado por la variable riesgo es 4,97,00/5,00 que corresponde a la Dirección Territorial Santander y un valor mínimo de 3,70/5,00 lo comparten las Direcciones Territoriales Central y Nariño. Teniendo en cuenta que el promedio general de 4,50/5,00 tres Direcciones Territoriales (Antioquia, Central y Nariño) se encuentran por debajo del promedio general y otras diez y siete están por encima del citado promedio. De lo anterior se tiene que el 85,00% de las DTS superan el promedio mientras que el otro 15,00% no lo logra.

Un análisis holístico muestra que trece Direcciones Territoriales tienen valores por encima del promedio de las tres variables examinadas (control, indicadores y riesgos). Estas DTs son

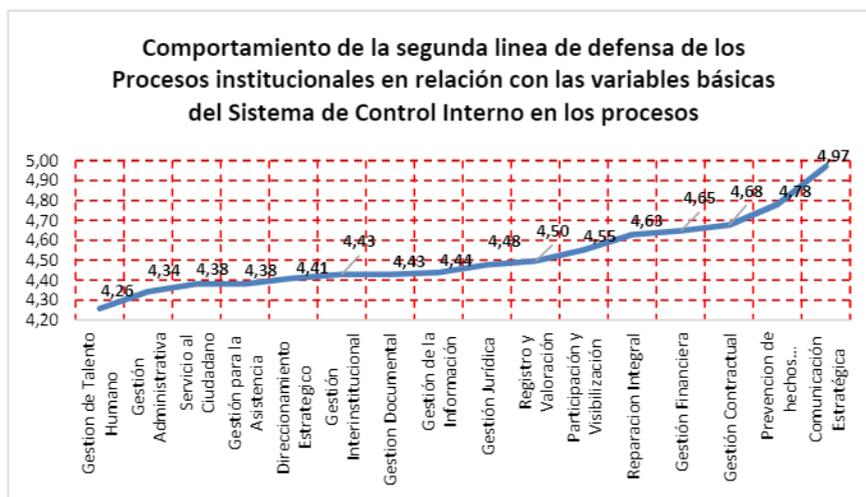
Atlántico, Bolívar San Andres, Caquetá Huila, Cauca, Cesar Guajira, Cauca, Eje Cafetero, Magdalena Medio, Metal y Llanos Orientales, Norte de Santander, Putumayo, Santander y Valle. De ellas se puede concluir que tienen una fortaleza en las variables básicas de la línea de defensa que les corresponde,

	INFORME DE SEGUIMIENTO	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

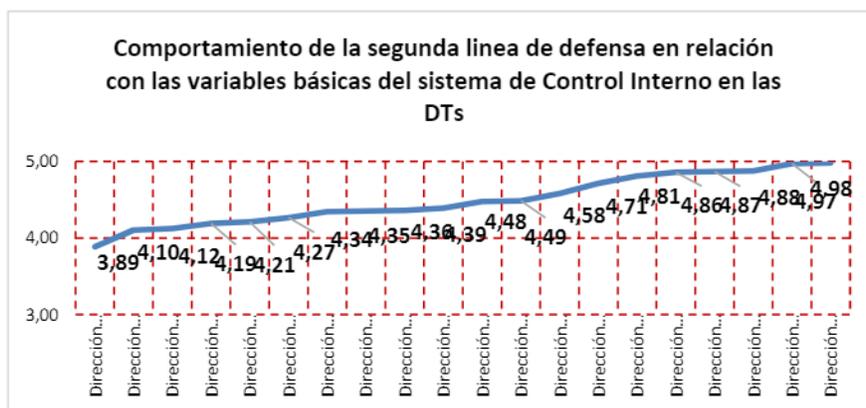
aspecto sobresaliente y que debe ser un aliciente para que las otros siete Direcciones Territoriales realicen los ajustes pertinentes. Para las que están en nivel alto tienen el reto de mantenerse.

COMPORTAMIENTO GENERAL DE LA SEGUNDA LINEA DE DEFENSA (PROCESOS Y DIRECCIONES TERRITORIALES) EN RELACIÓN A LAS VARIABLES MINIMAS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (CONTROL, INDICADORES Y RIESGOS) EN EL PERIODO 2018 A 2021-1

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 el proceso con menor valor está primero y el último corresponde al de mayor valor. Esta información permite determinar el intervalo cerrado donde se mueven los datos obtenidos y que corresponde para los procesos al [4,26 – 4,97]



En idéntica forma se procede con los datos originados por las Direcciones Territoriales, donde el intervalo corresponde a [3,89 – 4,98] y su distribución se muestra en la siguiente gráfica.



 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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 términos generales, combinados los intervalos correspondientes a los procesos institucionales y a las Direcciones Territoriales, el intervalo cerrado en que se mueve corresponde a: [3,89 – 4,98] de donde se tiene que el intervalo de los procesos institucionales está totalmente inmerso en el intervalo propio de las Direcciones Territoriales. Es de resaltar que el extremo inferior (3,89/5,00) no es un guarismo bajo dado que corresponde exactamente al 77,80% del valor máximo posible, aspecto que permite tomar acciones de mejora para superar este guarismo. En el extremo superior se alcanza el 96,60% de la máxima calificación posible, lo que implica el reto de mantenerlo en la línea horizontal de tiempo.

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 control, indicadores y riesgos en un lapso de tres años y medio con siete 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 de los procesos, donde se aplican los lineamientos de la Dirección General

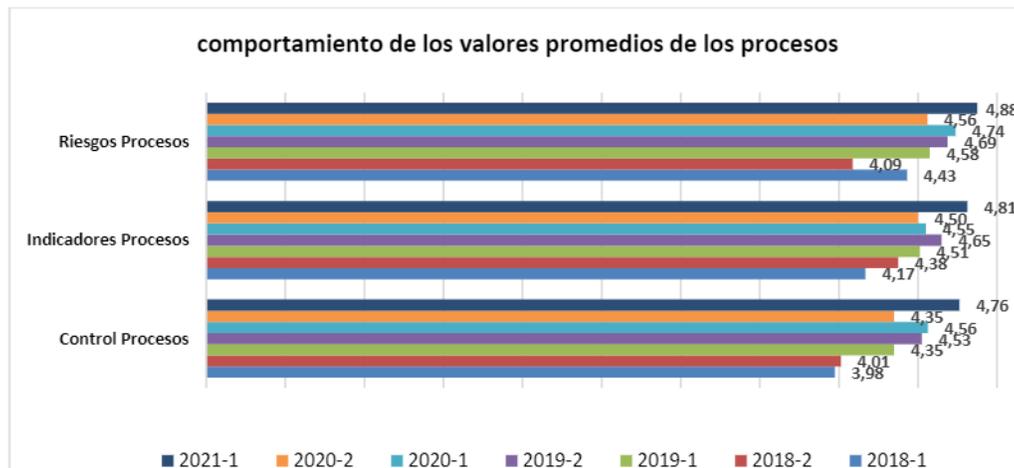
Como se puede observar en las gráficas, el comportamiento estadístico de las evaluaciones de los procesos se mueve en el intervalo [4,26 - 4,97], con una mediana de 4,46. Esto implica que de los 16 procesos examinados (se excluyeron los procesos de evaluación por su connotación en la gestión), el 50,00% está por encima de la mediana que representa un descenso con respecto del informe anterior donde la mediana era 56,25% y el restante 50,00% no logra este horizonte, lo que constituye en una desmejora porque el valor del informe anterior era de 43,75% guarismo inferior al obtenido en la medición actual.

Igual análisis se hace a las Direcciones Territoriales donde el comportamiento estadístico de las evaluaciones se mueve en el intervalo [3,89 – 4,98], con una mediana de 4,43. Esto implica que de las 20 Direcciones Territoriales solo diez superan el valor de la mediana que corresponden el 50,00% y el restante 50,00% no logra este valor de distribución media. En esta oportunidad los datos muestran un mejoramiento frente a la misma dinámica de los resultados del informe anterior.

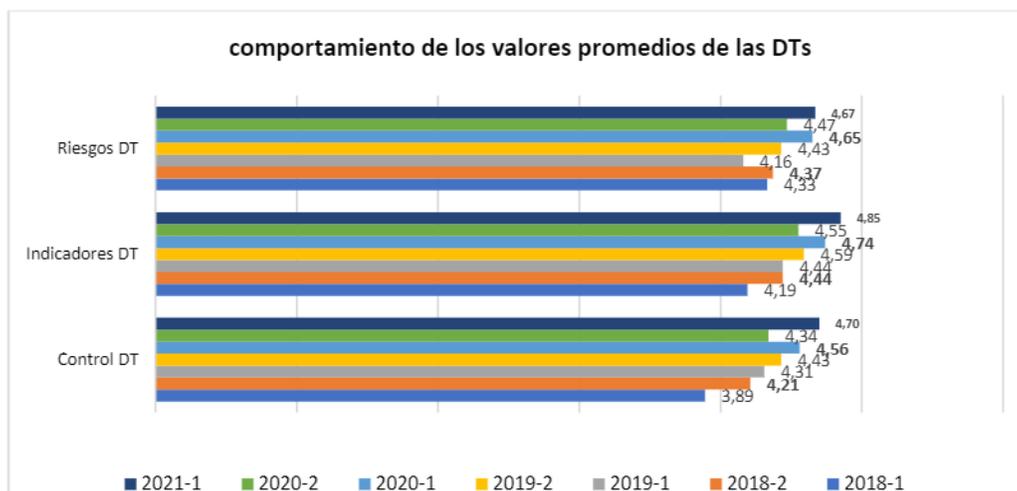
Si se hace un análisis del comportamiento de las evaluaciones tanto de los procesos como de las Direcciones Territoriales, se tiene que el intervalo corresponde al mismo de las DT [3,89 – 4,98], con una mediana de 4,46. En este escenario 18 (entre procesos y DTs) que corresponden al 50,00% 61,11% superan la línea mediana lo que implica una desmejora en comparación con la medición anterior que corresponde a 61,11% y el restante 50,50%% no lo logra.

La siguiente gráfica muestra en conjunto el comportamiento de las evaluaciones de la segunda línea de defensa de los procesos de la Unidad, las que se mueven en el intervalo [4,26 – 4,97], estos valores dejan un espacio importante para la mejora institucional de las variables calculadas para la segunda línea de defensa.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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



La siguiente gráfica muestra en conjunto el comportamiento de las evaluaciones de la segunda línea de defensa de la Unidad de las DT, las que se mueven en el intervalo [3,89 – 4,98], estos valores dejan un espacio importante para la mejora institucional de las variables calculadas para la segunda línea de defensa.



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 segunda 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

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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

Elaboro Liliana Marcela Criales Rincón Profesional Especializado OCI

ANEXOS

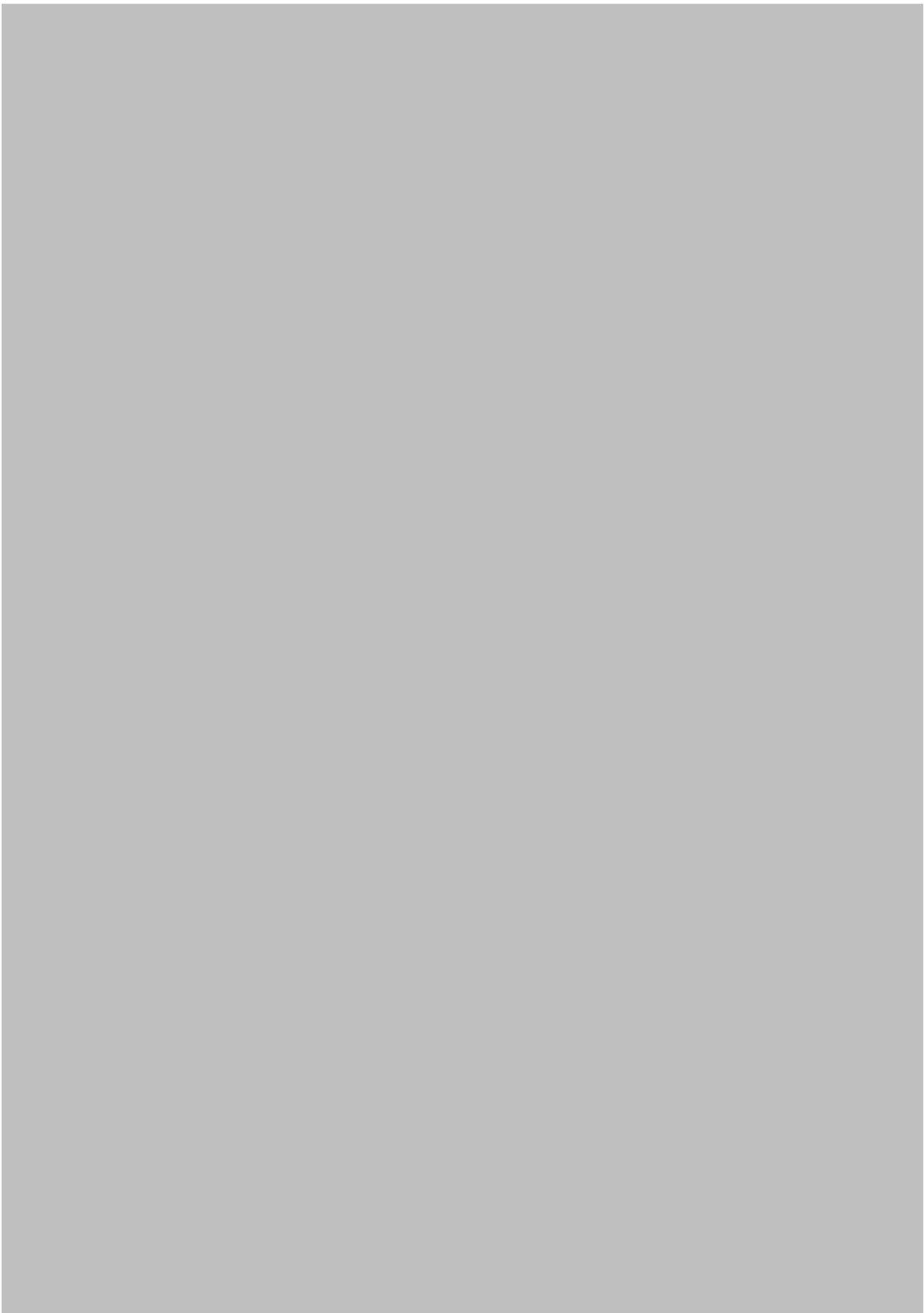
Anexo 1 Control de cambios

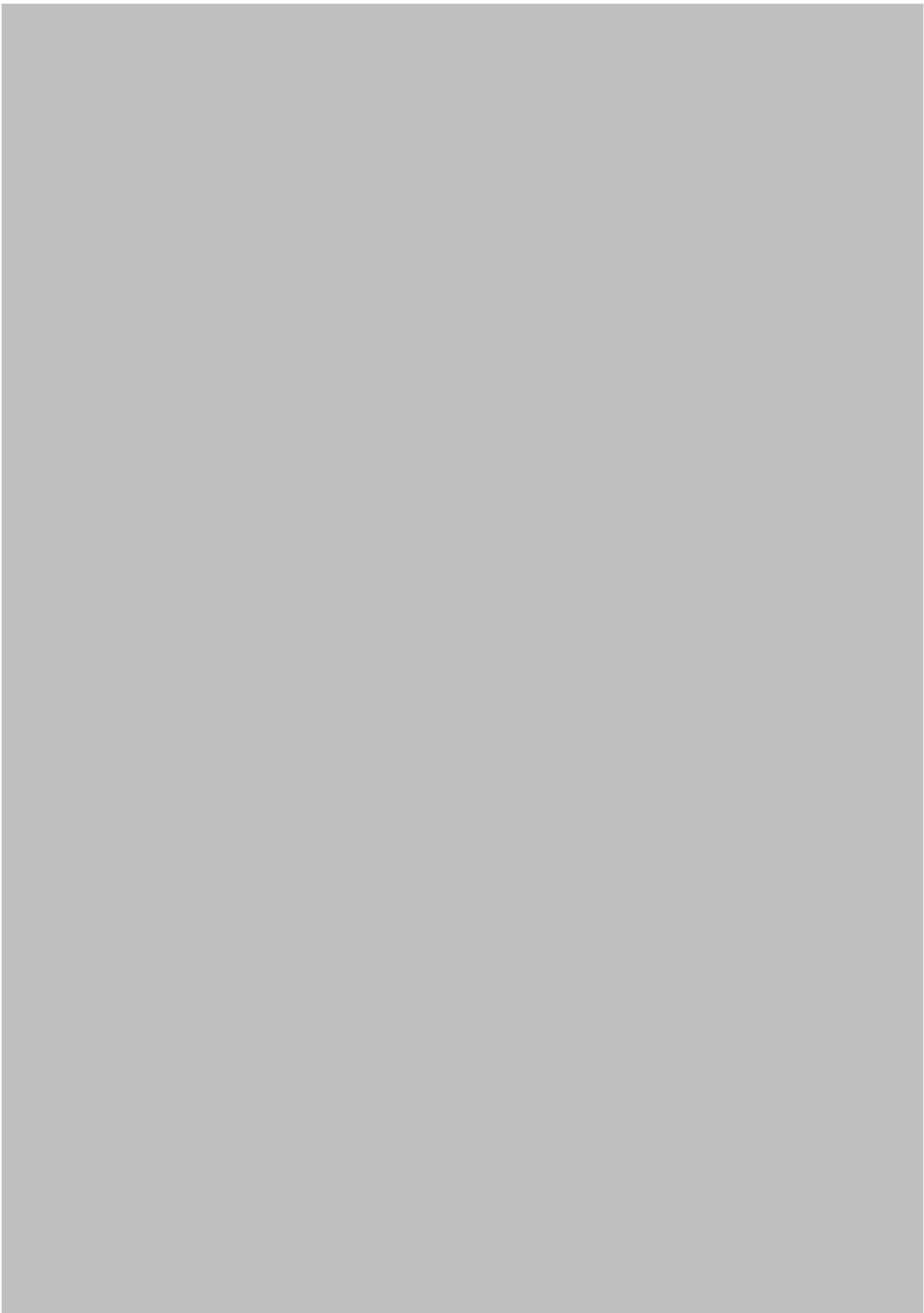
Versión	Fecha de Cambio	Descripción de la modificación
1	04/08/2014	Creación del formato.
2	09/03/2015	Al revisar el formato se evidencia que la casilla fecha de informe está repetida.
3	02/08/2017	Se modifica formato y se adiciona firma aprobación del Jefe Oficina de Control Interno.
4	30/04/2020	Se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

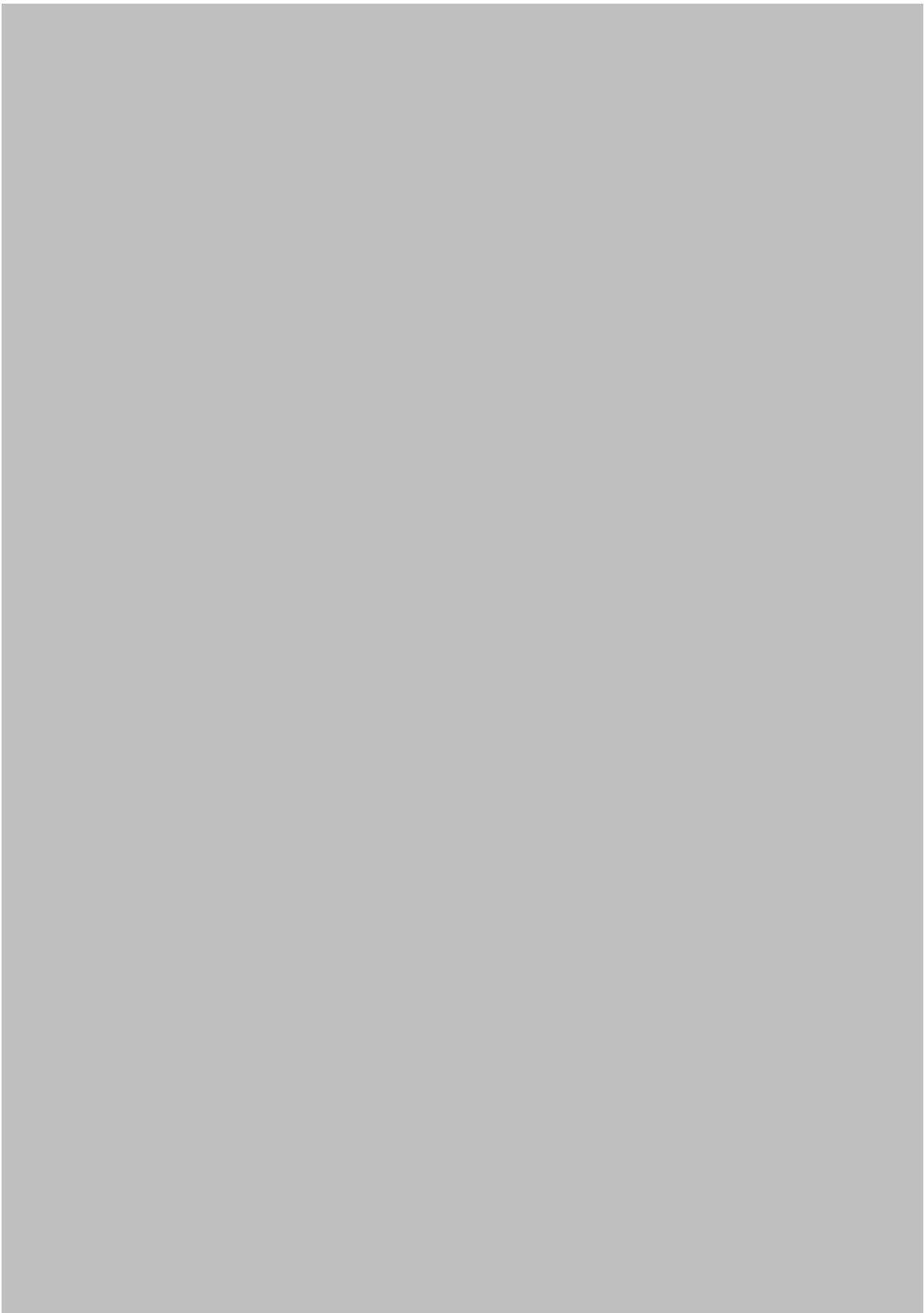
INSTRUCTIVO HERRAMIENTA DE SEGUIMIENTO AUDITORIAS DE GESTIÓN

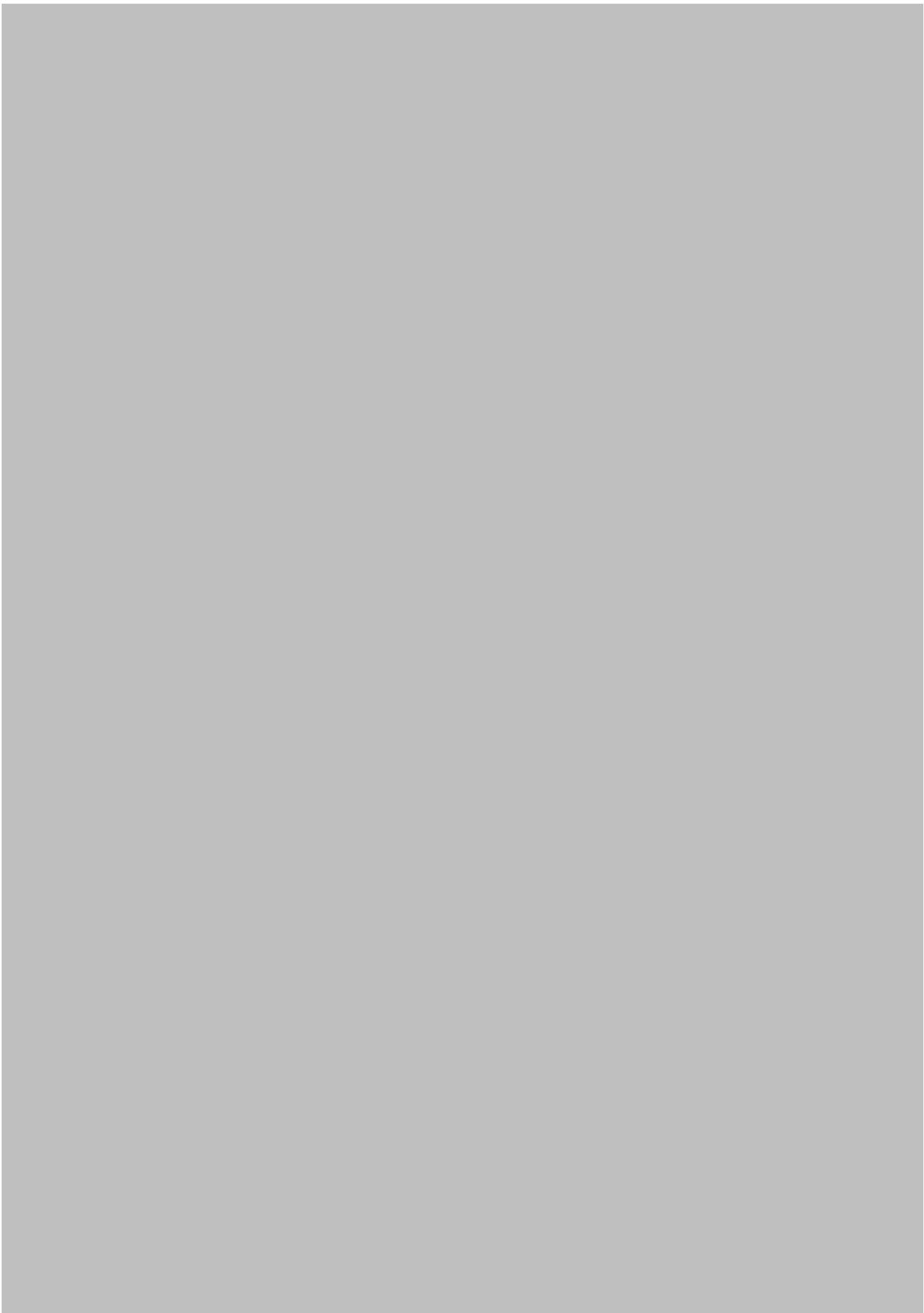
Datos		Descripción	Responsable
CARACTERIZACIÓN DEL PLAN DE SEGUIMIENTO (APLICATIVO OCI)	PROCESOS	Nombre del proceso auditado	Aplicativo OC
	DEPENDENCIA	Área o dependencia auditada del proceso	
	CÓDIGO DE LA DEBILIDAD	Código de la debilidad designada por el aplicativo OCI	
	DEBILIDAD	Hallazgos identificados en la auditoría de gestión	
	CAUSA	Es el origen, motivo o razón por la cual ocurrió la debilidad o el motivo del incumplimiento. Esta es identificada por el auditado.	
	ACCION DE MEJORA	Acción identificada que permite abordar las causas para eliminar la debilidad no deseables. Esta es identificada por el auditado.	
	ACTIVIDAD	Tareas que deben ser ejecutadas para dar cumplimiento a la acción. Esta es identificada por el auditado.	
	EVIDENCIA DEL AUDITADO	Resultado de la actividad. Prueba que demuestra la existencia de un hecho la cual es observable y verificable. Esta es identificada por el auditado.	
EVIDENCIA VERIFICADA POR EL AUDITOR	Descripción por parte del auditor en relación con la veracidad de la evidencia. (link de ubicación, si existe o no la evidencia, etc.)	Auditor OCI	
FECHA INICIO	Fecha de inicio para ejecutar las acciones y actividades planeadas por el auditado.	Aplicativo OCI	
FECHA FINAL	Fecha final para dar cumplimiento a lo planeado por el auditado.		
CRITERIOS DE CUMPLIMIENTO	1- Las causa busca eliminar la debilidad	El Auditor de la OCI debe evaluar en esta casilla (lista desplegable) si la causa tiene relación con la debilidad. (SI =30), (NO=0)	Auditor OCI
	2- La actividad se relaciona con la causa descrita	El Auditor de la OCI debe evaluar en esta casilla (lista desplegable) si la actividad se relaciona con la causa descrita. (SI =5), (NO=0)	Auditor OCI
	3- La actividad propende por eliminar la debilidad	El Auditor de la OCI debe evaluar en esta casilla (lista desplegable) si la actividad tiende a eliminar la debilidad. (SI =15), (NO=0)	Auditor OCI
	4- La evidencia prueba total integridad en la ejecución de la actividad	El Auditor de la OCI debe evaluar en esta casilla (lista desplegable) si la evidencia es íntegra es decir, si se encuentra completa en la ejecución de la actividad, si la respuesta es SI finaliza la evaluación; pero si la respuesta es parcial o NO es íntegra se debe evaluar la casilla 5 para verificar si tiene evidencias adicionales. (SI =45), (Parcial=25), (NO=0).	Auditor OCI
	5- Evidencias adicionales	Esta evaluación depende de la casilla anterior (4- La evidencia prueba total integridad en la ejecución de la actividad).	Auditor OCI
VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS	1	Resultado individual de cada uno de los criterios evaluados por el auditor de acuerdo a una escala de valor ya predeterminada en la herramienta.	Resultados obtenidos directamente por la herramienta
	2		
	3		
	4		
5			
Nivel de cumplimiento	Valoración del nivel de cumplimiento individual. (de cero (0) a cien (100) puntos).		
Porcentaje de cumplimiento	Porcentaje del nivel de cumplimiento individual.		
ESTADO	ESTADO DE CUMPLIMIENTO	Resultado del estado de cumplimiento individual de acuerdo a una escala de valor ya predeterminada en la herramienta. (Reformulada y Cerrada).	Resultados obtenidos directamente por la herramienta
	MEDIANA (NIVEL DE CUMPLIMIENTO POR DEBILIDAD)	Es la medida que se obtiene hallando la mediana del nivel de cumplimiento total de cada debilidad.	
	ZONA DE SOLIDEZ	Solidez del seguimiento en que se encuentra la debilidad. Esta zona es determinada de acuerdo a unos valores ya predeterminados en la herramienta (Alto, Medio y Bajo).	
RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS	1- Las causa busca eliminar la debilidad	Resultado individual que resulta de acuerdo a la valoración dada por cada auditor en los criterios de cumplimiento. (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 en la ejecución de la actividad y 5- Evidencias adicionales).	Resultados obtenidos directamente por la herramienta
	2- La actividad se relaciona con la causa descrita		
	3- La actividad debe propender por eliminar la debilidad		
	4- La evidencia prueba total integridad en la ejecución de la actividad		
	5- Evidencias adicionales		
CRITERIOS DEL EVALUADOR	Análisis que debe realizar el auditor de acuerdo al seguimiento ejecutado.	Auditor OCI	

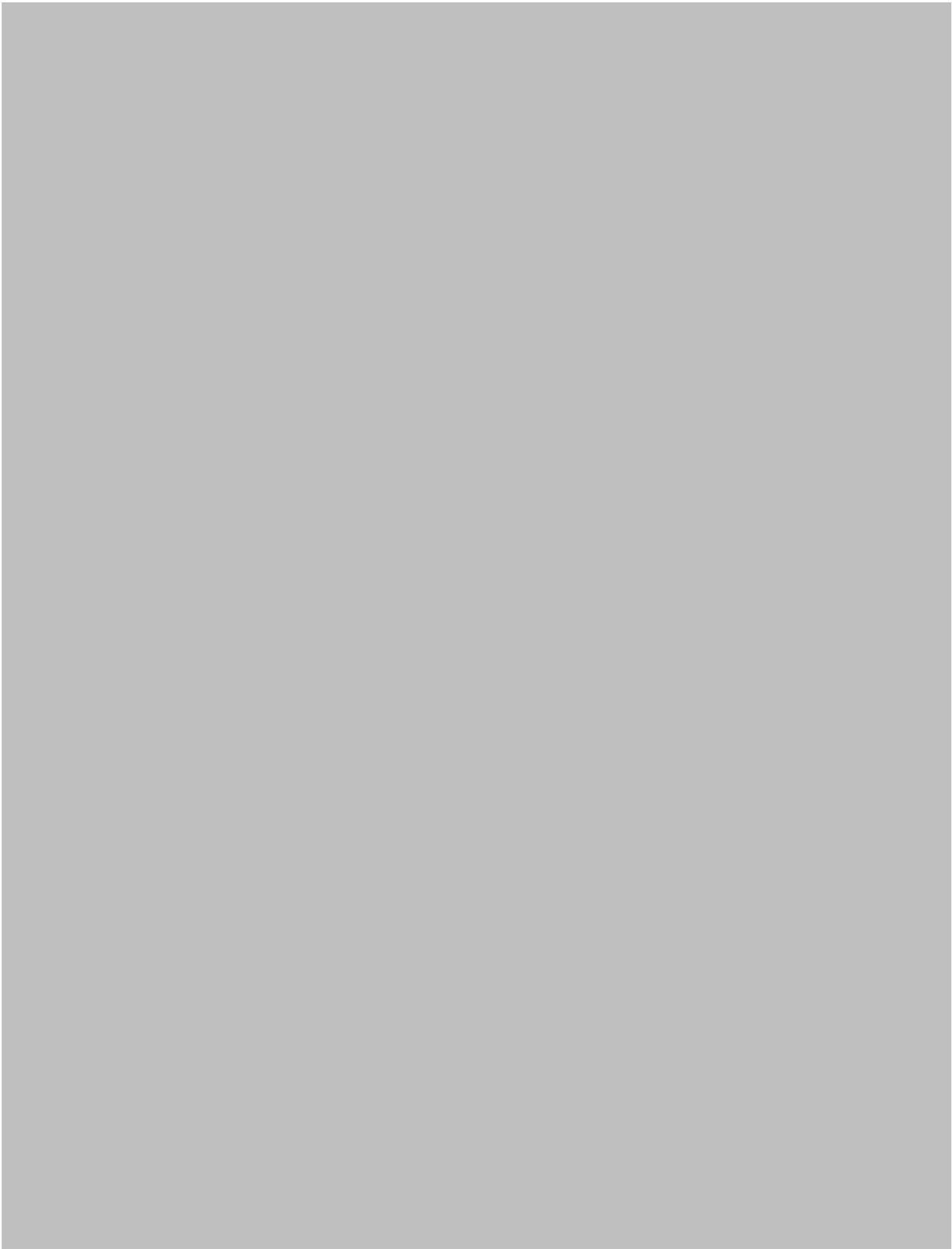
Nota: La única hoja que se debe diligenciar de acuerdo al instructivo es la denominada **Seguimiento PM Gestión**, la hoja consolidado Reparación, Grafica por debilidad y Grafica consolidado es el resultado del seguimiento realizado por el auditor y es dado directamente por la herramienta, para consulta.



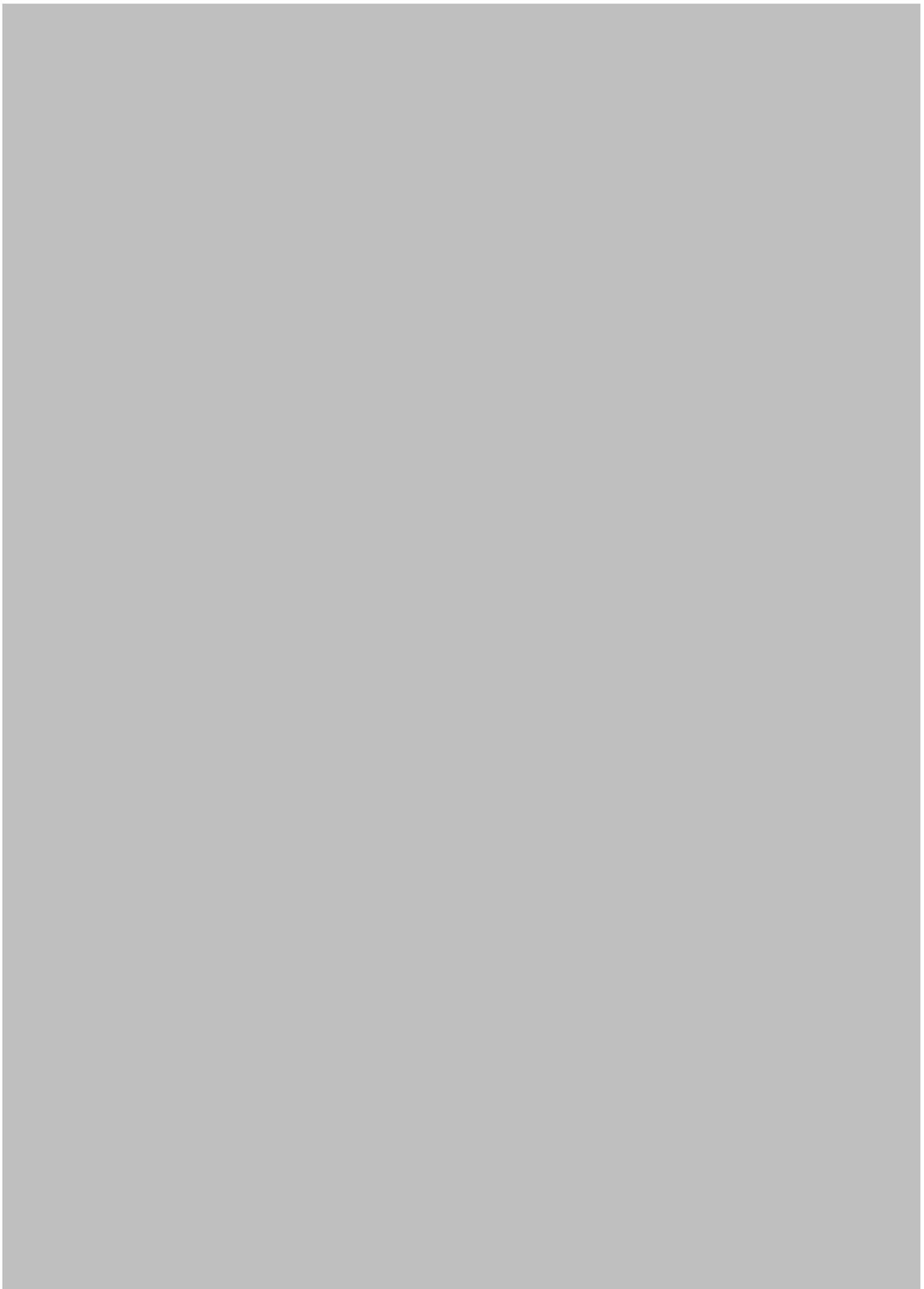


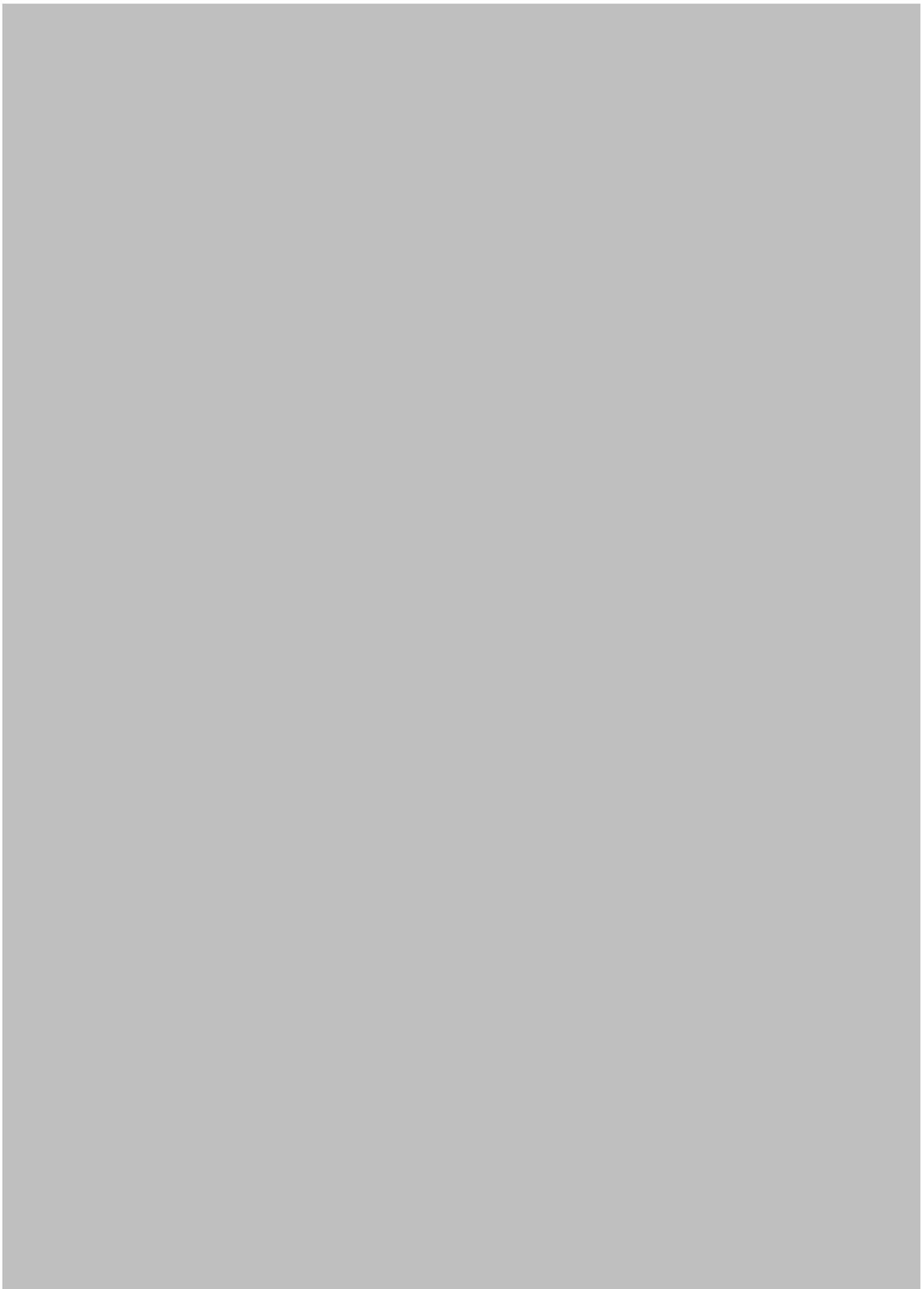


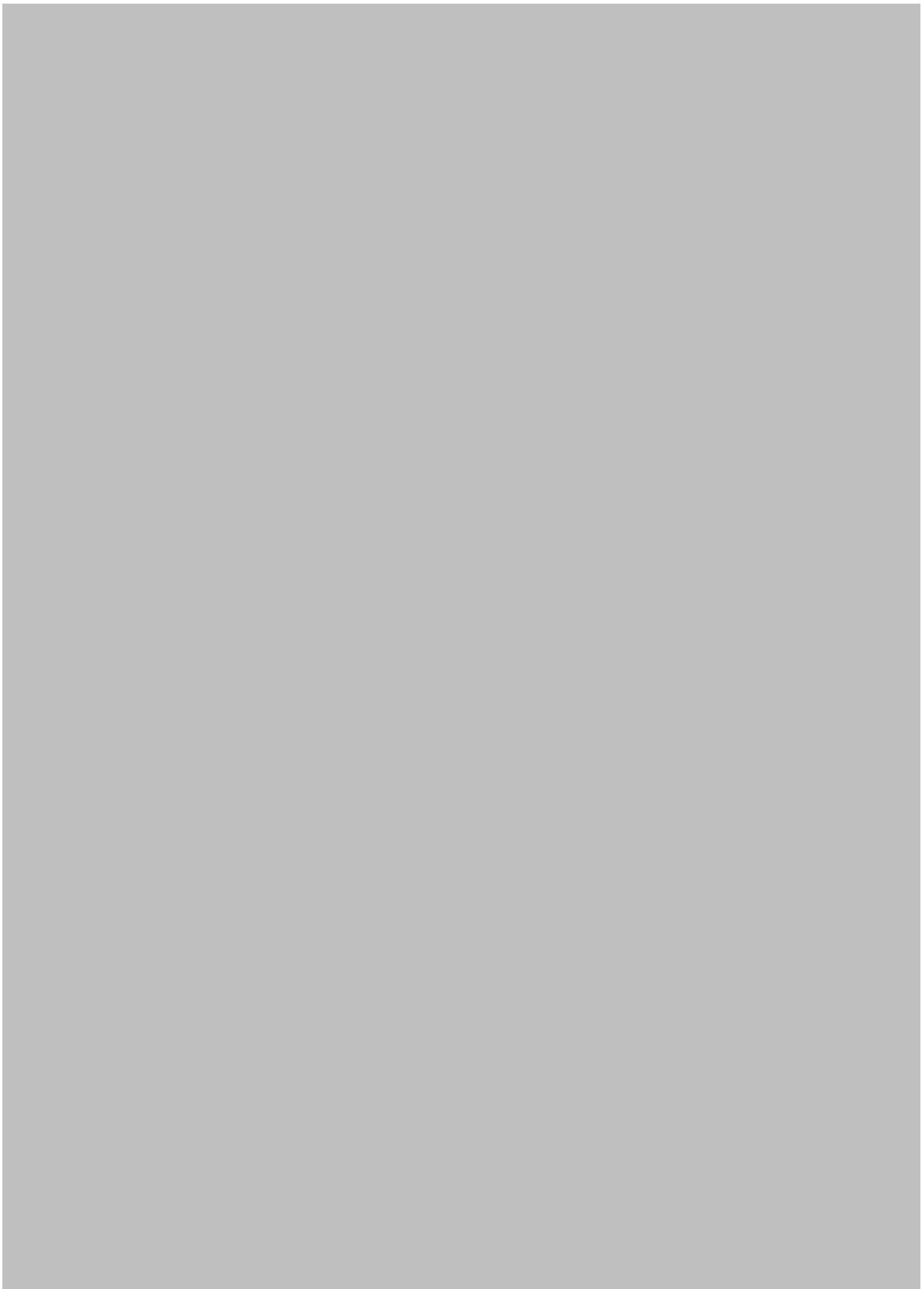


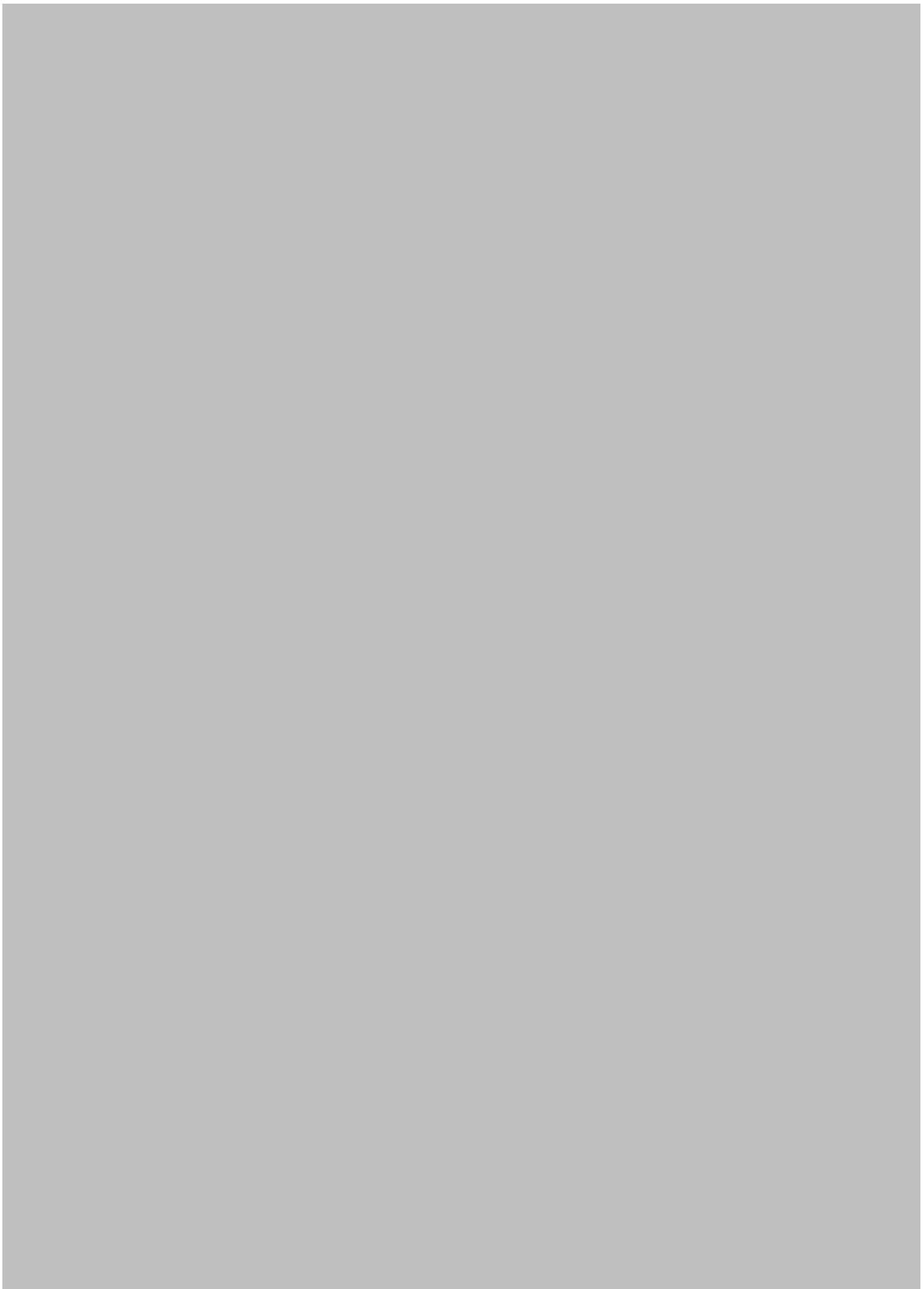


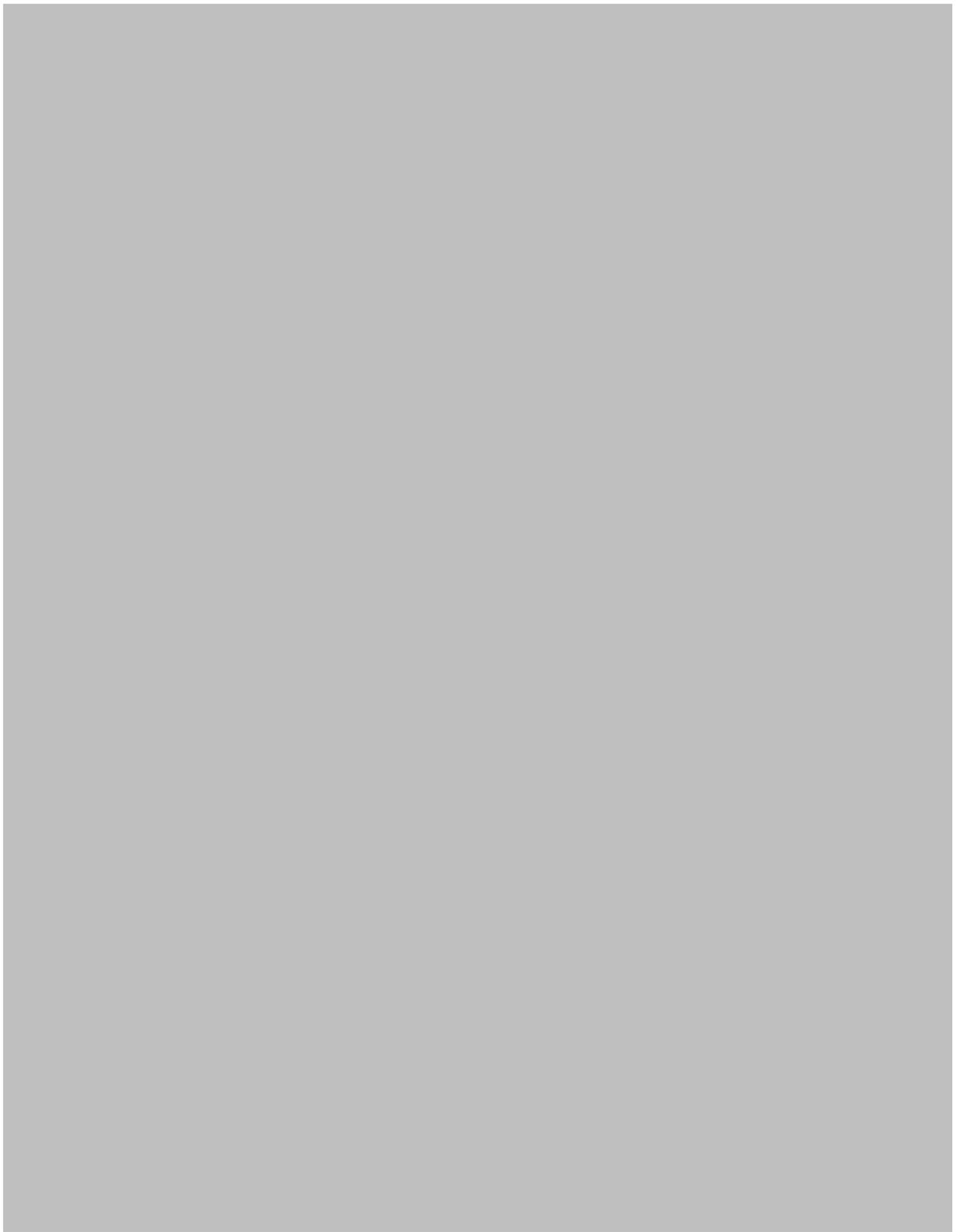




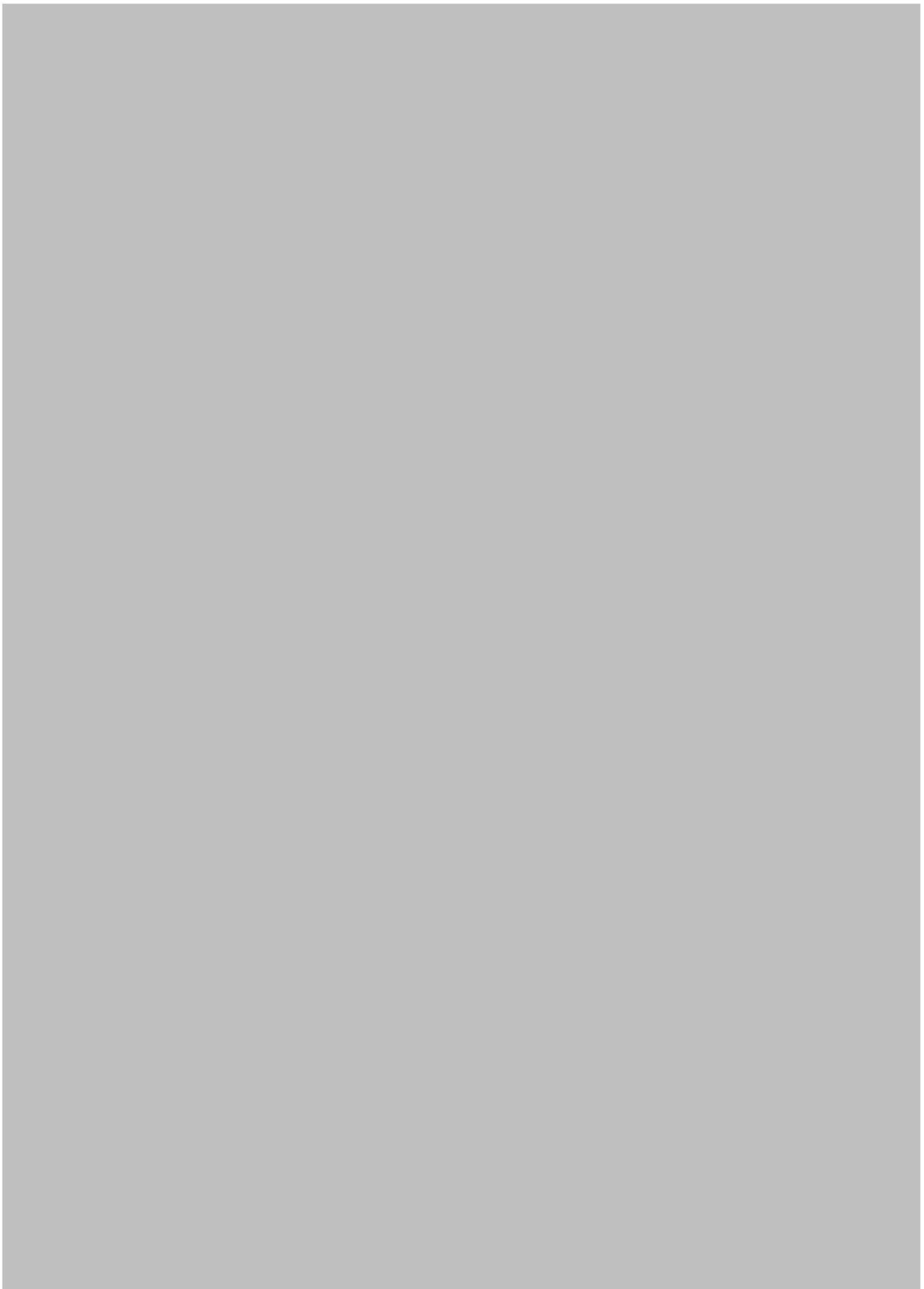


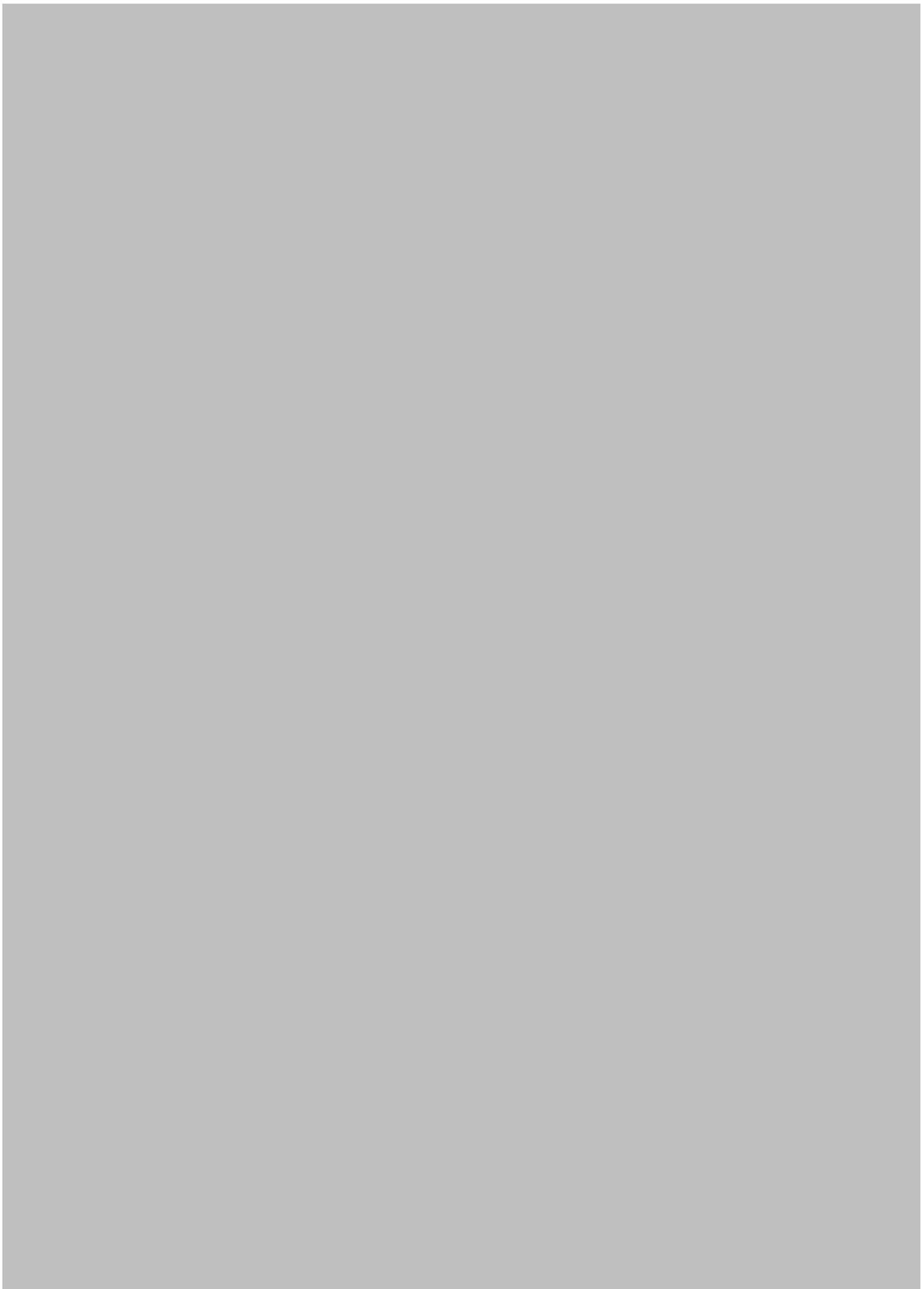


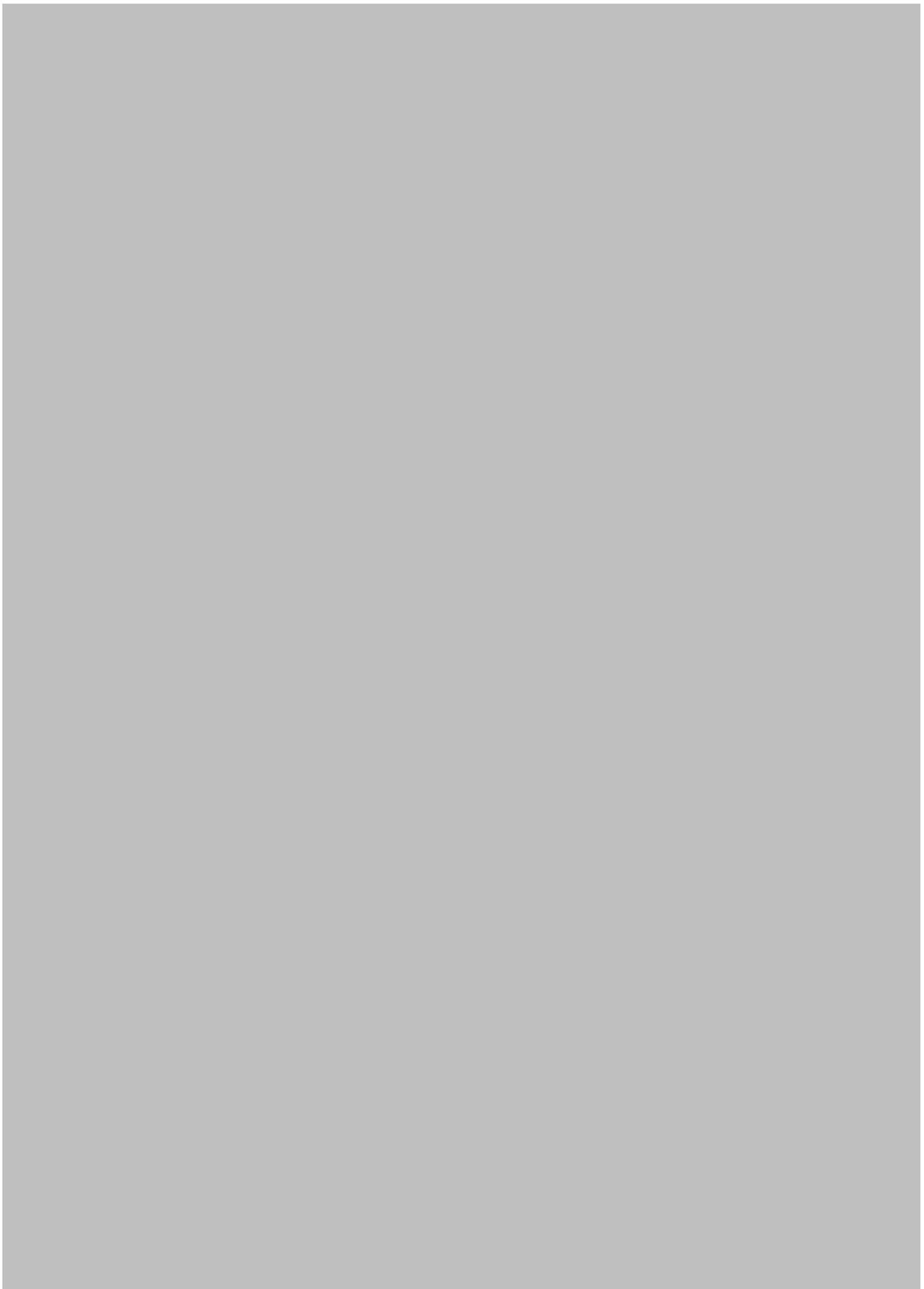


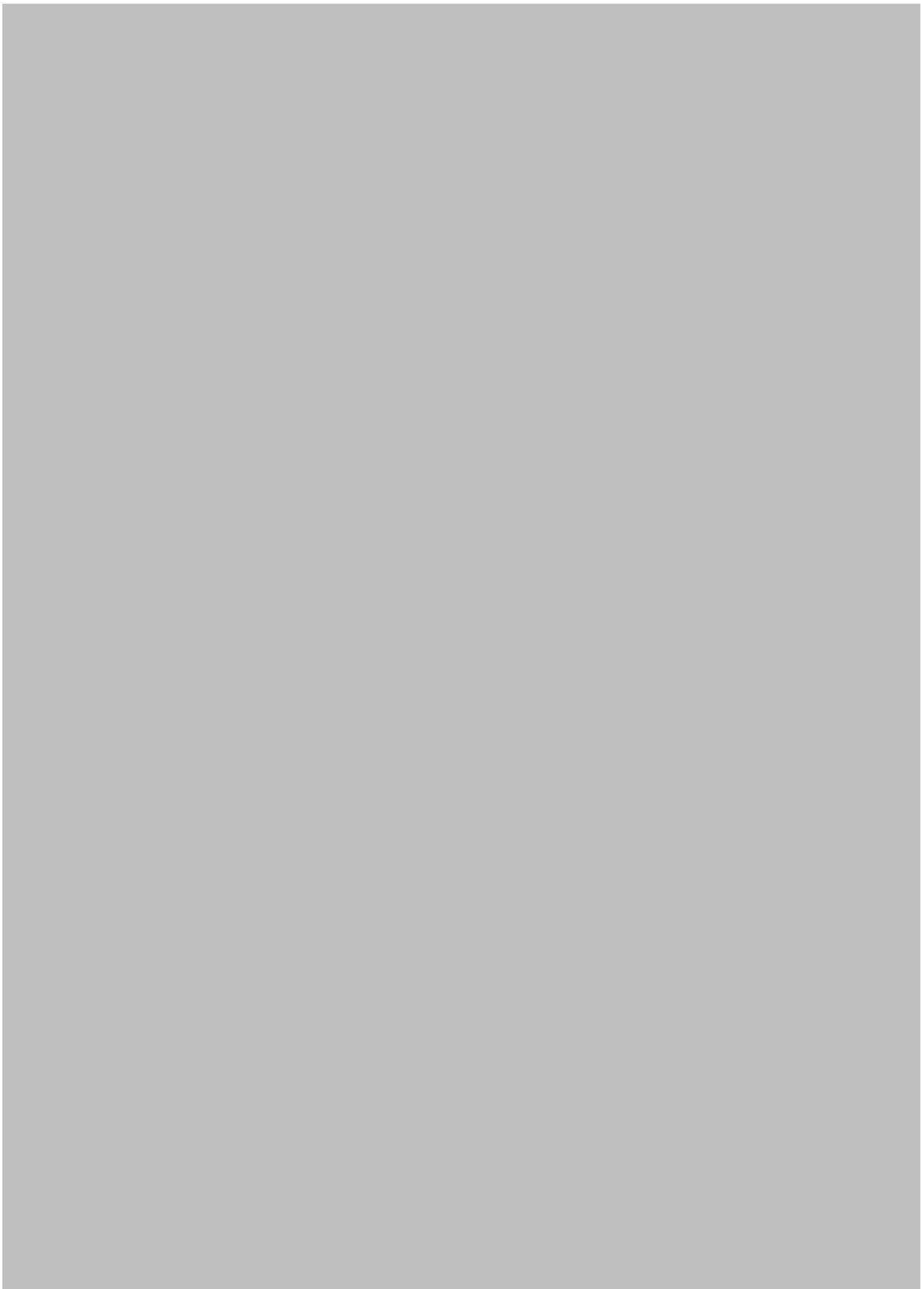


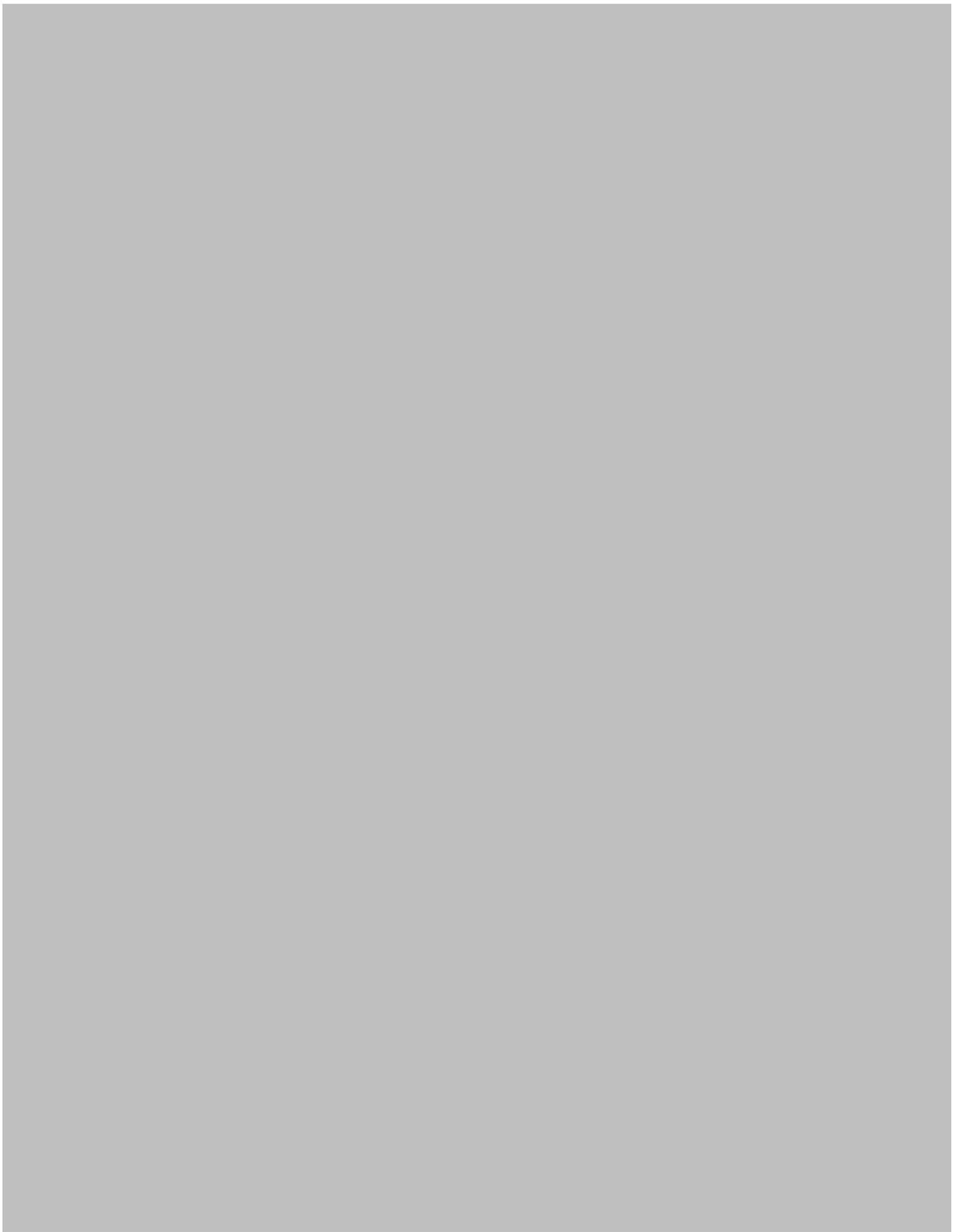




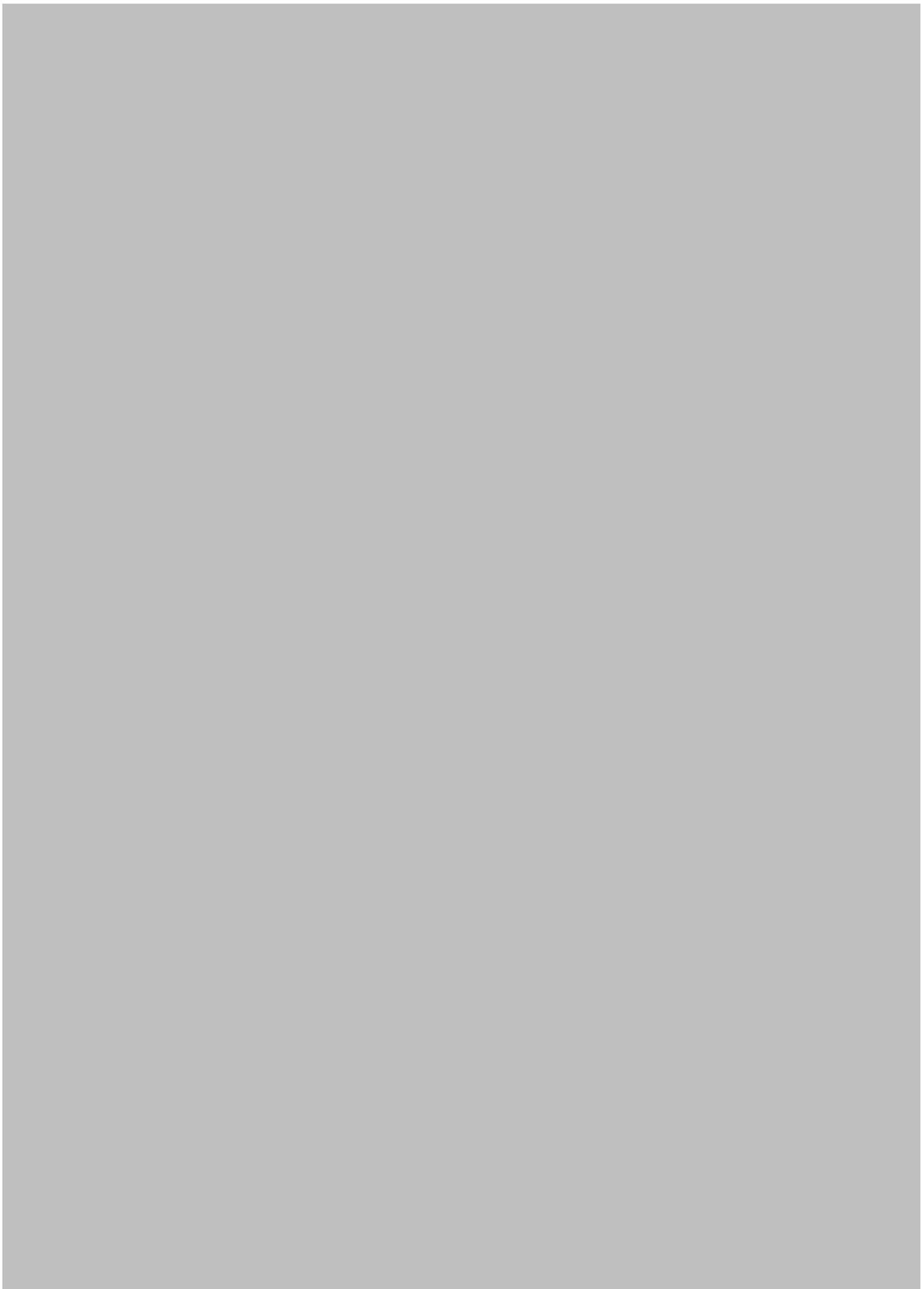


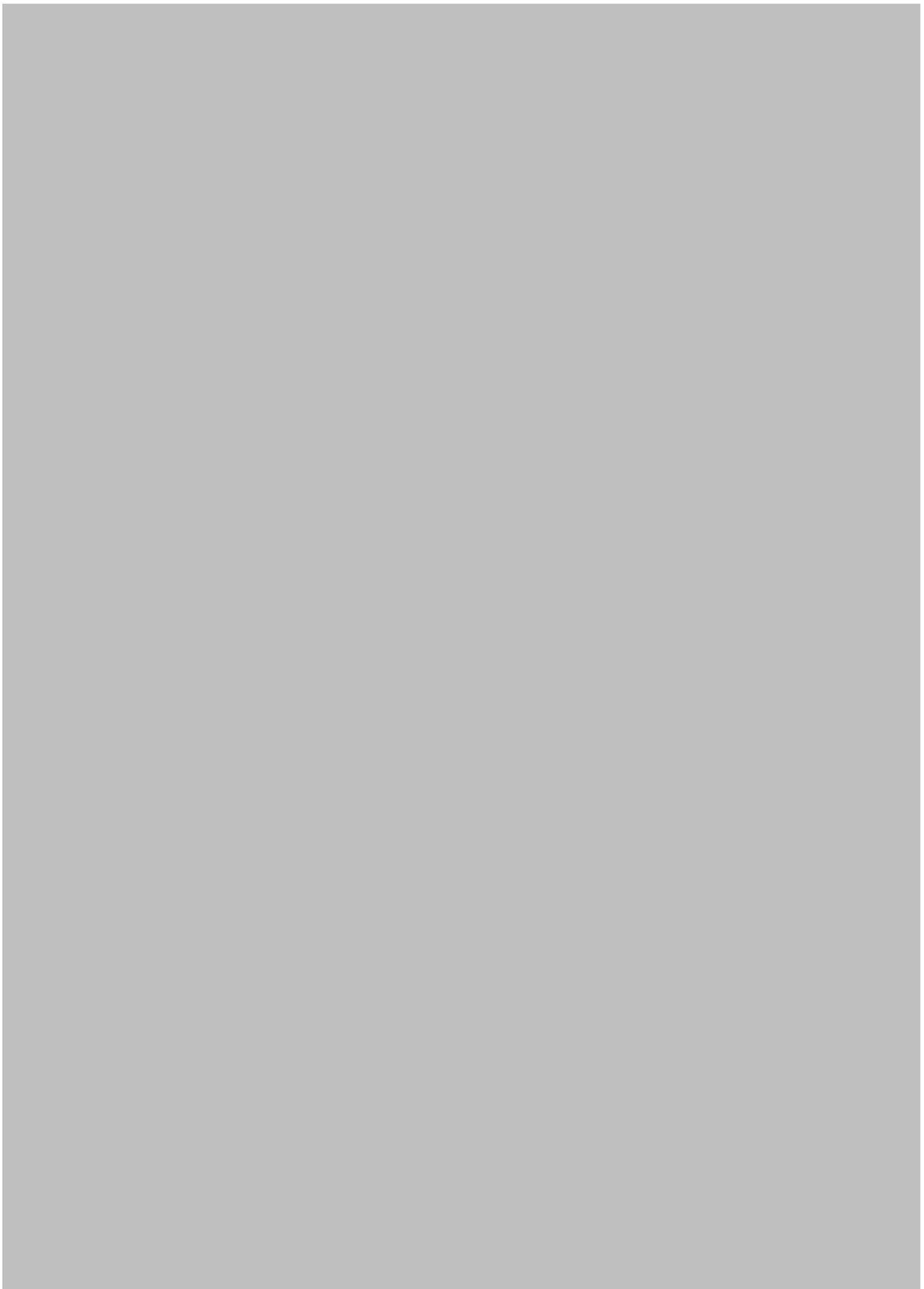


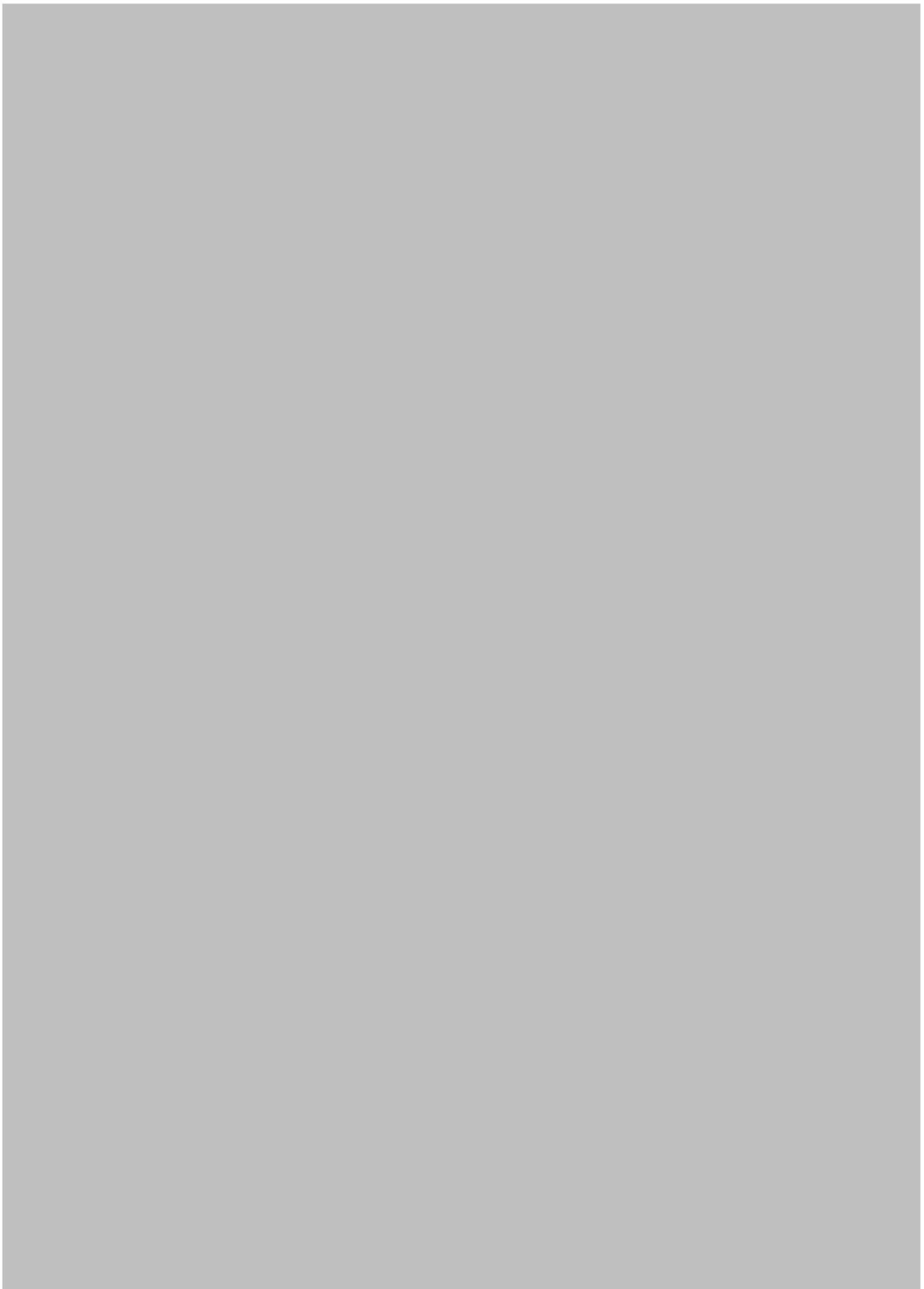


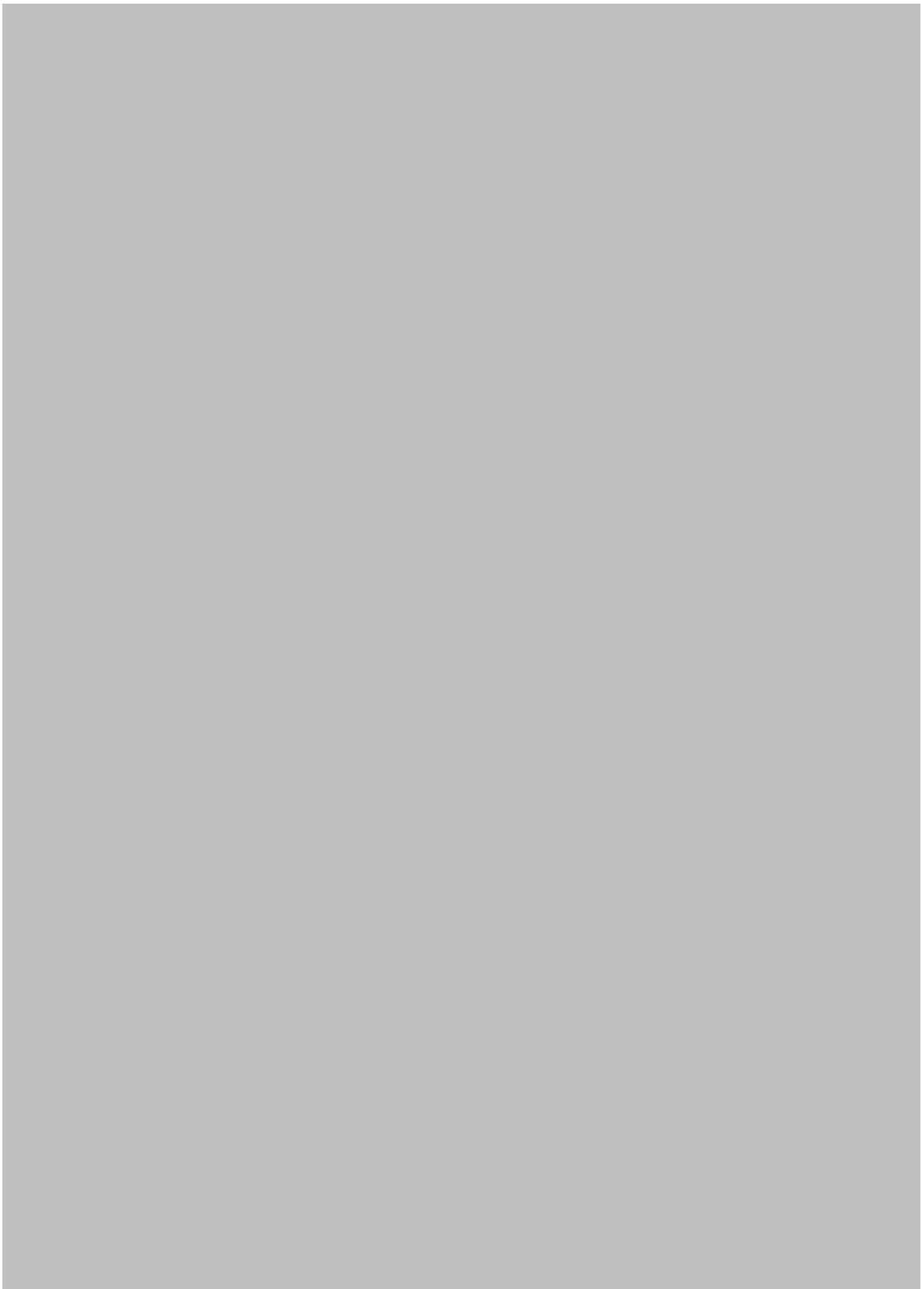


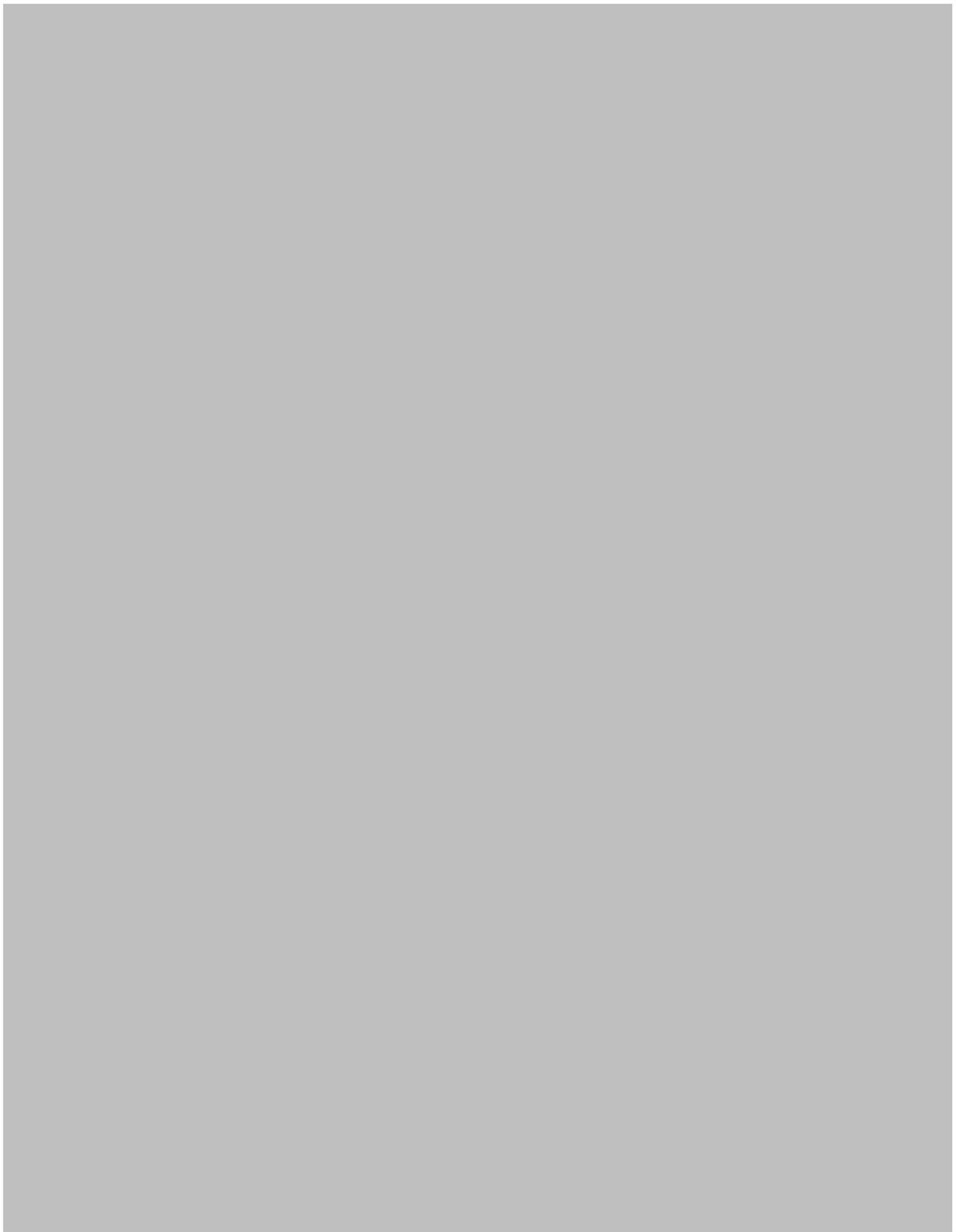






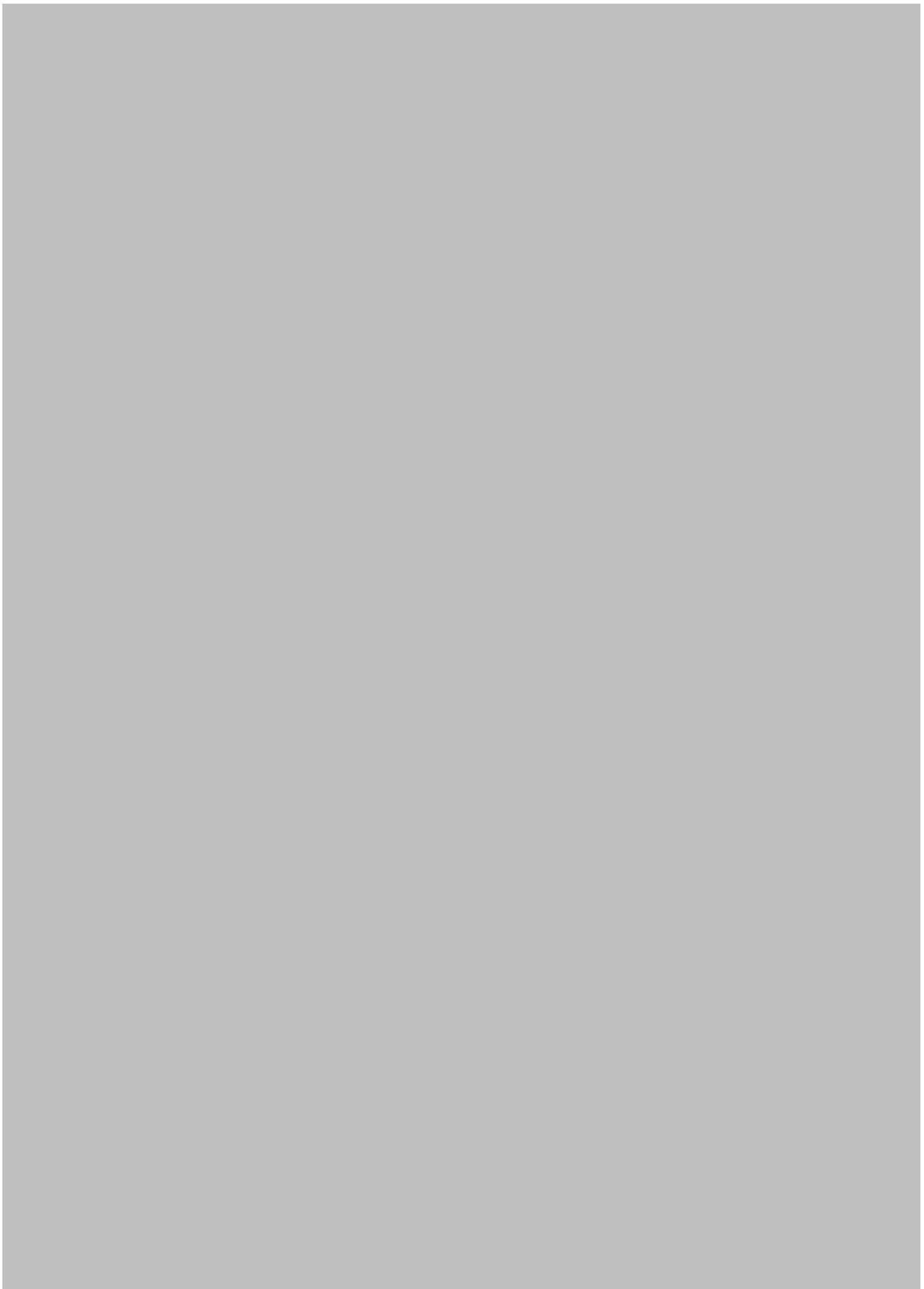


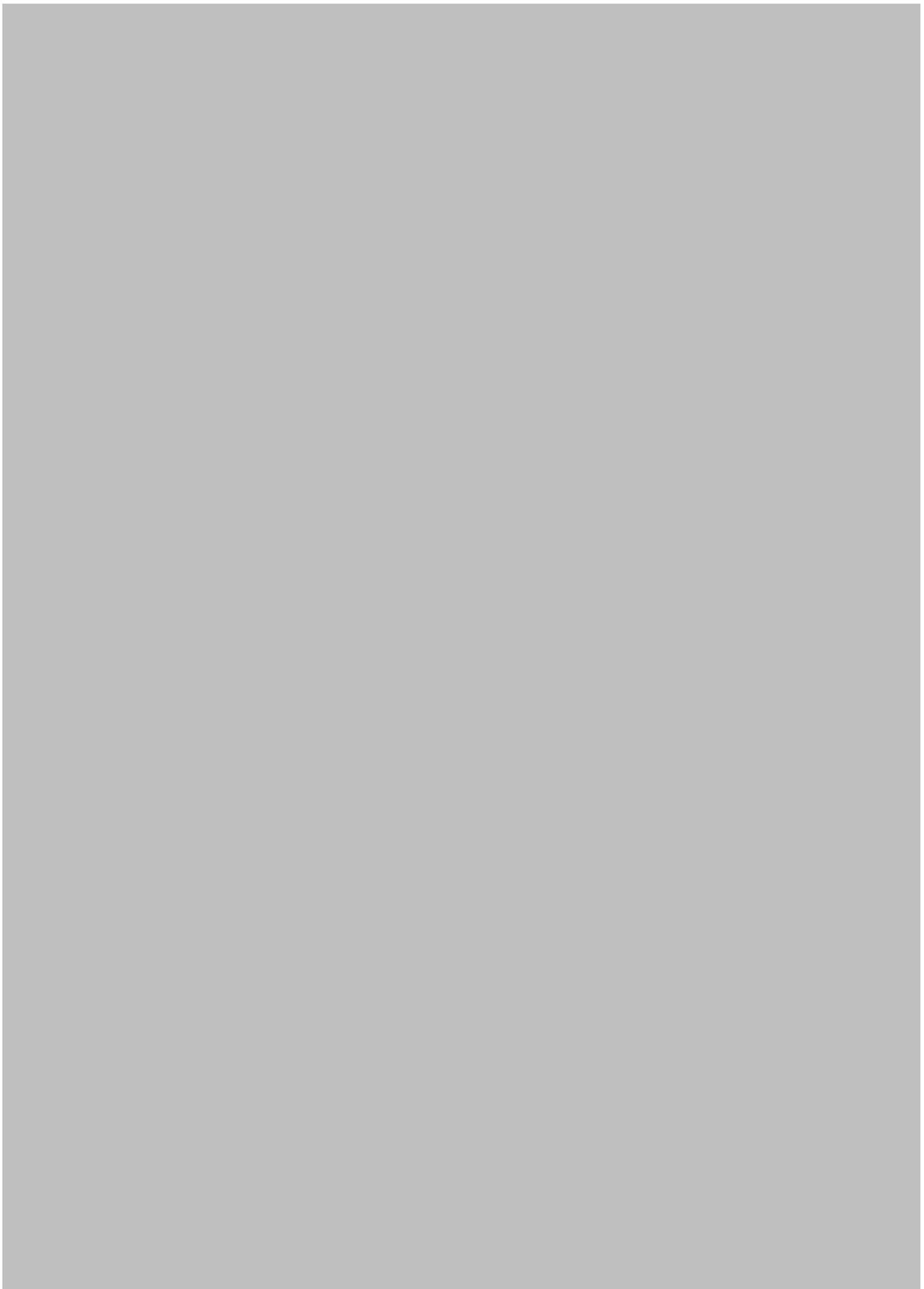




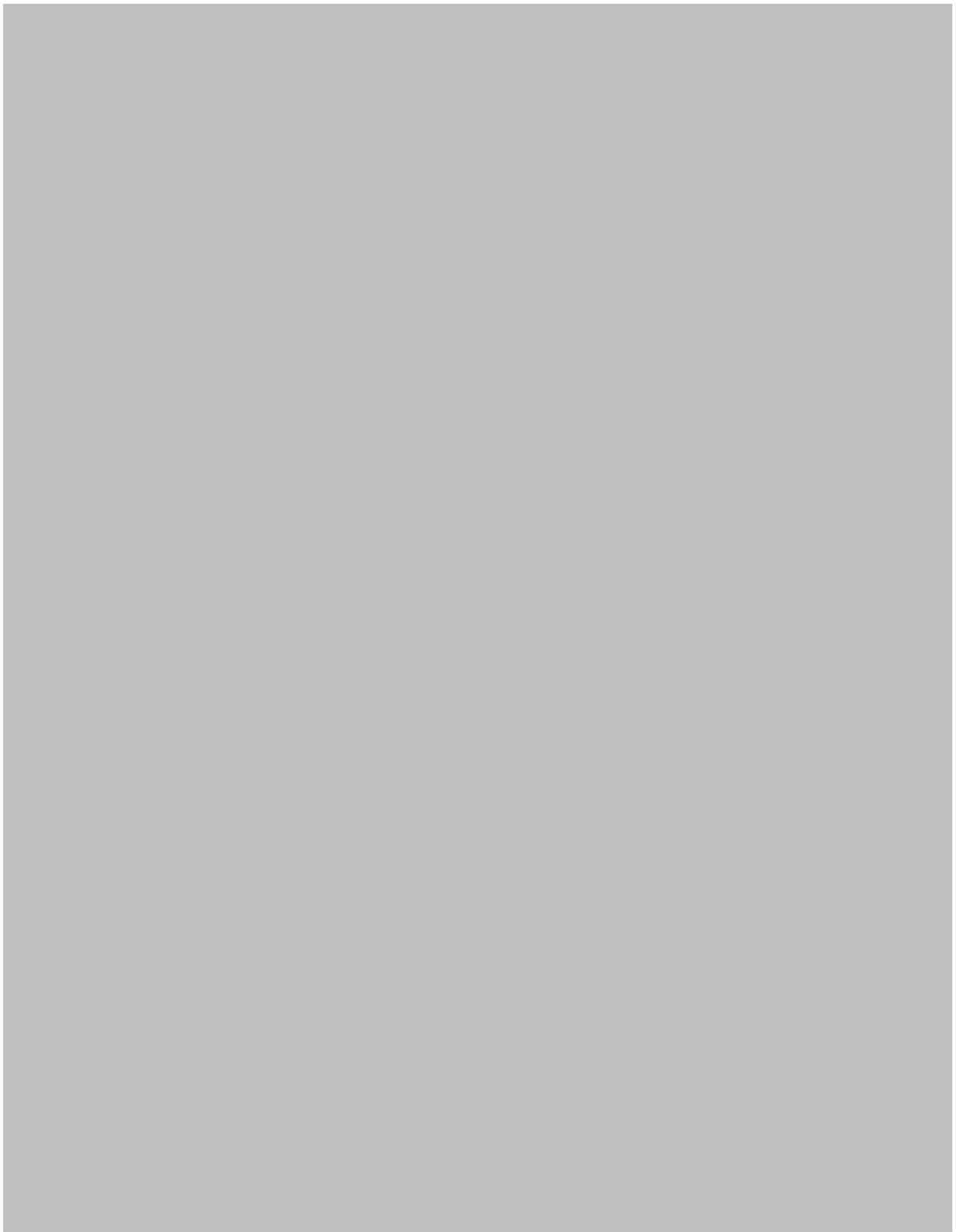




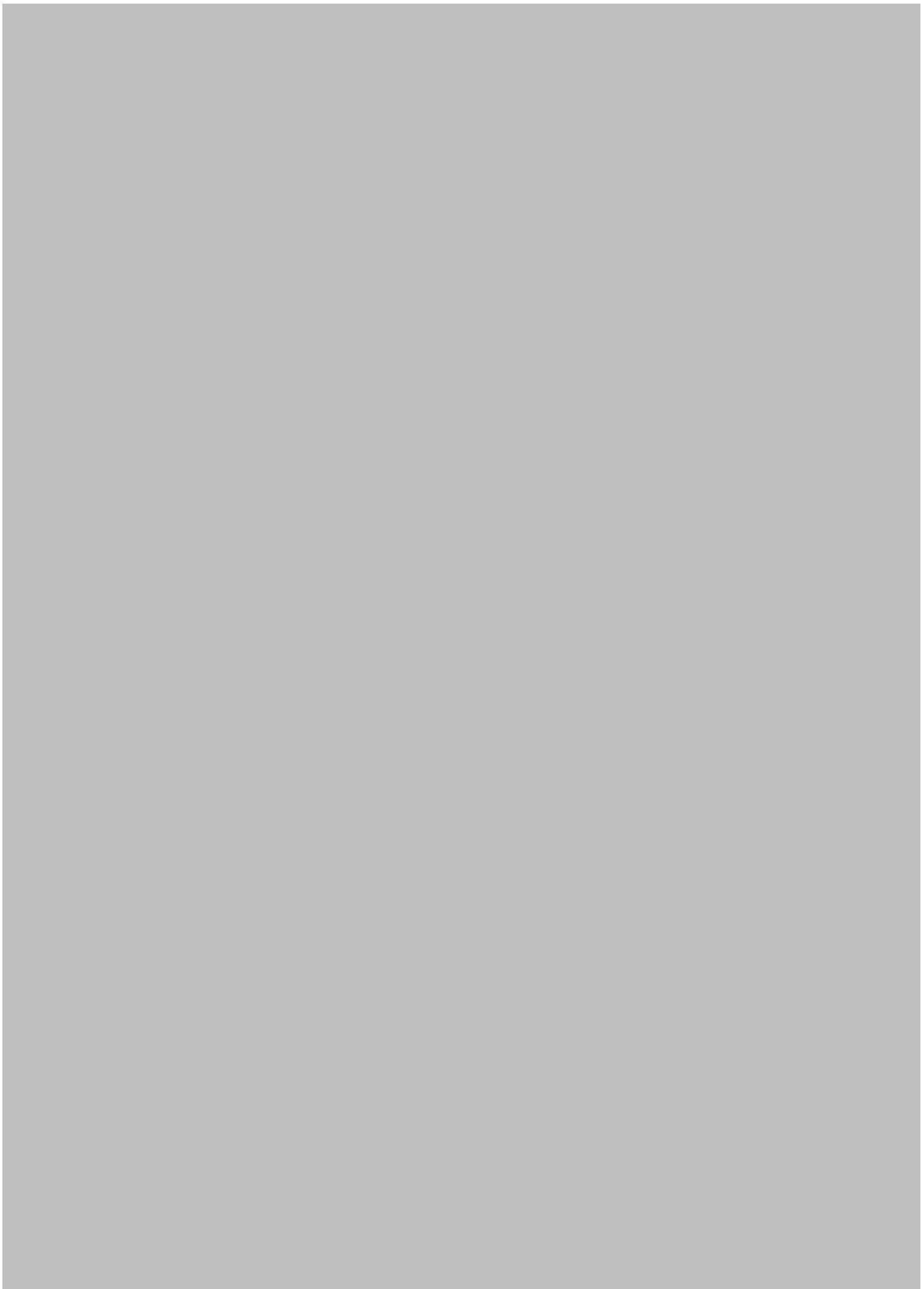


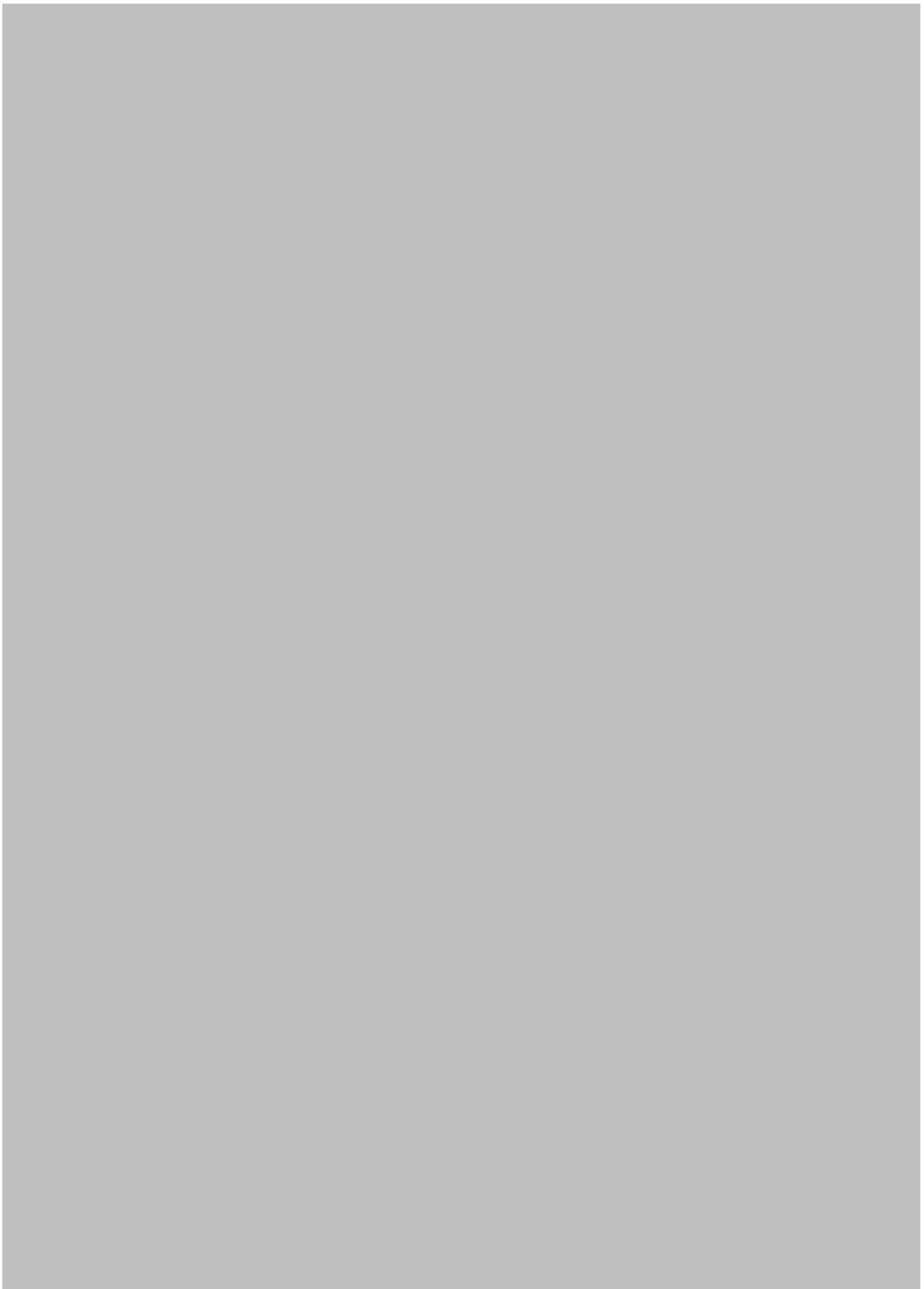


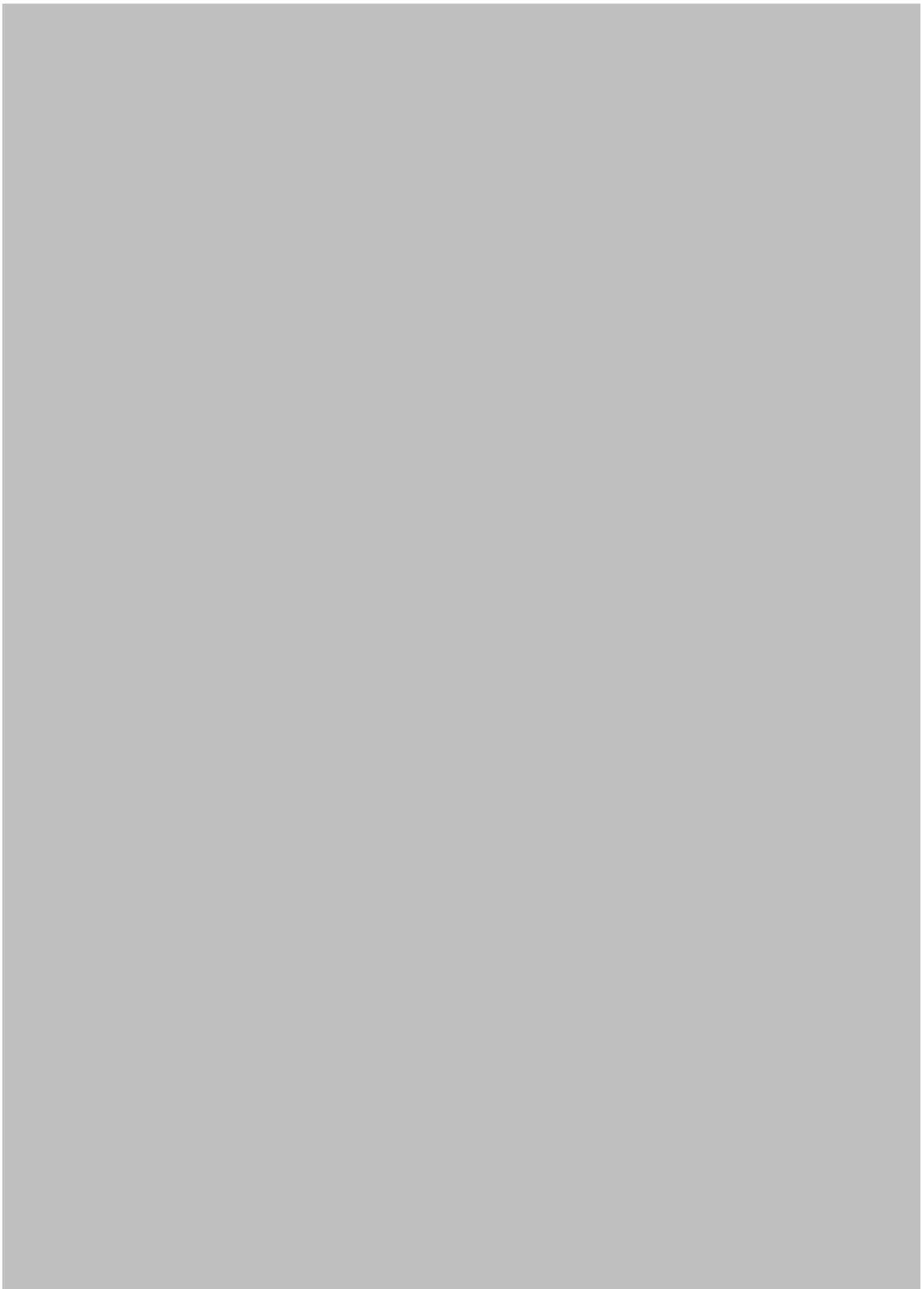


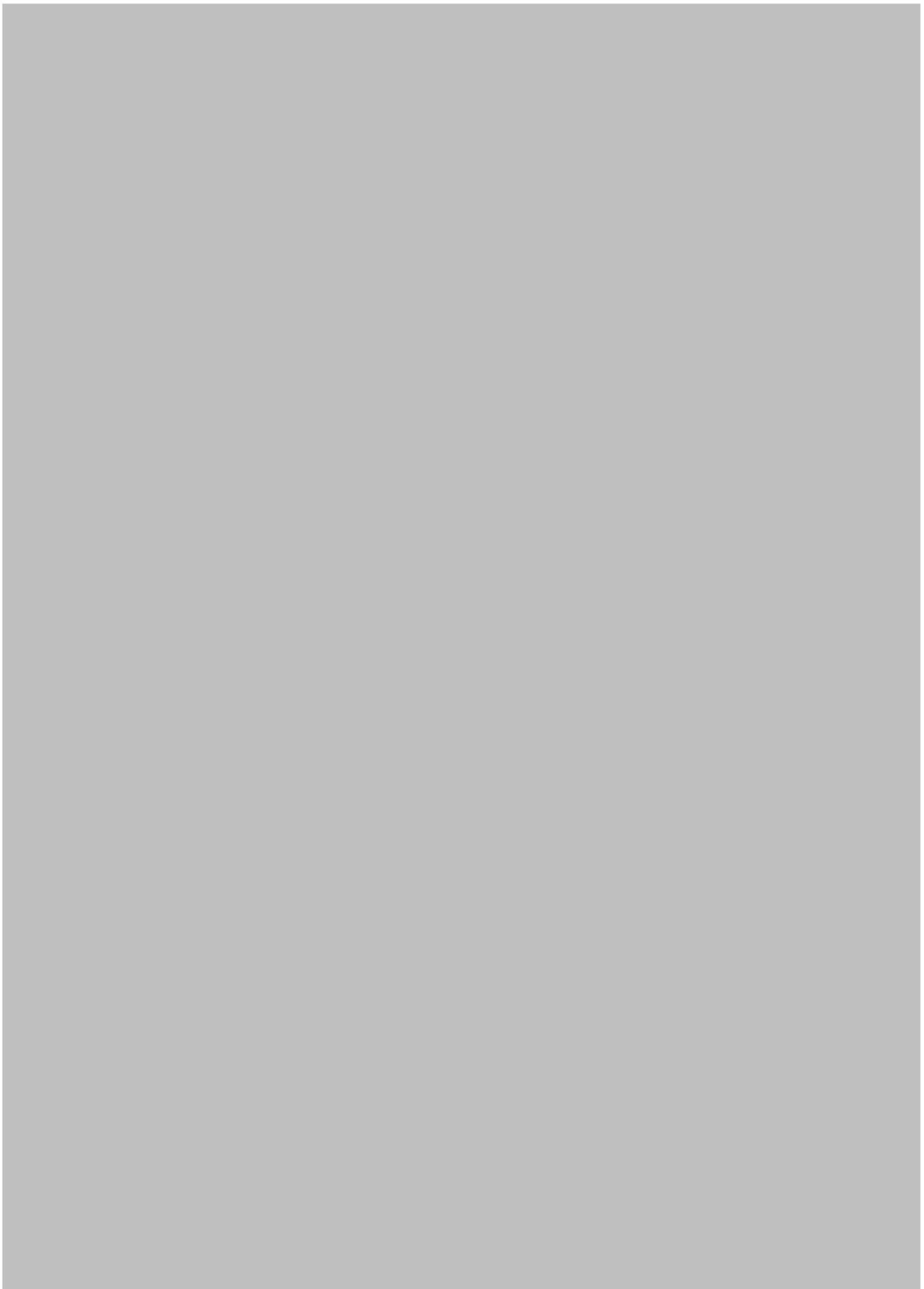


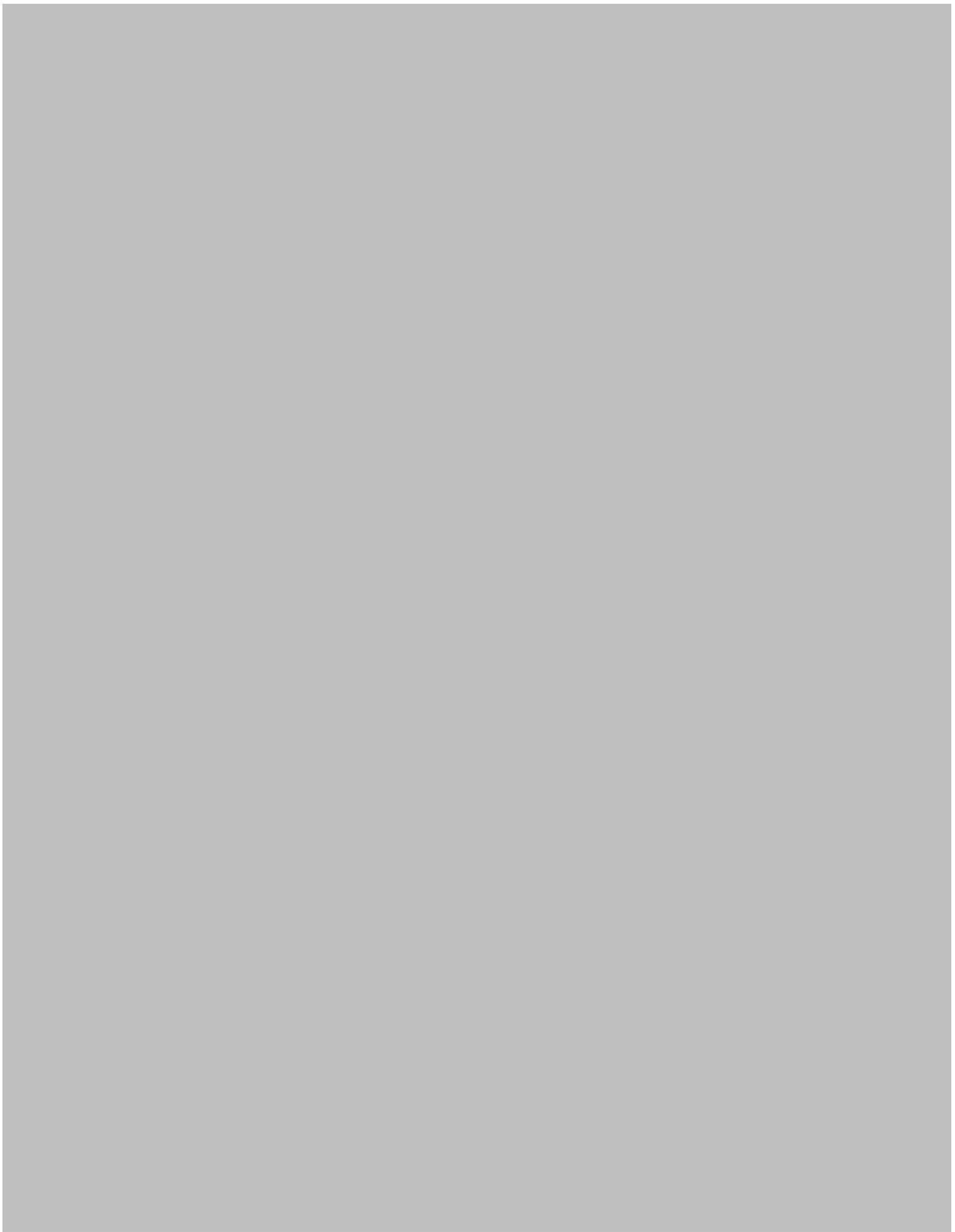




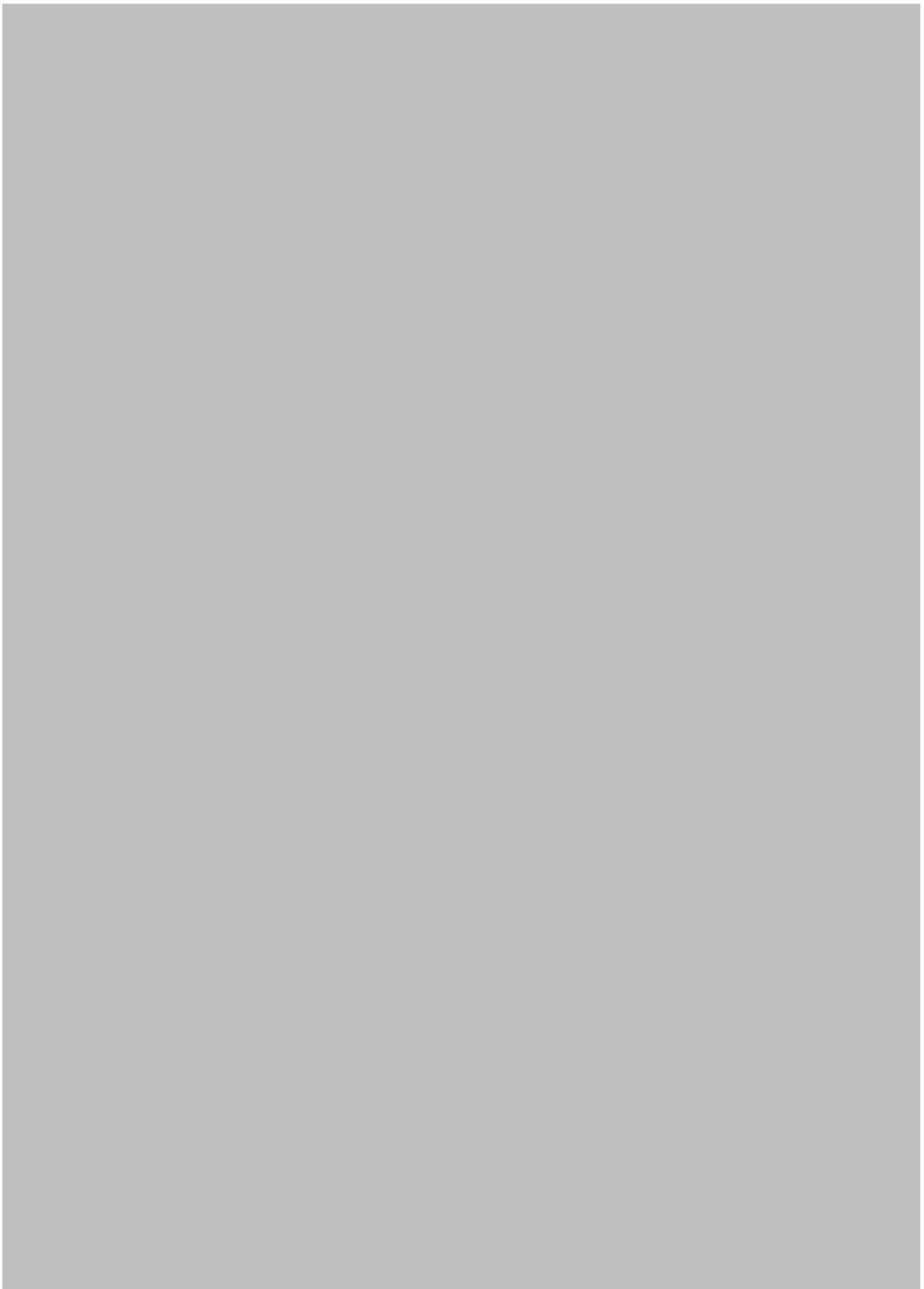


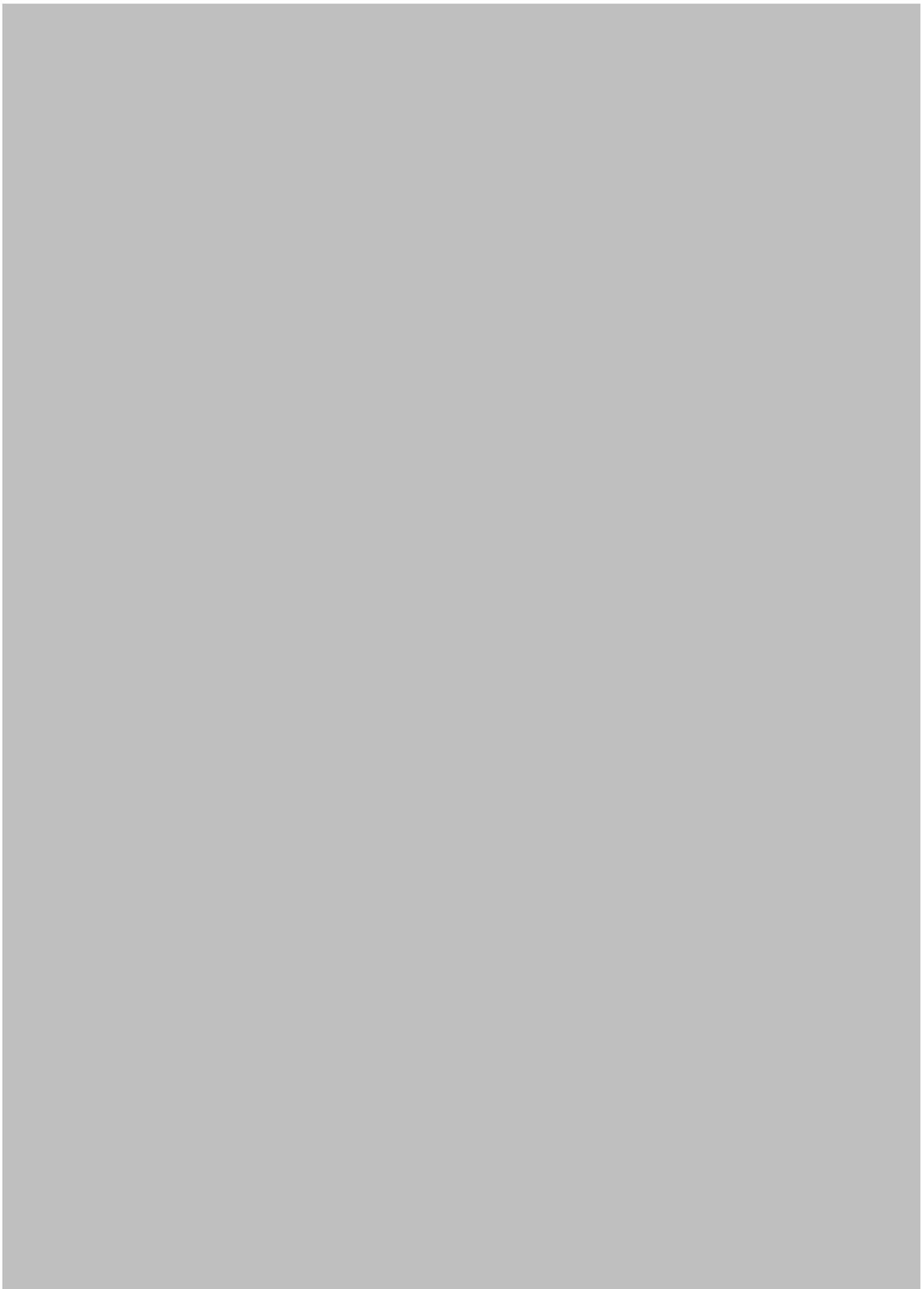


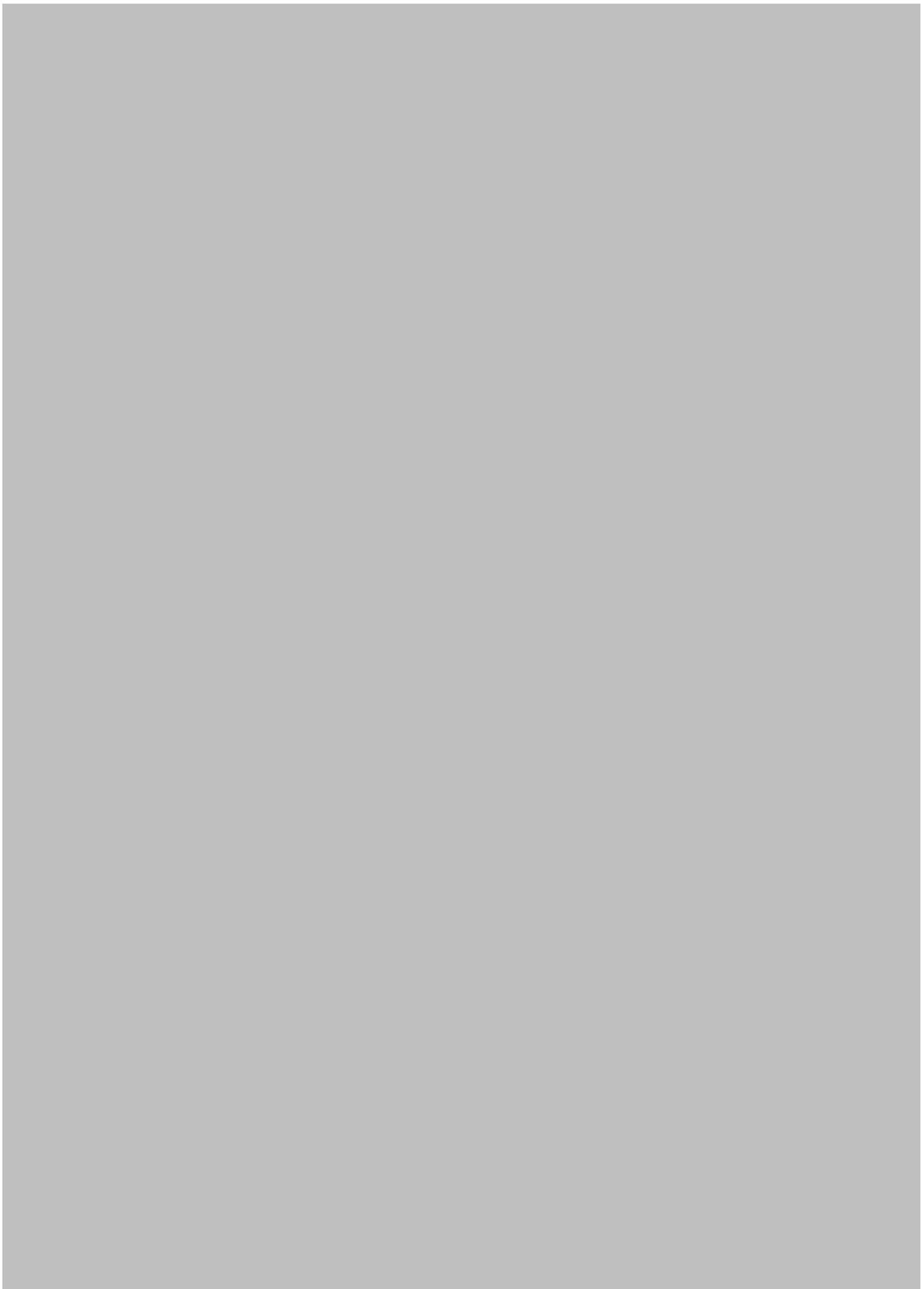


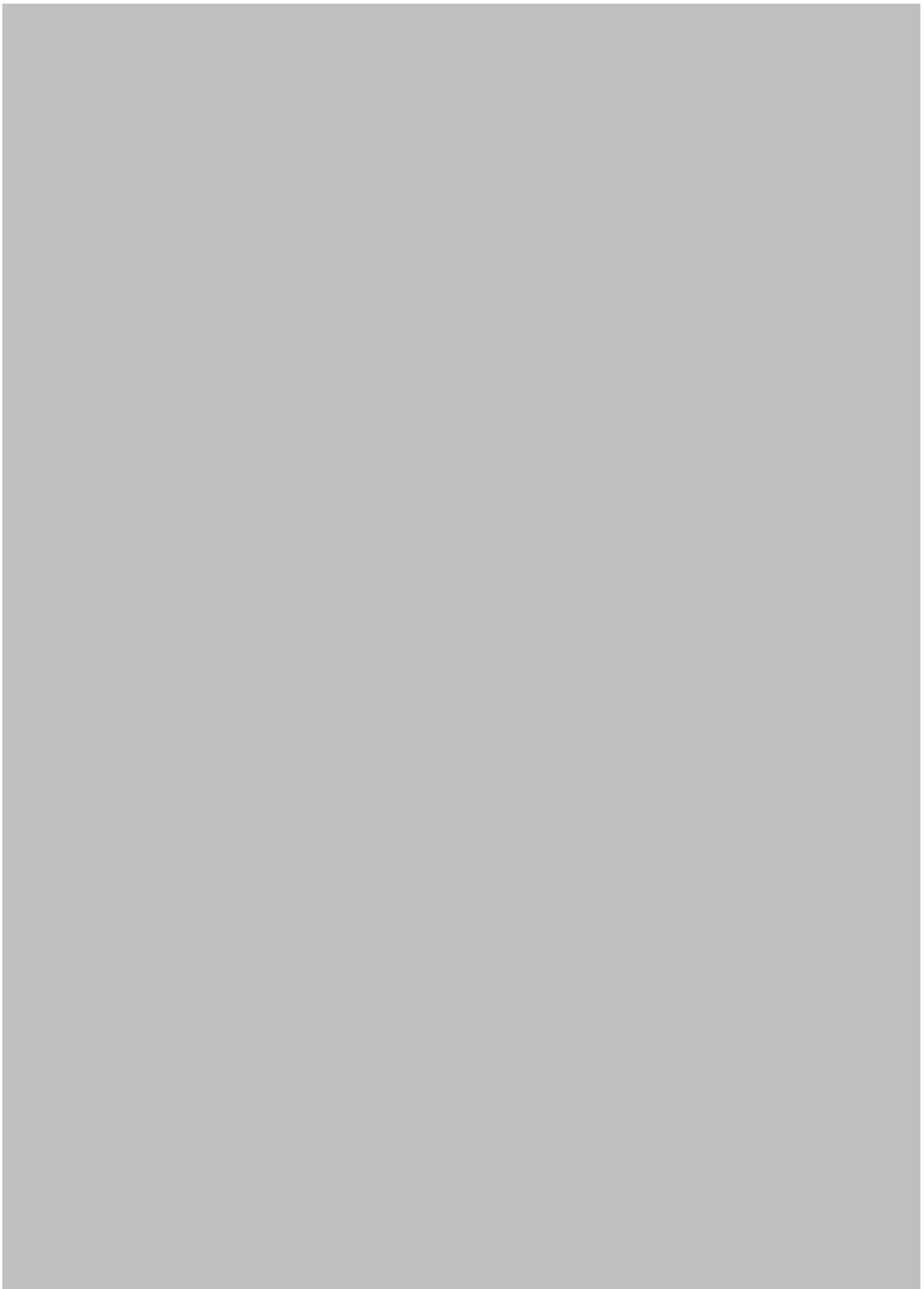


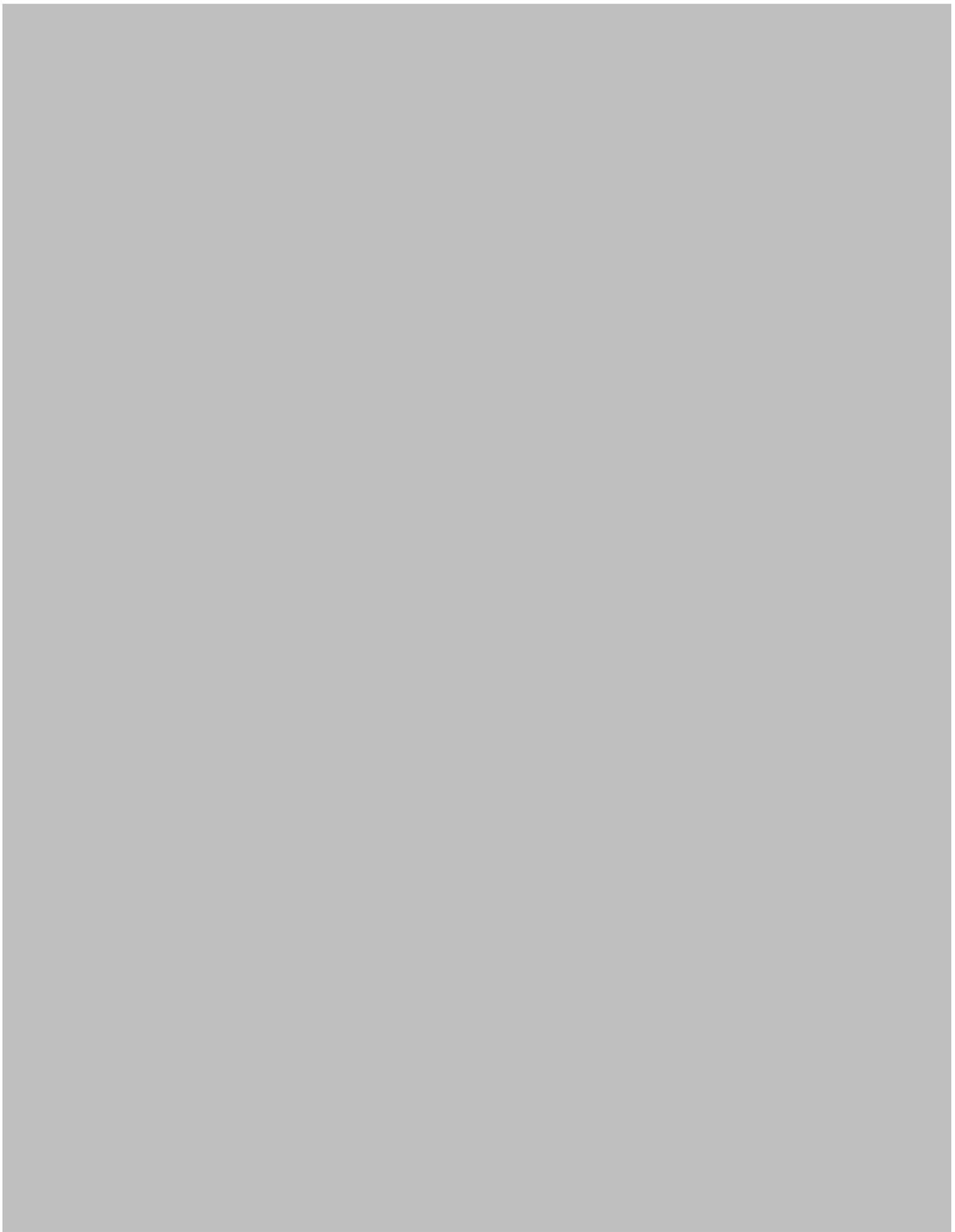




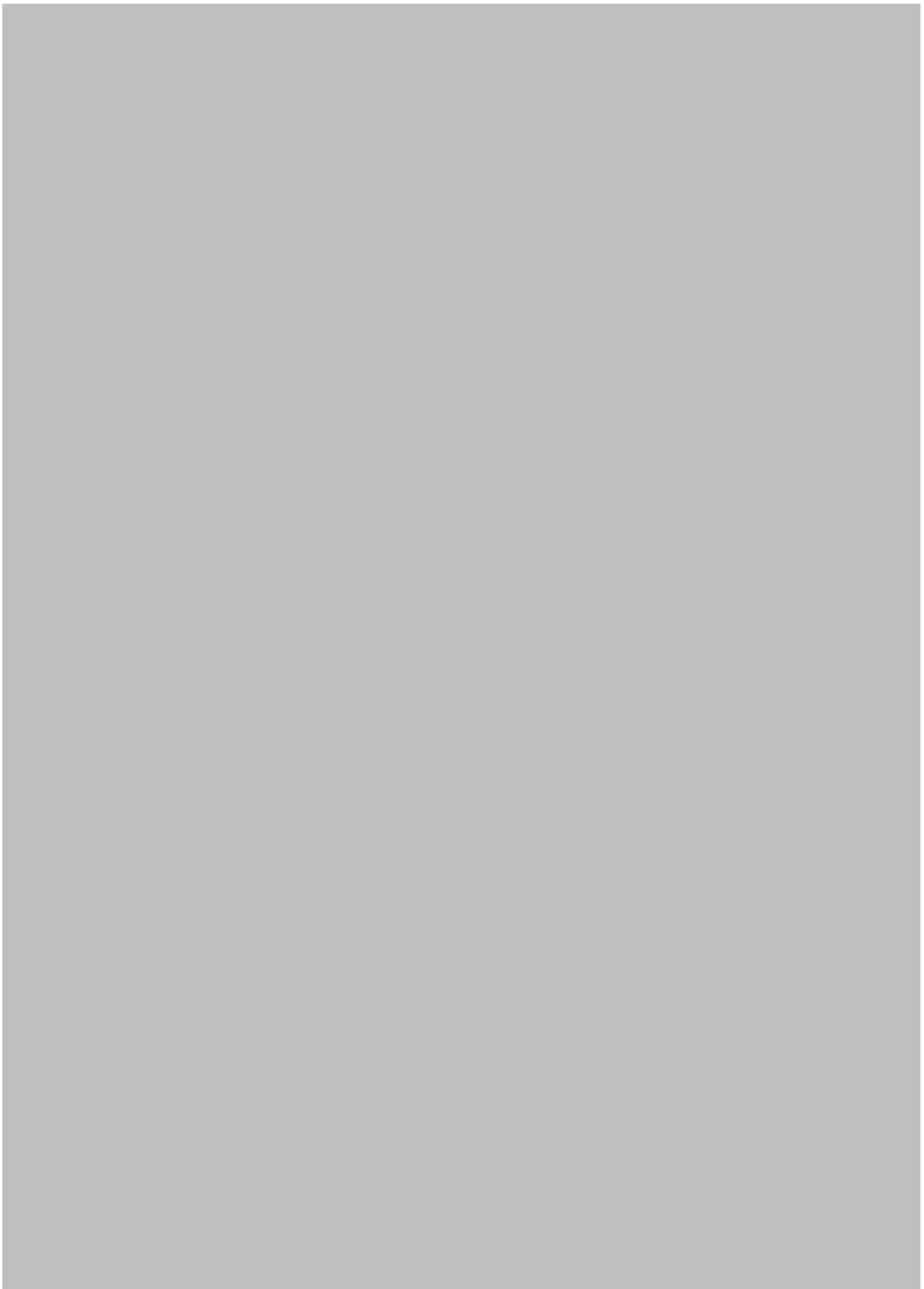


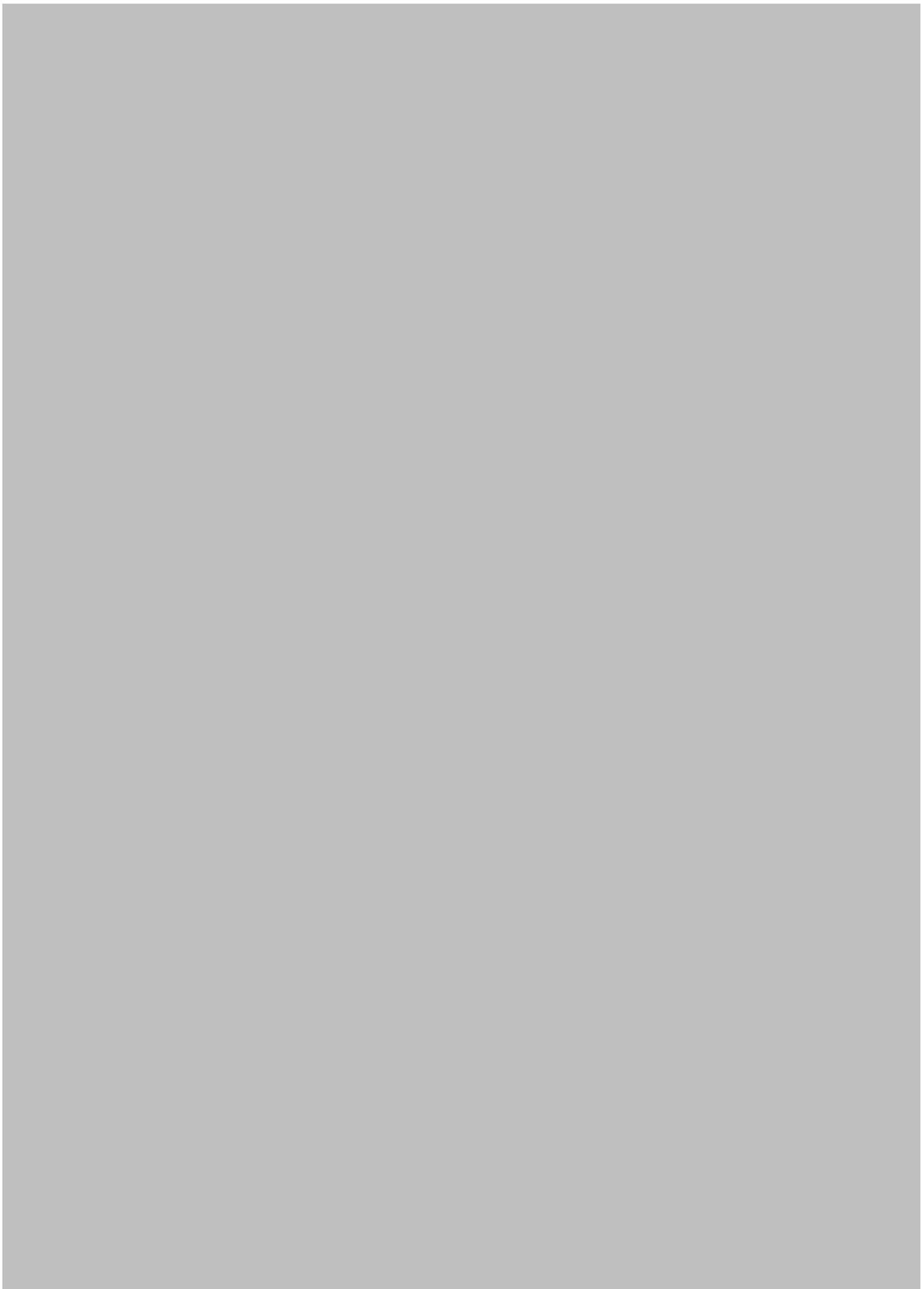


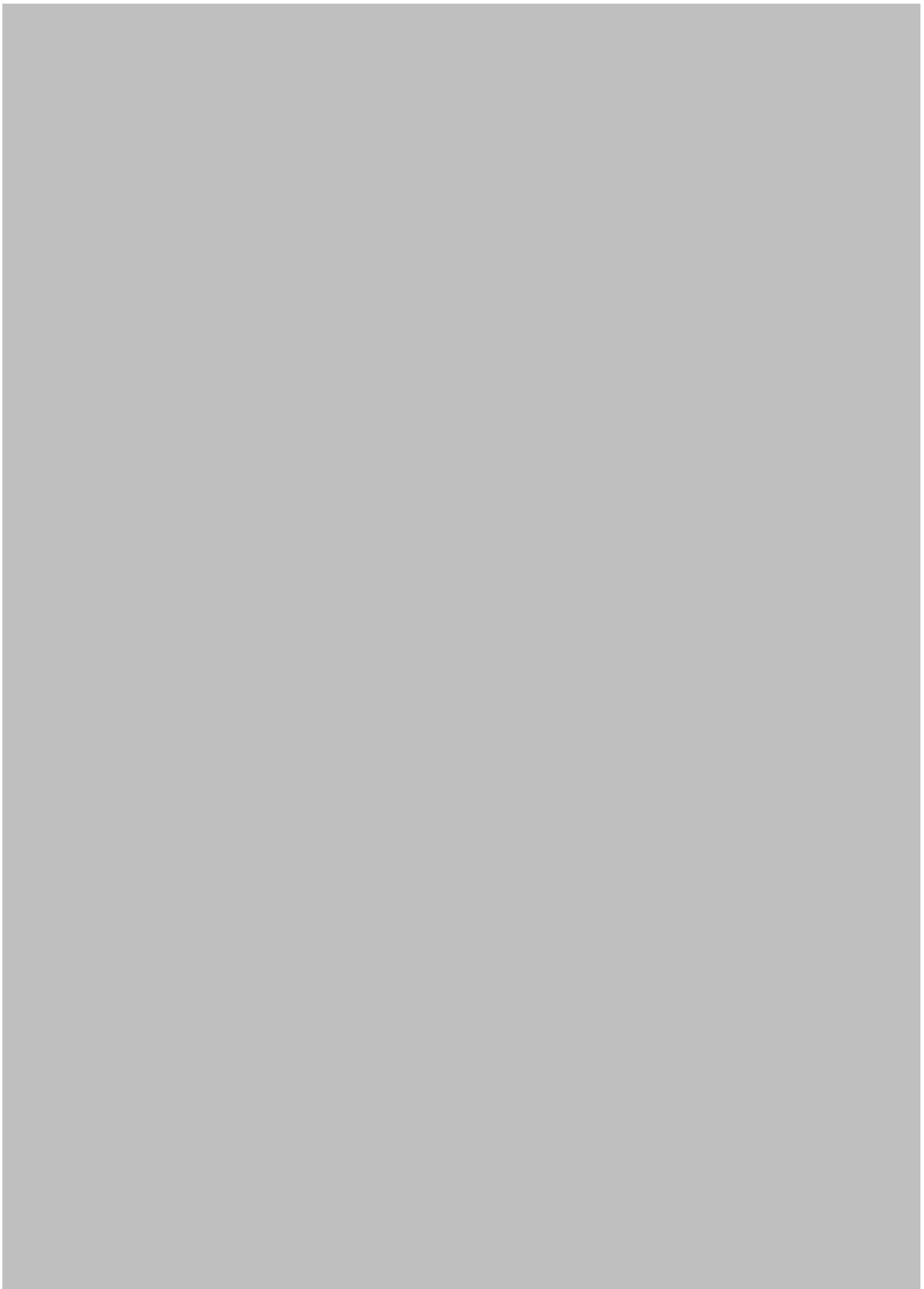


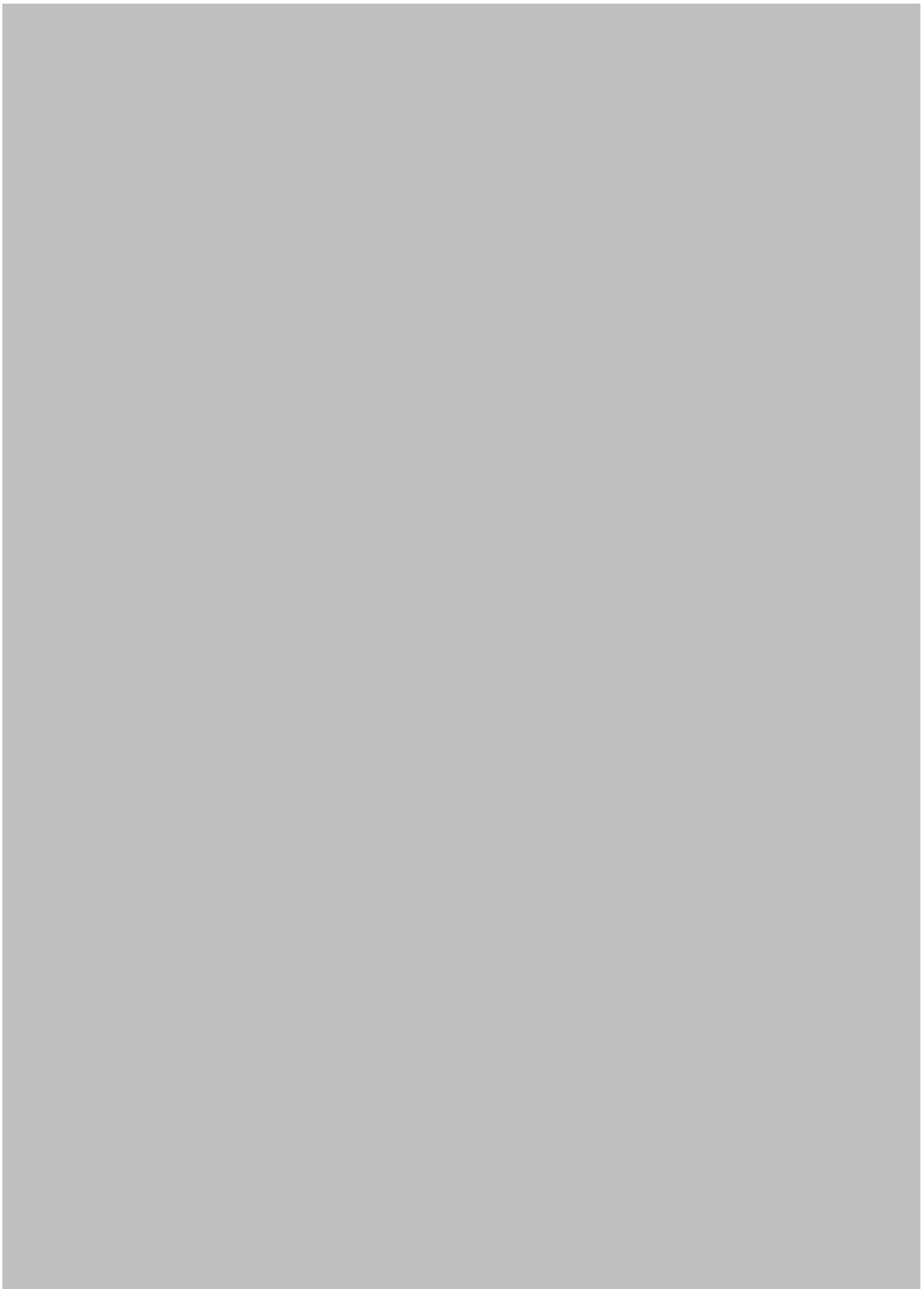


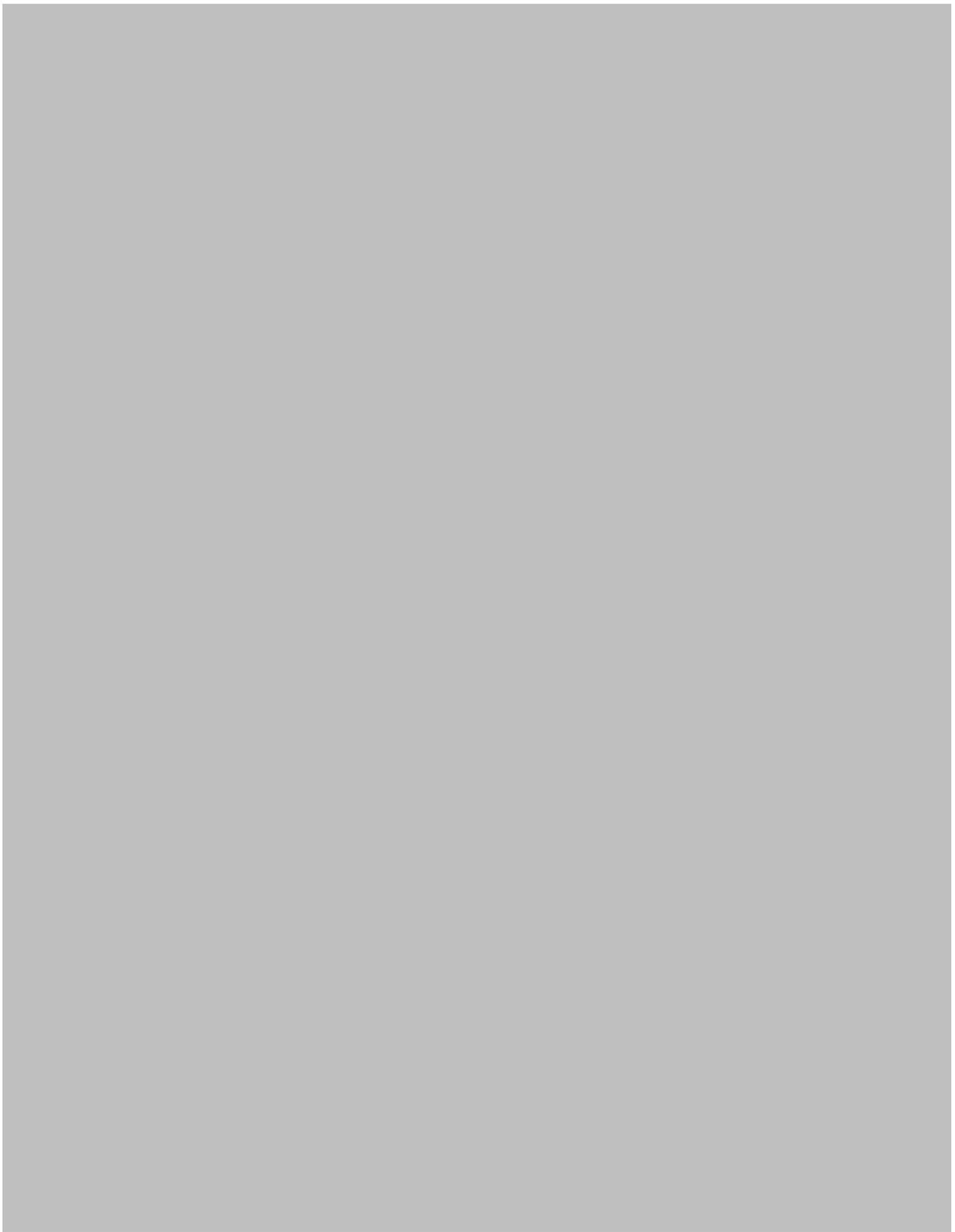






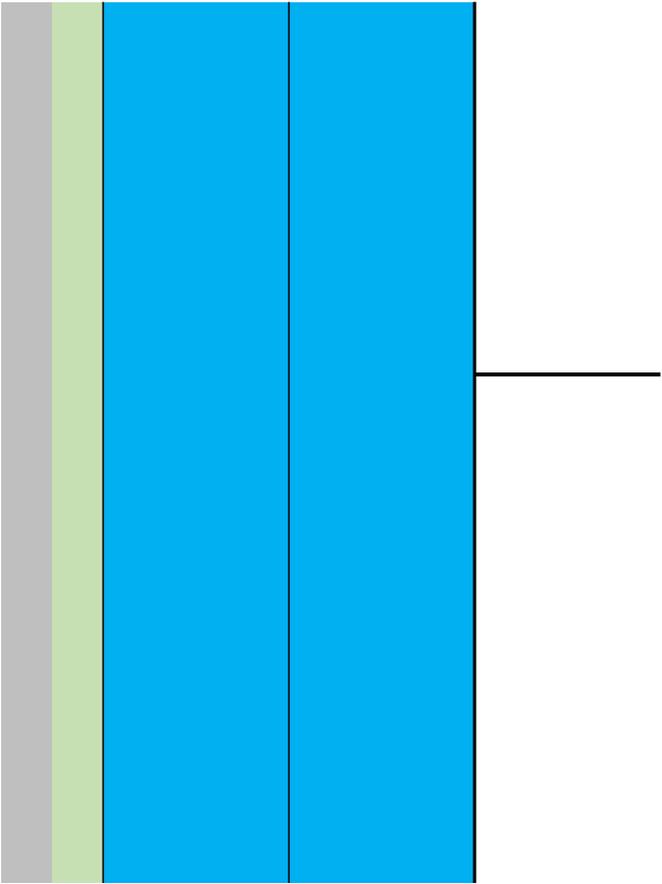


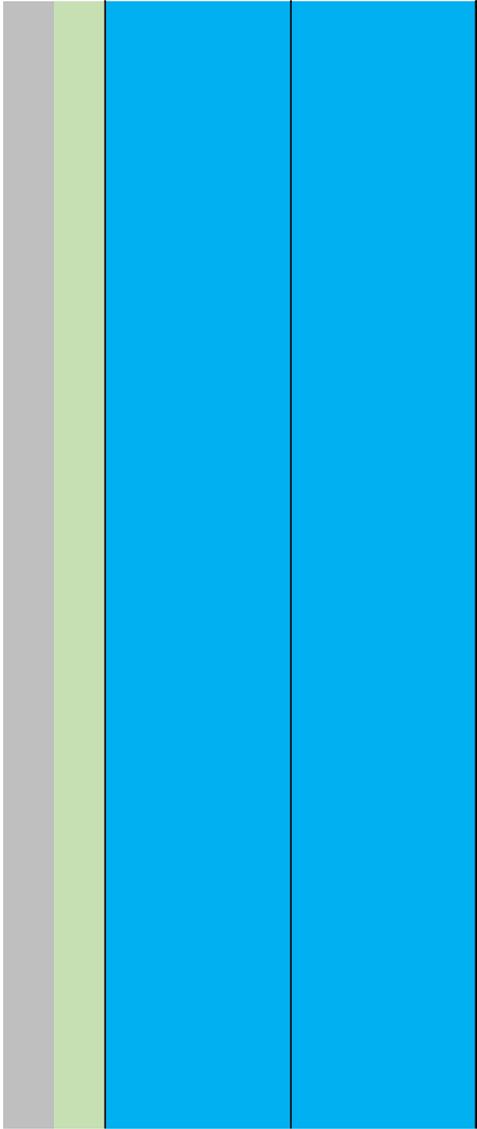




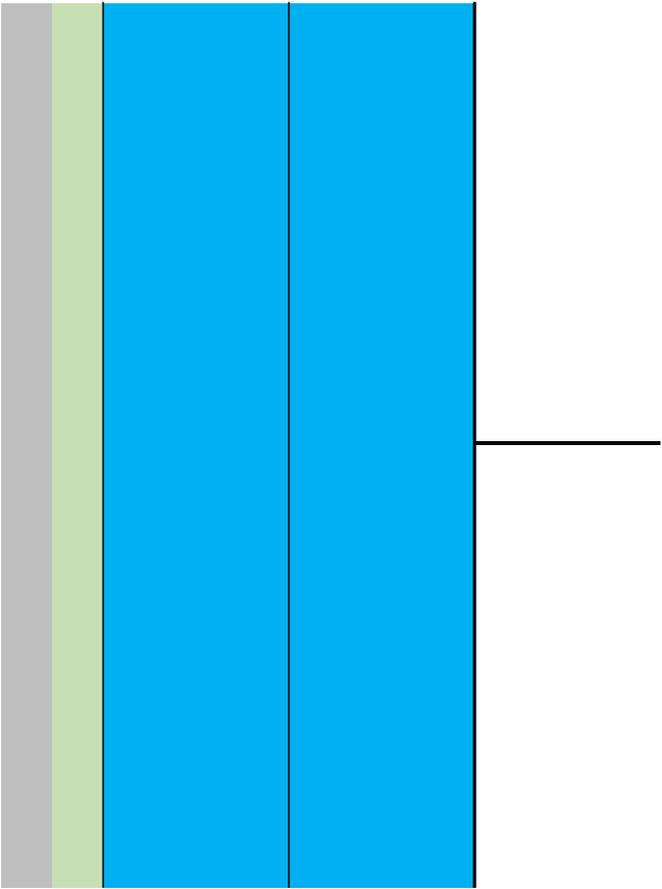


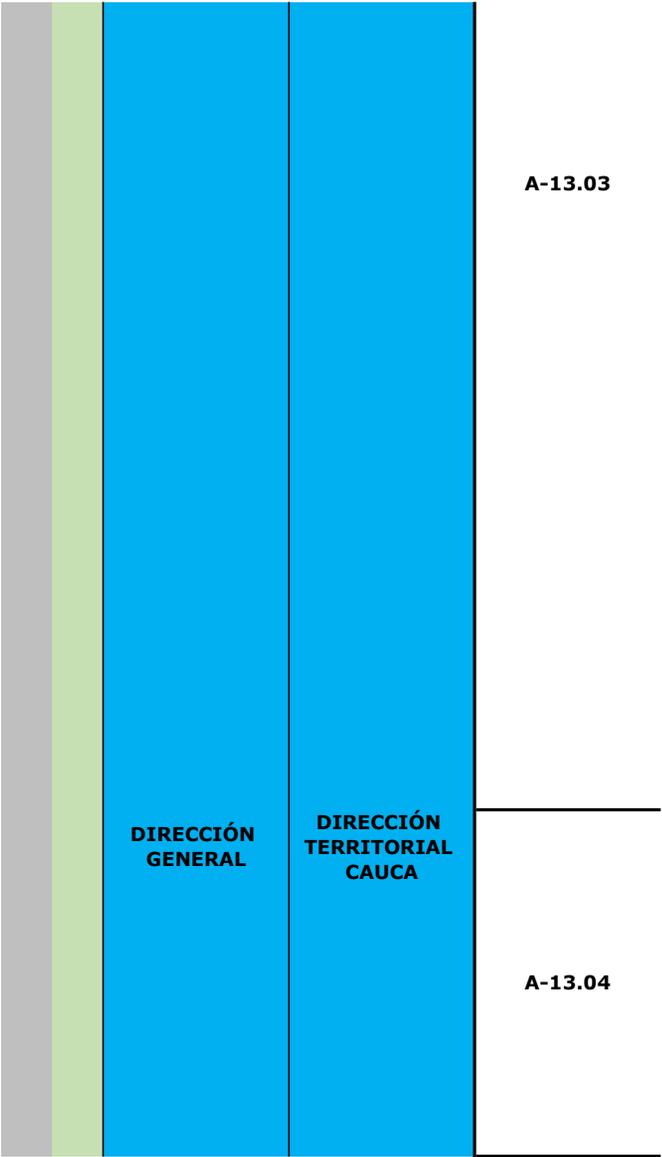
PROCESOS	DEPENDENCIA	CÓDIGO DE LA DEBILIDAD
		A-13.01





A-13.02



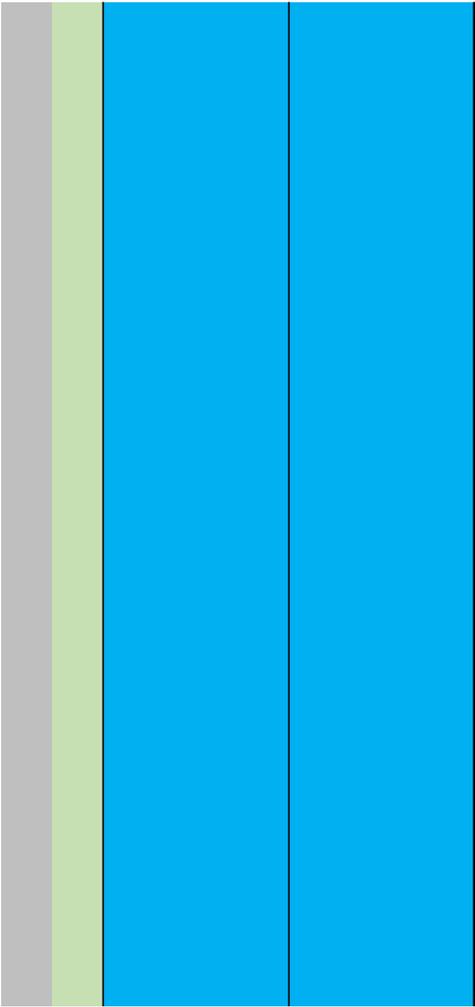


A-13.03

**DIRECCIÓN
GENERAL**

**DIRECCIÓN
TERRITORIAL
CAUCA**

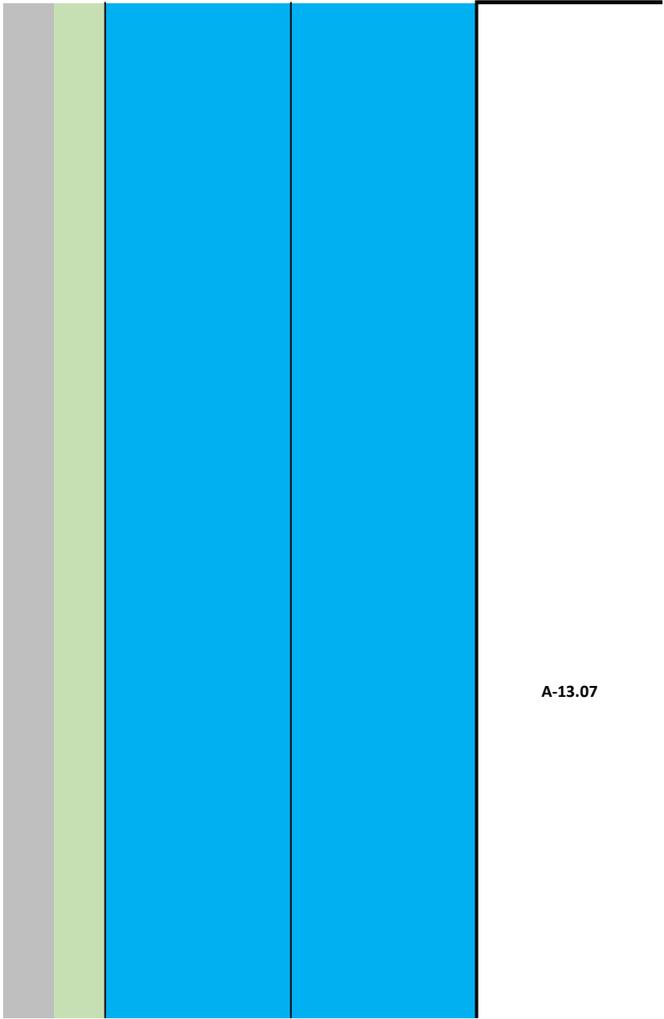
A-13.04



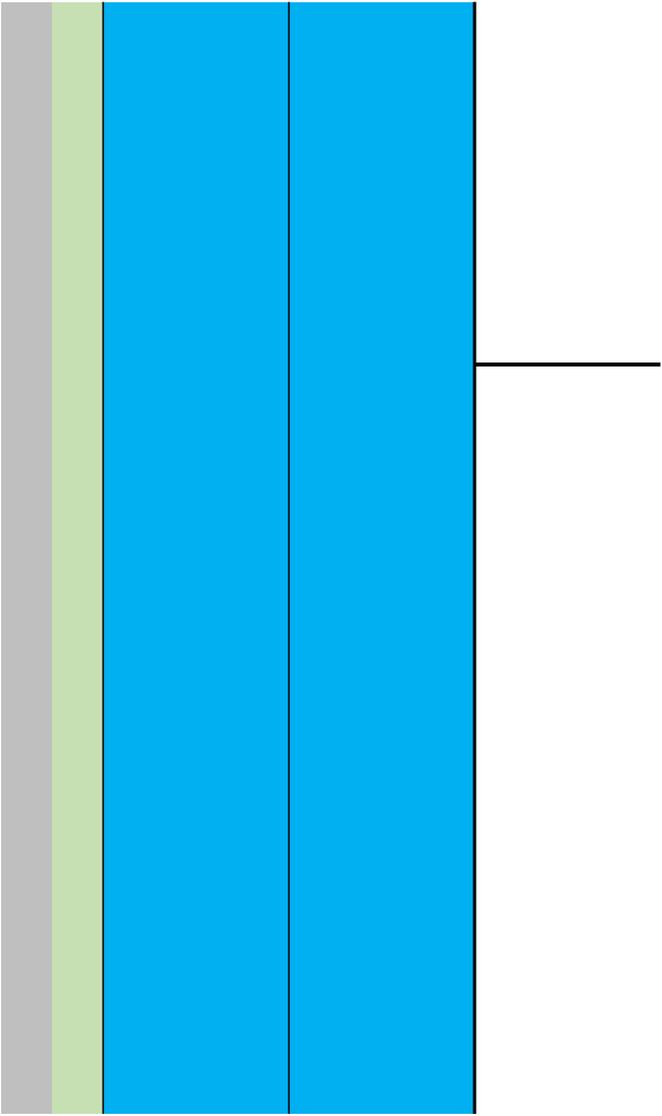
A-13.05

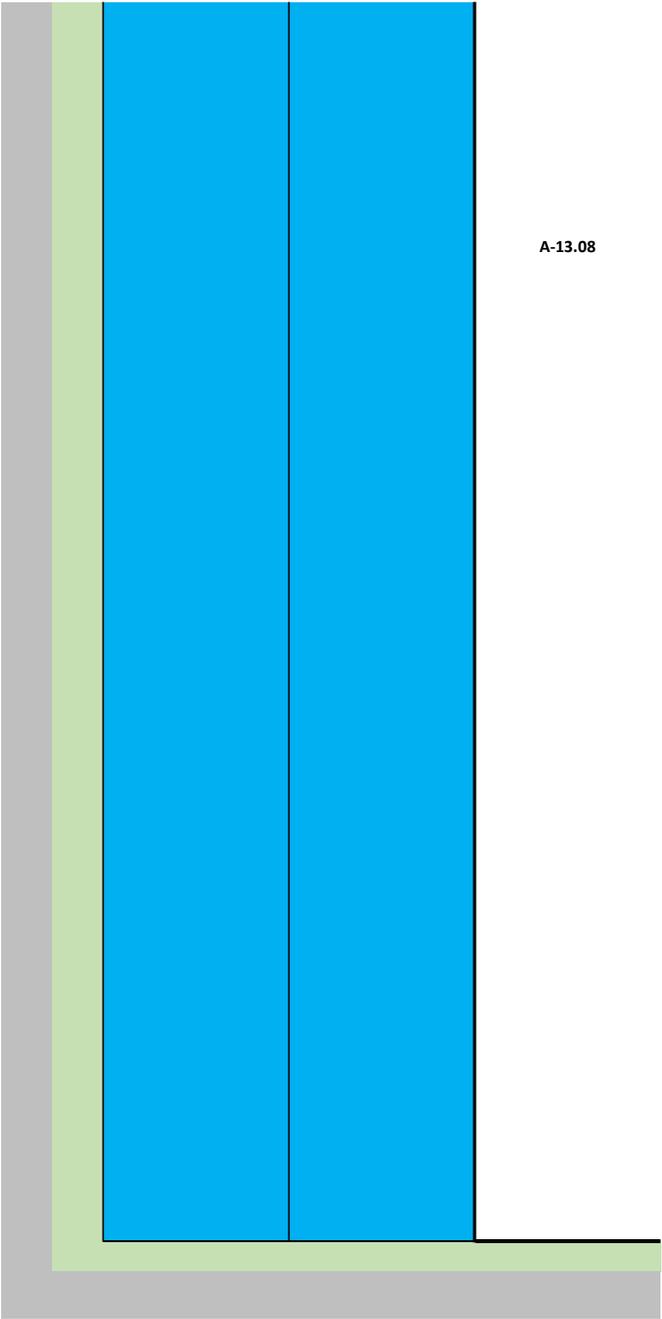


A-13.06



A-13.07





A-13.08









































DEBILIDAD

1. Debilidad del sistema de control interno por ausencia de indicadores gerenciales. No se evidencian uso de indicadores gerenciales por parte de la Dirección Territorial, diferentes a los establecidos en el plan de acción y acuerdos de gestión. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales b), c), d) y g); 3º literal b); 4º literales i) y j) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 4.1. El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de capacitación en temas relacionados con baterías de medición gerenciales, con conocimiento en modelos de control gerencial y en la construcción efectiva de indicadores de gestión que sean fuente de información para la toma de decisiones. Lo anterior aumenta el riesgo de toma de decisiones sin la información suficiente y necesaria, lo que puede derivar en incumplimiento de logros o metas institucionales desde la perspectiva sistémica. Asimismo, la falta de indicadores gerenciales conlleva a limitarse al cumplimiento específico de los lineamientos establecidos para todos los procesos y direcciones territoriales de la Unidad, sin generar un valor agregado que resalte las fortalezas en la gestión de la DT Cauca frente a las demás. Debilidad identificada del numeral (5.2.1).



2. Debilidad del sistema de control interno por falta de gestión en el avance del plan de acción. Se evidencia debilidad en la gestión de la DT referente al avance del 26.92% de ejecución del total de actividades programadas en su plan de acción para el primer semestre de 2019. Asimismo, seis (6) de estas registran un avance inferior al 50%. 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 falta de conocimiento en el diseño y seguimiento de tableros de control, conocimiento en modelos de control gerencial y planeación inadecuada en la programación de metas. Lo anterior aumenta el riesgo en el incumplimiento de las metas institucionales. Debilidad identificada del numeral (5.3).



3. Debilidad del sistema de control interno en el diseño del control de los riesgos. Se evidencia que la totalidad de los controles establecidos por la DT, no cumplen con las variables determinadas por el DAFP en la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas". 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 la falta de conocimiento y comprensión de la metodología de elaboración de controles a los riesgos identificados, falta de seguimiento a la ejecución de estos 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).

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. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales a), b), c) y e), 4º literal e) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 3.2.1.1 gestionar recursos físicos y servicios internos. El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de seguimiento para la solución definitiva de la necesidad y respuesta oportuna y efectiva de la OTI. Lo anterior dificulta la comunicación oportuna del director territorial con las partes interesadas. Debilidad identificada del numeral (5.6.3).

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. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales a), b), c) y e), 4º literal e) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 3.2.1.1 gestionar recursos físicos y servicios internos. El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de gestión por parte de la mesa de servicio de la OTI en la identificación, reparación y solución definitiva de la necesidad, afectación en el sistema eléctrico del inmueble y daños en maquinarias y equipos de la Dirección Territorial Cauca. Lo anterior aumenta el riesgo en el funcionamiento adecuado de las actividades diarias que se llevan a cabo en la DT para el cumplimiento de la misión de la Unidad. Debilidad identificada del numeral (5.6.5).

6. Debilidad del sistema de control interno en el mantenimiento, acceso y control de equipos. Se evidencia ausencia de controles referente a entrada y salida de equipos portátiles, copia de seguridad de la información, borrado de la información almacenada en los equipos de cómputo cuando son reasignados a otros usuarios y protección de cableado eléctrico. 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. El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de sensibilización al personal de la DT con el propósito de concienciar acerca de la importancia en el control de entradas y salidas de equipos propiedad de la Unidad, confidencialidad de la información, 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).

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. 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 los 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 parágrafo 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.

8. Debilidad del sistema de control interno relacionada con la información y gestión del ejercicio de supervisión.

d) 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.

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 auditoria.

e) 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 auditoria (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 auditoria.









































CAUSA	ACCION DE MEJORA
<p>ID 181 No se han definido seguimientos desde los puntos de control segun los procedimientos tomando el cuenta los elementos de medicion necesaria</p>	
<p>ID 181 No se han definido seguimientos desde los puntos de control segun los procedimientos tomando el cuenta los elementos de medicion necesaria</p>	<p>ID249 Se establecerán los puntos de control con los elementos de medición necesaria que permitan generar los resultados en el control y mejoramiento de las tareas</p>

ID 181 No se han definido seguimientos desde los puntos de control según los procedimientos tomando en cuenta los elementos de medición necesaria

ID184 La gestión en territorio depende de los operadores contratados para ese periodo se realizó la contratación más tarde de lo previsto

ID251 Establecer los seguimientos que permitan dar a conocer las actividades que están atrasadas y están afectando los procedimientos establecidos.

ID184 La gestion en territorio depende de los operadores contratados para ese periodo se realizó la contratación más tarde de los previsto

ID251 Establecer los seguimientos que permitan dan a conocer las actividades que están atrasadas y están afectando los procedimientos establecidos.

ID184 La gestion en territorio depende de los operadores contratados para ese periodo se realizó la contratación más tarde de los previsto

ID251 Establecer los seguimientos que permitan dan a conocer las actividades que están atrasadas y están afectando los procedimientos establecidos.

<p>ID184 La gestion en territorio depende de los operadores contratados para ese periodo se realizó la contratación más tarde de los previsto</p>	<p>ID251 Establecer los seguimientos que permitan dan a conocer las actividades que están atrasadas y están afectando los procedimientos establecidos.</p>
<p>ID185 Los controles registrados no contienen la informacion que permita establecer que el control se esta llevando a cabo en cada uno de los riesgos establecidos</p>	<p>ID254 Generar el registro de los controles de los riesgos en los tiempos establecidos registrando las acciones realizadas.</p>

<p>ID185 Los controles registrados no contienen la informacion que permita establecer que el control se esta llevando a cabo en cada uno de los riesgos establecidos</p>	<p>ID254 Generar el registro de los controles de los riesgos en los tiempos establecidos registrando las acciones realizadas.</p>
<p>ID185 Los controles registrados no contienen la informacion que permita establecer que el control se esta llevando a cabo en cada uno de los riesgos establecidos</p>	<p>ID254 Generar el registro de los controles de los riesgos en los tiempos establecidos registrando las acciones realizadas.</p>
<p>ID187 En la construction del edificio no se deajo cableado para linea Telefonica que le correspondia al predio y en la puesta en marcha dela actividades no se tuvo en cuenta al operador de Telefonica para dejarla en fucionamiento</p>	<p>ID256 Contactar al operador de línea telefónica para la instalación respectiva.</p>
<p>ID187 En la construction del edificio no se deajo cableado para linea Telefonica que le correspondia al predio y en la puesta en marcha dela actividades no se tuvo en cuenta al operador de Telefonica para dejarla en fucionamiento</p>	<p>ID256 Contactar al operador de línea telefónica para la instalación respectiva.</p>

<p>ID 188 Las instalaciones electricas del edificio estaban generando sobrecarga por mala conexion en cableado del tercer piso</p>	<p>ID 257 Convocar al propietario del edificio en el área de mantenimiento para que se realice la reparación de los cables eléctricos que están generando la sobrecarga.</p>
<p>ID189 No se diligencia la bitácora de control de entrada y salida de objetos a los visitantes y funcionarios al edificio</p>	<p>ID258 Realizar la bitácora para el control de elementos.</p>
<p>ID189 No se diligencia la bitácora de control de entrada y salida de objetos a los visitantes y funcionarios al edificio</p>	<p>ID258 Realizar la bitácora para el control de elementos.</p>
<p>ID189 No se diligencia la bitácora de control de entrada y salida de objetos a los visitantes y funcionarios al edificio</p>	<p>ID258 Realizar la bitácora para el control de elementos.</p>

<p>ID190 No se valida la información entregada por los contratistas al momento de generar el reporte de las actividades realizadas</p>	<p>ID259 Generar el seguimiento respectivo validando las acciones realizadas.</p>
<p>ID190 No se valida la información entregada por los contratistas al momento de generar el reporte de las actividades realizadas</p>	<p>ID259 Generar el seguimiento respectivo validando las acciones realizadas.</p>
<p>ID190 No se valida la información entregada por los contratistas al momento de generar el reporte de las actividades realizadas</p>	<p>ID259 Generar el seguimiento respectivo validando las acciones realizadas.</p>

<p>ID190 No se valida la información entregada por los contratistas al momento de generar el reporte de las actividades realizadas</p>	<p>ID259 Generar el seguimiento respectivo validando las acciones realizadas.</p>
<p>ID191 No se valida la información con los informes entregados por los contratistas</p>	<p>ID260 Hacer el seguimiento periódico a las actividades por los contratistas de la DT Cauca.</p>
<p>ID191 No se valida la información con los informes entregados por los contratistas</p>	<p>ID260 Hacer el seguimiento periódico a las actividades por los contratistas de la DT Cauca.</p>

ID191 No se valida la informacion con los informes entregados por los contratistas

ID260 Hacer el seguimiento periodico a las actividades por los contratistas de la DT Cauca.

ID191 No se valida la informacion con los informes entregados por los contratistas

ID260 Hacer el seguimiento periodico a las actividades por los contratistas de la DT Cauca.









































CARACTERIZACIÓN DEL PLAN DE SEGUIMIEP

ACTIVIDAD

Cód 323. Creacion de los puntos de control

Cód 323. Determinacion de los indicadores

Cód 323. Seguimiento de las tareas acorde a los punto de control definidos

Cód 325. Seguimiento a la ejecucion de los indicadores segun plan de gestion

Cód 325. Validación de la contratación de manera que permitan dar a conocer el inicio de las actividades.

Cód 325. Generar las alertas necesarias de forma que se logre conocer el estado de los procedimientos

Cód 325. Generar informe del estado de los resultados

Cód 327. Socializar los controles de los riesgos a cada líder de proceso.

Cód 327. Determinar los seguimientos definidos para cada control.

Cód 327. Hacer el registro del control y registrar la evidencia correspondiente.

Cód 329. Convocar al operador para que realice la instalación del cableado necesario para activar la línea telefónica que le corresponde al predio.

Cód 329. Informar a la dirección general de la actividad apenas este lista.

Cód 330. Programar la reparación con el área de mantenimiento del edificio con el objeto de reparar los cables eléctricos que están causando la sobrecarga.

Cód 331. Realizar la bitácora para su control de elementos.

Cód 331. Realizar el control a los visitantes y funcionarios de los objetos al momento de ingresar y salir del edificio.

Cód 331. Validar la gestión realizada.

Cód 332. Programación entrega de informes.

Cód 332. Socializar los criterios que se deben tener para la entrega del informe.

Cód 332. Verificar, revisar y validar la gestión realizada por los contratistas.

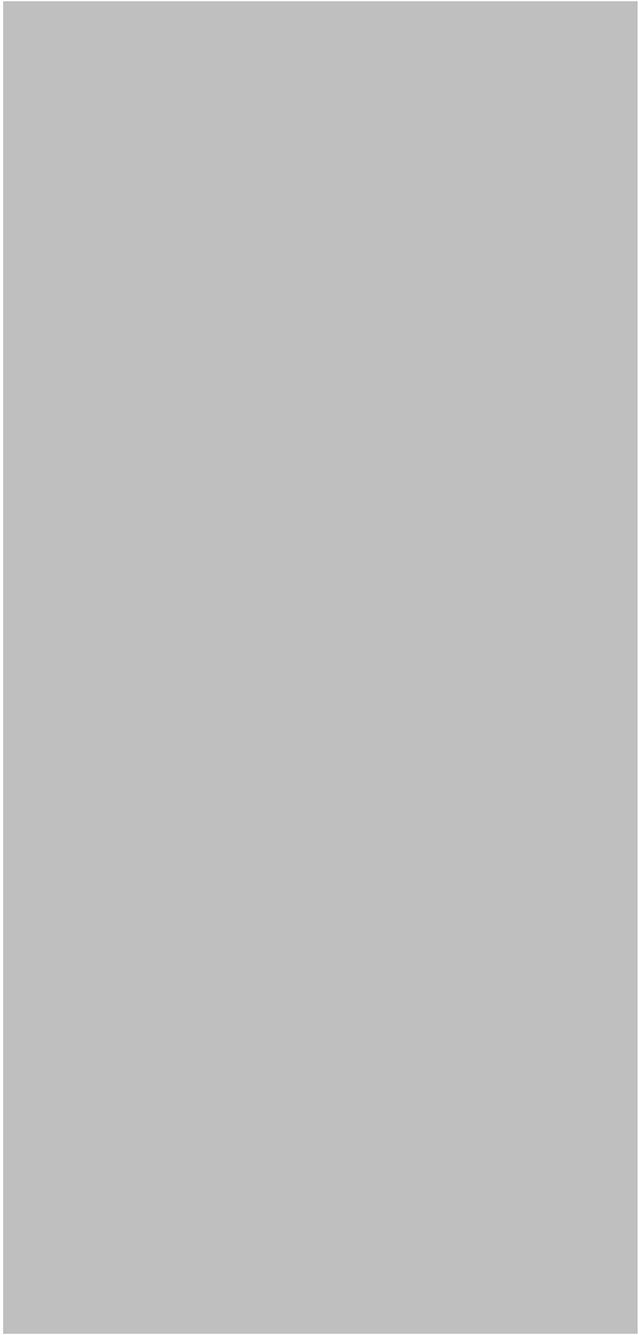
Cód 332. Seguimiento a la gestion realizada.

Cód 333. Socializar los elementos a revisar.

Cód 333. Establecer el cronograma de seguimiento.

Cód 333. Realizar la validación del seguimiento.

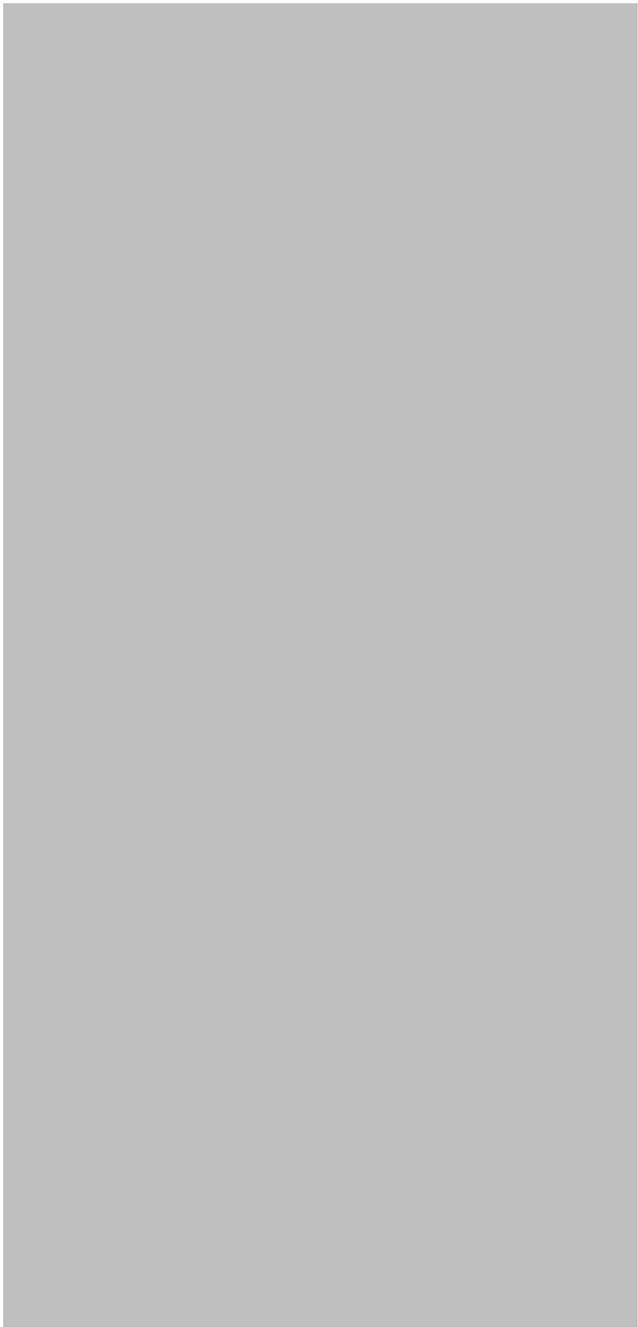
Cód 333. Seguimiento a la actividad realizada.



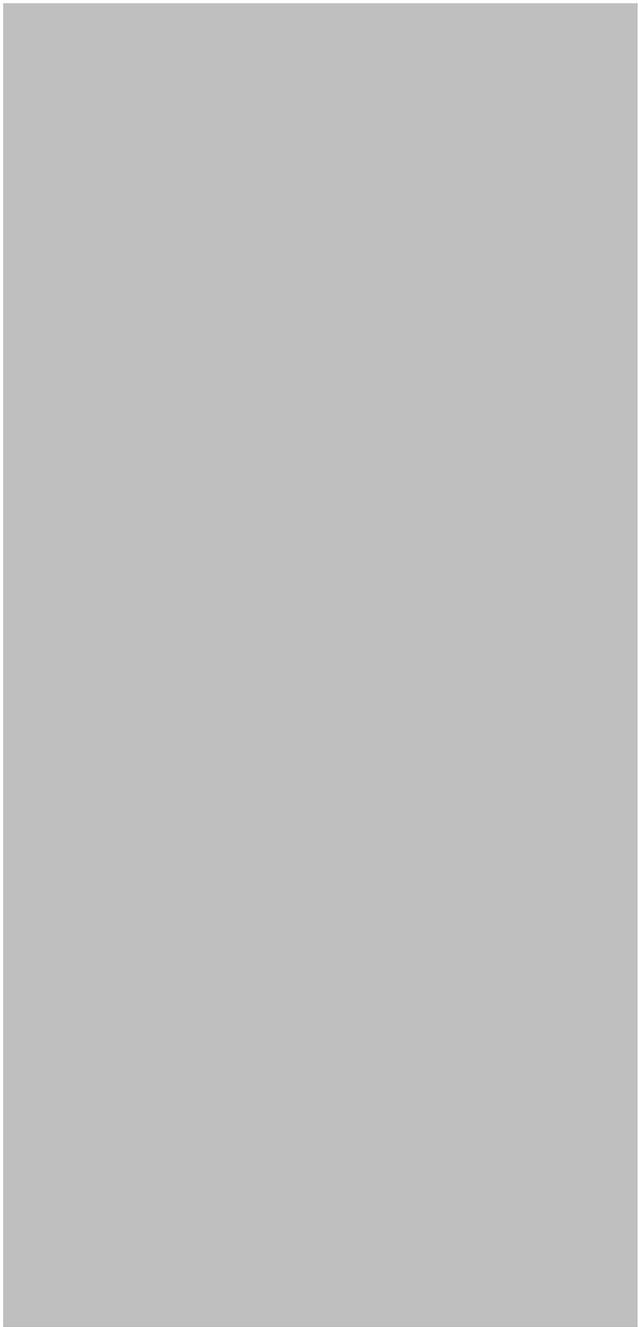


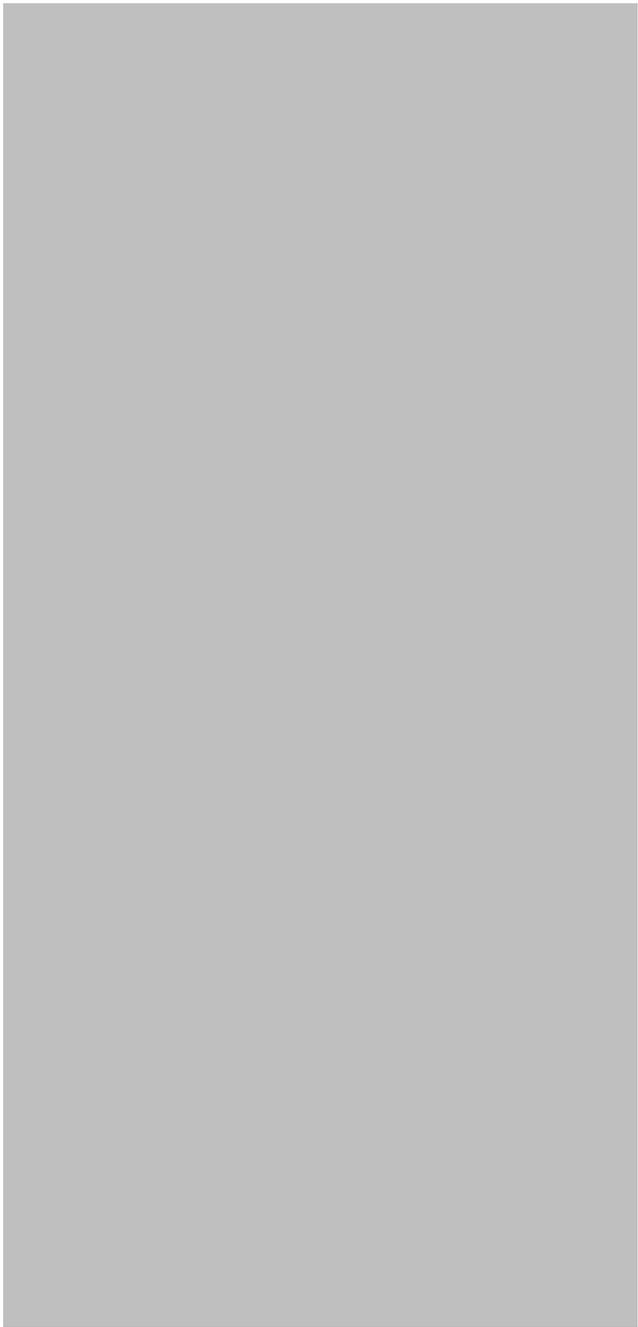


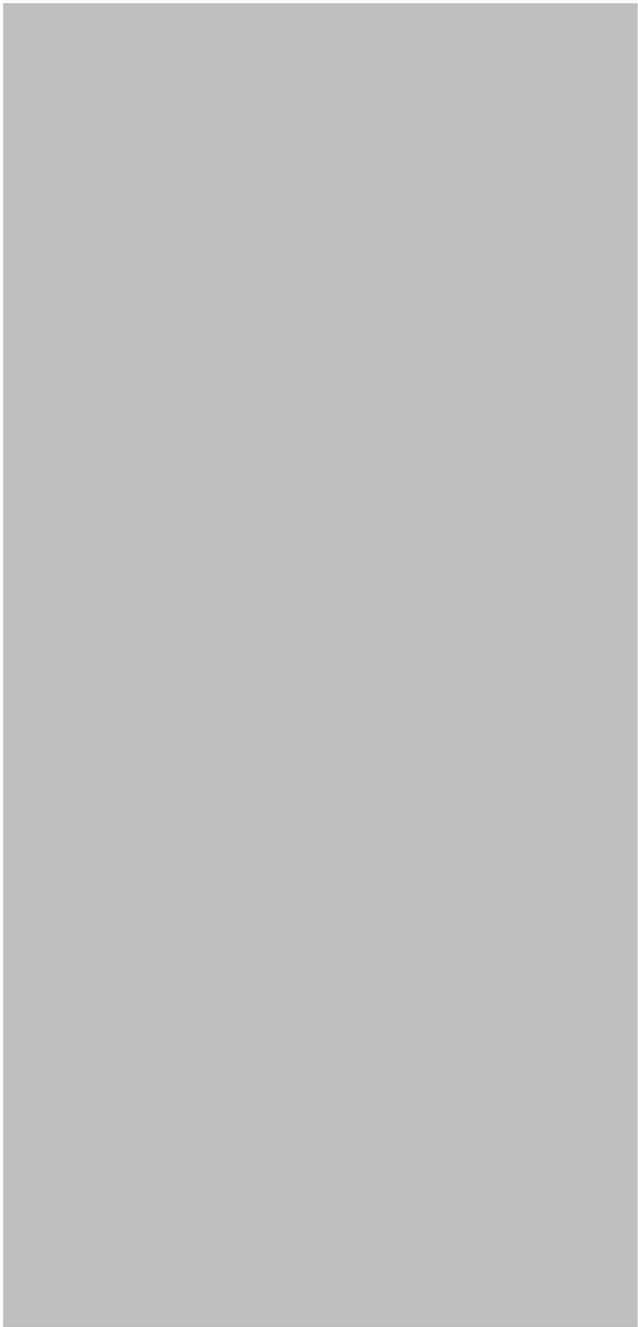


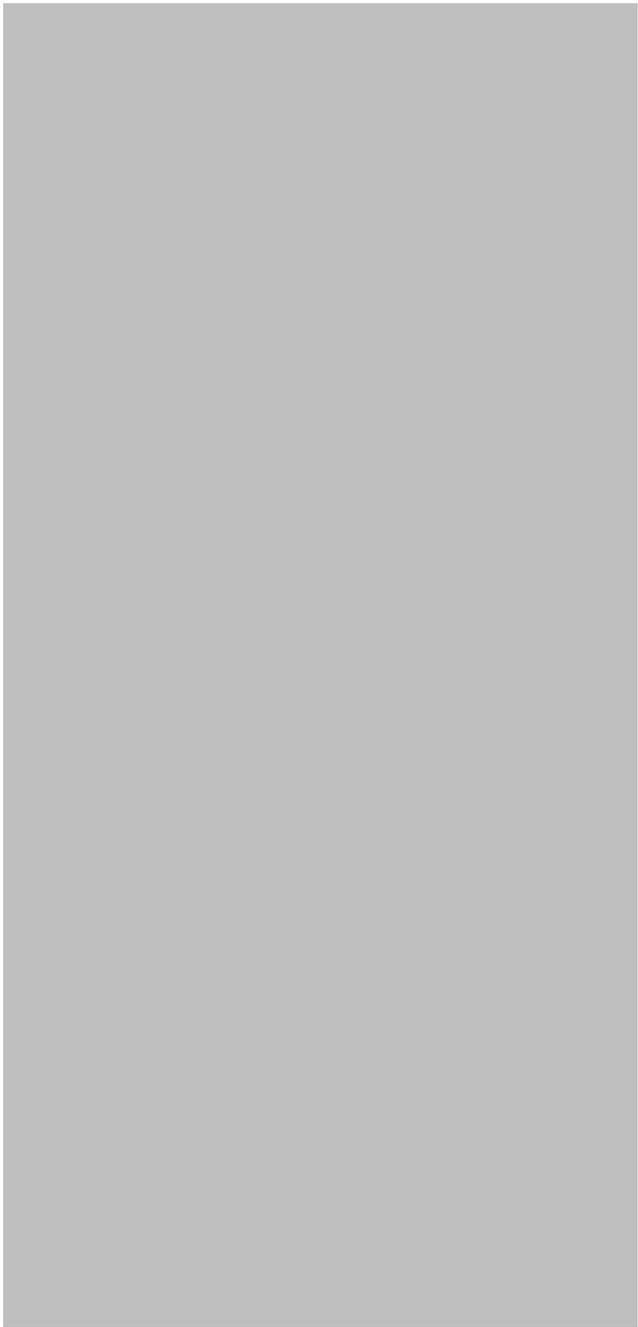


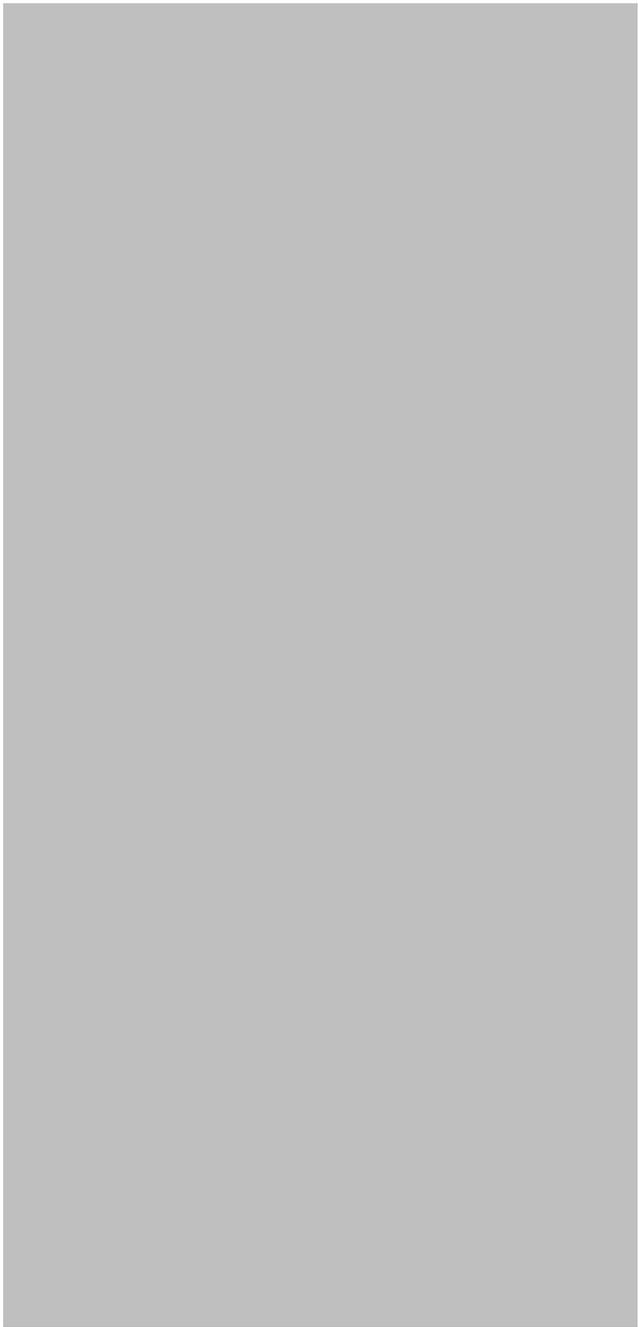




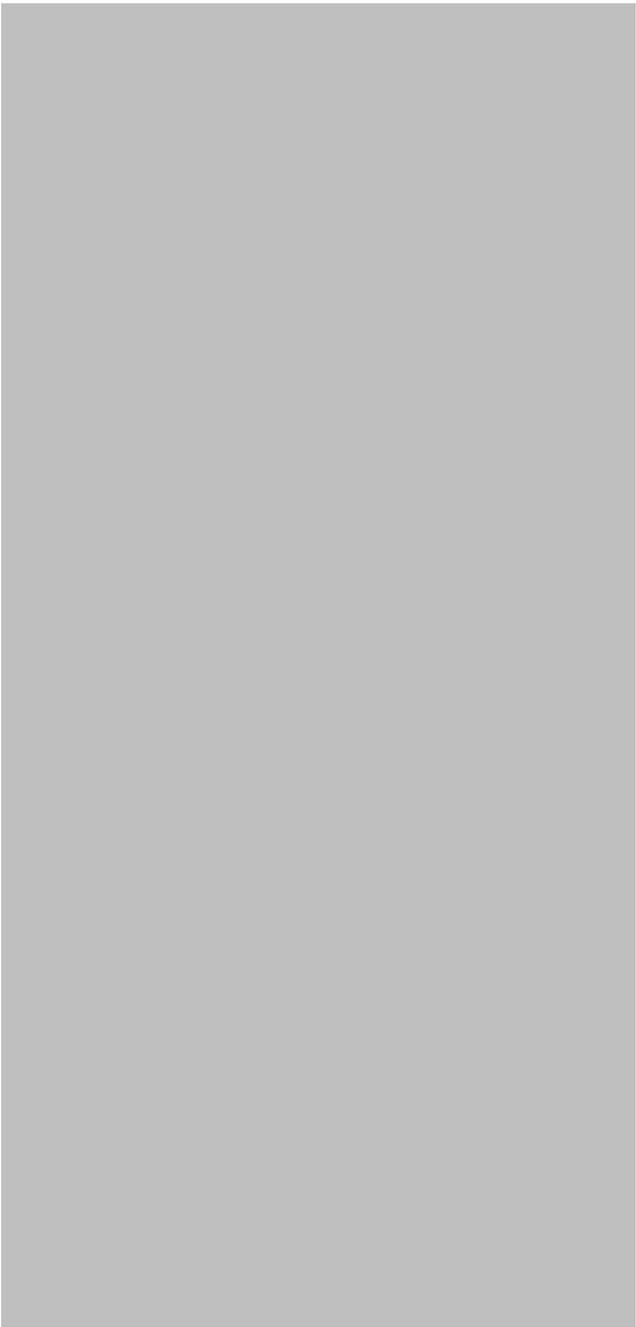








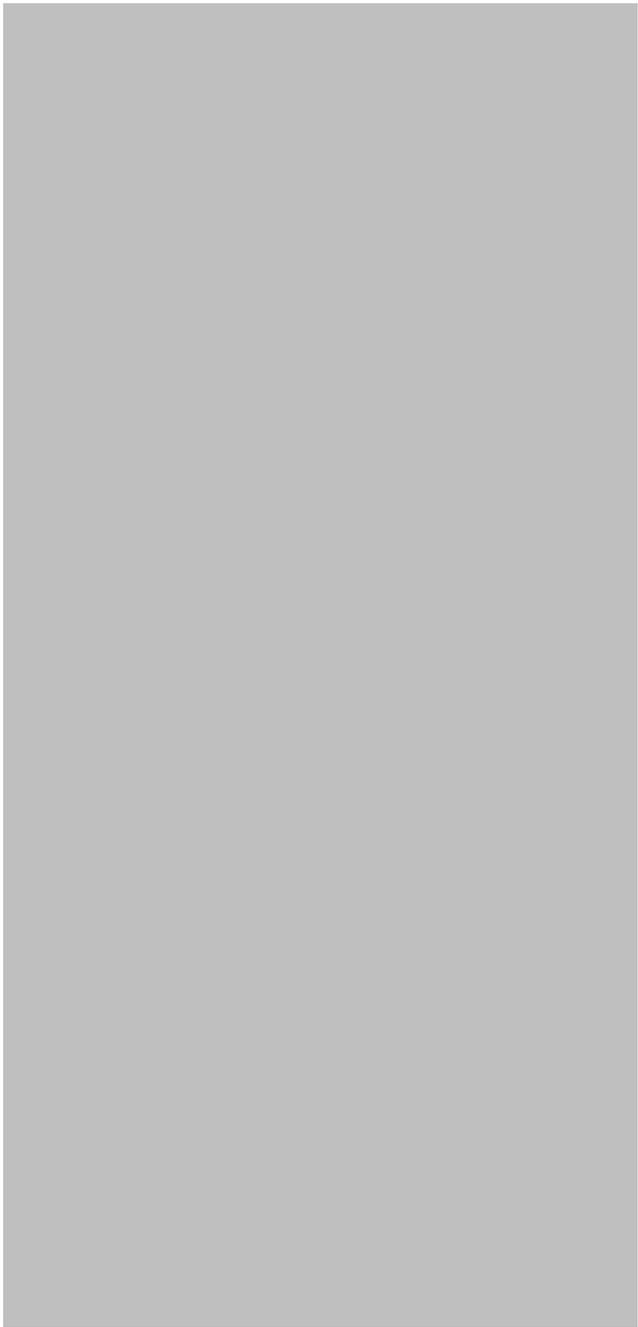


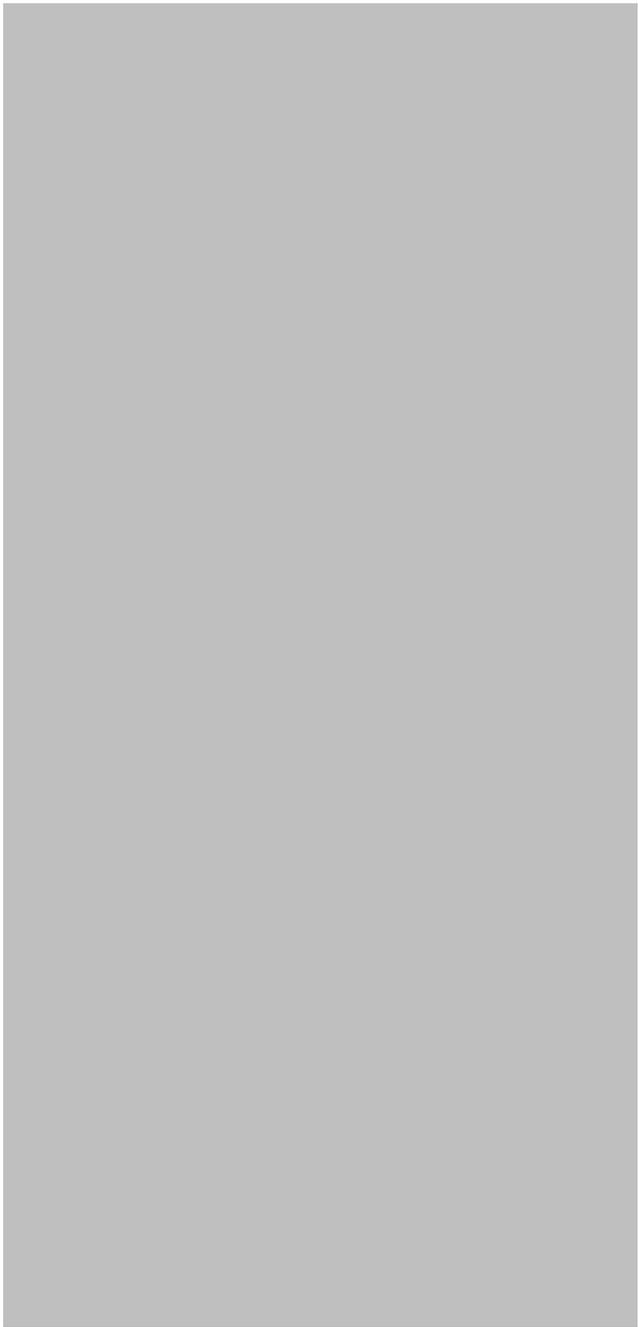




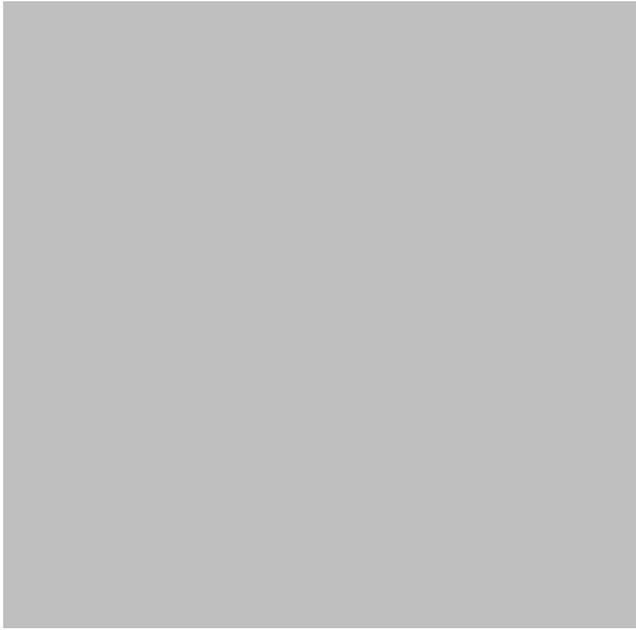












NTO (APLICATIVO OCI)

EVIDENCIA DEL AUDITADO

ID 813. Copia acta de reunión No.1 del 30 de enero de 2020.
Copia Acta de reunión del 27 de febrero de 2020 y copia lista de asistencia.
Copia Acta de reunión del 26 de marzo de 2020 y lista de asistencia.
Plan de Implementacion DT Cauca 2020.
Copia Acta de reunión del 24 de abril de 2020.
Copia Acta de reunión del 28 de mayo de 2020.
Copia Acta de reunión del 25 de junio de 2020 y lista de asistencia.

ID 815. Matriz Batería de Indicadores de Evaluación y Control DT Cauca vigencia 2020.
Matriz Cauca seguimiento reparación integral.
Plan de Acción vigencia 2020.

ID 814. Matriz Temas Estratégicos DT Cauca - Enero 2020.
Matriz Temas Estratégicos DT Cauca - Febrero 2020.
Matriz Temas Estratégicos DT Cauca - Marzo 2020.
Matriz Temas Estratégicos DT Cauca - Abril 2020.
Matriz Temas Estratégicos DT Cauca - Mayo 2020.
Matriz Temas Estratégicos DT Cauca - Junio 2020.
Matriz Temas Estratégicos DT Cauca - Julio 2020.
Seguimiento OAP Plan de Acción segundo trimestre 2020
Seguimiento OAP Plan de Acción 2020 cuarto trimestre.

ID 809. Matriz temas estratégicos Dirección Territorial Cauca - Septiembre y Noviembre de 2019.
Matriz Seguimiento Ejecución Plan de Acción 2019 Direcciones Territoriales.
Matriz Seguimiento Avance Plan de Acción 1er Semestre 2020 DT Cauca.
Matriz Seguimiento Ejecución Plan de Acción 2020 DT Cauca.

ID 808. Matriz temas estratégicos Dirección Territorial Cauca - Septiembre y Noviembre de 2019.
Matriz Temas Estratégicos DT Cauca - Enero 2020.
Matriz Temas Estratégicos DT Cauca - Febrero 2020.
Matriz Temas Estratégicos DT Cauca - Marzo 2020.
Matriz de Seguimiento Contratistas DT Cauca 2020.

ID 820. Copia Acta de reunión del 15 de octubre de 2019.
Matriz de oferta SRC Cauca.
Matriz temas estratégicos Dirección Territorial Cauca - Septiembre y Noviembre de 2019.
Matriz Temas Estratégicos DT Cauca - Enero 2020.
Matriz Temas Estratégicos DT Cauca - Febrero 2020.
Matriz Temas Estratégicos DT Cauca - Marzo 2020.

ID 821. Matriz Cauca seguimiento reparación integral.
Correo Electrónico 26-06-2020 Imagen Reporte Informe Auditoria
Copia Informe de auditoria sistema de gestión de calidad del 18 de junio de 2020.
Matriz de autoevaluación segundo semestre de 2020 DT Cauca.
Matriz de observaciones.
Matriz Seguimiento Ejecución Plan de Acción 2019 Direcciones Territoriales.
Matriz Seguimiento Avance Plan de Acción 1er Semestre 2020 DT Cauca.
Matriz Seguimiento Ejecución Plan de Acción 2020 DT Cauca.

ID 816. Copia Acta de reunión del 26 de marzo de 2020.
Copia Acta de Reunión del 16 de junio de 2020.
Matriz Contexto Estratégico DT Cauca.
Formato de Monitoreo a la Materialización de los Riesgos (1er, 2do, 3er y 4to trimestre 2020)

ID 827. Copia Acta de reunión del 26 de marzo de 2020.
Correo OAP 02-07-2020 Generación Acta de Aprobación Mapas de Riesgos DT Cauca 2020.
Instrumento Contexto DT Cauca - Junio de 2021.
Lista de Asistencia Mesa de Trabajo Análisis Contexto 2021 DTs Cauca, Caqueta y Nariño.

ID 828. Pantallazo MAARIV
Mapa de Riesgos Institucional DT Cauca 2020.
Mapa de Riesgos Institucional DT Cauca 2021.

ID 818. Formato de Monitoreo a la Materialización de los Riesgos (enero - marzo).
Formato de Monitoreo a la Materialización de los Riesgos (abril - junio).
Formato de Monitoreo a la Materialización de los Riesgos (julio - septiembre)
ID 831. Formato de Monitoreo a la Materialización de los Riesgos (octubre - diciembre).

ID 823. Formato para Registro, Control y Seguimiento a Pago de Servicios Públicos.
ID 824. Matriz Seguimiento Servicios Públicos.
Evidencia Instalación y Activación Línea Telefónica.
Evidencia Instalaciones Físicas DT Cauca.

ID. 825. Copia Formato de Pago enero de 2020.
Copia Formato de Pago marzo de 2020.
Copia Factura Empresa de Telecomunicaciones de Popáyan S.A.

Seguimiento Requerimientos OTI
Acta de Recepcion de Inmueble 02-12-2019.
Correo electrónico del 02-09-2020.
Documento Revisión Técnica RICOH 20 OCT 2020.
Formato Mantenimiento Preventivo DT Cauca.
Fotos Instalación Física Interna DT Cauca pisos 7 y 8.
Matriz Seguimientos Administrativa.
Video Fachada DT Cauca 2021-06-21.
Video Instalación Física Interna DT Cauca.

Foto Evidencia Minuta

Fotos Evidencia Registro en Minuta

Correo electrónico del 07-07-2020 Comunicacion Uso OneDrive DT Cauca.
Formato Recibo a Satisfaccion Fumigacion 24-01-2020.
Formatos Mantenimiento Preventivo DT Cauca 28-31-08-2020.
Revisión Técnica RICOH 20 OCT 2020.
Seguimiento Requerimiento.
Video Instalación Física Interna DT Cauca.

Control Entrega de Informes Firmados.

Acta del 01-04-2019.

Acta del 05-04-2019.

Acta del 11-04-2019.

Acta del 12-04-2019

Acta del 13-04-2019.

Acta del 16-04-2019.

Acta del 22-04-2019.

Acta del 22-04-2019.

Copia actas de asistencia

Lineamientos Presentación Informes

Información Contratos 2019 - 2020 DT Cauca.

Correo 08-01-2019 Plan de Acción Cuarto Trimestre de 2019.

Reporte Plan de Acción Octubre de 2019.

Reporte Plan de Acción Noviembre de 2019.

Reporte Plan de Acción Diciembre de 2019.

Matriz de Seguimiento Contratistas DT Cauca 2020.

Información Contratos 2019 - 2020 DT Cauca.
Listado Colaboradores UARIV DT Cauca TEST THT.
Matriz de Seguimiento Ausentismo Laboral DT Cauca 2020.
Matriz de Seguimiento Contratistas DT Cauca 2020.

Mesa Técnica de Seguimiento 10-12-2019 Convenio 1509 de 2018.
Memorando del 16-01-2020 Radicado Informe de Actividades Final Convenio 1509 de 2018.
Informe de Alcance a la Supervisión 1509 de 2018 - 22 de abril de 2020.
Acta de Comité de Defensa Judicial Abril 30 de 2020.
Acta de Audiencia 03 de junio 2020 Procuraduría.
Acta de Comité de Defensa Judicial 18 Junio de 2020.
Acta de Conciliación Extrajudicial 15 julio 2020

No presenta Evidencia

Acta de Liquidación Convenio 1492 de 2018.
Acta de Liquidación Convenio 1501 de 2018.
Oficio del 07-10-2021 Municipio de Argelia- Proceso de liquidación convenio 1501-2018.
Correo electrónico del 26-10-2021.

Memorando del 16-01-2020 Radicado Informe de Actividades Final Convenio 1509 de 2018.
Informe de Alcance a la Supervisión 1509 de 2018 - 22 de abril de 2020.
Memorando del 23-06-2021 Solicitud inicio para que se declare la Liquidación del Convenio 1509 de 2018.
Correo electrónico del 24-06-2021 Solicitud para que se declare la liquidación del Convenio 1509 de 2018.
Memorando del 16-07-2021 Solicitud Revisión, Firma y Envío Acta de Liquidación Convenio 1501 de 2018.
Informes de actividades No. 2, 3, 4 y 5 (Final) Convenio Interadministrativo 1492 de 2018.
Informes de actividades No. 2 y 3 Convenio Interadministrativo 1501 de 2018.
Informe de Actividades Diciembre de 2018 Convenio Interadministrativo 1501 de 2018.
Informe Final de Actividades Convenio Interadministrativo 1501 de 2018.

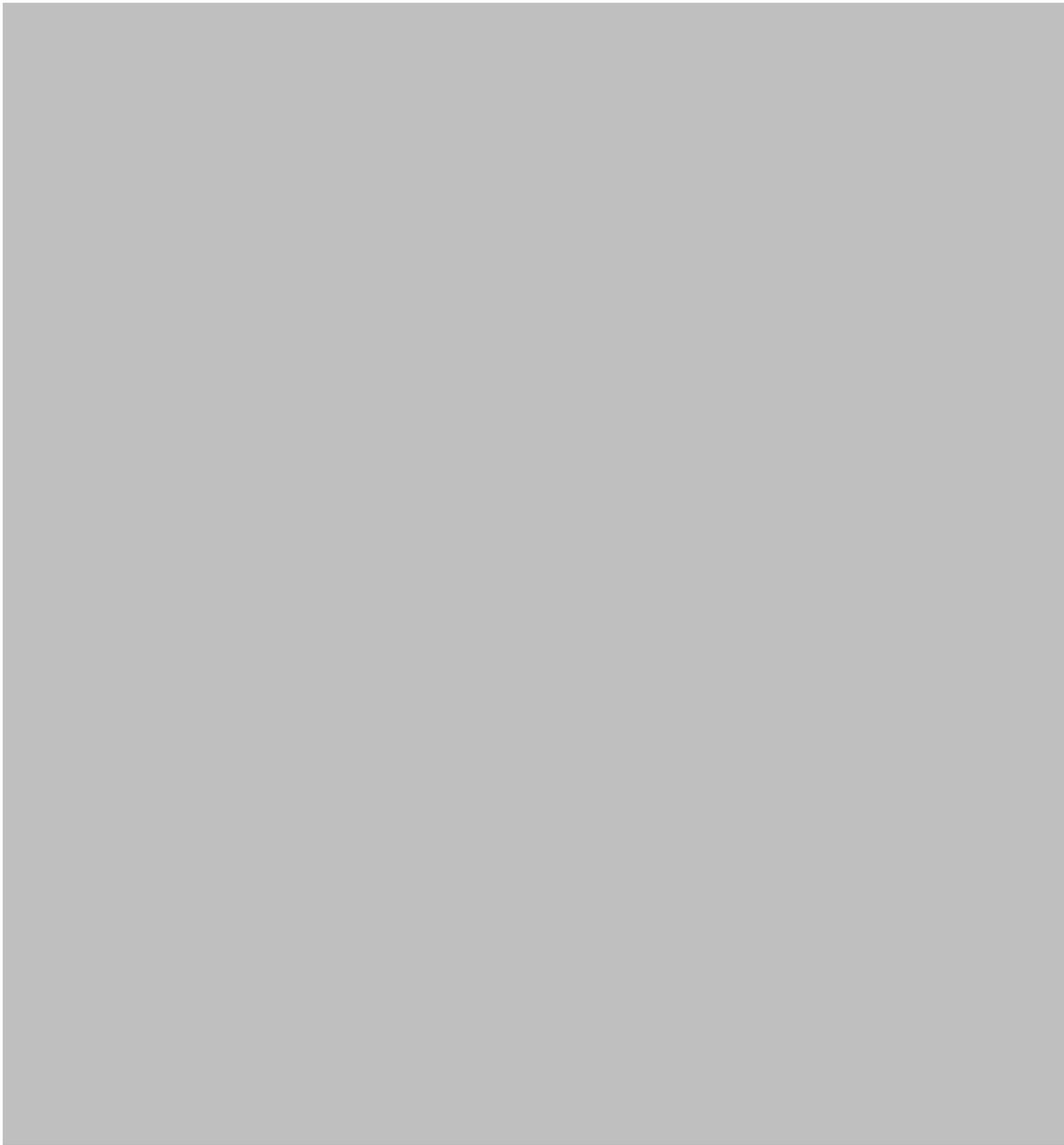








































SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO - DT CAUCA

EVIDENCIA VERIFICADA POR EL AUDITOR

ID 813. *Copia Acta de reunión del 27 de febrero de 2020 y copia lista de asistencia (correo electrónico invitación a reunión). Objetivo Reunión: Desarrollar el segundo comité territorial y hacer seguimiento a las acciones de las diferentes dependencias de la dirección territorial. En el desarrollo de la reunión se encuentran registrada la información relacionada con los siguientes temas a tratar: 1. tareas primer comité - Seguimiento, 2. Estado contratación y valoración actividades, **3. Indicadores plan de acción primer reporte, 4. Tablero de control, 5. Proyección - difusión -implemeta propósito superior y 6. Varios.**

En el segundo y tercer párrafo de los temas tratados se describe información referente al reporte del plan de acción del primer trimestre de 2020 y de las evidencias en los términos establecidos, actualización del mapa de riesgos (último martes de cada mes) y diligenciamiento de la matriz de seguimiento a los contratistas para su cumplimiento.

*Copia Acta de reunión del 26 de marzo de 2020 y copia lista de asistencia (correo electrónico invitación a reunión). Objetivo Reunión: Realizar comité territorial No.3 seguimiento actividades programación trabajo virtual. En el desarrollo de la reunión se encuentran registrada la información relacionada con los siguientes temas a tratar:

1. Palabras invitación a nuevo ambiente laboral – virtual.
2. Tareas 2 comité – Tareas Plan Padrino-Estado actual según Decreto Presidencia 417 2020 Emergencia Económica, Social y Ecológica.
3. Riesgos Contexto Estratégico nuevo.
4. Planes de trabajo virtual.

5. Informes por presentar Indicadores Plan de Acción – Reporte (Primer Trimestre 2020), Contexto Estratégico, Servicios no Conformes.

6. Varios.

En el tema 5 de la reunión hace referencia a informes de actividades según plan de acción y matriz estratégica, referente a: gestión interinstitucional, reparación individual, enfoque diferencial, retorno y reubicaciones, reparación colectiva, registro y RNI, asistencia y atención humanitaria, outsourcing, dirección técnica del SNARIV, gestión jurídica, medios de comunicación, implementación reparación colectiva, psicosocial, reparación colectiva ruta no étnica, participación y emergencias.

*Plan de Implementación DT Cauca 2020 (Cuarto trimestre, actividad, evidencia y reporte de las acciones del trimestre).

*Copia acta de reunión No.1 del 30 de enero de 2020. Objetivo: Llevar a cabo el comité de territorial del Cauca para realizar seguimiento a las actividades según los procesos y procedimientos asignados en el periodo. Desarrollo de la reunión - Temas a tratar: 1. Indicadores Plan de Acción, 2. Propuesta de Valor / Propósito Superior, 3. Informe estratégico, matriz riesgos, acuerdos de gestión, reporte acciones contratistas (seguimiento). Tablero de Control, 4. Programación Actividades Reparación Colectiva mes de febrero y 5. Varios.

*Copia acta de reunión del 24 de abril de 2020. Objetivo: hacer el seguimiento a las acciones, objetivos y responsabilidades en el marco del cumplimiento del SIG, Plan de Acción y demás seguimiento establecidos para la DT CAUCA; Desarrollo de la reunión: 1. Presentación y balance estado labores desde Casa forma Virtual DT Cauca, 2. Informe resultado seguimiento por parte de la Madrina de la DT Cauca, 3. Informes funcionarios modalidad prestación de servicios, **4. Estado indicadores plan de acción y presentación de evidencias**, 5. Estado implementación SIG 2020 y 7. Varios.

~~*Copia acta de reunión del 28 de mayo de 2020. Objetivo: Realizar comité territorial No 5 seguimiento actividades programación trabajo virtual~~

ID 815. *Matriz Batería de Indicadores de Evaluación y Control DT Cauca vigencia 2020, en la cual se encuentra inscrita información concerniente a: Nombre de indicador (están relacionados 37 indicadores), tipo de indicador (Eficacia), Proceso (Prevención de hechos victimizantes, reparación integral-RR, gestión para la asistencia, gestión de atención al ciudadano, registro RNI, gestión interinstitucional/DGI, participación, reparación integral/reparación colectiva, dirección territorial, RRHH, jurídica y psicosocial), Objetivo del Indicador, Variables / Fórmula del Indicador, Registrado en (25-06-2020), Frecuencia (Semestre), Meta admón (100%), Programado 2020, Ejecutado (a junio 30 de 2020 y % de ejecución), Tipo actualización, tipo de meta (Eficacia) y Proceso/Dependencia (Prevención de hechos victimizantes, reparación integral-RR, gestión para la asistencia, gestión de atención al ciudadano, registro RNI, gestión interinstitucional/DGI, participación, reparación integral/reparación colectiva, dirección territorial, RRHH, jurídica y psicosocial).

*Matriz Cauca seguimiento reparación integral, en la cual está inscrita la información concerniente a:

Plan de trabajo (proceso, responsable, actividades, meta, avances marzo, abril y mayo y observaciones).

Resumen avances (Subdirección/grupo de trabajo, No. de actividades y avances marzo, abril y mayo).

*Plan de Acción vigencia 2020 publicado página web institucional, en el cual están registrados los indicadores y actividades del plan de acción de la DT Cauca.

ID 814. Matriz Temas Estratégicos DT Cauca - Informe reunión mensual direcciones territoriales temas estratégicos, en su contenido está descrita la información correspondiente a los meses de enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio y julio de 2020, concerniente a:

1. Tema de articulación - Dirección Técnica Misional.
2. Subdirección o Grupo de Trabajo encargado desde Nivel Central.
3. Avance /seguimiento.
4. Articulación con el Plan de Acción Territorial.
5. Alertas en su jurisdicción que considere relevantes en el marco de sus funciones.
6. Próximas acciones - identificar cronograma estratégico mensual.
7. Temas y acciones que requieren de difusión mediática a través de la OAC para el siguiente mes.

Seguimiento OAP Plan de Accion 2020 segundo trimestre publicado en la página web institucional, donde se encuentra el seguimiento realizado por la OAP al plan de acción de la DT Cauca, en el cual registran el porcentaje de avance alcanzado a 30 de junio de 2020 y la descripción de cada indicador.

Seguimiento OAP Plan de Accion 2020 cuarto trimestre publicado en la página web institucional, donde se observa el seguimiento efectuado por la OAP al plan de acción de la DT Cauca, en el cual establecen el porcentaje de ejecución alcanzado en el 2020 con la respectiva descripción de cada indicador.

ID. 809. Matriz temas estratégicos Dirección Territorial Cauca - Informe reunión mensual direcciones territoriales temas estratégicos, correspondiente a los meses de septiembre y noviembre de 2019 que en su contenido se encuentra registrada la información referente a:

1. Tema de articulación - Dirección Técnica Misional.
2. Subdirección o Grupo de Trabajo encargado desde Nivel Central.
3. Avance /seguimiento.
4. Articulación con el Plan de Acción Territorial.
5. Alertas en su jurisdicción que considere relevantes en el marco de sus funciones.
6. Próximas acciones - identificar cronograma estratégico mensual.
7. Temas y acciones que requieren de difusión mediática a través de la OAC para el siguiente mes.

Matriz Seguimiento Ejecución Plan de Acción 2019 Direcciones Territoriales, presenta la ejecución del plan de acción de la Dirección Territorial Cauca 2019, de acuerdo con la información reportada por dicha territorial en el aplicativo SISGESTION y las metas establecidas en esta para cada actividad, así: 25 actividades en nivel satisfactorio (24 al 100% y 1 al 95%) y 1 en nivel insatisfactorio (0%) y 2 actividades eliminadas.

Matriz Seguimiento Avance Plan de Acción 1er semestre 2020 DT Cauca, en la cual se muestra el avance obtenido en plan de acción de la Dirección Territorial Cauca a 30 de junio de 2020, de acuerdo con la información reportada por dicha territorial en el aplicativo SISGESTION y las metas establecidas en esta para cada actividad, así: 16 actividades en nivel satisfactorio (80%), 1 en nivel aceptable (5%) y 3 en nivel insatisfactorio (15%).

Matriz Seguimiento Ejecución Plan de Acción 2020 DT Cauca, registra la ejecución del plan de acción de la Dirección Territorial Cauca 2020, de acuerdo con la información reportada por dicha territorial en el aplicativo SISGESTION y las metas establecidas en esta para cada actividad, así: 24 actividades en nivel satisfactorio (89%), 1 en nivel aceptable (4%), 2 en nivel insatisfactorio (7%) y 1 actividad eliminada.

ID. 808. *Matriz temas estratégicos Dirección Territorial Cauca - Informe reunión mensual direcciones territoriales temas estratégicos, correspondiente a los meses de septiembre y noviembre de 2019 que en su contenido se encuentra registrada la información referente a:

1. Tema de articulación - Dirección Técnica Misional.
2. Subdirección o Grupo de Trabajo encargado desde Nivel Central.
3. Avance /seguimiento.
4. Articulación con el Plan de Acción Territorial.
5. Alertas en su jurisdicción que considere relevantes en el marco de sus funciones.
6. Próximas acciones - identificar cronograma estratégico mensual.
7. Temas y acciones que requieren de difusión mediática a través de la OAC para el siguiente mes.

*Teniendo en cuenta el punto No. 5 de la matriz, en el mes de septiembre se observa la descripción de alertas relacionadas con la Dirección de Registro y Gestión de la Información, Dirección de Asistencia y Atención Humanitaria, Dirección de Gestión Interinstitucional, Dirección de Asuntos Étnicos y la Dirección de Reparación y en el mes de noviembre se observa la descripción de alertas relacionadas con la Dirección de Asuntos Étnicos y la Dirección de Reparación.

*Matriz Temas Estratégicos DT Cauca - Informe reunión mensual direcciones territoriales temas estratégicos, en su contenido está descrita la información correspondiente a los meses de enero, febrero y marzo de 2020, concerniente a: 1. Tema de articulación - Dirección Técnica Misional, 2. Subdirección o Grupo de Trabajo encargado desde Nivel Central, 3. Avance /seguimiento, 4. Articulación con el Plan de Acción Territorial, 5. Alertas en su jurisdicción que considere relevantes en el marco de sus funciones, 6. Próximas acciones - identificar cronograma estratégico mensual y 7. Temas y acciones que requieren de difusión mediática a través de la OAC para el siguiente mes.

*Matriz de Seguimiento Contratistas DT Cauca 2020 (No. de contrato, cédula de ciudadanía, propuesta del contratista, CDP, rubro, RP, fecha RP, fecha ejecución - aprobación póliza, fecha terminación de contrato y porcentaje de cumplimiento (enero a julio 2020) y cuadro en excel que contiene la información relacionada con el número del contrato, CC, nombre de los 27 contratistas, correos electrónicos, fecha de inicio, fecha de terminación y otro si.

ID. 820. *Copia Acta de reunión del 15 de octubre de 2019. Objetivo: Realizar el segundo seguimiento a las actividades asignadas al proceso de reparación integral (los procedimientos que contiene), dirección territorial por parte de la subdirección general, la subdirección de reparación colectiva y la dirección de asuntos étnicos (DAE). En lo concerniente a la agenda de la reunión, se describen los temas a tratar, así: I. Presentación DT Cauca y sus resultados; II. Presentación de la actividad a Realizar; III. Seguimiento SRC No Étnicos; IV. Seguimiento SRC Étnicos y V. Conclusiones.

En el desarrollo de la reunión se registra la información referente a las actividades realizadas en los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2019.

*Matriz de oferta SRC Cauca, se encuentra registrada información relacionada con: atributo (práctica colectiva, proyecto productivo, territorio, formas de organización y relacionamiento, autorreconocimiento y reconocimiento por terceros), producto, actividades y responsable.

*Matriz temas estratégicos Dirección Territorial Cauca - Informe reunión mensual direcciones territoriales temas estratégicos, correspondiente a los meses de septiembre y noviembre de 2019 que en su contenido se encuentra registrada la información referente a: 1. Tema de articulación - Dirección Técnica Misional; 2. Subdirección o Grupo de Trabajo encargado desde Nivel Central; 3. Avance /seguimiento; 4. Articulación con el Plan de Acción Territorial; **5. Alertas en su jurisdicción que considere relevantes en el marco de sus funciones;** 6. Próximas acciones - identificar cronograma estratégico mensual y 7. Temas y acciones que requieren de difusión mediática a través de la OAC para el siguiente mes.

Teniendo en cuenta el punto No.5 de la matriz, en el mes de septiembre se observa la descripción de alertas relacionadas con la Dirección de Registro y Gestión de la Información, Dirección de Asistencia y Atención Humanitaria, Dirección de Gestión Interinstitucional, Dirección de Asuntos Étnicos y la Dirección de Reparación, así: DRGI: Para esta oportunidad se logra la articulación necesaria con Nivel Nacional para cumplir con el objetivo propuesto; DGSH: alteraciones de orden público que impidan el ingreso de la asistencia y atención para la emergencia humanitaria; Orden público alterado en los municipios que no permiten su realización; DGI: Desinterés de las administraciones para convocar los comités por temas electorales y de fin de sus gobiernos; Que la subdirección de participación Nivel Nacional garantice la participación efectiva de los integrantes de la Mesa Departamental en la conformación, elección e instalación de la Mesa Nacional de Participación; DAE: Se requiere de la colaboración de Nivel Nacional para la convocatoria del SNARIV con el objetivo de Protocolizar los Planes Específicos y Dirección de Reparación: Se están quedando cartas pendientes por notificar debido a que los números de contacto aportados en las bases de datos por el nivel nacional continúan desactualizados en algunos casos; El principio de seguridad en los municipios donde cuentan con plan RyR, actualmente es un limitante para el cumplimiento de la meta y Falta de planificación y coordinación con los operadores para llevar a cabo la implementación de las medidas en los tiempos concertados con la comunidad.

En el mes de noviembre se observa la descripción de alertas relacionadas con la Dirección de Asuntos Étnicos y la Dirección de Reparación, así: **DAE:** Se requiere la colaboración de nivel nacional para el seguimiento a las acciones ya formalizadas de cada uno de los concejos comunitarios y **Dirección de Reparación:** Lograr el enlace de manera oportuna con las personas que lideran la gestión de las actividades en Bogotá para que se logre dar cumplimiento de las metas establecidas. Adicional a lo anterior se presentan dificultades con el operador logístico en cuanto al pago del saldo de actividades y esto ha generado inconvenientes con la comunidad; Articular con la Dirección de Reparación Colectiva la aprobación de requerimiento y la validación documental de las fases en sus cierres; Acompañamiento en las aprobaciones oportunas con el operador; Articulación con Bogotá para la aprobación de los requerimientos que desde la DT se solicita; Se articula con Bogotá para la entrega de Cartas de indemnización y cargue en indemnización.

*Matriz Temas Estratégicos DT Cauca - Informe reunión mensual direcciones territoriales temas estratégicos, en su contenido está descrita la información correspondiente a los meses de enero, febrero y marzo de 2020, concerniente a: 1. Tema de articulación - Dirección Técnica Misional, 2. Subdirección o Grupo de Trabajo encargado desde Nivel Central, 3. Avance /seguimiento, 4. Articulación con el Plan de Acción

ID. 821. Matriz Cauca seguimiento reparación integral, en la cual está inscrita la información concerniente a:

*Plan de trabajo (proceso, responsable, actividades, meta, avances marzo, abril y mayo y observaciones).

*Resumen avances (Subdirección/grupo de trabajo, No. de actividades y avances marzo, abril y mayo)

Copia Informe de auditoría sistema de gestión de calidad del 18 de junio de 2020, en el cual se encuentra registrada la información de la gestión adelantada por la DT Cauca en o que respecta al avance alcanzado en el sistema de gestión de calidad.

Matriz de autoevaluación segundo semestre de 2020, donde se describe la gestión realizada por la Dirección Territorial Cauca en el segundo semestre de 2020.

Matriz de observaciones, donde se encuentra registrada la información de 20 actividades, las metas establecidas para cada actividad, el avance alcanzado por cada una y las observaciones. Correo electrónico del 26-06-2020, enviado por funcionario de la oficina asesora de planeación OAP al enlace y director territorial Cauca, donde remite el informe final de auditoría del sistema de gestión de calidad.

Matriz Seguimiento Ejecución Plan de Acción 2019 Direcciones Territoriales, presenta la ejecución del plan de acción de la Dirección Territorial Cauca 2019, de acuerdo con la información reportada por dicha territorial en el aplicativo SISGESTION y las metas establecidas en esta para cada actividad, así: 25 actividades en nivel satisfactorio (24 al 100% y 1 al 95%) y 1 en nivel insatisfactorio (0%) y 2 actividades eliminadas.

Matriz Seguimiento Avance Plan de Acción 1er semestre 2020 DT Cauca, en la cual se muestra el avance obtenido en plan de acción de la Dirección Territorial Cauca a 30 de junio de 2020, de acuerdo con la información reportada por dicha territorial en el aplicativo SISGESTION y las metas establecidas en esta para cada actividad, así: 16 actividades en nivel satisfactorio (80%), 1 en nivel aceptable (5%) y 3 en nivel insatisfactorio (15%).

Matriz Seguimiento Ejecución Plan de Acción 2020 DT Cauca, registra la ejecución del plan de acción de la Dirección Territorial Cauca 2020, de acuerdo con la información reportada por dicha territorial en el aplicativo SISGESTION y las metas establecidas en esta para cada actividad, así: 24 actividades en nivel satisfactorio (89%), 1 en nivel aceptable (4%), 2 en nivel insatisfactorio (7%) y 1 actividad eliminada.

ID 816. *Copia Acta de reunión del 26 de marzo de 2020. Objetivo: Realizar comité territorial No.3 seguimiento actividades programación trabajo virtual. En desarrollo de la reunión se encuentran registrada la información relacionada con los siguientes temas a tratar:

1. Palabras invitación a nuevo ambiente laboral – virtual.

2. Tareas 2 comité – Tareas Plan Padrino-Estado actual según Decreto Presidencia 417 2020 Emergencia Económica, Social y Ecológica.

3. Riesgos Contexto Estratégico nuevo.

4. Planes de trabajo virtual.

5. Informes por presentar Indicadores Plan de Acción – Reporte (Primer Trimestre 2020), Contexto Estratégico, Servicios no Conformes.

6. Varios.

En el tema 3 de la reunión indican que, desde planeación explican que para el inicio de la vigencia 2020 los riesgos que ya no se han materializado serán ajustados, actualizados o ya no se reportarían mas como riesgos, por tal motivo el contexto estratégico se ha actualizado. Adicionalmente, señalan que, en la revisión del contexto estratégico desde nivel nacional ya se describiría cuales serían los riesgos que se les debería hacer seguimiento. Por último, manifiestan que en comité y asistencia de los líderes de proceso se aprueban las tres actividades desde los riesgos de gestión y la cuarta que tiene que ver con riesgos de corrupción.

*Copia Acta de Reunión del 16 de junio de 2020. Objetivo: Realizar la aprobación del mapa de riesgos de la Dirección Territorial DT CAUCA, de acuerdo con la metodología de administración de riesgos de la Unidad. En la parte final del desarrollo de la reunión se realiza la aprobación del mapa de riesgos 2020 de la DT Cauca.

*Matriz Contexto Estratégico DT Cauca (1. Identificación y priorización de actividades, 2. Factores DOFA y 3. Estrategias).

*Formato de Monitoreo a la Materialización de los Riesgos, en el cual se encuentra registrada la información de Riesgos (4 riesgos), tipo de riesgos (Operativo), fecha en que realiza el monitoreo (enero - marzo, abril - junio, julio - septiembre y octubre - diciembre), ¿El riesgo se materializó si o no?, análisis de causas (lluvia de ideas), corrección y número de acción correctiva.

ID 827. *Copia Acta de reunión del 26 de marzo de 2020. Objetivo: Realizar comité territorial No.3 seguimiento actividades programación trabajo virtual. En desarrollo de la reunión se encuentran registrada la información relacionada con los siguientes temas a tratar:

1. Palabras invitación a nuevo ambiente laboral – virtual.

2. Tareas 2 comité – Tareas Plan Padrino-Estado actual según Decreto Presidencia 417 2020 Emergencia Económica, Social y Ecológica.

3. Riesgos Contexto Estratégico nuevo.

4. Planes de trabajo virtual.

5. Informes por presentar Indicadores Plan de Acción – Reporte (Primer Trimestre 2020), Contexto Estratégico, Servicios no Conformes.

6. Varios.

En el tema 3 de la reunión indican que, desde planeación explican que para el inicio de la vigencia 2020 los riesgos que ya no se han materializado serán ajustados, actualizados o ya no se reportarían mas como riesgos, por tal motivo el contexto estratégico se ha actualizado. Adicionalmente, señalan que, en la revisión del contexto estratégico desde nivel nacional ya se describiría cuales serían los riesgos que se les debería hacer seguimiento. Por último, manifiestan que en comité y asistencia de los líderes de proceso se aprueban las tres actividades desde los riesgos de gestión y la cuarta que tiene que ver con riesgos de corrupción.

*Correo OAP del 02-07-2020. Asunto: Generación Acta de Aprobación Mapas de Riesgos DT Cauca 2020, enviado por la OAP al enlace y director territorial Cauca, donde le indica lo siguiente "(..) Informamos que el mapa de riesgos adjunto se encuentran avalado para proceder a su aprobación, por favor no modificarlo. A continuación enunciamos líneas generales, para la aprobación del Mapa de Riesgos Territorial: 1. Convocar reunión, preferiblemente en el marco del Comité de Crisis Territorial, con mínimo los siguientes asistentes:

- Director/a Territorial

- Punto Focal Crisis (opcional)

- Enlace Planeación (O encargado) (...).

*Instrumento Contexto DT Cauca - Junio de 2021, matriz en la cual está inscrita información referente a: Sistema de gestión, posibles controles y planes de tratamiento - DO (debilidades, oportunidades y estrategias DO) FA (fortalezas, amenazas y estrategias FA) FO (fortalezas, oportunidades y estrategias FO) y Posibles planes contingencia materialización de riesgo - DA (debilidades, amenazas y estrategias DA).

*Lista de Asistencia Mesa de Trabajo Análisis Contexto 2021 DTs Cauca, Caqueta y Nariño del **02-07-2021** (Organizador - funcionario de la OAP)

ID 828 *Pantallazo MAARIV (Sujetos de Reparación en Ruta y seguimiento a las actividades desde el control del cumplimiento de la implementación de la Ruta de Reparación Colectiva. Incluye rutas del plan desde identificación hasta implementación).

*Mapa de Riesgos DT Cauca 2020 V2 (1 riesgo de corrupción y 3 operativo) publicado en la página web institucional el 24 de febrero de 2020.

*Mapa de Riesgos DT Cauca 2021 V1 (1 riesgo de corrupción y 3 operativo) publicado en la página web de la LIARTV con fecha 29 de enero de 2021

ID 818. Formato de Monitoreo a la Materialización de los Riesgos, en el cual se encuentra registrada la información de Riesgos (4 riesgos), tipo de riesgos (Operativo), fecha en que realiza el monitoreo (enero - marzo, abril - junio, julio - septiembre y octubre - diciembre), ¿El riesgo se materializó si o no?, análisis de causas (lluvia de ideas), corrección y número de acción correctiva.

ID 823. Formato para Registro, Control y Seguimiento a Pago de Servicios Públicos (Fecha, mes, rubro, RP, periodo facturado, sede, empresa, ID cuenta, factura, consumo, valor de la factura, mora, saldos anteriores, reconexión, fecha límite de pago, fecha de pago y original), donde se observa los pagos de enero a septiembre de 2021 de los servicios públicos de la DT Cauca, en la cual está incluida la "Empresa de Telecomunicaciones de Popáyan S.A."

ID 824. Matriz Seguimiento Servicios Públicos (Fecha, mes, rubro, empresa, ID cuenta, factura, valor total de la factura, valor a pagar, valor mora, fecha límite de pago, fecha de pago y link y correos empresas) en la cual está relacionado el valor total de las facturas a pagar y el valor pagado de los servicios públicos de noviembre y diciembre de 2020, incluyendo el de la "Empresa de Telecomunicaciones de Popáyan S.A."

Evidencia Instalación y Activación Línea Telefónica (fotos donde se observa que la línea telefónica está instalada y en funcionamiento).

ID 825. Copia Formato de Pago enero y marzo de 2020, en el cual se observa el formato diligenciado y firmado por el director territorial Cauca. Así mismo, anexan como evidencia copia de una factura emitida por la Empresa de Telecomunicaciones de Popáyan S.A.

*Seguimiento Requerimiento OTI, matriz denominada "Soporte OTI" en la cual está registrada información acerca de la fecha de recepción, requerimiento (número), categoría, estado, detalle y solución (enero a julio de 2020).

*Acta de Recepcion de Inmueble con fecha del **02-12-2019**, firmada por el propietario del inmueble y del director territorial Cauca, en un párrafo del acta se estipula que "(...) La presente acta se suscribe dando cumplimiento a lo establecido en el contrato No. 2277 de 2019 (...).

Asimismo, se indica la ubicación del inmueble, especificaciones generales, estado de los servicios públicos, descripción del cuarto piso, descripción del tercer piso y obsevaciones.

*Correo electrónico del **02-09-2020**, enviado por asistente administrativo de la DT Cauca a la mesa de servicios tecnológicos de la OTI, en el cual da a conocer acerca de la visita técnica realizada y adjunta soporte del formato de mantenimiento preventivo, de igual manera relaciona en una matriz el número del serial de equipo al cual se le efectuó mantenimiento y el nombre la persona que lo tiene a su cargo. Adicional a esto, describe los equipos pendientes de mantenimiento.

*Documento Revision Técnica RICOH **20 OCT 2020**, copia de soporte físico del tonner negro MP501/MP601 recibido por la DT Cauca.

*Formato Mantenimiento Preventivo DT Cauca, copia de treinta y tres (33) formato de mantenimiento preventivo con fecha **28-31/08-2020**.

*Fotos Instalación Física Interna DT Cauca pisos 7 y 8, donde se observa los muebles y equipo ubicados en las instalaciones de la DT Cauca.

*Matriz Seguimientos Administrativa 2019 y 2020 (Sevicios públicos, fumigación, asoe y cafeteria, papelería, arrendamiento, ascensor mantenimiento a cargo de Occviles - Arrendador.

*Video Fachada DT Cauca 2021-06-21, muestra las condiciones físicas de la fachada.

*Video Instalación Física Interna DT Cauca, donde se observa las condiciones físicas y locativas tanto de la entrada como del lugar (espacio físico) en el cual están ubicados los muebles de la DT Cauca.

Foto Minuta "Sevin Ltda - Seguridad integral"

Fotos Evidencia Registro en Minuta "Sevin Ltda - Seguridad integral", en la cual se observa el registro de la información concerniente a: Fecha (dia, mes y año), hora, asunto y anotaciones.

*Correo electrónico del 7 de julio de 2020. Asunto: Uso OneDrive DT Cauca, en el cual socializan a los funcionarios y contratistas de la DT Cauca la información enviada por la OTI respecto al uso de OneDrive de Office 365.

*Formato Recibo a Satisfaccion Fumigacion 24-01-2020 (Descrpción del servicio: Empresa Killpest control y prevención de plagas, tratamiento realizado: desinsectación - desratización, certificado: No. 6351 y productos utilizados: 1. Piretroide - fendona 60SC, 2. Rodenticina - Rastop y 3. Trampas - Pega pest.

*Formato Mantenimiento Preventivo DT Cauca, copia de treinta y tres (33) formato de mantenimiento preventivo con fecha **28-31/08-2020**.

*Documento Revision Técnica RICOH **20 OCT 2020**, copia de soporte físico del tonner negro MP501/MP601 recibido por la DT Cauca.

*Seguimiento Requerimiento OTI, matriz denominada "Soporte OTI" en la cual está registrada información acerca de la fecha de recepción, requerimiento (número), categoría, estado, detalle y solución (enero a julio de 2020).

*Video Instalación Física Interna DT Cauca, donde se observa las condiciones físicas y locativas tanto de la entrada como del lugar enel cual están ubicados los muebles de la DT Cauca.

<p>Control Entrega de Informes Firmados, archivo en excel en el cual se encuentra registrada la información del Contratista (nombres y apellidos), No. de contrato, fecha de suscripción, nivel central/territorial (DT Cauca), subgrupos (Subdirección de reparación colectiva, DAE, grupo de centros regionales, DGI, grupo de enfoque psicosocial, OAC y grupo de gestión administrativa y documental), aprobación póliza, fecha de inicio/ejecución, RP, fecha RP, fecha terminación de contrato, CC y mes (julio a diciembre 2019)</p> <p>Acta del 01 de abril de 2019. Objetivo: Conocer el alcance técnico del programa de Reparación colectiva para sujetos étnicos (firmada)</p> <p>Acta del 05 de abril de 2019. Objetivo: Contextualización y revisión de avances en ruta de reparación colectiva de los sujetos Lomitas y San Miguel (firmada)</p> <p>Acta del 11 de abril de 2019. Objetivo: Orientar el diligenciamiento de las fichas de identificación de los sujetos del departamento del Cauca por el compañero Omar Martínez y Vicky Betancourt (firmada)</p> <p>Acta del 12 de abril de 2019. Objetivo: Socializar con los funcionarios de la UARIV y los nuevos contratistas de la Jornada de Bienestar (firmada).</p> <p>Acta del 13 de abril de 2019. Objetivo: Asistir a taller # 27 de construyendo país, en el municipio de Timbio organizado por la presidencia de la república (firmada).</p> <p>Acta del 16 abril de 2019. Objetivo: Revisión y formación de documentación de rehabilitación enfoque psicosocial de Reparación colectiva (firmada).</p> <p>Acta del 22-04-2019. Objetivo: Seguimiento a actividades de reparación colectiva (firmada).</p> <p>Acta del 22-04-2019. Objetivo: Socializar el enfoque psicosocial en la Ruta de Reparación Individual con la profesional Libia Vásquez (firmada).</p> <p>Copia actas de asistencias firmadas por los asistentes con fechas 01, 04, 11, 13, 16 y 22-04-2019.</p> <p>Observación OCI: La dirección territorial auditada no envió evidencias de actas o informes de la vigencia 2020 en las fechas inicio y finalización (enero a marzo) establecidas en el plan de</p>
<p>Copia documentos en word "Lineamientos para la presentación y pago de las cuentas de cobro por concepto de honorarios – Contratos de Prestación de servicios de la UARIV" con las indicaciones a realizar por parte del contratista para la elaboración y presentación del informe y cuenta de cobro (Líder de Cada Proceso: Revisión informes y evidencias, proceso jurídico, formato para pago, formato cuenta de cobro, certificación de declarante, obligación del contratista y orden de los documentos)</p> <p>Observación OCI: El lineamiento enviado como evidencia no tiene fecha de elaboración o soporte de un oficio, memorando o correo electrónico que certifique la fecha en la cual fue socializado.</p>
<p>*Información Contratos 2019 - 2020 DT Cauca, se observa una matriz en excel con la Información de los contratos correspondientes a las vigencias 2019 y 2020 DT Cauca, así: 1. vigencia 2019 (23 contratistas, nombres y apellidos, número de identificación, correo electrónico, dirección, teléfono, I semestre, valor del contrato, II semestre valor del contrato). 2. Vigencia 2020 (27 contratistas, nombres y apellidos, número de identificación, correo electrónico, dirección, teléfono, inicio, finalización, otro si y valor del contrato).</p> <p>*Correo electrónicos del 08 de enero de 2019. Asunto: Plan de Acción Cuarto Trimestre de 2019, según lo manifestado por el remitente, envía el reporte del plan de acción correspondiente al cuarto trimestre de 2019 e indica que las evidencias fueron cargadas en la nube, debido al peso (megas), asimismo aclara que no todos los contratistas enviaron los informes en PDF firmados pese a los múltiples requerimientos realizados.</p> <p>*Reportes plan de acción cuarto trimestre 2019 (octubre, noviembre y diciembre), así: Código 85372</p> <p>Actividad "Realizar seguimiento y supervisión de los contratos designados a la Dirección Territorial. Indicador "Contratos con seguimiento y supervisión". Fórmula "(Contratos con seguimiento y supervisión / Total de contratos designados para seguimiento y supervisión)*100" Descripción: 1. En el mes de octubre de 2019 se revisaron 22 informes mensuales de los contratistas vinculados por la UARIV ordenando las correcciones pertinentes cuando fue necesario; 2. En el mes de noviembre de 2019 se revisaron 22 informes mensuales de los contratistas vinculados por la UARIV ordenando las correcciones pertinentes cuando fue necesario y 3. En el mes de diciembre de 2019 se revisaron 22 informes mensuales de los contratistas vinculados por la UARIV ordenando las correcciones pertinentes cuando fue necesario.</p> <p>*Matriz de Seguimiento Contratistas DT Cauca 2020 (No. de contrato, cédula de ciudadanía, propuesta del contratista, CDP, rubro, RP, fecha RP, fecha ejecución - aprobación póliza, fecha terminación de contrato y porcentaje de cumplimiento (enero a julio 2020) y cuadro en excel que contiene la información relacionada con el número del contrato, CC, nombre de los 27 contratistas, correos electrónicos, fecha de inicio, fecha de terminación y otro si.</p>

*Información Contratos 2019 - 2020 DT Cauca, se observa una matriz en excel con la Información de los contratos correspondientes a las vigencias 2019 y 2020 DT Cauca, así: 1. vigencia 2019 (23 contratistas, nombres y apellidos, número de identificación, correo electrónico, dirección, teléfono, I semestre, valor del contrato, II semestre valor del contrato). 2. Vigencia 2020 (27 contratistas, nombres y apellidos, número de identificación, correo electrónico, dirección, teléfono, inicio, finalización, otro si y valor del contrato).

*Listado Colaboradores UARIV DT Cauca TEST THT, se observa una matriz en excel con la información de las personas que conforman la DT Territorial, así: nombres y apellidos, cédula, vinculación, sexo, RH, correo electrónico, celular, dirección, contacto de emergencia, parentesco y teléfono).

*Matriz de seguimiento ausentismo laboral DT Cauca 2020 de enero a agosto de 2020 y consolidado con la información referente a: Nombres, proceso, día, incapacidad, motivo solicitud (calamidad doméstica, diligencia judicial, cita médica, universidad, compensatorio cumpleaños, personal, cita o urgencia y reunión colegio), tiempo remunerado (si - no), tiempo por compensar (si - no) y observación (especifique, envíos a TH y horas).

*Matriz de Seguimiento Contratistas DT Cauca 2020 (No. de contrato, cédula de ciudadanía, propuesta del contratista, CDP, rubro, RP, fecha RP, fecha ejecución - aprobación póliza, fecha terminación de contrato y porcentaje de cumplimiento (enero a julio 2020) y cuadro en excel que contiene la información relacionada con el número del contrato, CC, nombre de los 27 contratistas, correos electrónicos, fecha de inicio, fecha de terminación y otro si.

Observación OCI: La DT Cauca no envía evidencias de correo electrónico, memorando u oficio donde solicite capacitaciones en supervisión contractual y gestión documental para expedientes contractuales, así como evidencias de asistencia o participación en capacitaciones de estos dos (2) temas.

*Copia lista de asistencia y acta de reunión mesa técnica de seguimiento del 10-12-2019. Objetivo: Realizar mesa técnica de seguimiento a la ejecución del Convenio 1509 de 2019, suscritos entre los municipios de Caldon, Buenos Aires y la Unidad de Atención Integral a las Víctimas en el marco del Convenio Interadministrativo cuyo objeto "Aunar esfuerzos, técnicos, administrativos y operativos para poner en marcha el proyectos denominado "Proyecto de acompañamiento socio económico mediante el establecimiento de unidades productivas de gallinas ponedoras, procesos de post-cosecha de café a través de kit cafetero y establecimiento del cultivo de caña panelera como fuente de generación de ingresos para la familia víctimas del conflicto armado en los municipios de Caldon y Buenos Aires".

*Memorando del 16 de enero de 2020. Asunto: Radicación informes de actividades final convenio 1509 de 2018 (entrega formal de documentación para su incorporación en el expediente), suscrito por el coordinador grupo de gestión de proyectos supervisor Convenio 1509 de 2018.

* Informe de Alcance a la Supervisión 1509 de 2018 - 22 de abril de 2020 (informe de supervisión - Contenido: 1. Datos generales de ejecución, 2. Aspectos técnicos y resultado de la revisión para el cumplimiento de cada una de las obligaciones dentro del término de ejecución del Convenio y posterior a éste y estado financiero), firmado por el supervisor del nivel nacional de la UARIV - Dirección de Gestión Interinstitucional Grupo de Gestión de Proyectos y el supervisor anivel territorial de la UARIV (Director Territorial Cauca).

*Copia Acta de Comité de Defensa Judicial Abril 30 de 2020, en la cual la secretaria técnica del comité de defensa judicial y de reconciliación de la UARIV, certifica que el Comité de Defensa Judicial y de Conciliación de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas se reunió el 30 de abril de 2020 para llevar a cabo la sesión número ciento cuatro (104) del mismo, en la cual fue sometida a estudio y análisis la solicitud de conciliación presentada por el representante legal de la Fundación para el Desarrollo y la Convivencia Agroecológica del Departamento del Cauca, ante la Procuraduría 40 Judicial II para Asuntos Administrativos de Popayán.

*Copia Acta de Audiencia del 03 de junio 2020 Procuraduría - Conciliación extrajudicial Procuraduría 40 judicial II para asuntos administrativos, Radicación siaf No. 3319 - 029 del 05-03-2020, firmado por la Procuradora 40 Judicial para Asuntos Administrativos.

*Copia Acta de Comité de Defensa Judicial Junio 18 de 2020, en la cual la secretaria técnica del comité de defensa judicial y de reconciliación de la UARIV, certifica que el Comité de Defensa Judicial y de Conciliación de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas se reunió el 18 de junio de 2020 para llevar a cabo la sesión número ciento seis (106) del mismo, en la cual fue sometida a estudio y análisis la solicitud de conciliación presentada por el representante legal de la Fundación para el Desarrollo y la Convivencia Agroecológica del Departamento del Cauca, ante la Procuraduría 40 Judicial II para Asuntos Administrativos de Popayán.

*Copia Acta de Audiencia del 15 de julio 2020 Conciliación extrajudicial Procuraduría 40 judicial II para asuntos administrativos, Radicación siaf No. 3319 - 029 del 05-03-2020, firmado por la Procuradora 40 Judicial para Asuntos Administrativos.

Observación OCI: La Dirección Territorial Cauca no presenta evidencia relacionada con la realización de esta actividad.

*Copia Acta de Liquidación Bilateral del Convenio Interadministrativo No. 1492 de 2018, suscrito entre la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas y el municipio de Totoró del departamento del Cauca, firmada el 29 de junio de 2021 el secretario general de la UARIV, director territorial Cauca, supervisor de la dirección de gestión interinstitucional DGI y el alcalde municipal por el municipio de Totoró Cauca.

*Copia Acta de Liquidación Bilateral 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 (Falta las firmas del secretario general UARIV, el supervisor y el gobernador).

*Oficio del 07-10-2021 Municipio de Argelia- Proceso de liquidación convenio 1501-2018, con fecha de radicado 07 de octubre de 2021. Asunto: Proceso de liquidación convenio 1501-2018, suscritos por los supervisores (director territorial Cauca y coordinador grupo de gestión de proyectos) enviado al alcalde del municipio de Argelia - Cauca y al gobernador del departamento del Cauca, donde indican que "(...) solicitamos muy respetuosamente, se informe y justifique las razones técnicas y jurídicas por las cuales no ha sido posible remitir firmada el acta de liquidación del citado Convenio; acta que fue remitida y se encuentra en el despacho de la alcaldía de Argelia desde hace más de tres meses (30 de junio de 2021) (...)".

*Correo electrónico del 26-10-2021. Asunto: Solicitud Envío Evidencias Convenios Interadministrativos 1492 y 1501 de 2018 - Seguimiento Plan de Mejoramiento A-13 DT Cauca, suscrito por el grupo de gestión contractual (como respuesta a requerimiento de la oficina de control interno, en virtud del seguimiento al plan de mejoramiento de la auditoría de gestión A-13 DT Cauca del hallazgo No.8), en el cual manifiestan que "(...) *En aras de dar complementariedad a los puntos 3 y 4 requeridos en la solicitud según histórico, me permito informar lo siguiente: 3 /4: De conformidad como se evidencia en el adjunto No. 1 (acta de liquidación bilateral Convenio No. 1), el Grupo de Gestión Contractual dio cumplimiento a la proyección del acta y a la articulación con la supervisión para dar continuidad con el flujo de firmas por parte del ente territorial. No obstante, realizando seguimiento y tal como es evidenciado por la supervisión del convenio en La Unidad (los Sres.: Daniel Alejandro Olaya Cardona y Dan Harry Sanchez Cobo) el ente Territorial, es decir el Municipio de Argelia- Cauca y la Gobernación del Cauca no han podido adelantar las gestiones necesarias para que dentro de sus aportes den claridad a lo especificado por el balance económico como cruce definitivo al balance financiero, gestiones netamente del ente territorial referente a sus aportes. De igual forma, es de aclarar que tanto el Grupo de Gestión Contractual como la supervisión han articulado y apoyado al ente territorial para apoyar, comunicar y por ende recibir cualquier informativo que acredite los avances referente al acta de liquidación bilateral que se encuentra en su despacho; razón por la cual, conlleva a la supervisión en oficiar al ente territorial para que en virtud de los preceptos legales la entidad evidencie la gestión al particular. (soportes en adjunto 2 y 3) Finalmente, en virtud del trámite de liquidación el Grupo de Gestión Contractual, está a la espera de la respuesta del oficio radicado No. 202120031635271 para dar continuidad a la gestión y/o proyección del acta de cierre.(...)*".

Observación OCI: el acta de liquidación bilateral del convenio interadministrativo No. 1501 de 2018 no tiene suscrita las firmas del gobernador del Cauca, el secretario general de la UARIV y un supervisor.

*Memorando del 16 de enero de 2020. Asunto: Radicación informes de actividades final convenio 1509 de 2018 (entrega formal de documentación para su incorporación en el expediente), suscrito por el coordinador grupo de gestión de proyectos supervisor convenio 1509 de 2018.

* Informe de Alcance a la Supervisión 1509 de 2018 - 22 de abril de 2020 (informe de supervisión - Contenido: 1. Datos generales de ejecución, 2. Aspectos técnicos y resultado de la revisión para el cumplimiento de cada una de las obligaciones dentro del término de ejecución del Convenio y posterior a éste y estado financiero), firmado por el supervisor del nivel nacional de la UARIV - Dirección de Gestión Interinstitucional Grupo de Gestión de Proyectos y el supervisor nivel territorial de la UARIV (Director Territorial Cauca).

*Memorando del 23-06-2021, suscrito por el coordinador grupo gestión de proyectos y el director territorial Cauca. Asunto: Solicitud de inicio del medio de control de controversias contractuales para que se la liquidación judicial del convenio interadministrativo No. 1509 de 2018 suscrito con el municipio de Caldono, Cauca.

*Correo electrónico del 24 de junio de 2021, suscrito por el coordinador grupo gestión de proyectos - DGI. Asunto: Solicitud de inicio del medio de control de controversias contractuales para que se la liquidación judicial del convenio interadministrativo No. 1509 de 2018 suscrito con el municipio de Caldono, Cauca.

*Memorando del 16 de julio de 2021, firmado por el coordinador grupo gestión de proyectos - supervisor del convenio 1501 de 2018 y el director dirección territorial Cauca - supervisor del convenio 1501 de 2018. Asunto: Solicitud Revisión, firma y envío del acta de liquidación del convenio interadministrativo 1501 de 2018, en el cual solicitan la revisión y firma por parte del gobernación del Cauca y ratificar la firma del municipio de Argelia.

*Informes de actividades convenio interadministrativo 1492 de 2018 (firmados), No.2 del 01-10-2018 al 31-10-2018 (porcentaje de avance del 10%), No.3 del 01-11-2018 al 30-11-2018 (porcentaje de avance 34%), No.4 del 01-12-2018 al 31-12-2018 (porcentaje de ejecución 100%) y oficio con radicado de fecha 28-05-2021. Asunto: Entrega del informe técnico final convenio 1492 de 2018, en el cual adjuntan el informe de actividades No.5 del 02-10-2018 al 31-12-2018 (porcentaje de ejecución 100%). Cabe anotar, que según esta evidencia el informe final es entregado 29 meses después de su ejecución.

*Informes de actividades convenio interadministrativo 1501 de 2018 (firmados), No.2 del 01-10-2018 al 31-10-2018 (porcentaje de avance del 21,04%), No.3 del 01-11-2018 al 30-11-2018 (porcentaje de avance 59,7%).

*Informe de actividades No.6 diciembre de 2018 convenio interadministrativo 1501 de 2018, que viene anexo al oficio con fecha 19 de septiembre de 2020 (9 meses después de ejecutado). Asunto: Entrega de informe técnico del mes de diciembre de 2018 e informes financieros convenio interadministrativo 1501 de 2018.

Informe de actividades final convenio interadministrativo 1501 de 2018 (01-10-2018 al 31-10-2018 porcentaje de ejecución 100%), el cual viene anexo en el oficio con fecha 06-01-2021. Asunto: Entrega de informe final convenio 1501 de 2018. Cabe anotar, que de acuerdo con esta evidencia el informe final es entregado 25 meses después de su ejecución.









































		CRITERIOS DE CUMPLIMIENTO						
FECHA INICIO	FECHA FINAL	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 en la ejecución de la actividad	5- Evidencias adicionales		1
20/01/2020	31/03/2020	SI	SI	SI	Parcial	Evaluar la columna S	NO	35
20/01/2020	31/03/2020	SI	SI	SI	Parcial	Evaluar la columna S	NO	35

20/01/2020	31/03/2020	SI	SI	SI	Parcial	Evaluar la columna S	NO	35
20/01/2020	31/03/2020	SI	SI	SI	Parcial	Evaluar la columna S	NO	35

20/01/2020	31/03/2020	SI	SI	SI	Parcial	Evaluar la columna S	NO	35
20/01/2020	31/03/2020	SI	SI	SI	Parcial	Evaluar la columna S	NO	35

20/01/2020	31/03/2020	SI	SI	SI	Parcial	Evaluar la columna S	NO	35
31/01/2020	31/03/2020	SI	SI	SI	Parcial	Evaluar la columna S	NO	35

31/01/2020	31/03/2020	SI	SI	SI	Parcial	Evaluar la columna S	NO	35
31/01/2020	31/03/2020	SI	SI	SI	Parcial	Evaluar la columna S	NO	35
31/01/2020	31/03/2020	SI	SI	SI	Parcial	Evaluar la columna S	NO	35
31/01/2020	31/03/2020	SI	SI	SI	Parcial	Evaluar la columna S	NO	35

31/01/2020	31/03/2020	SI	SI	SI	Parcial	Evaluar la columna S	NO	35
31/01/2020	31/03/2020	SI	SI	SI	Parcial	Evaluar la columna S	NO	35
31/01/2020	31/03/2020	SI	SI	SI	Parcial	Evaluar la columna S	NO	35
31/01/2020	31/03/2020	SI	SI	SI	Parcial	Evaluar la columna S	NO	35

31/01/2020	31/03/2020	SI	SI	SI	NO	Evaluar la columna S	NO	35
31/01/2020	31/03/2020	SI	SI	SI	NO	Evaluar la columna S	NO	35
31/01/2020	31/03/2020	SI	SI	SI	Parcial	Evaluar la columna S	NO	35

31/01/2020	31/03/2020	SI	SI	SI	NO	Evaluar la columna S	NO	35
31/01/2020	31/03/2020	SI	SI	SI	Parcial	Evaluar la columna S	NO	35
31/01/2020	31/03/2020	SI	SI	SI	NO	Evaluar la columna S	NO	35

31/01/2020	31/03/2020	SI	SI	SI	NO	Evaluar la columna S	NO	35
31/01/2020	31/03/2020	SI	SI	SI	Parcial	Evaluar la columna S	NO	35











































VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS				ESTADO						
2	3	4	5	Nivel de cumplimiento	Porcentaje de cumplimiento	ESTADO DE CUMPLIMIENTO	MEDIANA (NIVEL DE CUMPLIMIENTO POR DEBILIDAD)	ZONA DE SOLIDEZ	1- Las causa busca eliminar la debilidad	2- La actividad se relaciona con la causa descrita
5	15	20	0	75	75%	Cerrada			Cumplida	Cumplida
5	15	20	0	75	75%	Cerrada	75	Medio	Cumplida	Cumplida

5	15	20	0	75	75%	Cerrada		Cumplida	Cumplida
5	15	20	0	75	75%	Cerrada		Cumplida	Cumplida

5	15	20	0	75	75%	Cerrada
5	15	20	0	75	75%	Cerrada

75

Medio	Cumplida	Cumplida
Medio	Cumplida	Cumplida

5	15	20	0	75	75%	Cerrada
5	15	20	0	75	75%	Cerrada

	Cumplida	Cumplida
	Cumplida	Cumplida

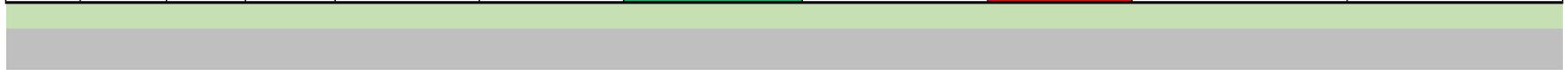
5	15	20	0	75	75%	Cerrada	75	Medio	Cumplida	Cumplida
5	15	20	0	75	75%	Cerrada			Cumplida	Cumplida
5	15	20	0	75	75%	Cerrada	75	Medio	Cumplida	Cumplida
5	15	20	0	75	75%	Cerrada			Cumplida	Cumplida

5	15	20	0	75	75%	Cerrada	75	Medio	Cumplida	Cumplida
5	15	20	0	75	75%	Cerrada			Cumplida	Cumplida
5	15	20	0	75	75%	Cerrada			Cumplida	Cumplida
5	15	20	0	75	75%	Cerrada	75	Medio	Cumplida	Cumplida

5	15	0	0	55	55%	Reformulada			Cumplida	Cumplida
5	15	0	0	55	55%	Reformulada			Cumplida	Cumplida
5	15	20	0	75	75%	Cerrada	55	Bajo	Cumplida	Cumplida

5	15	0	0	55	55%	Reformulada	Cumplida	Cumplida
5	15	20	0	75	75%	Cerrada		Cumplida
5	15	0	0	55	55%	Reformulada		Cumplida

5	15	0	0	55	55%	Reformulada	65	Bajo	Cumplida	Cumplida
5	15	20	0	75	75%	Cerrada			Cumplida	Cumplida

































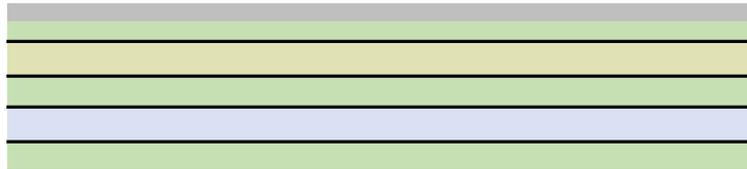












3- La actividad propende por eliminar la debilidad	4- La evidencia prueba total integridad la ejecución de la actividad	5- Evidencias adicionales
Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
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

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
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

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
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

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
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

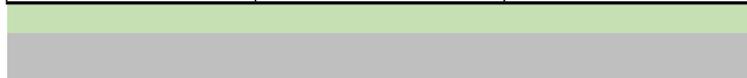
Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
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
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

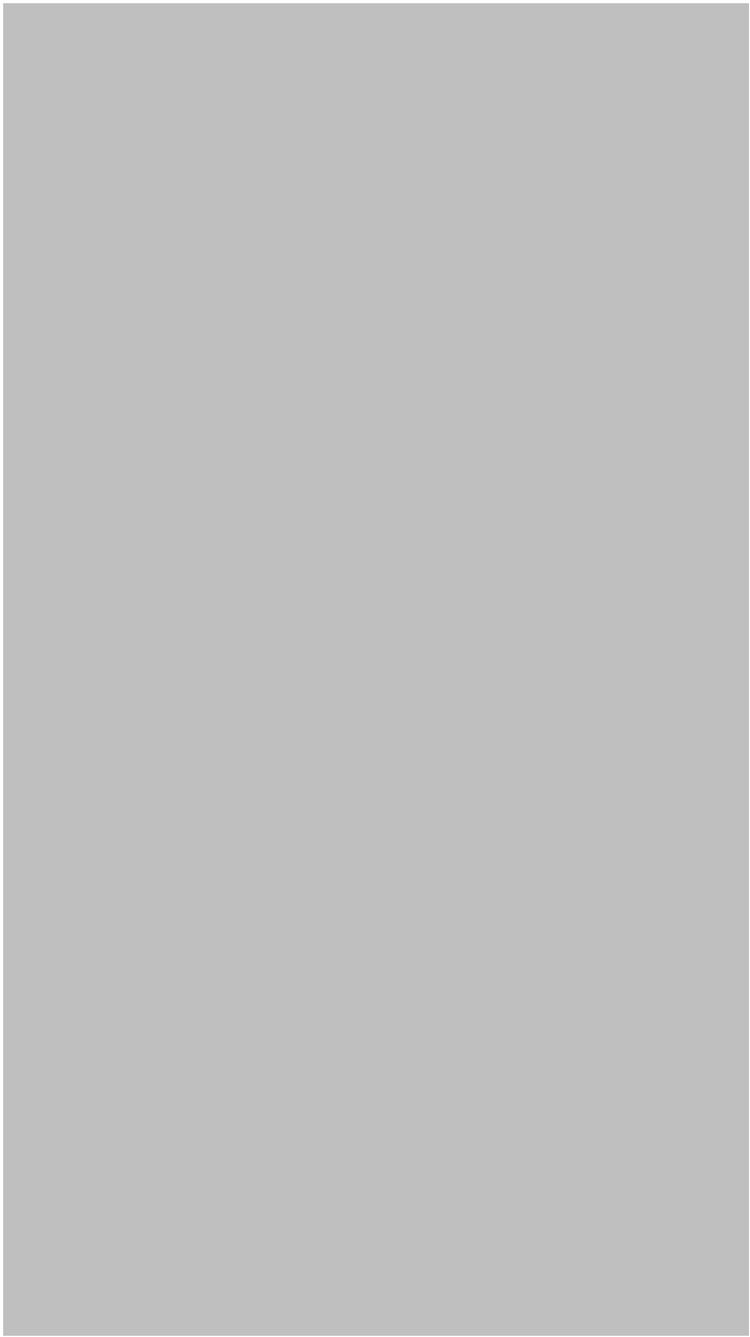
Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
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
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

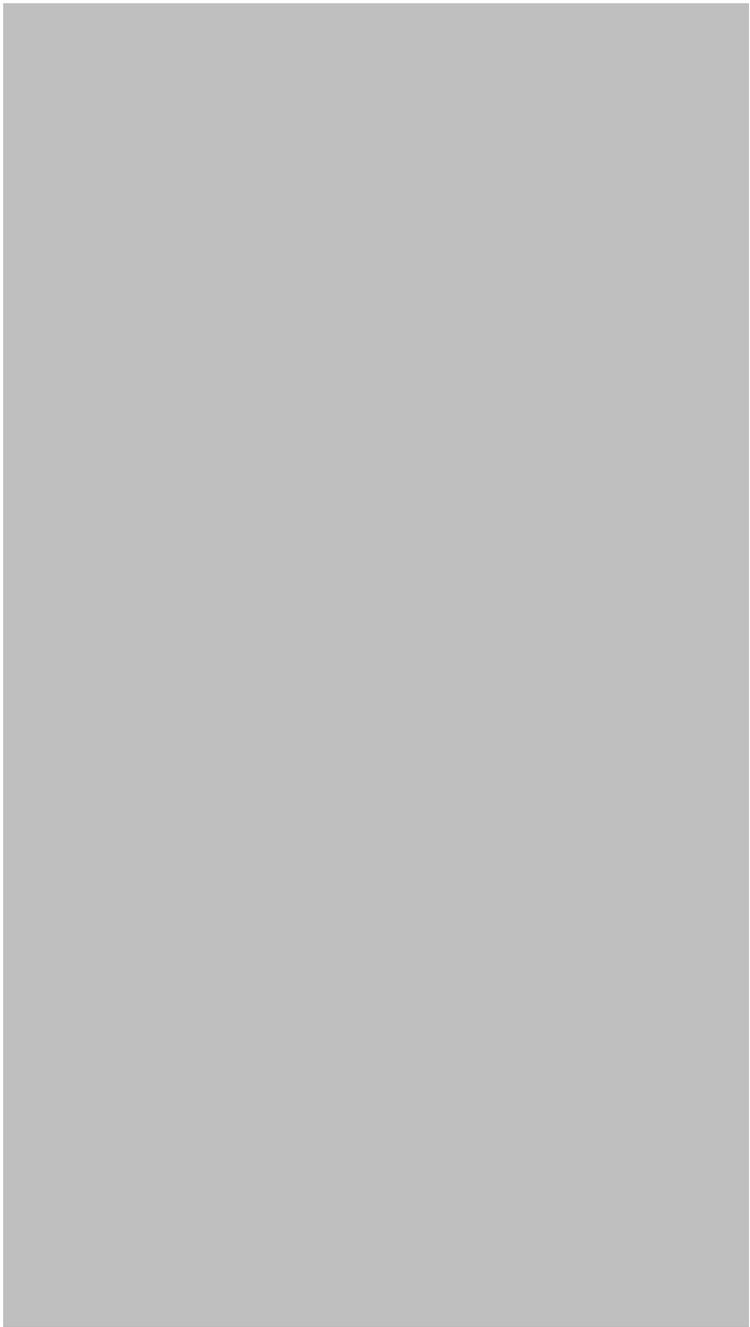
Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
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

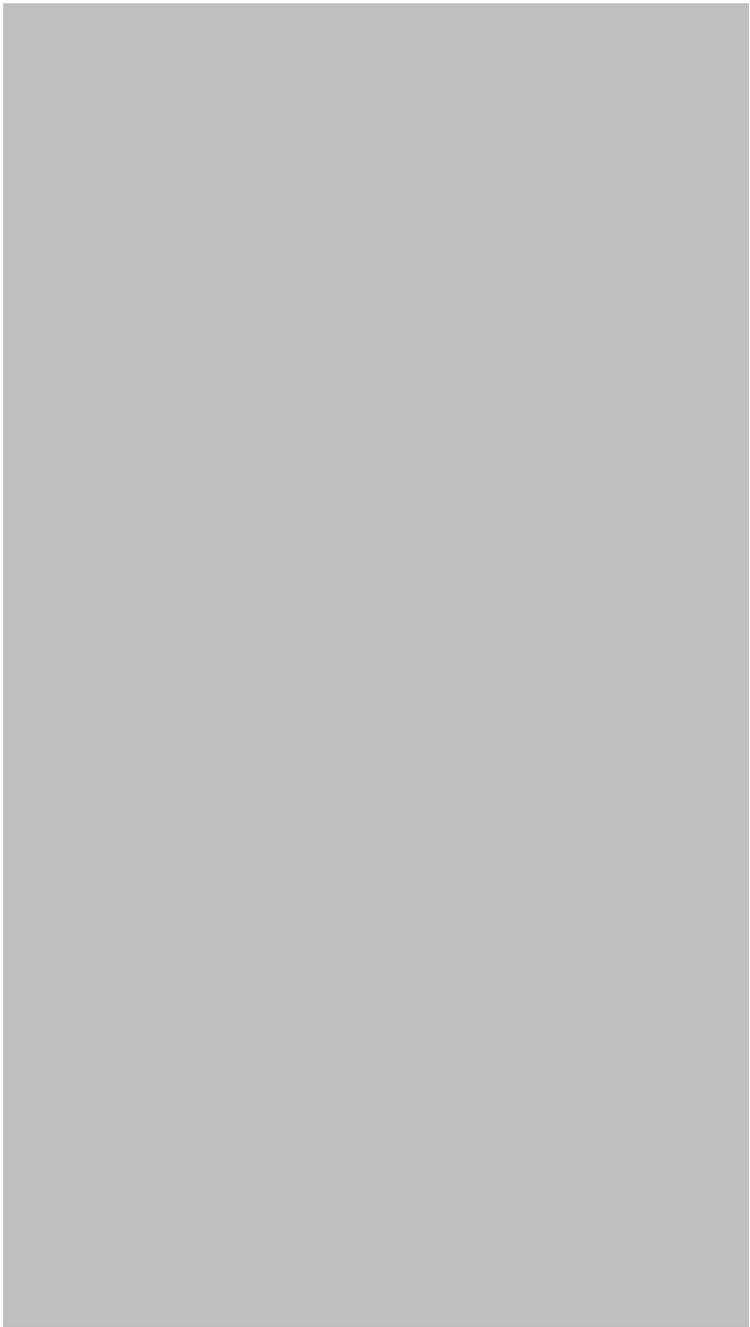
Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
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

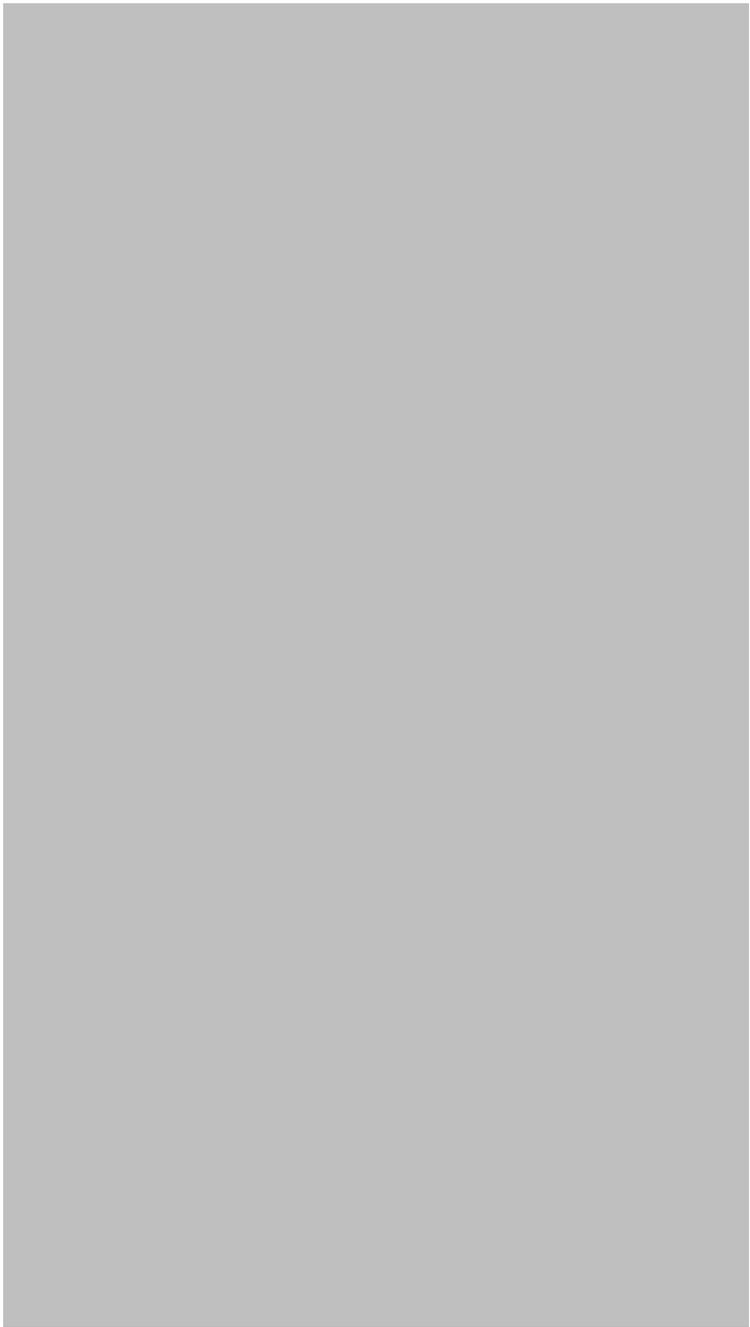
Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador

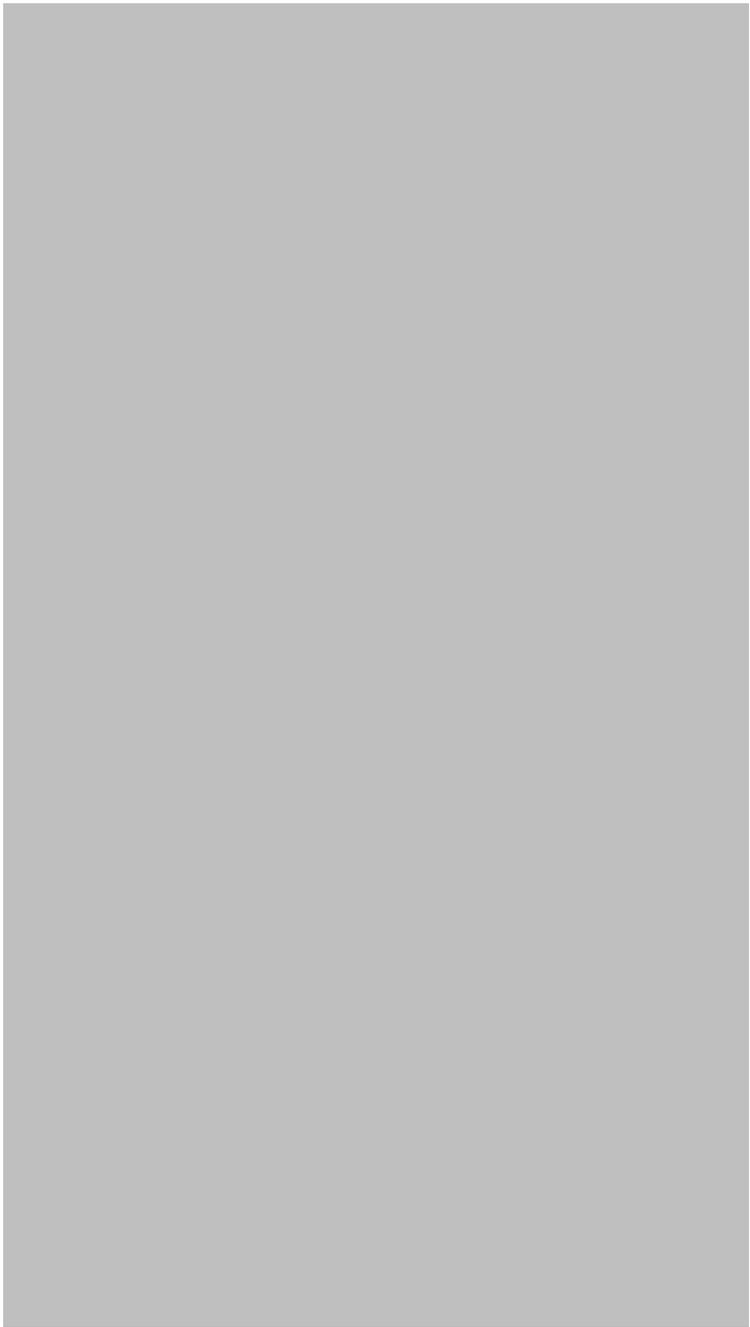


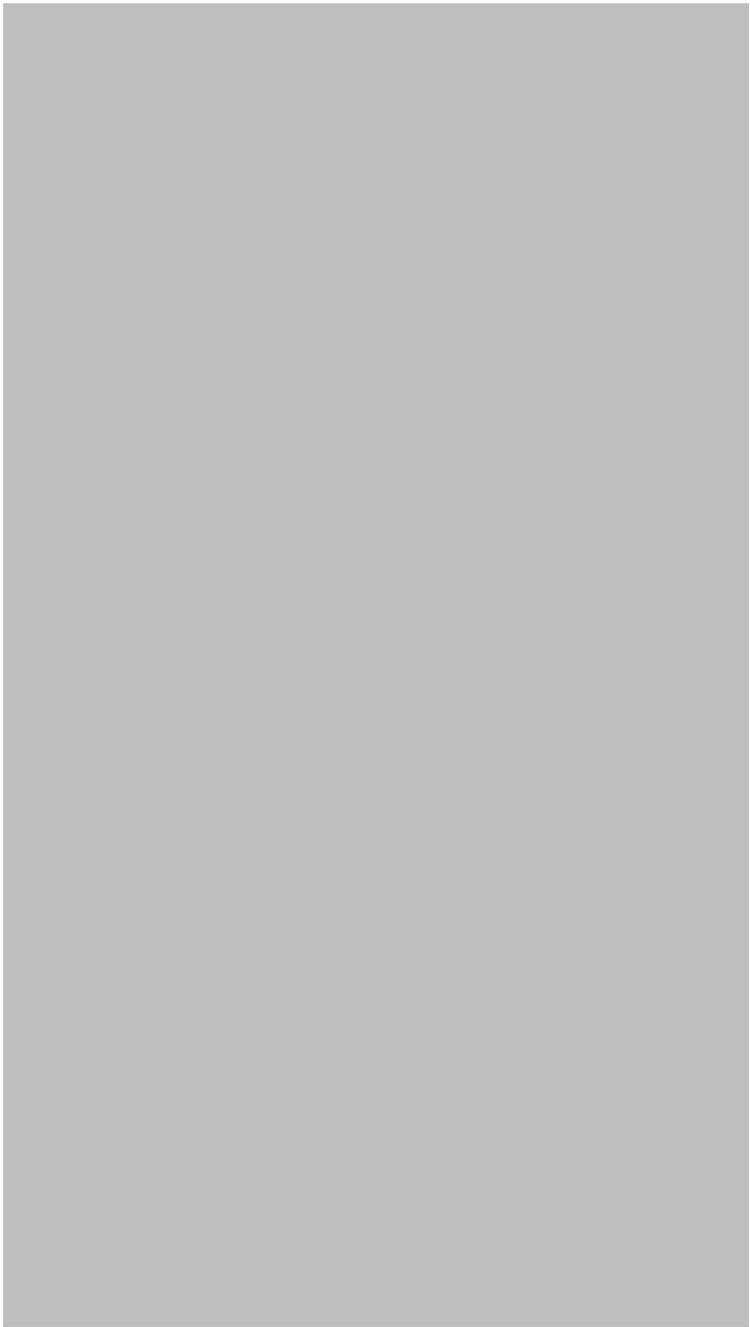


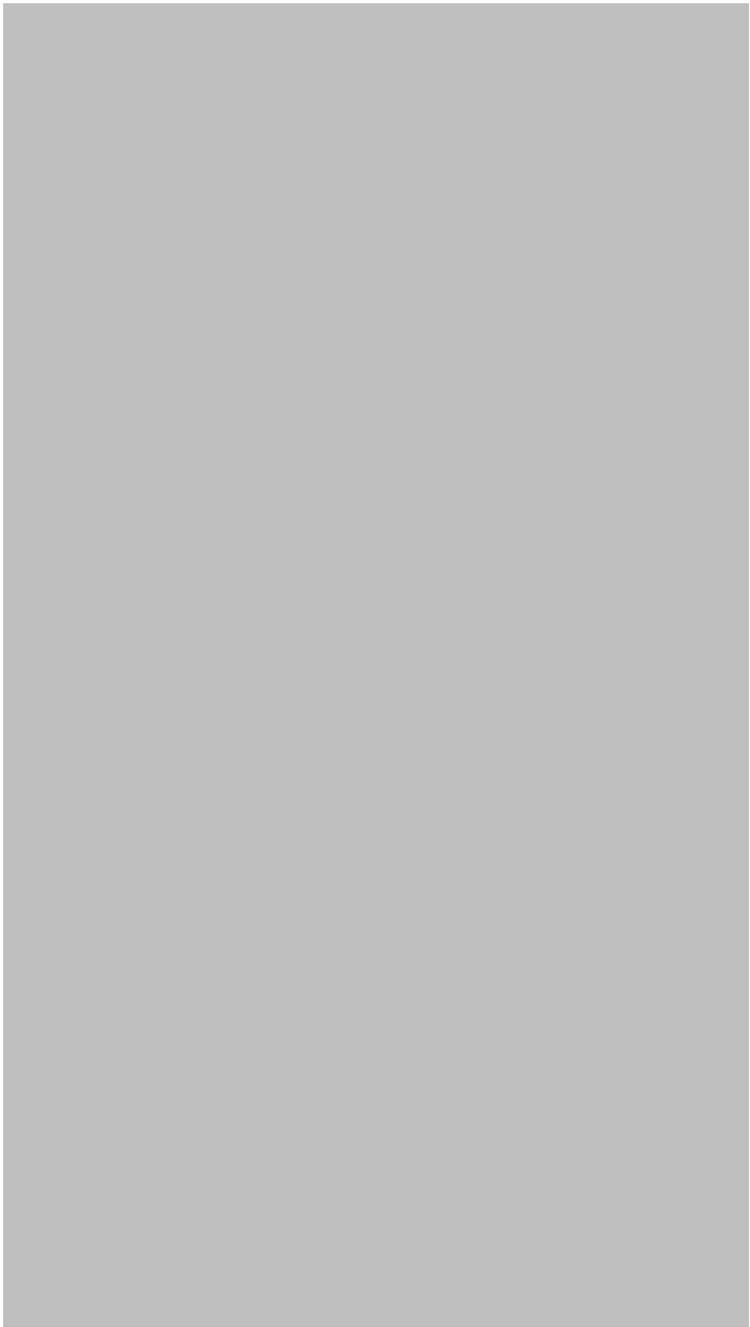


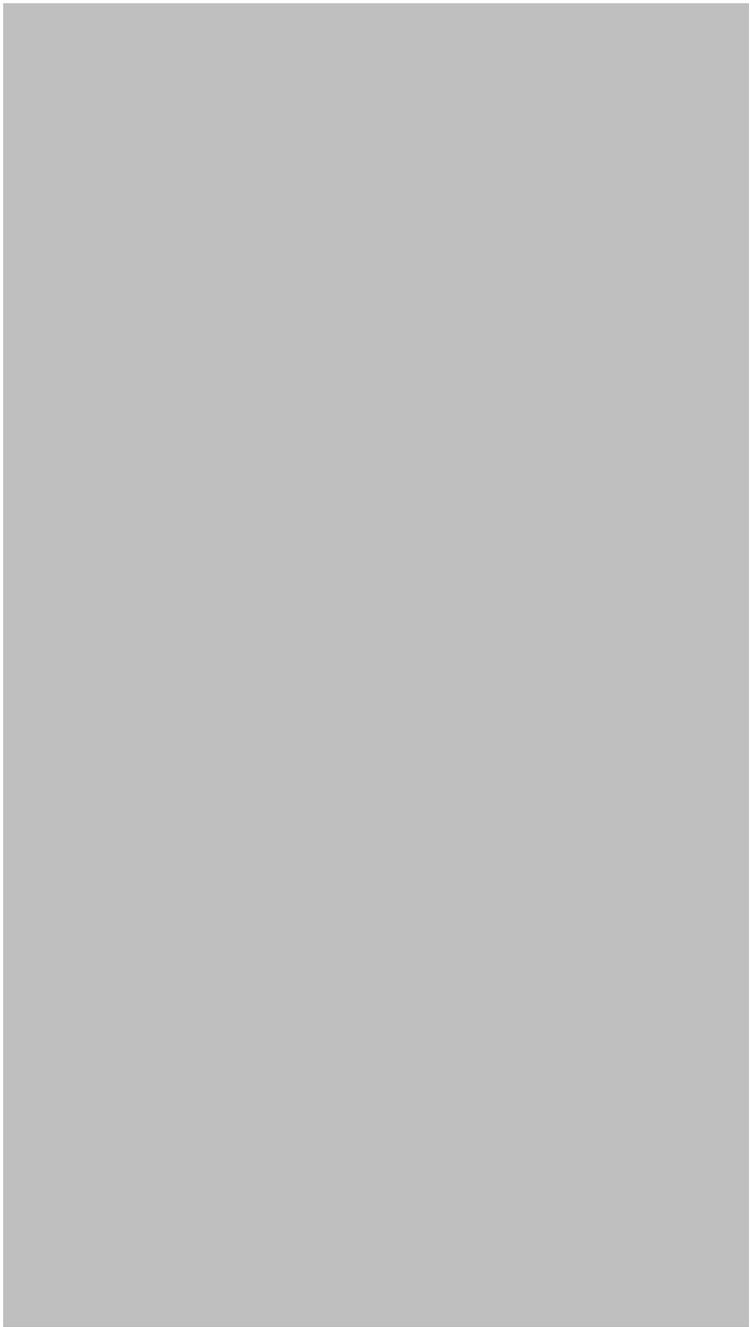


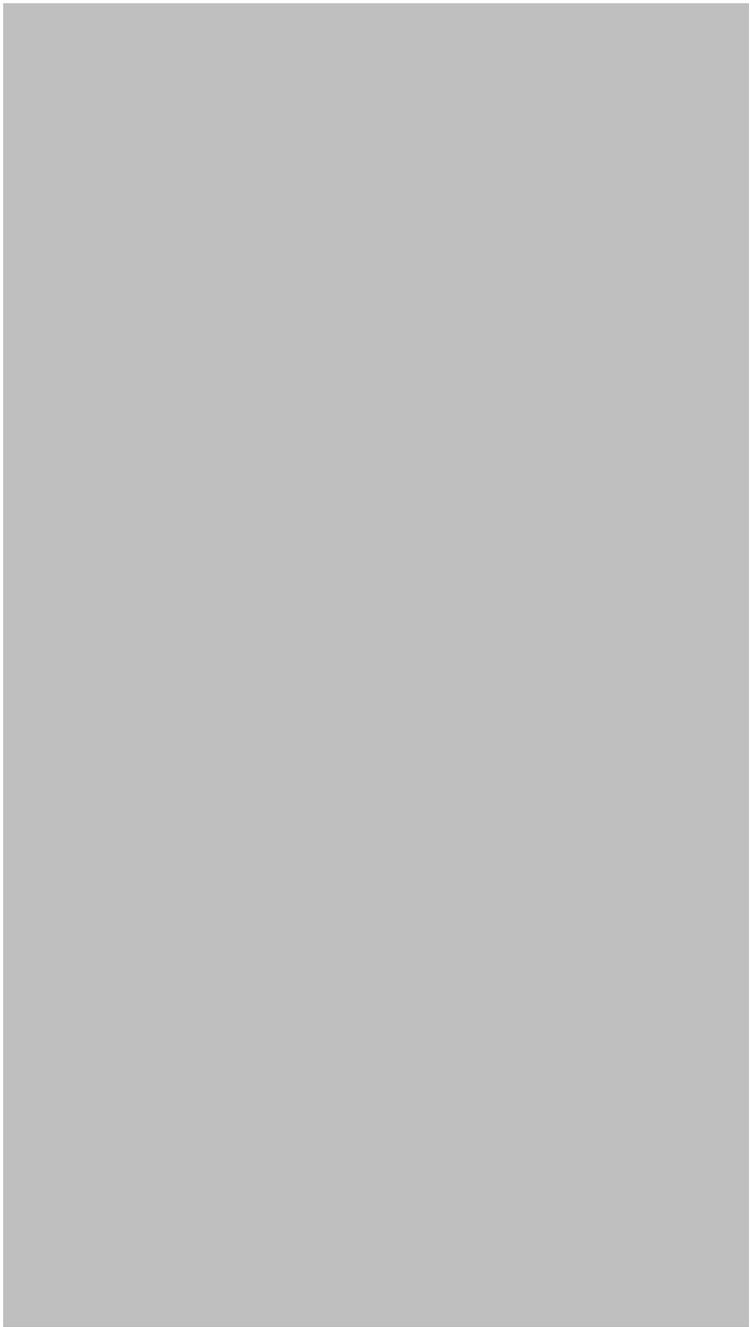


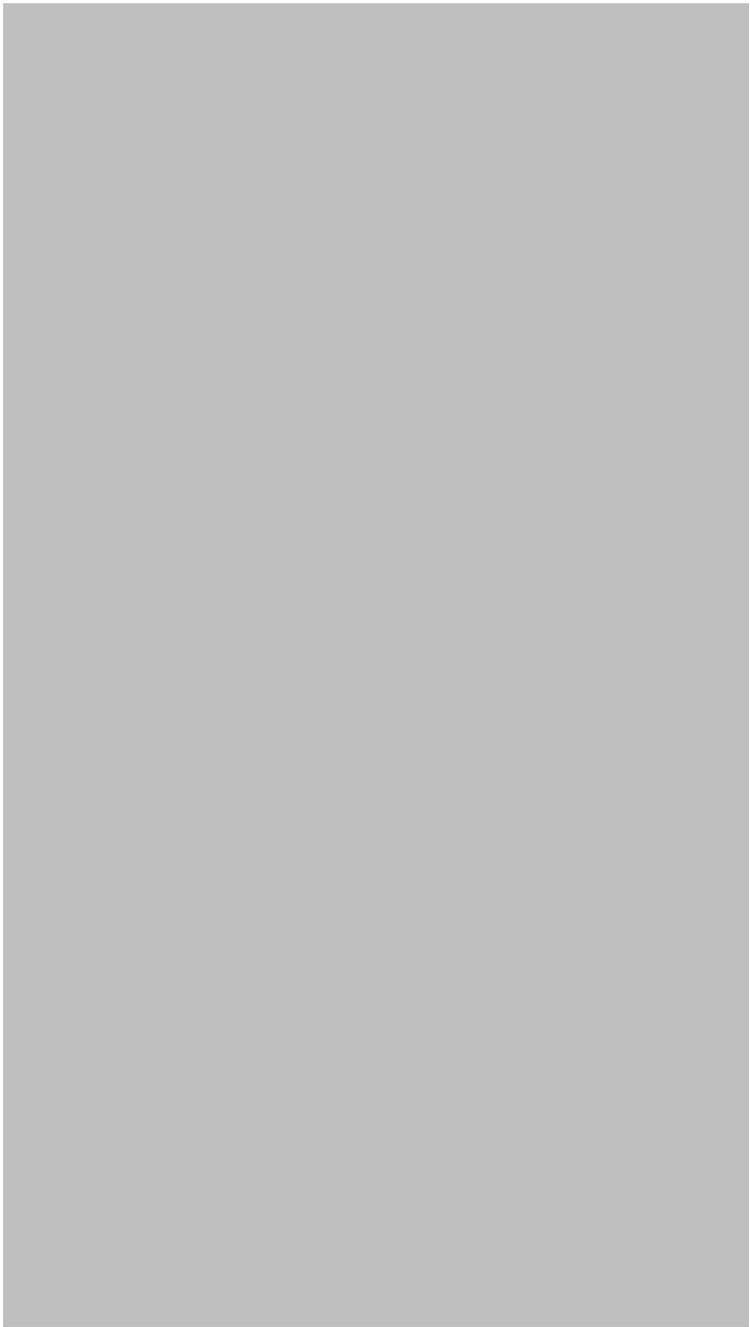


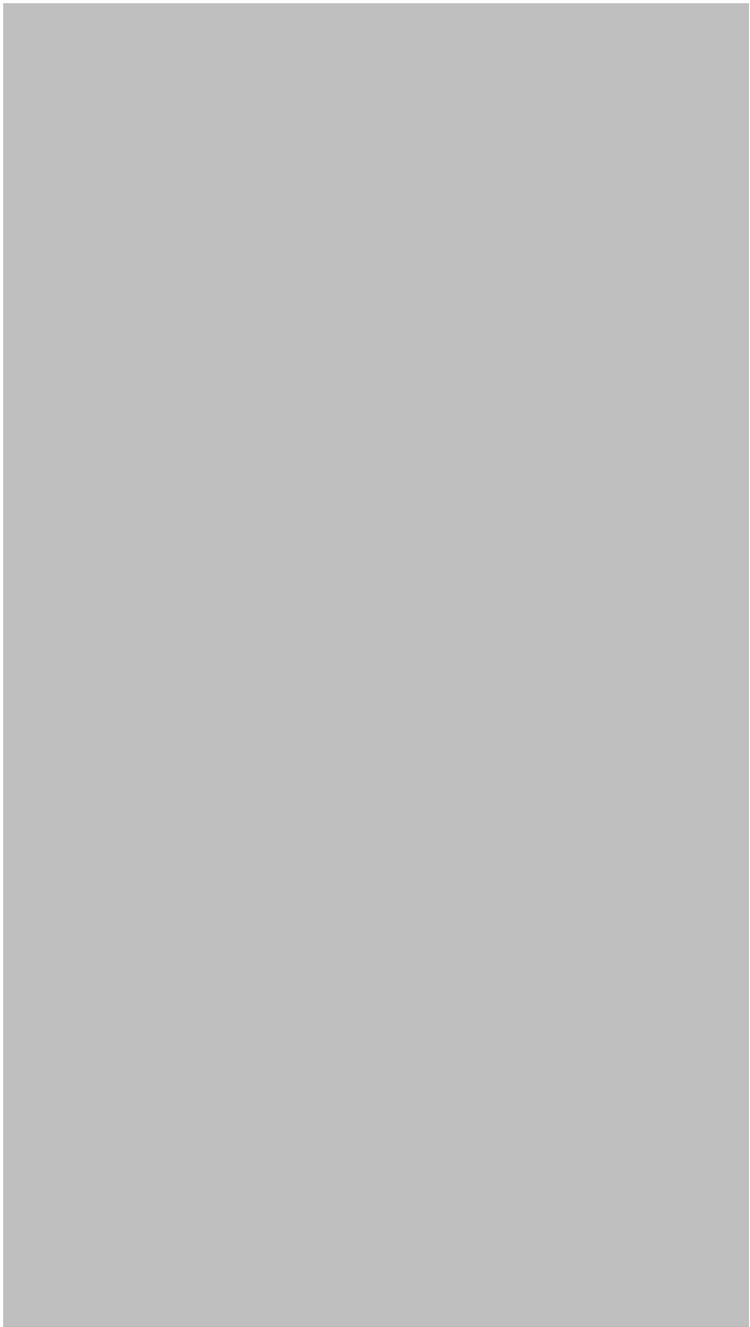


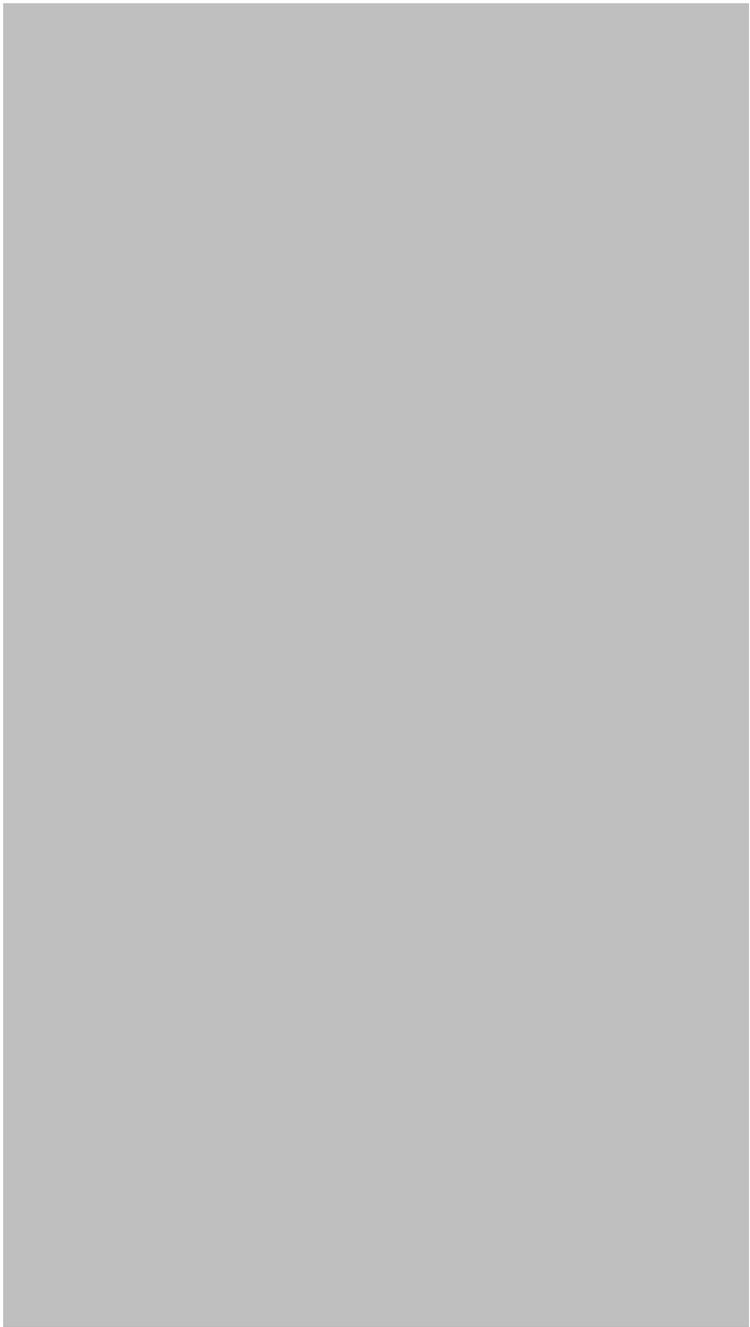


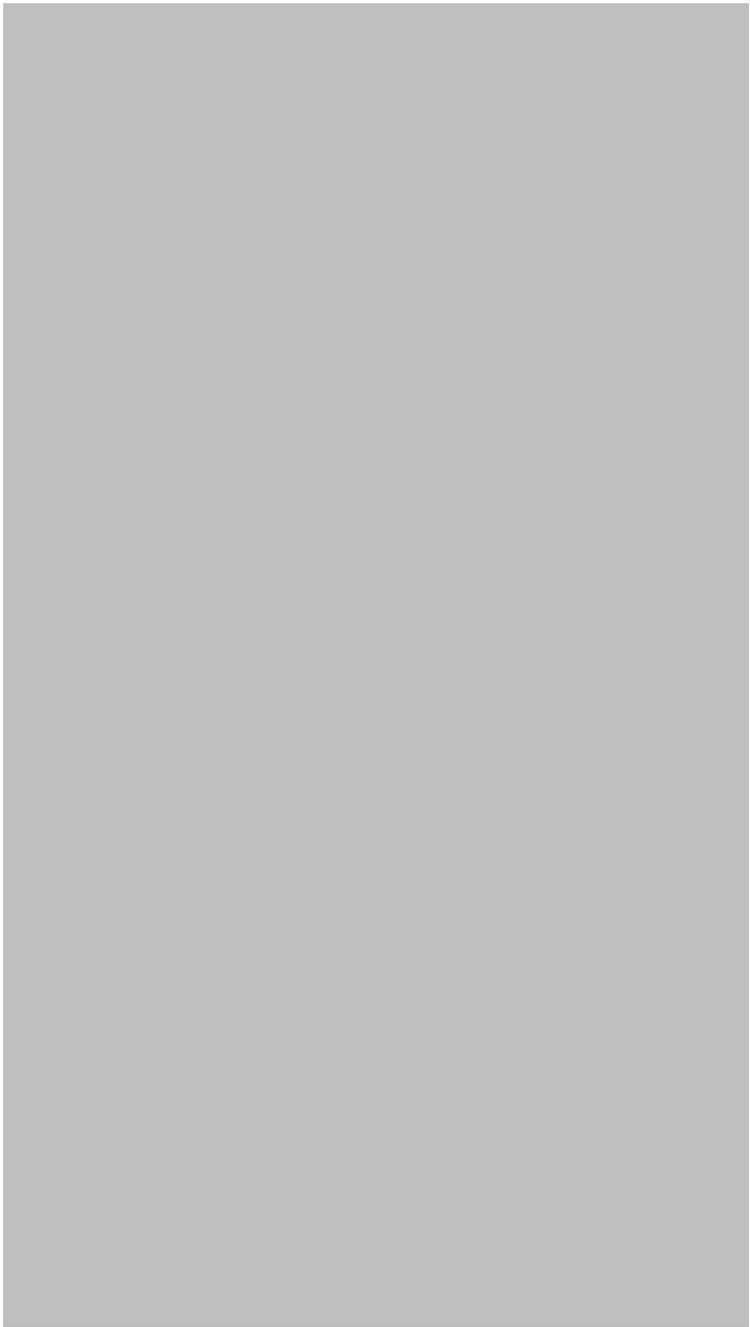


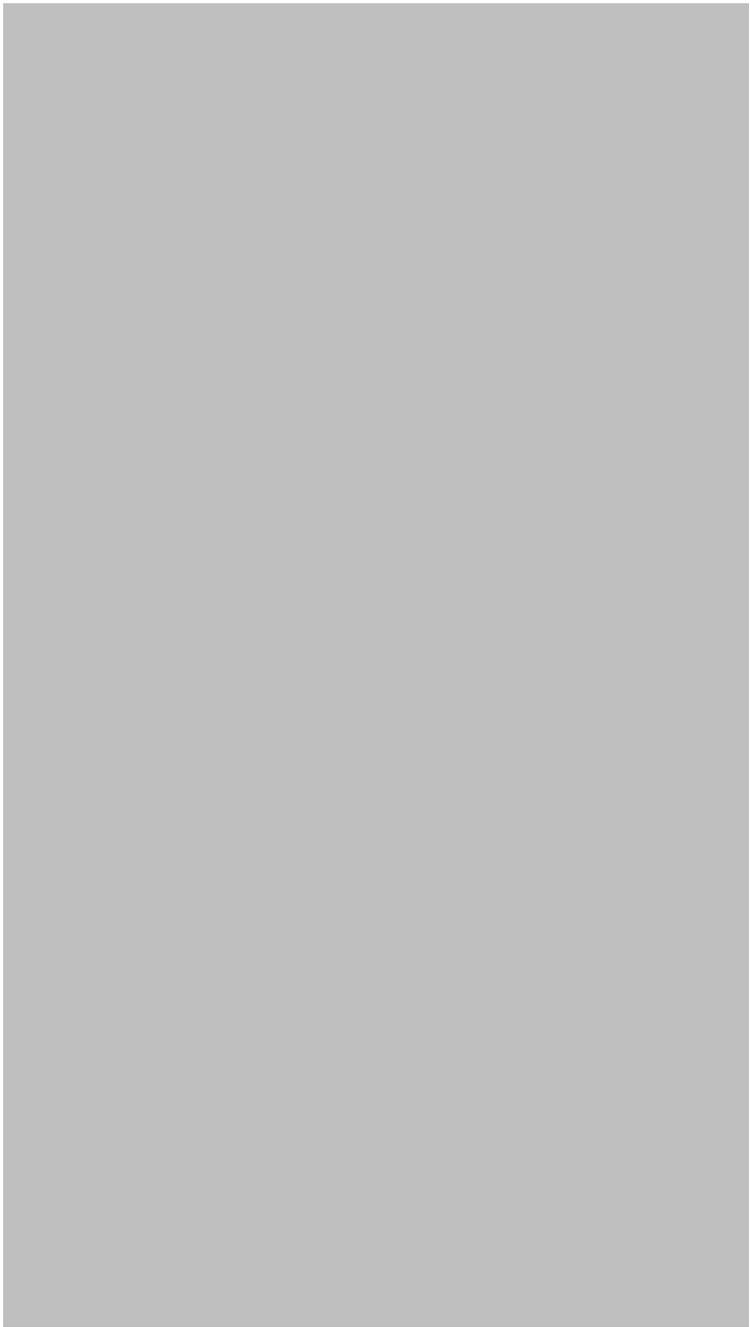


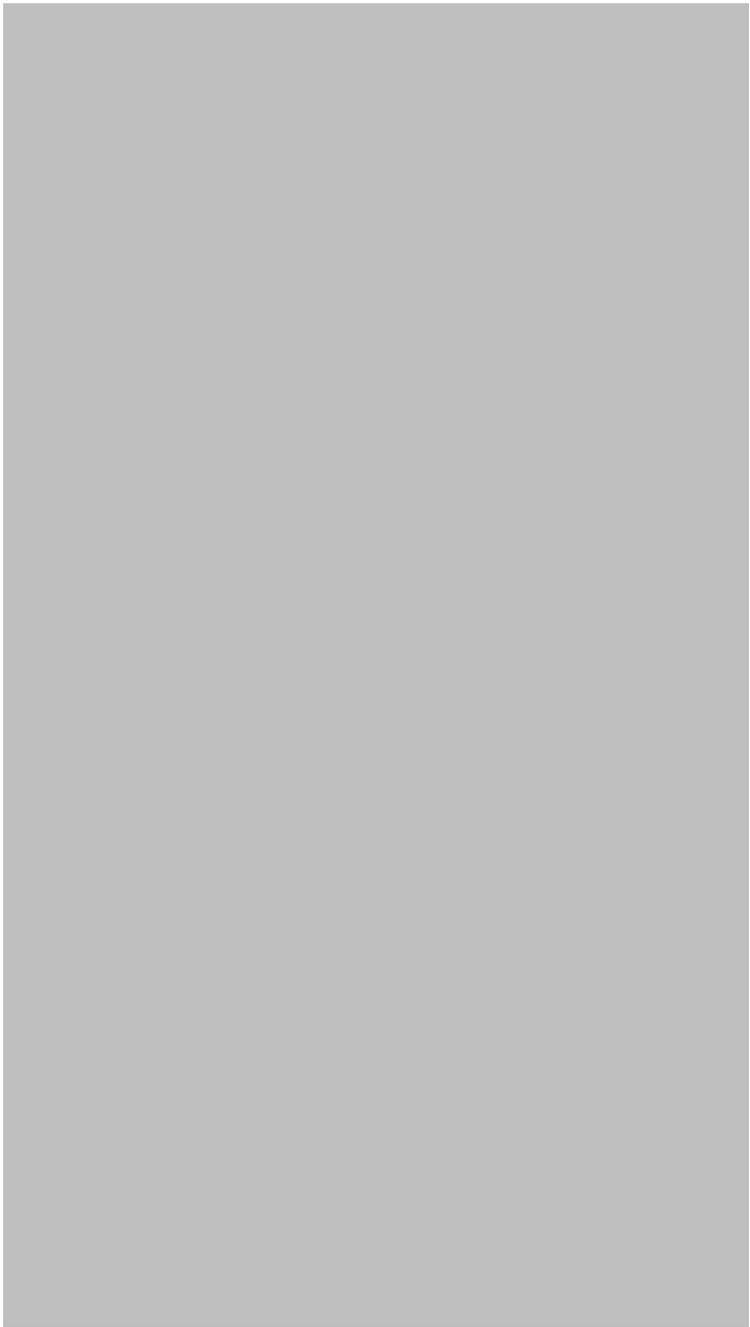


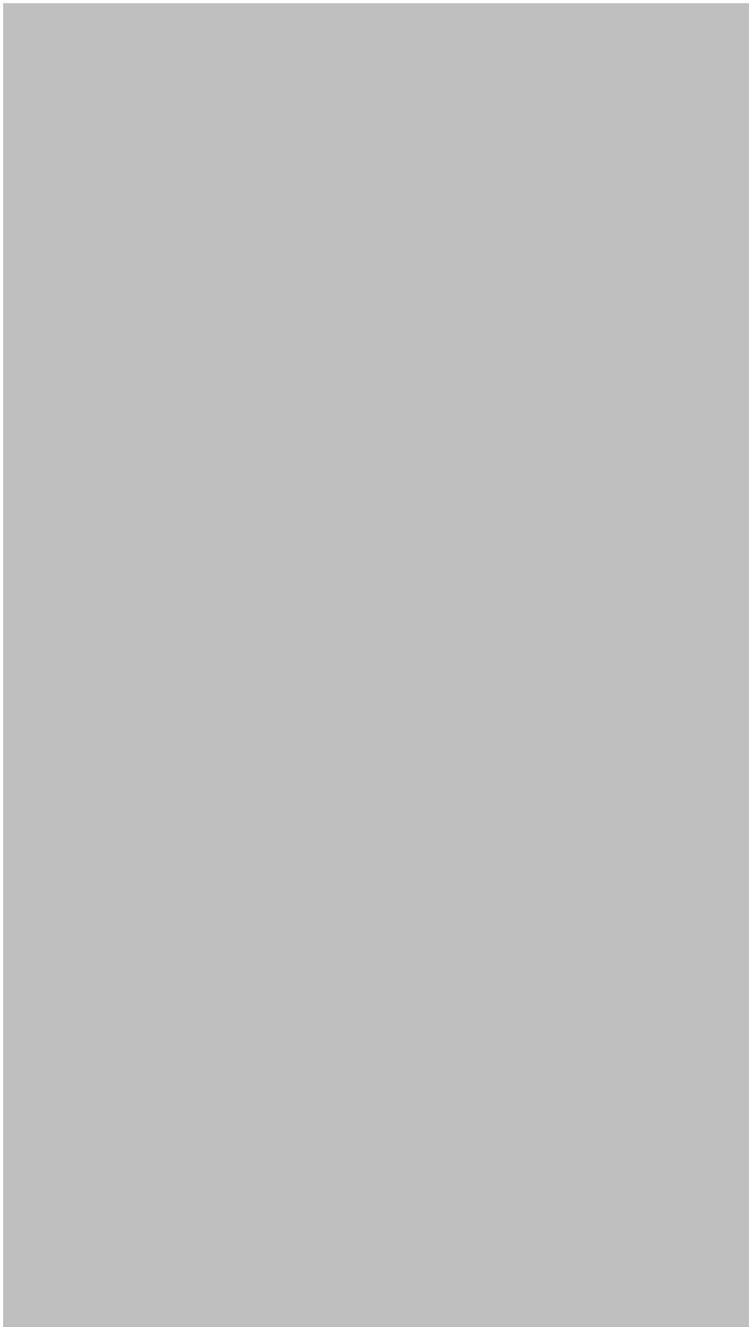


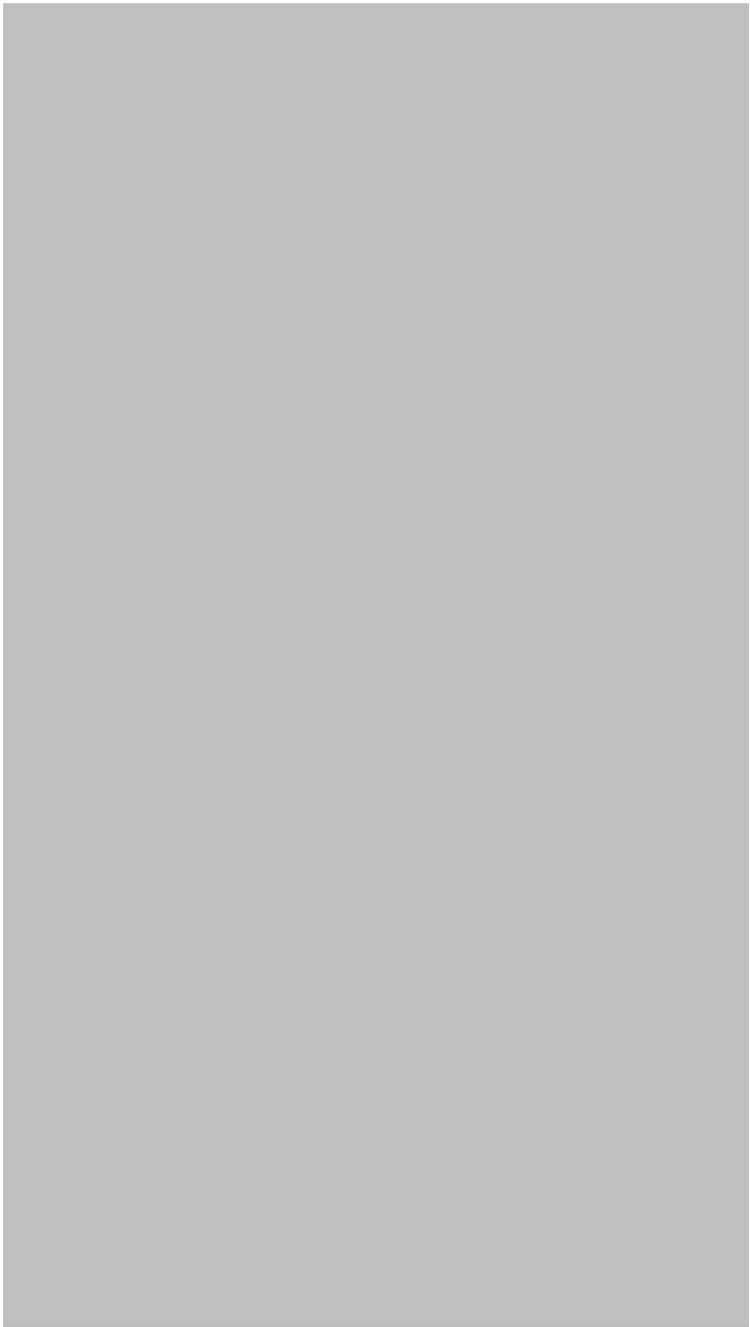


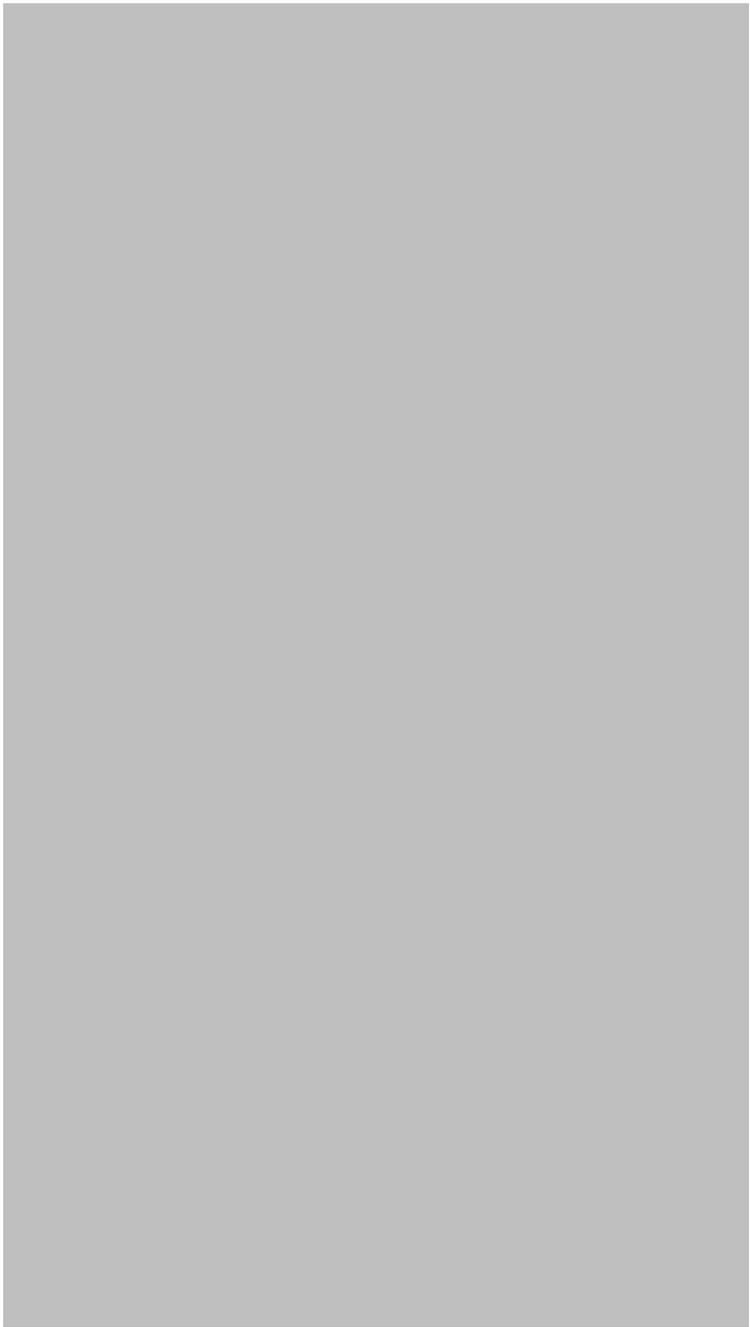


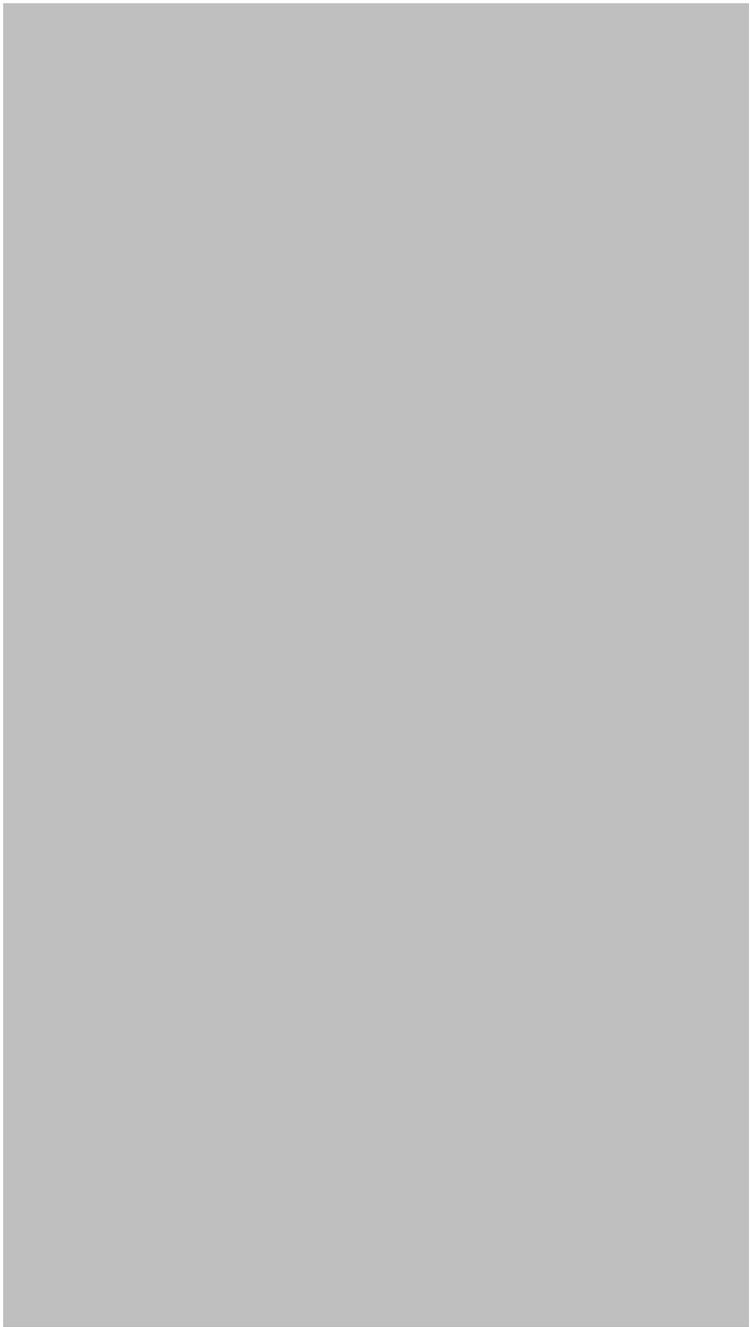














RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS

CRITERIOS DEL EVALUADOR

Se verifica las evidencias registradas en el aplicativo OCI, el cual muestra la gestión de la dirección territorial Cauca, sustentadas en el plan de implementación y actas de reunión de enero a junio de 2020. El primero está diseñado para indicar el reporte de las acciones (la evidencia presentada por el auditado corresponde al cuarto trimestre 2020) y en el segundo se efectúa seguimiento a los indicadores del plan de acción y el tablero de control, según lo descrito en tres (3) de los puntos relacionados en los temas tratados en el desarrollo de las reuniones del 27-02-2020 y 26-03-2020. Cabe aclarar que tanto la información registrada como las evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" y en Sharepoint se realiza en el proceso de ejecución del seguimiento por solicitud del evaluador de la OCI, toda vez que al efectuar la verificación en el citado aplicativo no se observó gestión de la dirección territorial en cuanto al registro de información y cargue de evidencias de las actividades, cuyo cumplimiento debió realizarse en el primer trimestre de 2020. No obstante, las evidencias presentadas por la DT en el desarrollo del seguimiento, coadyuba en la eliminación de la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento es del 75% lo cual sitúa la ejecución de la actividad en zona de solidez medio y estado de cumplimiento cerrada.

Se verifica las evidencias cargadas en el aplicativo OCI, que denota la gestión desarrollada por la DT Cauca concerniente a la elaboración de la matriz "Batería de Indicadores de Evaluación y Control DT Cauca vigencia 2020" y matriz Cauca Seguimiento Reparación Integral, en el cual se registra el seguimiento y control de los indicadores de la dirección territorial, el avance de las actividades teniendo en cuenta lo ejecutado vs lo programado. Es importante aclarar que, la información registrada y evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" y en Sharepoint, se efectúa durante la ejecución de la auditoría de seguimiento por requerimiento del auditor, debido a que al realizar verificación en dicho aplicativo no se observó gestión de la dirección territorial en lo que respecta al registro de información y cargue de evidencias de las actividades, cuyo cumplimiento está programado para su ejecución de enero a marzo de 2020. Sin embargo, las evidencias presentadas por la DT en el transcurso del seguimiento, aporta en la eliminación de la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento es del 75% lo cual sitúa la ejecución de la actividad en zona de solidez medio y estado de cumplimiento cerrada.

Se verifica las evidencias registradas en el aplicativo OCI, donde se observa la gestión de la dirección territorial Cauca, respaldadas a través de una matriz denominada "Temas Estratégicos DT Cauca", en la cual se encuentra relacionada información referente a la realización de actividades en temas estratégicos como: Articulación - dirección técnica misional, subdirección o grupo de trabajo encargado desde Nivel Central, avance/seguimiento, articulación con el plan de acción territorial y alertas. Adicional a esto, se observa en la página web institucional el seguimiento que realiza la oficina asesora de planeación OAP concerniente al avance y ejecución del plan de acción de las direcciones territoriales vigencia 2020 (incluida la DT Cauca) con la respectiva descripción de lo realizado en cada indicador o actividad. Cabe anotar que, la información registrada y evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" y en Sharepoint se realiza a solicitud del evaluador de la OCI encargado de efectuar el seguimiento, toda vez que al realizar la respectiva verificación en el citado aplicativo, no se observó gestión por parte de la dirección territorial evaluada en lo referente al registro de información y cargue de evidencias de las actividades inscritas en el plan de mejoramiento, cuyo cumplimiento debió ejecutarse en el primer trimestre de 2020. No obstante, las evidencias presentadas por la DT Cauca en el periodo en que se realiza el seguimiento, minimiza la probabilidad de que se vuelva a incurrir en la causa por la cual se genera la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento es del 75% lo cual sitúa la ejecución de la actividad en zona de solidez medio y estado de cumplimiento cerrada.

Se verifica las evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento - OCI, que denota la gestión desarrollada por la Dirección Territorial Cauca concerniente al avance y ejecución del plan de acción en las vigencias 2019 y 2020, donde se observa un buen porcentaje de nivel de avance y cumplimiento alcanzado, en el cual predomina el nivel satisfactorio que refleja las acciones efectuadas por la Dirección Territorial para mejorar su comportamiento tanto en la gestión como en el cumplimiento porcentual de las actividades establecidas en su plan de acción 2019 y 2020. No obstante, registra algunas actividades o indicadores (minoría) con nivel aceptable e insatisfactorio, que afectan de manera exigua el cumplimiento. Sumado a esto, la información registrada y evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" y en Sharepoint, se realiza durante la ejecución del seguimiento por requerimiento del evaluador de la OCI, toda vez que al efectuar la verificación en dicho aplicativo no se observó gestión de la dirección territorial en lo concerniente al registro de información y cargue de evidencias de las actividades, cuyo cumplimiento está programado para su ejecución en el primer trimestre de 2020. Sin embargo, las evidencias presentadas por la DT en el transcurso del seguimiento, es un aporte significativo para minimizar la probabilidad de incurrir en la causa por la cual se genera la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento es del 75% lo cual sitúa la ejecución de la actividad en zona de solidez medio y estado de cumplimiento cerrada.

Se verifica las evidencias registradas en el aplicativo OCI, la cual muestra la gestión de la dirección territorial Cauca sustentada en la "Matriz Temas Estratégicos DT Cauca" correspondiente a los meses de septiembre y noviembre de 2019, así como de enero, febrero y marzo de 2020 (donde está registrada información concerniente a la ejecución de actividades en temas estratégicos como: Articulación - dirección técnica misional, subdirección o grupo de trabajo encargado desde Nivel Central, avance /seguimiento , articulación con el plan de acción territorial y alertas). Adicional a esto, se observa una *Matriz de Seguimiento Contratistas DT Cauca 2020 , que refleja toda la información relacionada con los contratistas que prestan sus servicios en la DT y el porcentaje de cumplimiento a julio de 2020. Cabe anotar que, la información registrada y evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" y en Sharepoint, fue ejecutada por la DT Cauca a solicitud del evaluador de la OCI que realiza el seguimiento, en razón a que al efectuar la verificación en el mencionado aplicativo, no se observó gestión por parte de la dirección territorial evaluada en lo que respecta al registro de información y carga de evidencias de las actividades inscritas en el plan de mejoramiento, la cual debió realizarse en el primer trimestre de 2020. Sin embargo, las evidencias aportadas por la DT Cauca durante el seguimiento, disminuye la probabilidad de que se vuelva a incurrir en la causa por la cual se genera la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento es del 75% lo cual sitúa la ejecución de la actividad en zona de solidez medio y estado de cumplimiento cerrada.

Se verifica las evidencias registradas en el aplicativo OCI, donde se observa las acciones adelantadas por la dirección territorial Cauca, soportadas en el acta de reunión del 15 de octubre de 2019, cuyo objetivo está enmarcado en la realización de seguimiento a las actividades asignadas al proceso de reparación integral (los procedimientos que contiene), la matriz de oferta SRC Cauca y la matriz temas estratégicos DT Cauca (septiembre y noviembre 2019 y enero, febrero y marzo de 2020), en esta última se encuentra descrita la información referente a la ejecución de actividades en temas estratégicos como: Articulación - dirección técnica misional, subdirección o grupo de trabajo encargado desde Nivel Central, avance /seguimiento , articulación con el plan de acción territorial y alertas). Sin embargo, es importante aclarar que, la información y evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" y en Sharepoint, se realiza por la DT Cauca a solicitud del evaluador de la OCI encargado de efectuar el seguimiento, toda vez que al verificar dicho aplicativo, no se evidenció gestión por parte de la dirección territorial en cuanto al registro de información y carga de evidencias de las actividades suscritas en el plan de mejoramiento, la cual estaba programada para su ejecución en el primer trimestre de 2020. No obstante, las evidencias presentadas por la DT Cauca en el transcurso del seguimiento, reduce la probabilidad de que se vuelva a incurrir en la causa por la cual se genera la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento es del 75% lo cual sitúa la ejecución de la actividad en zona de solidez medio y estado de cumplimiento cerrada.

Se verifica las evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento - OCI, donde muestra la gestión de la Dirección Territorial Cauca referente al avance y ejecución del plan de acción logrados en las vigencias 2019 y 2020, en la cual prevalece el nivel de avance satisfactorio que avala el trabajo realizado por la Dirección Territorial en la consecución de los objetivos enmarcados en el mejoramiento de su comportamiento en la gestión que le permite alcanzar un cumplimiento porcentual adecuado de las actividades establecidas en su plan de acción 2019 y 2020. Sin embargo, presenta cifras mínimas de actividades o indicadores con nivel aceptable e insatisfactorio, que no le permiten el cumplimiento del 100%. Adicional a esto, la información registrada y evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" y en Sharepoint, se realiza durante la ejecución del seguimiento por requerimiento del evaluador de la OCI, toda vez que al efectuar la verificación en el citado aplicativo no se observó gestión de la dirección territorial en lo referente al registro de información y cargue de evidencias de las actividades, cuyo cumplimiento está programado para su ejecución en el primer trimestre de 2020. Sin embargo, las evidencias presentadas por la DT en el transcurso del seguimiento, es un aporte de manera significativa en disminuir la probabilidad de volver a incurrir en la causa por la cual se genera la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento es del 75% lo cual sitúa la ejecución de la actividad en zona de solidez medio y estado de cumplimiento cerrada.

Se verifica los soportes registrados en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI", que denotan la gestión adelantada por la dirección territorial Cauca, la cual está soportada en cuatro (4) evidencias (Copia actas de reunión del 26 de marzo y 16 de junio de 2020, matriz de contexto estratégico DT Cauca y formatos de monitoreo a la materialización de los riesgos del 1er, 2do, 3er y 4to trimestre 2020) que están relacionadas y acorde con la actividad establecida en el plan de mejoramiento. Sin embargo, cabe aclarar que, tanto la información registrada como evidencias cargadas, se realizó a solicitud del evaluador de la OCI encargado de efectuar el seguimiento, toda vez que al verificar el aplicativo en mención, no se observó gestión por parte de la dirección territorial en cuanto al registro de información y cargue de evidencias de las actividades inscritas en el plan de mejoramiento, la cual debió ejecutarse en el primer trimestre de 2020 como lo establece las fechas de inicio y terminación. No obstante, las evidencias presentadas por la DT Cauca durante el proceso de seguimiento, disminuye la probabilidad de que se vuelva a incurrir en la causa por la cual se genera la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento es del 75% lo cual sitúa la ejecución de la actividad en zona de solidez medio y estado de cumplimiento cerrada.

Se verifica las evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI", que muestra la gestión de las acciones desarrolladas por la DT Cauca, respaldadas en siete (7) evidencias acordes con la actividad establecida en el plan de mejoramiento. Sin embargo, es de aclarar que, la información y evidencias fueron cargadas en el aplicativo y en Sharepoint en el transcurso del proceso de ejecución del seguimiento por solicitud del evaluador de la oficina de control interno, en razón a que al realizar la verificación en dicho aplicativo no se observó gestión de la dirección territorial respecto al registro de información y cargue de evidencias de las actividades, cuyo cumplimiento está programado para su inicio y finalización en el primer trimestre de 2020. No obstante, los soportes presentados contribuyen a reducir la probabilidad de que se vuelva a incurrir en la causa por la cual se genera la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento es del 75% lo cual sitúa la ejecución de la actividad en zona de solidez medio y estado de cumplimiento cerrada.

Se verifica las evidencias registradas en el aplicativo OCI, donde se observa la gestión de la dirección territorial Cauca, respaldada en una matriz denominada "Formato de monitoreo a la materialización de los riesgos", que tiene como propósito realizar el seguimiento y control trimestral de los riesgos (enero a marzo, abril a junio, julio a septiembre y octubre a diciembre de 2020). Sin embargo, cabe anotar que, la información registrada y evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" y en Sharepoint se realiza a solicitud del evaluador de la OCI encargado del seguimiento, debido a que al efectuar la respectiva verificación en dicho aplicativo, no se observa gestión por parte de la dirección territorial en lo referente al registro de información y cargue de evidencias de las actividades inscritas en el plan de mejoramiento, cuyo cumplimiento está programado para el primer trimestre de 2020. No obstante, las evidencias que fueron presentadas por la DT Cauca en el periodo en que se llevó a cabo el seguimiento, coadyuvan a disminuir la probabilidad de que se vuelva a incurrir en la causa por la cual se genera la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento es del 75% lo cual sitúa la ejecución de la actividad en zona de solidez medio y estado de cumplimiento cerrada.

Se verifica los soportes registrados en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI", los cuales denotan la gestión adelantada por la dirección territorial Cauca, sustentada en cuatro (4) evidencias (Formato para registro, control y seguimiento a pago de servicios públicos, matriz de seguimiento servicios públicos, evidencia instalación y activación línea telefónica y video instalaciones físicas DT Cauca) que están acorde con la actividad establecida en el plan de mejoramiento. Sin embargo, es importante aclarar que, la información y evidencias cargadas por la DT Cauca tanto en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" como en Sharepoint (del 01 al 21-10-2021), se realizó a solicitud del evaluador de la OCI encargado de efectuar el seguimiento, debido a que al verificar dicho aplicativo, no se observó gestión por parte de la dirección territorial en lo concerniente al registro de información y cargue de evidencias de las actividades inscritas en el plan de mejoramiento, la cual debió ejecutarse en el primer trimestre de 2020 como lo establecen las fechas de inicio y terminación. No obstante, las evidencias presentadas por la DT Cauca en transcurso del seguimiento, contribuyen a minimizar la probabilidad de que se vuelva a incurrir en la causa por la cual se genera la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento es del 75% lo cual sitúa la ejecución de la actividad en zona de solidez medio y estado de cumplimiento cerrada.

Se verifica las evidencias cargadas en el aplicativo OCI, que demuestra las acciones desarrolladas por la DT Cauca, sustentada en tres (3) evidencias, la primera corresponde a copia de una factura emitida por la empresa de telefonía de Popayán, así como la copia de formato de pago de enero y marzo de 2020 que corrobora la existencia y funcionamiento de la línea telefónica. Adicional a esto, están las cuatro (4) evidencias de la actividad anterior. Es importante aclarar que, la información registrada y evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" y en Sharepoint, se efectúa durante la ejecución del seguimiento por requerimiento del evaluador de la OCI, debido a que al realizar verificación en el citado aplicativo no se observó gestión de la dirección territorial en cuanto al registro de información y cargue de evidencias de las actividades, cuyo cumplimiento está programado para su inicio y finalización en el primer trimestre de 2020. Sin embargo, las evidencias presentadas por la DT durante el seguimiento, coadyuvan a minimizar la probabilidad de volver a incurrir en la causa por la cual se genera la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento es del 75% lo cual sitúa la ejecución de la actividad en zona de solidez medio y estado de cumplimiento cerrada.

Se verifica los soportes registrados en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI", que muestra la gestión desarrollada por la DT evaluada, la cual está sustentada en nueve (9) evidencias relacionadas y acorde con la actividad establecida en el plan de mejoramiento. Sin embargo, cabe aclarar que la información registrada y evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" y en Sharepoint se hizo durante el periodo de ejecución del seguimiento por solicitud del evaluador de la oficina de control interno, toda vez que al verificar aplicativo en mención no se observó gestión de la dirección territorial respecto al registro de información y cargue de evidencias de las actividades, cuyo cumplimiento está programado para su inicio y finalización en el primer trimestre de 2020, sumado a esto, los soportes a pesar de su validez y coherencia con la actividad, están por fuera de la fechas de inicio y finalización estipuladas en el plan de mejoramiento. No obstante, estas merman la probabilidad de que se vuelva a incurrir en la causa por la cual se genera la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento es del 75% lo cual sitúa la ejecución de la actividad en zona de solidez medio y estado de cumplimiento cerrada.

Se verifica la evidencia registradas en el aplicativo, que muestra la gestión realizada por la DT Cauca, soportada en una (1) evidencia (minuta para registro y control del acceso y salida de personal, elementos y equipos) la cual es congruente con la actividad instituida en el plan de mejoramiento. Es importante aclarar que, la información registrada y evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" y en Sharepoint , se efectúa durante el seguimiento por solicitud del evaluador de la OCI, en razón a que al realizar la verificación en el citado aplicativo no se observó el cumplimiento de la dirección territorial en lo concerniente al registro de información y cargue de evidencias de las actividades, programada para su ejecución en el primer trimestre de 2020. No obstante, las evidencias presentadas por la DT en el transcurso del seguimiento, coadyuva a reducir la probabilidad de volver a reincidir en la causa por la cual se genera la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento es del 75% lo cual sitúa la ejecución de la actividad en zona de solidez medio y estado de cumplimiento cerrada.

Se verifica la evidencia registradas en el aplicativo, que denota las acciones adelantadas por la DT Cauca, sustentada en una evidencia coherente con la actividad, representada en una (1) minuta donde se describe la información concerniente a: Fecha (día, mes y año), hora, asunto y anotaciones para registro y control entrada y salida de personal, elementos, equipos, entre otros. Sin embargo, cabe anotar que, la información y evidencias cargadas tanto en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" como en Sharepoint , se realiza por la DT Cauca a solicitud del evaluador de la OCI encargado de efectuar el seguimiento, debido a que al verificar en el aplicativo en mención, no se observó gestión por parte de la dirección territorial en cuanto al registro de información y cargue de evidencias de las actividades suscritas en el plan de mejoramiento, la cual estaba programada para su ejecución en el primer trimestre de 2020. No obstante, las evidencias presentadas por la DT en el transcurso del seguimiento, disminuye la probabilidad de que se vuelva a incurrir en la causa por la cual se genera la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento es del 75% lo cual sitúa la ejecución de la actividad en zona de solidez medio y estado de cumplimiento cerrada.

Se verifica los soportes registrados en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI", que refleja la gestión de la DT evaluada, la cual está sustentada en seis (6) evidencias acorde con la actividad establecida en el plan de mejoramiento. Sin embargo, cabe aclarar que, la información y evidencias cargadas tanto en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" como en Sharepoint se realiza en el transcurrir del seguimiento por solicitud del evaluador de la oficina de control interno, debido a que al verificar el aplicativo no se observó gestión de la dirección territorial respecto al registro de información y cargue de evidencias de las actividades, cuyo cumplimiento está programado para su inicio y finalización en el primer trimestre de 2020, adicional a esto, los soportes a pesar de su validez y coherencia con la actividad, están por fuera de la fechas de inicio y finalización estipuladas en el plan de mejoramiento. No obstante, dichas evidencias minimizan la probabilidad de que se vuelva a incurrir en la causa por la cual se genera la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento es del 75% lo cual sitúa la ejecución de la actividad en zona de solidez medio y estado de cumplimiento cerrada.

Se realiza la verificación de las evidencias registradas en el aplicativo OCI que documenta el trabajo que ha realizado la dirección territorial Cauca, sin embargo los soportes aportados corresponden a la gestión de la vigencia 2019, razón por la cual la oficina de control interno mediante correo electrónico del 20 de octubre de 2021, dirigido al director territorial y enlace de la DT Cauca, solicitó el envío de evidencias del primer semestre de 2020 teniendo en cuenta las fechas de inicio y finalización establecidas en el plan de mejoramiento, como respuesta a dicho requerimiento la DT Cauca remite las mismas evidencias que presentó inicialmente, debido esta situación se mantiene el riesgo y la debilidad identificada en la auditoría. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento del 55% sitúa la realización de la actividad en zona de solidez bajo y estado de cumplimiento reformulada.

Se efectúa la verificación de las evidencias registradas en el aplicativo OCI que muestra la gestión de la DT Cauca cuyo objetivo está enmarcado en un documento en word denominado "Lineamientos para la presentación y pago de las cuentas de cobro por concepto de honorarios – Contratos de Prestación de servicios de la UARIV". Sin embargo, en coherencia con la descripción de la actividad (Socializar los criterios que se deben tener para la entrega del informe) determinada para esta acción de mejora, la oficina de control interno a través de correo electrónico del 20 de octubre de 2021, dirigido al director territorial y enlace de la DT Cauca, le solicita como evidencia complementaria, soportes de la socialización de dicho lineamiento, con el fin de identificar si esta actividad se realizó en las fechas de inicio y finalización establecidas en el plan de mejoramiento. En respuesta al citado requerimiento, la dirección territorial Cauca envía nuevamente el mismo documento, motivo por el cual para la Oficina de Control Interno persiste la probabilidad de riesgo identificada en la auditoría y por ende no ha sido subsanada la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento del 55% sitúan la ejecución de la actividad en zona de solidez bajo y estado de cumplimiento reformulada.

Se verifica los soportes registrados en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI", que muestra la gestión de las acciones adelantadas por la DT evaluada, la cual está sustentada en dos (2) evidencias (Información contratos 2019 - 2020 DT Cauca y matriz de seguimiento contratistas DT Cauca 2020) que están relacionadas y acorde con la actividad establecida en el plan de mejoramiento. Sin embargo, cabe aclarar que la información registrada y evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" y en Sharepoint se realizó durante el periodo de ejecución del seguimiento por solicitud del evaluador de la oficina de control interno, toda vez que al verificar aplicativo en mención no se observó gestión de la dirección territorial en cuanto al registro de información y cargue de evidencias de las actividades, cuyo cumplimiento está programado para su inicio y finalización en el primer trimestre de 2020. No obstante, las evidencias presentadas minimizan la probabilidad de que se vuelva a incurrir en la causa por la cual se genera la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento es del 75% lo cual sitúa la ejecución de la actividad en zona de solidez bajo y estado de cumplimiento cerrada.

Es importante aclarar que, a pesar de que la actividad tiene nivel de cumplimiento del 75% y estado de cumplimiento cerrada, su nivel 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.

Se realiza la verificación de las evidencias registradas en el aplicativo OCI que denota el trabajo efectuado por la dirección territorial Cauca. Sin embargo, teniendo en cuenta el motivo por el cual está acentuada la debilidad, la oficina de control interno mediante correo electrónico del 20 de octubre de 2021 dirigido al director territorial y enlace de la DT Cauca, solicitó el envío de evidencias complementarias referentes a capacitaciones tanto en supervisión contractual como en gestión documental para expedientes contractuales de la vigencia 2020, teniendo en cuenta las fechas de inicio y finalización establecidas en el plan de mejoramiento. Como respuesta a dicho requerimiento la DT Cauca remite las mismas evidencias presentadas inicialmente, debido a esta situación se mantiene el riesgo y por ende la debilidad identificada en la auditoría. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento del 55% sitúa la realización de la actividad en zona de solidez bajo y estado de cumplimiento reformulada.

Se verifica los soportes registrados en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI", que muestra la gestión de las acciones desarrolladas por la DT Cauca, la cual está soportada en siete (7) evidencias que están relacionadas y acorde con la actividad establecida en el plan de mejoramiento. Sin embargo, es importante aclarar 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 verificar el mencionado aplicativo no se observó gestión de la dirección territorial en lo concerniente al registro de información y cargue de evidencias de las actividades, cuyo cumplimiento está programado para su inicio y finalización en el primer trimestre de 2020. No obstante, los soportes presentados coadyuvan a disminuir la probabilidad de que se vuelva a incurrir en la causa por la cual se genera la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento es del 75% lo cual sitúa la ejecución de la actividad en zona de solidez bajo y estado de cumplimiento cerrada.

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

Se verifica el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI", donde se observa que a la fecha del presente seguimiento la dirección territorial Cauca no ha cargado evidencias que sustente la realización y cumplimiento de esta actividad estipulada en el plan de mejoramiento " Establecer el cronograma de seguimiento", motivo por el cual la oficina de control interno a través de correo electrónico dirigido al director territorial y enlace de la DT Cauca, solicitó el cargue de evidencias que certifique la realización de dicha actividad. En respuesta al citado requerimiento, la dirección territorial Cauca no remite información y soporte, razón por la cual para la Oficina de Control Interno persiste la probabilidad de riesgo identificada en la auditoría y por ende no ha sido subsanada la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento del 55% sitúan la ejecución de la actividad en zona de solidez bajo y estado de cumplimiento reformulada.

Se realiza la verificación de las evidencias en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI", la cual está sustentada en cuatro (4) soportes documentales que están relacionados con la actividad establecida en el plan de mejoramiento. Sin embargo, es importante aclarar que, la información y evidencias cargadas por la DT Cauca tanto en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" como en Sharepoint, se realiza a solicitud del evaluador de la OCI encargado del seguimiento, toda vez que al verificar dicho aplicativo, no se observó gestión por parte de la dirección territorial evaluada, en lo referente al registro de información y cargue de evidencias de las actividades suscritas en el plan de mejoramiento, la cual debió ejecutarse en el primer trimestre de 2020 como lo establece las fechas de inicio y terminación. Adicional a lo anterior, a pesar de que el convenio interadministrativo No.1501 finalizó en diciembre de 2018, se observa que a la fecha del presente seguimiento han transcurrido 34 meses sin que el acta de liquidación bilateral del citado convenio esté formalmente finiquitada debido a que no tiene inscrita las firmas del gobernador del departamento del Cauca, un supervisor y el secretario general UARIV, como lo revalida el oficio del 07 de octubre de 2021, enviado por los supervisores (director territorial Cauca y coordinador grupo de gestión de proyectos) al alcalde del municipio de Argelia - Cauca y al gobernador del departamento del Cauca, donde le solicitan informar y justificar las razones técnicas y jurídicas por las cuales no han firmado y remitido el acta de liquidación, sin que a la fecha hayan recibido respuesta a dicho requerimiento. Por consiguiente, persiste la probabilidad de riesgo identificada en la auditoría, razón por la cual no ha sido subsanada la debilidad, esta situación conlleva a que el porcentaje y nivel de cumplimiento del 55% sitúen la ejecución de la actividad en zona de solidez bajo y estado de cumplimiento reformulada.

Se verifica los soportes registrados en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI", que muestra la gestión de las acciones adelantadas por la DT Cauca, la cual está soportada en nueve (9) evidencias que están relacionadas y coherentes con la actividad estipulada en el plan de mejoramiento. Sin embargo, cabe aclarar que la información registrada y evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" y en Sharepoint se efectuó durante el periodo de ejecución del seguimiento por solicitud del evaluador de la oficina de control interno, toda vez que al verificar dicho aplicativo no se observó gestión de la dirección territorial respecto al registro de información y cargue de evidencias de las actividades, cuyo cumplimiento está programado para su inicio y finalización en el primer trimestre de 2020, adicional a esto, los soportes a pesar de su validez y congruencia con la actividad, están por fuera de la fechas de inicio y finalización estipuladas en el plan de mejoramiento. No obstante, las evidencias contribuyen a minimizar la probabilidad de que se vuelva a incurrir en la causa por la cual se genera la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento es del 75% lo cual sitúa la ejecución de la actividad en zona de solidez bajo y estado de cumplimiento cerrada. Vale la pena aclarar que, a pesar de que la actividad tiene nivel de cumplimiento del 75% y estado de cumplimiento cerrada, su nivel de solidez es bajo debido a que dos (2) de las cuatro (4) actividades establecidas en el plan de mejoramiento se encuentran en estado reformuladas con 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 por ende requiere reformulación.



























































1- Las causa busca eliminar la debilidad	Escala	2- La actividad se relaciona con la causa descrita	Escala
SI	35	SI	5
NO	0	NO	0

























































3- La actividad propende por eliminar la debilidad	Escala	4- La evidencia prueba total integridad la ejecución de la actividad	Escala	5- La evidencia requiere actividades adicionales	Escala
SI	15	SI	45	SI	25
NO	0	Parcial	20	NO	0

NO 0









































































































































































































































































































































































































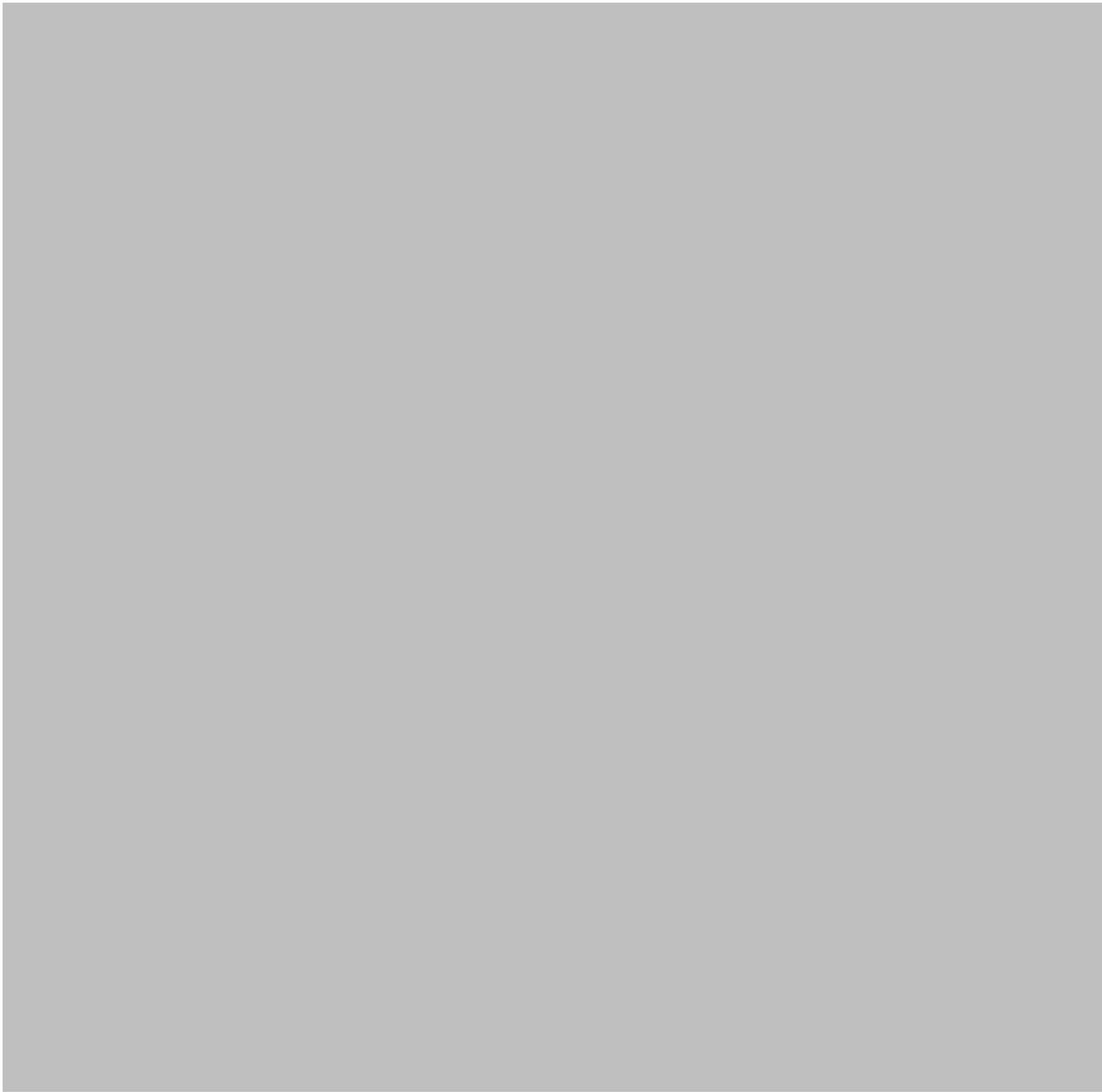












Debilidad	Causas
1	ID 181 No se han definido seguimientos desde los puntos de control segun los procedimientos tomando el cuenta los elementos de medicion necesaria
	ID 181 No se han definido seguimientos desde los puntos de control segun los procedimientos tomando el cuenta los elementos de medicion necesaria
	ID 181 No se han definido seguimientos desde los puntos de control segun los procedimientos tomando el cuenta los elementos de medicion necesaria
2	ID184 La gestion en territorio depende de los operadores contratados para ese periodo se realizó la contratación más tarde de los previsto
	ID184 La gestion en territorio depende de los operadores contratados para ese periodo se realizó la contratación más tarde de los previsto

4

ID185 Los controles registrados no contienen la informacion que permita establecer que el control se esta llevando a cabo en cada uno de los riesgos establecidos

ID185 Los controles registrados no contienen la informacion que permita establecer que el control se esta llevando a cabo en cada uno de los riesgos establecidos

3

ID185 Los controles registrados no contienen la informacion que permita establecer que el control se esta llevando a cabo en cada uno de los riesgos establecidos

ID187 En la construction del edificio no se dejo cableado para linea Telefonica que le correspondia al predio y en la puesta en marcha dela actividades no se tuvo en cuenta al operador de Telefonica para dejarla en fucionamiento

ID 188 Las instalaciones electricas del edificio estaban generando sobrecarga por mala conexion en cableado del tercer piso



4	ID189 No se diligencia la bitácora de control de entrada y salida de objetos a los visitantes y funcionarios al edificio
4	ID189 No se diligencia la bitácora de control de entrada y salida de objetos a los visitantes y funcionarios al edificio
5	ID190 No se valida la información entregada por los contratistas al momento de generar el reporte de las actividades realizadas
5	ID190 No se valida la información entregada por los contratistas al momento de generar el reporte de las actividades realizadas
6	ID191 No se valida la información con los informes entregados por los contratistas



	ID191 No se valida la información con los informes entregados por los contratistas
7	ID190 No se valida la información entregada por los contratistas al momento de generar el reporte de las actividades realizadas
	ID190 No se valida la información entregada por los contratistas al momento de generar el reporte de las actividades realizadas
	ID190 No se valida la información entregada por los contratistas al momento de generar el reporte de las actividades realizadas
	ID190 No se valida la información entregada por los contratistas al momento de generar el reporte de las actividades realizadas
8	ID191 No se valida la información con los informes entregados por los contratistas
	ID191 No se valida la información con los informes entregados por los contratistas
	ID191 No se valida la información con los informes entregados por los contratistas

ID191 No se valida la informacion con los informes entregados por los contratistas

CONSOLIDADO SEGUIMIENTO DE LA DT. CAUC

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
Cumplida	Cumplida	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
Cumplida	Cumplida	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
Cumplida	Cumplida	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
Cumplida	Cumplida	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
Cumplida	Cumplida	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador

Cumplida	Cumplida	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
Cumplida	Cumplida	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
Cumplida	Cumplida	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
Cumplida	Cumplida	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
Cumplida	Cumplida	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador

Cumplida	Cumplida	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
Cumplida	Cumplida	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
Cumplida	Cumplida	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
Cumplida	Cumplida	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
Cumplida	Cumplida	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador

Cumplida	Cumplida	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
----------	----------	----------	-----------------------------------------------------------------------------



A

5- Evidencias adicionales	Estado de Cumplimiento	Zona de solidez
Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Cerrada	
Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Cerrada	Medio
Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Cerrada	
Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Cerrada	
Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Cerrada	Medio

Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Cerrada	Medio
Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Cerrada	
Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Cerrada	
Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Cerrada	Medio
Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Cerrada	

Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Cerrada	Medio
Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Cerrada	
Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Cerrada	Medio
Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Cerrada	Medio
Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Cerrada	

Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Cerrada	
Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Reformulada	Bajo
Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Reformulada	
Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Cerrada	
Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Reformulada	
Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Cerrada	
Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Reformulada	Bajo
Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Reformulada	
Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Reformulada	

Verificar las evidencias adicionales
si requiere reformulación de
acuerdo al criterio del evaluador

Cerrada



CRITERIOS DEL EVALUADOR

Se verifica las evidencias registradas en el aplicativo OCI, el cual muestra la gestión de la dirección territorial Cauca, sustentadas en el plan de implementación y actas de reunión de enero a junio de 2020. El primero está diseñado para indicar el reporte de las acciones (la evidencia presentada por el auditado corresponde al cuarto trimestre 2020) y en el segundo se efectúa seguimiento a los indicadores del plan de acción y el tablero de control, según lo descrito en tres (3) de los puntos relacionados en los temas tratados en el desarrollo de las reuniones del 27-02-2020 y 26-03-2020. Cabe aclarar que tanto la información registrada como las evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" y en Sharepoint se realiza en el proceso de ejecución del seguimiento por solicitud del evaluador de la OCI, toda vez que al efectuar la verificación en el citado aplicativo no se observó gestión de la dirección territorial en cuanto al registro de información y cargue de evidencias de las actividades, cuyo cumplimiento debió realizarse en el primer trimestre de 2020. No obstante, las evidencias presentadas por la DT en el desarrollo del seguimiento, coadyuba en la eliminación de la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento es del 75% lo cual sitúa la ejecución de la actividad en zona de solidez medio y estado de

Se verifica las evidencias cargadas en el aplicativo OCI, que denota la gestión desarrollada por la DT Cauca concerniente a la elaboración de la matriz "Batería de Indicadores de Evaluación y Control DT Cauca vigencia 2020" y matriz Cauca Seguimiento Reparación Integral, en el cual se registra el seguimiento y control de los indicadores de la dirección territorial, el avance de las actividades teniendo en cuenta lo ejecutado vs lo programado. Es importante aclarar que, la información registrada y evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" y en Sharepoint, se efectúa durante la ejecución de la auditoría de seguimiento por requerimiento del auditor, debido a que al realizar verificación en dicho aplicativo no se observó gestión de la dirección territorial en lo que respecta al registro de información y cargue de evidencias de las actividades, cuyo cumplimiento está programado para su ejecución de enero a marzo de 2020.

Se verifica las evidencias registradas en el aplicativo OCI, donde se observa la gestión de la dirección territorial Cauca, respaldadas a través de una matriz denominada "Temas Estratégicos DT Cauca", en la cual se encuentra relacionada información referente a la realización de actividades en temas estratégicos como: Articulación - dirección técnica misional, subdirección o grupo de trabajo encargado desde Nivel Central, avance/seguimiento, articulación con el plan de acción territorial y alertas. Adicional a esto, se observa en la página web institucional el seguimiento que realiza la oficina asesora de planeación OAP concerniente al avance y ejecución del plan de acción de las direcciones territoriales vigencia 2020 (incluida la DT Cauca) con la respectiva descripción de lo realizado en cada indicador o actividad. Cabe anotar que, la información registrada y evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" y en Sharepoint se realiza a solicitud del evaluador de la OCI encargado de efectuar el seguimiento, toda vez que al realizar la respectiva verificación en el citado aplicativo, no se observó gestión por parte de la dirección territorial evaluada en lo referente al registro de información y cargue de evidencias de las actividades inscritas en el plan de mejoramiento, cuyo cumplimiento debió ejecutarse en el primer trimestre de 2020. No

Se verifica las evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento - OCI, que denota la gestión desarrollada por la Dirección Territorial Cauca concerniente al avance y ejecución del plan de acción en las vigencias 2019 y 2020, donde se observa un buen porcentaje de nivel de avance y cumplimiento alcanzado, en el cual predomina el nivel satisfactorio que refleja las acciones efectuadas por la Dirección Territorial para mejorar su comportamiento tanto en la gestión como en el cumplimiento porcentual de las actividades establecidas en su plan de acción 2019 y 2020. No obstante, registra algunas actividades o indicadores (minoría) con nivel aceptable e insatisfactorio, que afectan de manera exigua el cumplimiento. Sumado a esto, la información registrada y evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" y en Sharepoint, se realiza durante la ejecución del seguimiento por requerimiento del evaluador de la OCI, toda vez que al efectuar la verificación en dicho aplicativo no se observó gestión de la dirección territorial en lo concerniente al registro de información y cargue de evidencias de las actividades, cuyo cumplimiento está programado para su ejecución en el primer trimestre de 2020. Sin embargo, las evidencias presentadas por la DT en el transcurso del seguimiento, es un aporte significativo para

Se verifica las evidencias registradas en el aplicativo OCI, la cual muestra la gestión de la dirección territorial Cauca sustentada en la "Matriz Temas Estratégicos DT Cauca" correspondiente a los meses de septiembre y noviembre de 2019, así como de enero, febrero y marzo de 2020 (donde está registrada información concerniente a la ejecución de actividades en temas estratégicos como: Articulación - dirección técnica misional, subdirección o grupo de trabajo encargado desde Nivel Central, avance /seguimiento, articulación con el plan de acción territorial y alertas). Adicional a esto, se observa una *Matriz de Seguimiento Contratistas DT Cauca 2020, que refleja toda la información relacionada con los contratistas que prestan sus servicios en la DT y el porcentaje de cumplimiento a julio de 2020. Cabe anotar que, la información registrada y evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" y en Sharepoint, fue ejecutada por la DT Cauca a solicitud del evaluador de la OCI que realiza el seguimiento, en razón a que al efectuar la verificación en el mencionado aplicativo, no se observó gestión por parte de la dirección territorial evaluada en lo que respecta al registro de información y cargue de evidencias de las actividades inscritas en el plan de mejoramiento, la cual debió realizarse en el primer trimestre de 2020. Sin embargo, las

Se verifica las evidencias registradas en el aplicativo OCI, donde se observa las acciones adelantadas por la dirección territorial Cauca, soportadas en el acta de reunión del 15 de octubre de 2019, cuyo objetivo está enmarcado en la realización de seguimiento a las actividades asignadas al proceso de reparación integral (los procedimientos que contiene), la matriz de oferta SRC Cauca y la matriz temas estratégicos DT Cauca (septiembre y noviembre 2019 y enero, febrero y marzo de 2020), en esta última se encuentra descrita la información referente a la ejecución de actividades en temas estratégicos como: Articulación - dirección técnica misional, subdirección o grupo de trabajo encargado desde Nivel Central, avance /seguimiento , articulación con el plan de acción territorial y alertas). Sin embargo, es importante aclarar que, la información y evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" y en Sharepoint, se realiza por la DT Cauca a solicitud del evaluador de la OCI encargado de efectuar el seguimiento, toda vez que al verificar dicho aplicativo, no se evidenció gestión por parte de la dirección territorial en cuanto al registro de información y cargue de evidencias de las actividades suscritas en el plan de mejoramiento, la cual estaba programada para su ejecución en el primer trimestre de 2020. No obstante, las

Se verifica las evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento - OCI, donde muestra la gestión de la Dirección Territorial Cauca referente al avance y ejecución del plan de acción logrados en las vigencias 2019 y 2020, en la cual prevalece el nivel de avance satisfactorio que avala el trabajo realizado por la Dirección Territorial en la consecución de los objetivos enmarcados en el mejoramiento de su comportamiento en la gestión que le permite alcanzar un cumplimiento porcentual adecuado de las actividades establecidas en su plan de acción 2019 y 2020. Sin embargo, presenta cifras mínimas de actividades o indicadores con nivel aceptable e insatisfactorio, que no le permiten el cumplimiento del 100%. Adicional a esto, la información registrada y evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" y en Sharepoint , se realiza durante la ejecución del seguimiento por requerimiento del evaluador de la OCI, toda vez que al efectuar la verificación en el citado aplicativo no se observó gestión de la dirección territorial en lo referente al registro de información y cargue de evidencias de las actividades, cuyo cumplimiento está programado para su ejecución en el primer trimestre de 2020. Sin embargo, las evidencias presentadas por la DT en el transcurso del seguimiento, es un aporte de manera significativa en

territorial Cauca, la cual está soportada en cuatro (4) evidencias (Copia actas de reunión del 26 de marzo y 16 de junio de 2020, matriz de contexto estratégico DT Cauca y formatos de monitoreo a la materialización de los riesgos del 1er, 2do, 3er y 4to trimestre 2020) que están relacionadas y acorde con la actividad establecida en el plan de mejoramiento. Sin embargo, cabe aclarar que, tanto la información registrada como evidencias cargadas , se realizó a solicitud del evaluador de la OCI encargado de efectuar el seguimiento, toda vez que al verificar el aplicativo en mención, no se observó gestión por parte de la dirección territorial en cuanto al registro de información y cargue de evidencias de las actividades inscritas en el plan de mejoramiento, la cual debió ejecutarse en el primer trimestre de 2020 como lo establece las fechas de inicio y terminación. No obstante, las evidencias presentadas por la DT Cauca durante el proceso de seguimiento, disminuye la probabilidad de que se vuelva a incurrir en la causa por la cual se genera la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento es del 75% lo cual sitúa la ejecución de la actividad en zona de solidez medio y estado de cumplimiento cerrada.

Se verifica las evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI", que muestra la gestión de las acciones desarrolladas por la DT Cauca, respaldadas en siete (7) evidencias acordes con la actividad establecida en el plan de mejoramiento. Sin embargo, es de aclarar que, la información y evidencias fueron cargadas en el aplicativo y en Sharepoint en el transcurso del proceso de ejecución del seguimiento por solicitud del evaluador de la oficina de control interno, en razón a que al realizar la verificación en dicho aplicativo no se observó gestión de la dirección territorial respecto al registro de información y cargue de evidencias de las actividades, cuyo cumplimiento está programado para su inicio y finalización en el primer trimestre de 2020. No obstante, los soportes presentados contribuyen a reducir la probabilidad de que se vuelva a incurrir en la causa por la cual se genera la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento es del 75% lo cual sitúa la ejecución de la actividad en zona de solidez medio y estado de cumplimiento cerrada.

Se verifica las evidencias registradas en el aplicativo OCI, donde se observa la gestión de la dirección territorial Cauca, respaldada en una matriz denominada "Formato de monitoreo a la materialización de los riesgos", que tiene como propósito realizar el seguimiento y control trimestral de los riesgos (enero a marzo, abril a junio, julio a septiembre y octubre a diciembre de 2020). Sin embargo, cabe anotar que, la información registrada y evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" y en Sharepoint se realiza a solicitud del evaluador de la OCI encargado del seguimiento, debido a que al efectuar la respectiva verificación en dicho aplicativo, no se observa gestión por parte de la dirección territorial en lo referente al registro de información y cargue de evidencias de las actividades inscritas en el plan de mejoramiento, cuyo cumplimiento está programado para el primer trimestre de 2020. No obstante, las evidencias que fueron presentadas por la DT Cauca en el periodo en que se llevó a cabo el seguimiento, coadyuvan a disminuir la probabilidad de que se vuelva a incurrir en la causa por la cual se genera la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento es del 75% lo cual sitúa la ejecución de la actividad en zona de solidez medio y estado de cumplimiento cerrada.

Se verifica los soportes registrados en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI", los cuales denotan la gestión adelantada por la dirección territorial Cauca, sustentada en cuatro (4) evidencias (Formato para registro, control y seguimiento a pago de servicios públicos, matriz de seguimiento servicios públicos, evidencia instalación y activación línea telefónica y video instalaciones físicas DT Cauca) que están acorde con la actividad establecida en el plan de mejoramiento. Sin embargo, es importante aclarar que, la información y evidencias cargadas por la DT Cauca tanto en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" como en Sharepoint (del 01 al 21-10-2021), se realizó a solicitud del evaluador de la OCI encargado de efectuar el seguimiento, debido a que al verificar dicho aplicativo, no se observó gestión por parte de la dirección territorial en lo concerniente al registro de información y cargue de evidencias de las actividades inscritas en el plan de mejoramiento, la cual debió ejecutarse en el primer trimestre de 2020 como lo establecen las fechas de inicio y terminación. No obstante, las evidencias presentadas por la DT Cauca en transcurso del seguimiento, contribuyen a minimizar la probabilidad de que se vuelva a incurrir en la causa por la cual se genera la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento es del 75% lo cual

Se verifica las evidencias cargadas en el aplicativo OCI, que demuestra las acciones desarrolladas por la DT Cauca, sustentada en tres (3) evidencias, la primera corresponde a copia de una factura emitida por la empresa de telefonía de Popayán, así como la copia de formato de pago de enero y marzo de 2020 que corrobora la existencia y funcionamiento de la línea telefónica. Adicional a esto, están las cuatro (4) evidencias de la actividad anterior. Es importante aclarar que, la información registrada y evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" y en Sharepoint, se efectúa durante la ejecución del seguimiento por requerimiento del evaluador de la OCI, debido a que al realizar verificación en el citado aplicativo no se observó gestión de la dirección territorial en cuanto al registro de información y cargue de evidencias de las actividades, cuyo cumplimiento está programado para su inicio y finalización en el primer trimestre de 2020. Sin embargo, las evidencias presentadas por la DT durante el seguimiento, coadyuvan a minimizar la probabilidad de volver a incurrir en la causa por la cual se genera la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento es del 75% lo cual sitúa la ejecución de la actividad en zona de solidez medio y estado de cumplimiento cerrada.

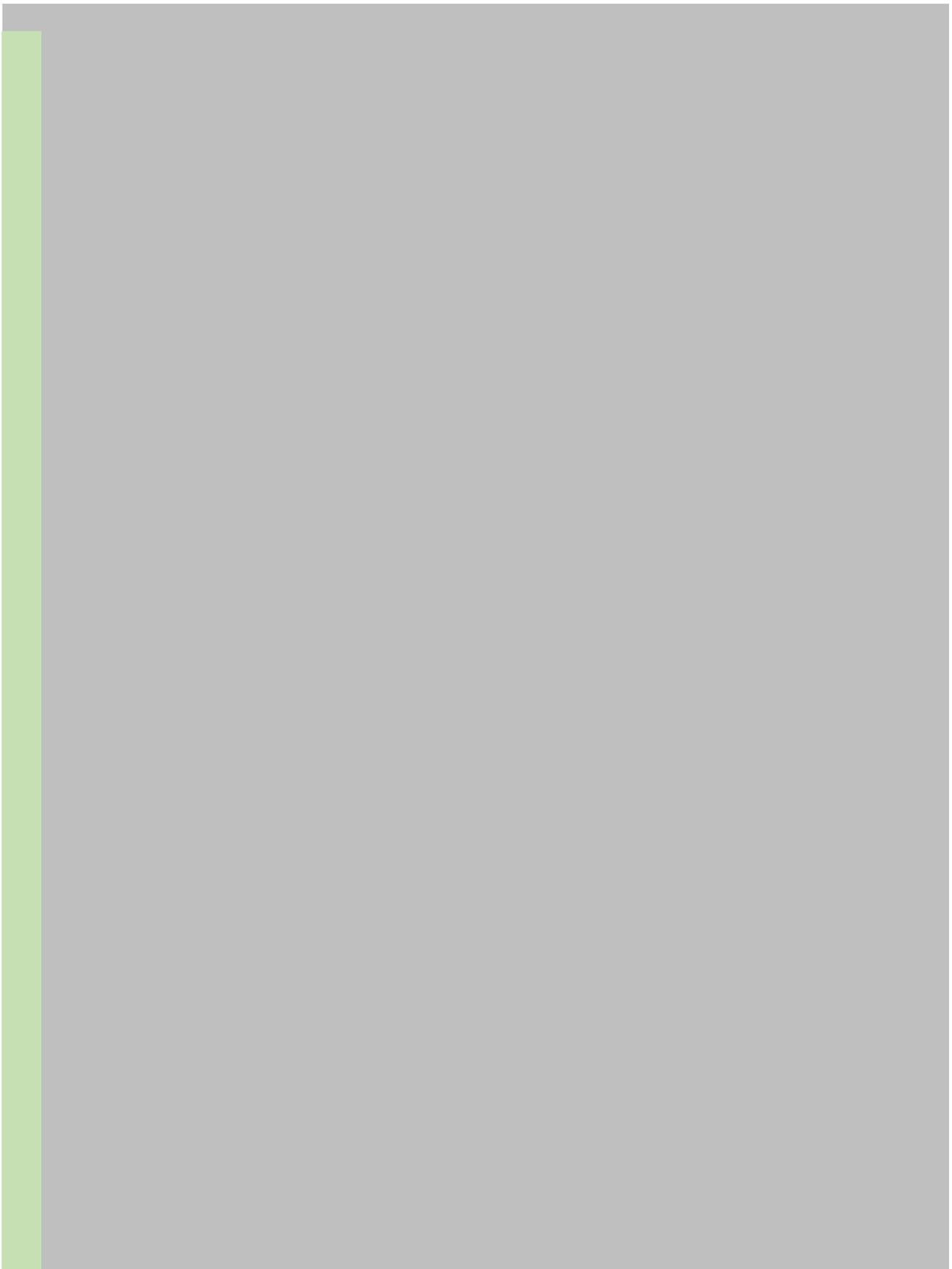
Se verifica los soportes registrados en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI", que muestra la gestión adelantada por la DT Cauca, la cual está sustentada en nueve (9) evidencias relacionadas y acorde con la actividad establecida en el plan de mejoramiento. Sin embargo, cabe aclarar que la información registrada y evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" y en Sharepoint se hizo durante el periodo de ejecución del seguimiento por solicitud del evaluador de la oficina de control interno, toda vez que al verificar aplicativo en mención no se observó gestión de la dirección territorial respecto al registro de información y cargue de evidencias de las actividades, cuyo cumplimiento está programado para su inicio y finalización en el primer trimestre de 2020, sumado a esto, los soportes a pesar de su validez y coherencia con la actividad, están por fuera de la fechas de inicio y finalización estipuladas en el plan de mejoramiento. No obstante, estas merman la probabilidad de que se vuelva a incurrir en la causa por la cual se genera la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento es del 75% lo cual sitúa la ejecución de la actividad en zona de solidez medio y estado de cumplimiento cerrada.

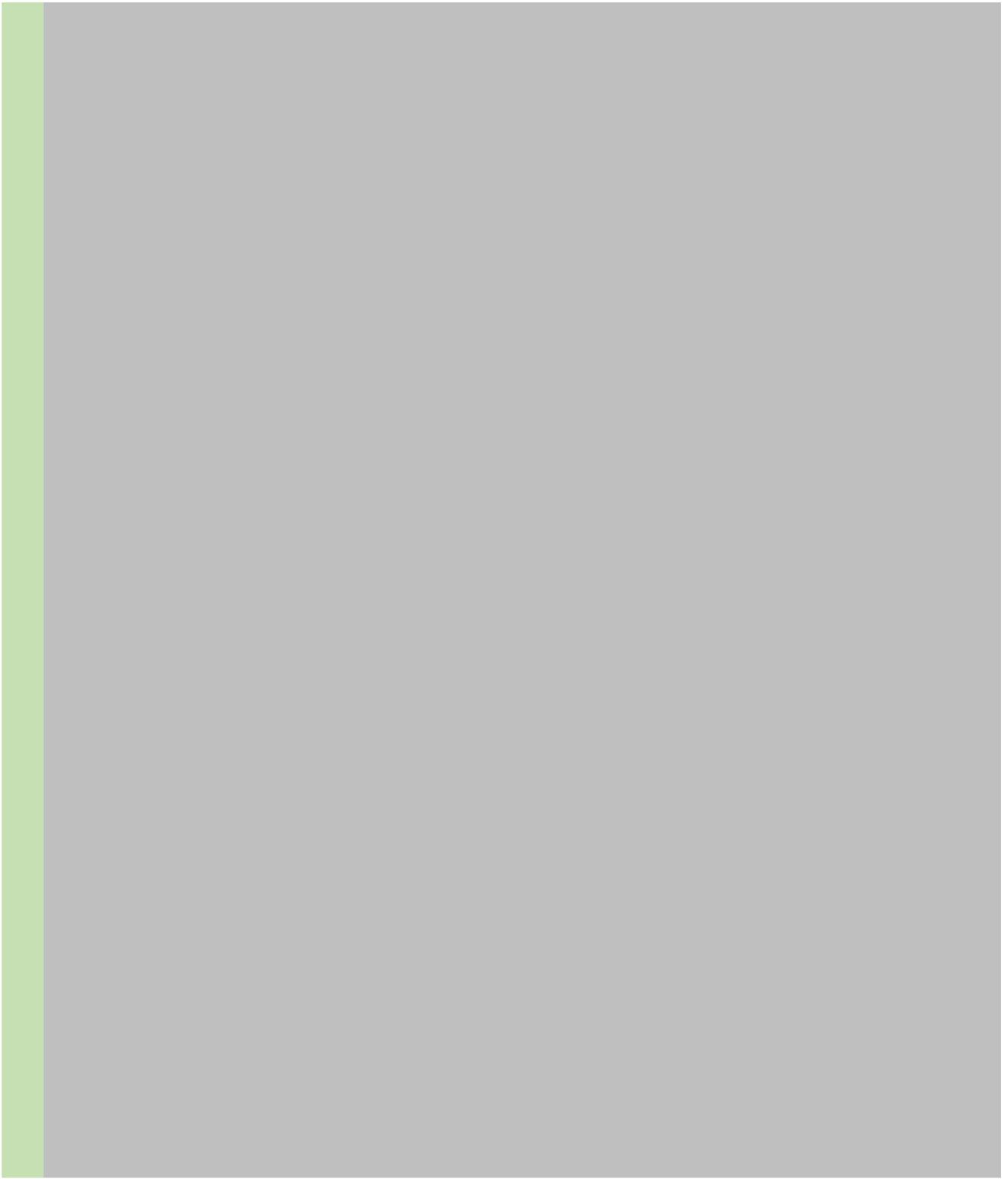
Se verifica la evidencia registradas en el aplicativo, que muestra la gestión realizada por la DT Cauca, soportada en una (1) evidencia (minuta para registro y control del acceso y salida de personal, elementos y equipos) la cual es congruente con la actividad instituida en el plan de mejoramiento. Es importante aclarar que, la información registrada y evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" y en Sharepoint, se efectúa durante el seguimiento por solicitud del evaluador de la OCI, en razón a que al realizar la verificación en el citado aplicativo no se observó el cumplimiento de la dirección territorial en lo concerniente al registro de información y cargue de evidencias de las actividades, programada para su ejecución en el primer trimestre de 2020. No obstante, las evidencias presentadas por la DT en el transcurso del seguimiento, coadyuva a reducir la probabilidad de volver a reincidir en la causa por la cual se genera la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento es del 75% lo cual sitúa la ejecución de la actividad en zona de solidez medio y estado de cumplimiento cerrada.

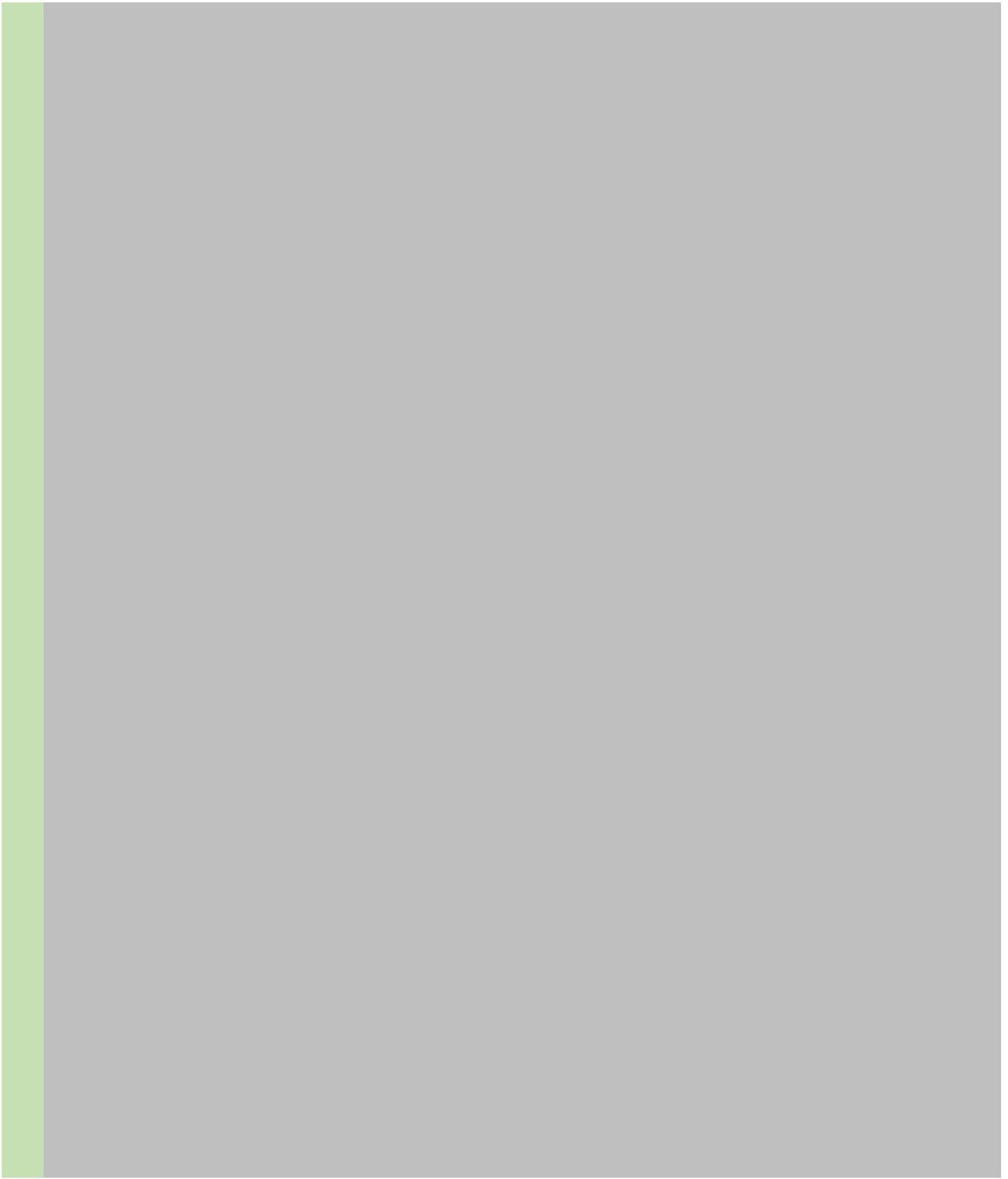
Se verifica la evidencia registradas en el aplicativo, que denota las acciones adelantadas por la DT Cauca, sustentada en una evidencia coherente con la actividad, representada en una (1) minuta donde se describe la información concerniente a: Fecha (día, mes y año), hora, asunto y anotaciones para registro y control entrada y salida de personal, elementos, equipos, entre otros. Sin embargo, cabe anotar que, la información y evidencias cargadas tanto en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" como en Sharepoint, se realiza por la DT Cauca a solicitud del evaluador de la OCI encargado de efectuar el seguimiento, debido a que al verificar en el aplicativo en mención, no se observó gestión por parte de la dirección territorial en cuanto al registro de información y cargue de evidencias de las actividades suscritas en el plan de mejoramiento, la cual estaba programada para su ejecución en el primer trimestre de 2020. No obstante, las evidencias presentadas por la DT en el transcurso del seguimiento, disminuye la probabilidad de que se vuelva a incurrir en la causa por la cual se genera la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento es del 75% lo cual sitúa la ejecución de la actividad en zona de solidez medio y estado de cumplimiento cerrada.

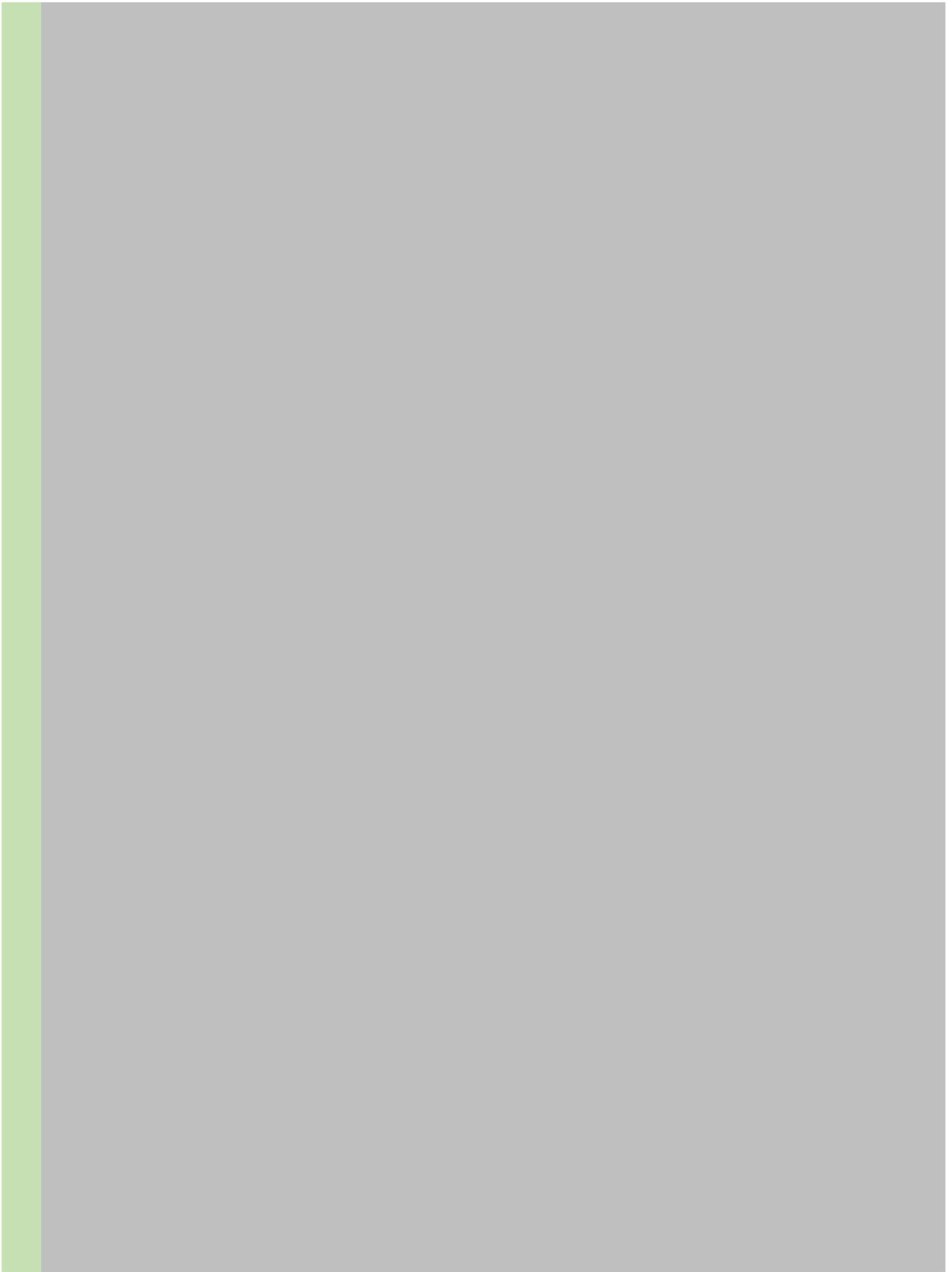
<p>Se verifica los soportes registrados en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI", que refleja la gestión de la DT evaluada, la cual está sustentada en seis (6) evidencias acorde con la actividad establecida en el plan de mejoramiento. Sin embargo, cabe aclarar que, la información y evidencias cargadas tanto en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" como en Sharepoint se realiza en el transcurrir del seguimiento por solicitud del evaluador de la oficina de control interno, debido a que al verificar el aplicativo no se observó gestión de la dirección territorial respecto al registro de información y cargue de evidencias de las actividades, cuyo cumplimiento está programado para su inicio y finalización en el primer trimestre de 2020, adicional a esto, los soportes a pesar de su validez y coherencia con la actividad, están por fuera de la fechas de inicio y finalización estipuladas en el plan de mejoramiento. No obstante, dichas evidencias minimizan la probabilidad de que se vuelva a incurrir en la causa por la cual se genera la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento es del 75% lo cual sitúa la ejecución de la actividad en zona de solidez medio y estado de cumplimiento cerrada.</p>
<p>Se realiza la verificación de las evidencias registradas en el aplicativo OCI que documenta el trabajo que ha realizado la dirección territorial Cauca, sin embargo los soportes aportados corresponden a la gestión de la vigencia 2019, razón por la cual la oficina de control interno mediante correo electrónico del 20 de octubre de 2021, dirigido al director territorial y enlace de la DT Cauca, solicitó el envío de evidencias del primer semestre de 2020 teniendo en cuenta las fechas de inicio y finalización establecidas en el plan de mejoramiento, como respuesta a dicho requerimiento la DT Cauca remite las mismas evidencias que presentó inicialmente, debido esta situación se mantiene el riesgo y la debilidad identificada en la auditoría. Por consiguiente, el porcentaje y nivel de cumplimiento del 55% sitúa la realización de la actividad en zona de solidez bajo y estado de cumplimiento reformulada.</p>
<p>Se efectúa la verificación de las evidencias registradas en el aplicativo OCI que muestra la gestión de la DT Cauca cuyo objetivo está enmarcado en un documento en word denominado "Lineamientos para la presentación y pago de las cuentas de cobro por concepto de honorarios – Contratos de Prestación de servicios de la UARIV". Sin embargo, en coherencia con la descripción de la actividad (Socializar los criterios que se deben tener para la entrega del informe) determinada para esta acción de mejora, la oficina de control interno a través de correo electrónico del 20 de octubre de 2021, dirigido al director territorial y enlace de la DT Cauca, le solicita como evidencia complementaria, soportes de la socialización de dicho lineamiento, con el fin de identificar si esta actividad se realizó en las fechas de inicio y finalización establecidas en el plan de mejoramiento. En respuesta al citado requerimiento, la dirección territorial Cauca envía nuevamente el mismo documento, motivo por el cual para la Oficina de Control Interno persiste la probabilidad de riesgo</p>
<p>Se verifica los soportes registrados en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI", que muestra la gestión de las acciones adelantadas por la DT evaluada, la cual está sustentada en dos (2) evidencias (Información contratos 2019 - 2020 DT Cauca y matriz de seguimiento contratistas DT Cauca 2020) que están relacionadas y acorde con la actividad establecida en el plan de mejoramiento. Sin embargo, cabe aclarar que la información registrada y evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" y en Sharepoint se realizó durante el periodo de ejecución del seguimiento por solicitud del evaluador de la oficina de control interno, toda vez que al verificar aplicativo en <u>mención no se observó gestión de la dirección territorial en cuanto al registro de información y cargue de evidencias de las actividades,</u></p>
<p>Se realiza la verificación de las evidencias registradas en el aplicativo OCI que denota el trabajo efectuado por la dirección territorial Cauca. Sin embargo, teniendo en cuenta el motivo por el cual está acentuada la debilidad, la oficina de control interno mediante correo electrónico del 20 de octubre de 2021 dirigido al director territorial y enlace de la DT Cauca, solicitó el envío de evidencias complementarias referentes a capacitaciones tanto en supervisión contractual como en gestión documental para expedientes contractuales de la vigencia 2020, teniendo en cuenta las fechas de inicio y finalización establecidas en el plan de mejoramiento. Como</p>
<p>Se verifica los soportes registrados en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI", que muestra la gestión de las acciones desarrolladas por la DT Cauca, la cual está soportada en siete (7) evidencias que están relacionadas y acorde con la actividad establecida en el plan de mejoramiento. Sin embargo, es importante aclarar 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 verificar el mencionado aplicativo no se observó gestión de la dirección territorial en lo concerniente al registro de información y cargue de evidencias de las actividades, cuyo cumplimiento está programado para su inicio y finalización en el <u>primer trimestre de 2020. No obstante, los soportes presentados coadyuvan a disminuir la probabilidad de que se vuelva a incurrir en la</u></p>
<p>Se verifica el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI", donde se observa que a la fecha del presente seguimiento la dirección territorial Cauca no ha cargado evidencias que sustente la realización y cumplimiento de esta actividad estipulada en el plan de mejoramiento " Establecer el cronograma de seguimiento", motivo por el cual la oficina de control interno a través de correo electrónico dirigido al director territorial y enlace de la DT Cauca, solicitó el cargue de evidencias que certifique la realización de dicha actividad. En respuesta al citado requerimiento, la dirección territorial Cauca no remite información y soporte, razón por la cual para la Oficina de Control Interno persiste la probabilidad de riesgo identificada en la auditoría y por ende no ha sido subsanada la debilidad. Por consiguiente, el porcentaje <u>y nivel de cumplimiento del 55% sitúan la ejecución de la actividad en zona de solidez bajo y estado de cumplimiento reformulada.</u></p>
<p>Se realiza la verificación de las evidencias en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI", la cual está sustentada en cuatro (4) soportes documentales que están relacionados con la actividad establecida en el plan de mejoramiento. Sin embargo, es importante aclarar que, la información y evidencias cargadas por la DT Cauca tanto en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" como en Sharepoint, se realiza a solicitud del evaluador de la OCI encargado del seguimiento, toda vez que al verificar dicho aplicativo, no se observó gestión por parte de la dirección territorial evaluada, en lo referente al registro de información y cargue de evidencias de las actividades suscritas en el plan de mejoramiento, la cual debió ejecutarse en el primer trimestre de 2020 como lo establece las fechas de inicio y terminación. Adicional a lo <u>anterior, a pesar de que el convenio interadministrativo No.1501 finalizó en diciembre de 2018, se observa que a la fecha del presente</u></p>

Se verifica los soportes registrados en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI", que muestra la gestión de las acciones adelantadas por la DT Cauca, la cual está soportada en nueve (9) evidencias que están relacionadas y coherentes con la actividad estipulada en el plan de mejoramiento. Sin embargo, cabe aclarar que la información registrada y evidencias cargadas en el aplicativo "Plan de mejoramiento OCI" y en Sharepoint se efectuó durante el periodo de ejecución del seguimiento por solicitud del evaluador de la oficina de control interno, toda vez que al verificar dicho aplicativo no se observó gestión de la dirección territorial respecto al registro de información y cargue de evidencias de las actividades, cuyo cumplimiento está programado para su inicio y finalización en el primer trimestre de 2020, adicional a esto, los soportes a pesar de su validez y congruencia con la actividad, están por fuera de las fechas de inicio y finalización estipuladas en



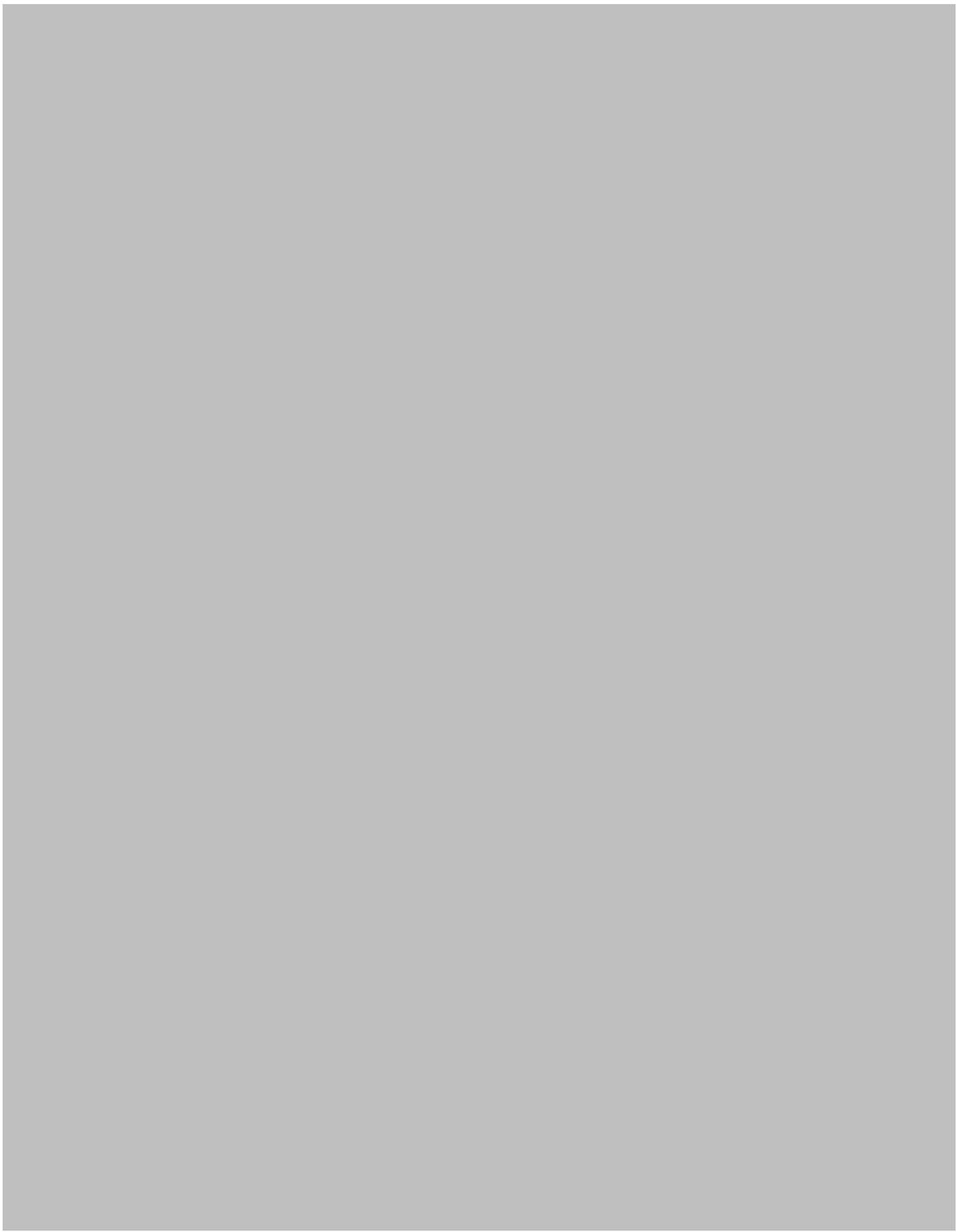


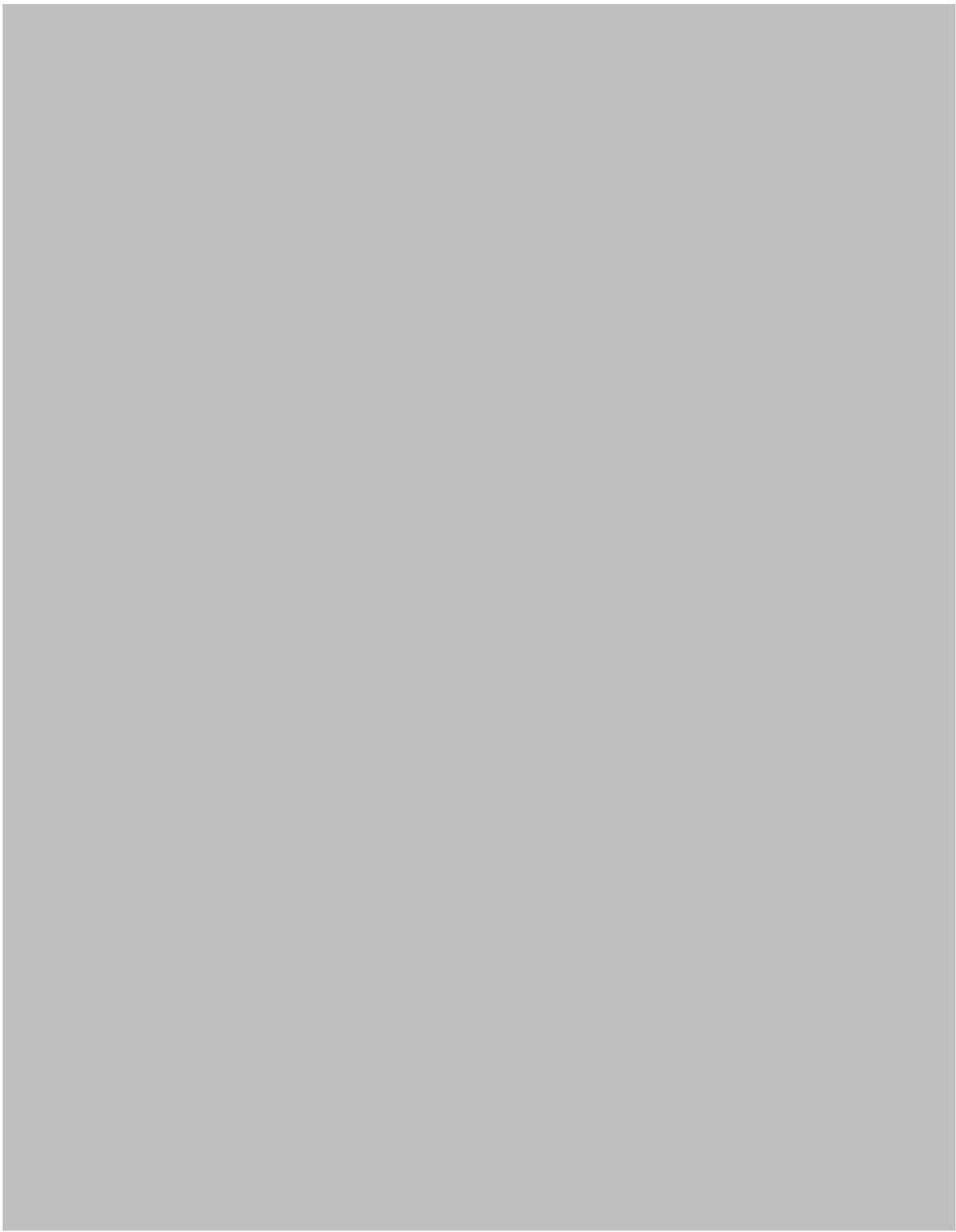


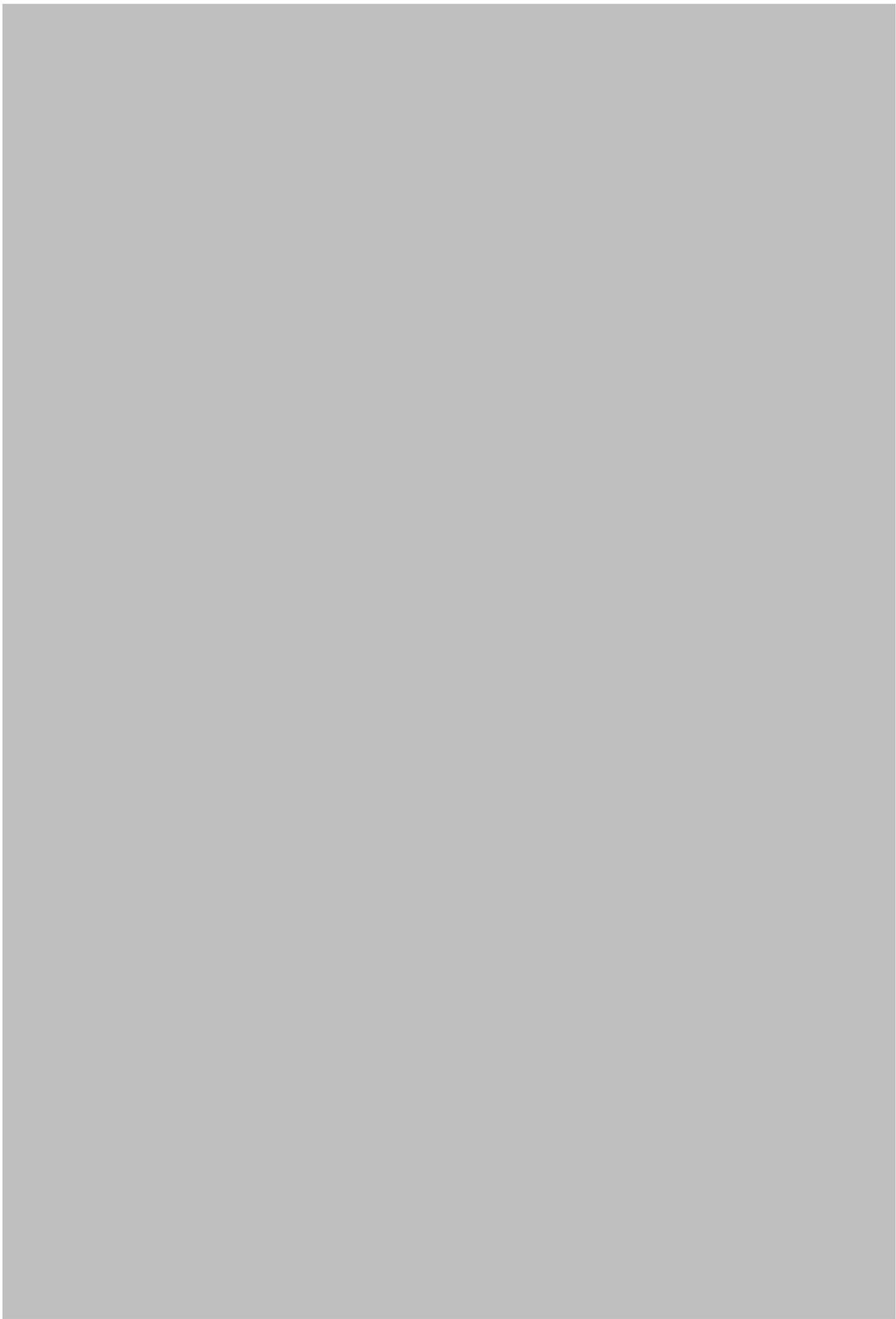






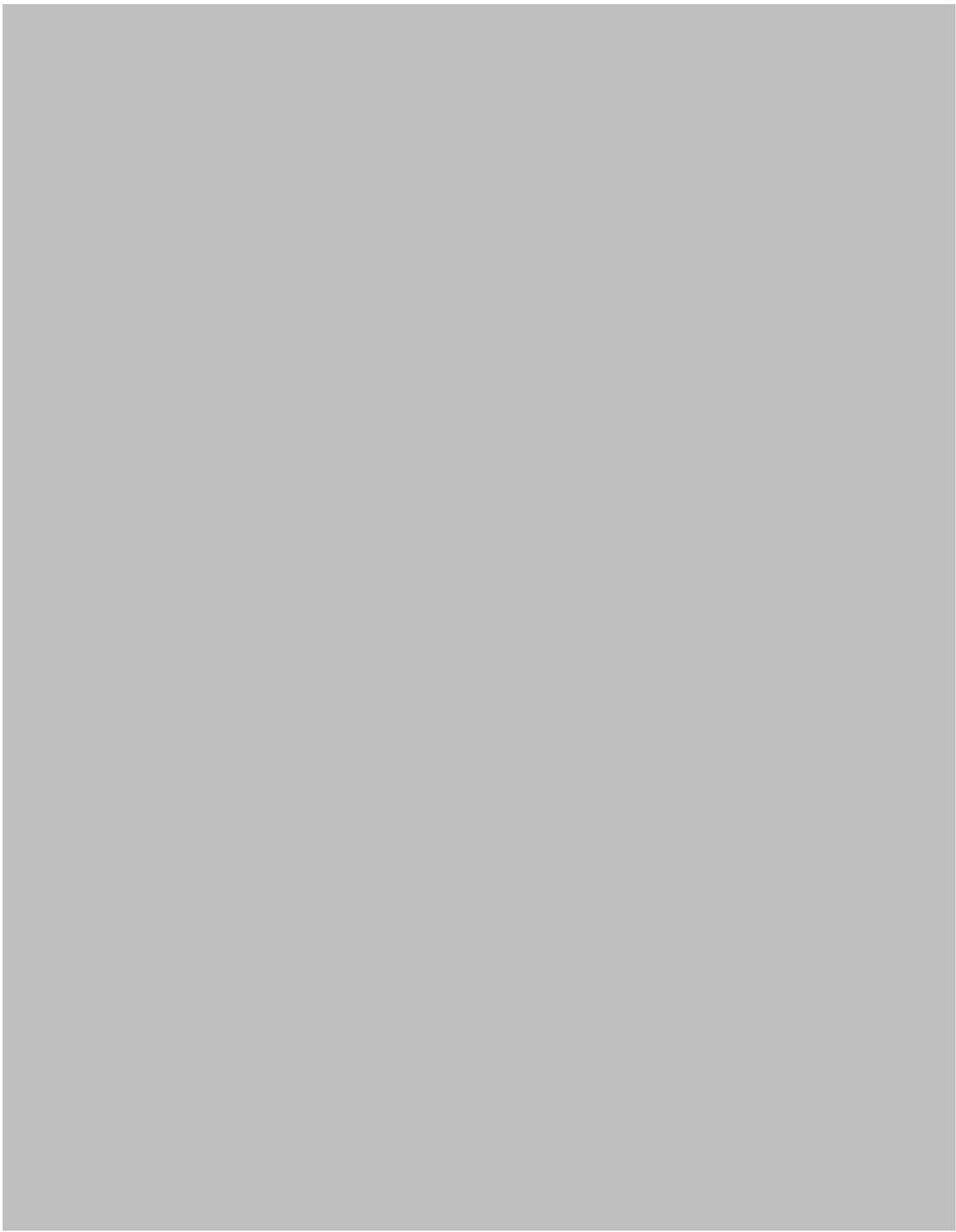








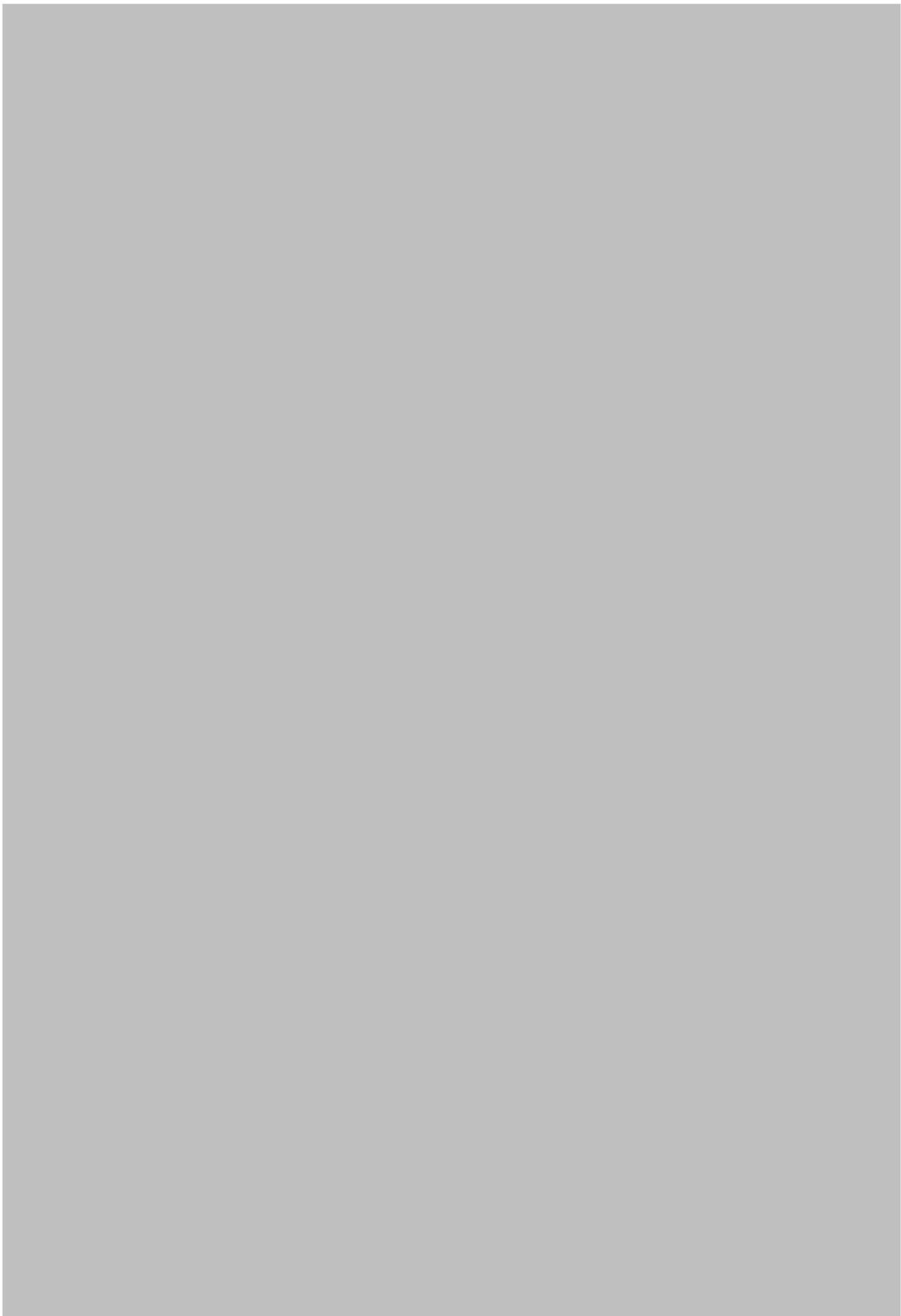


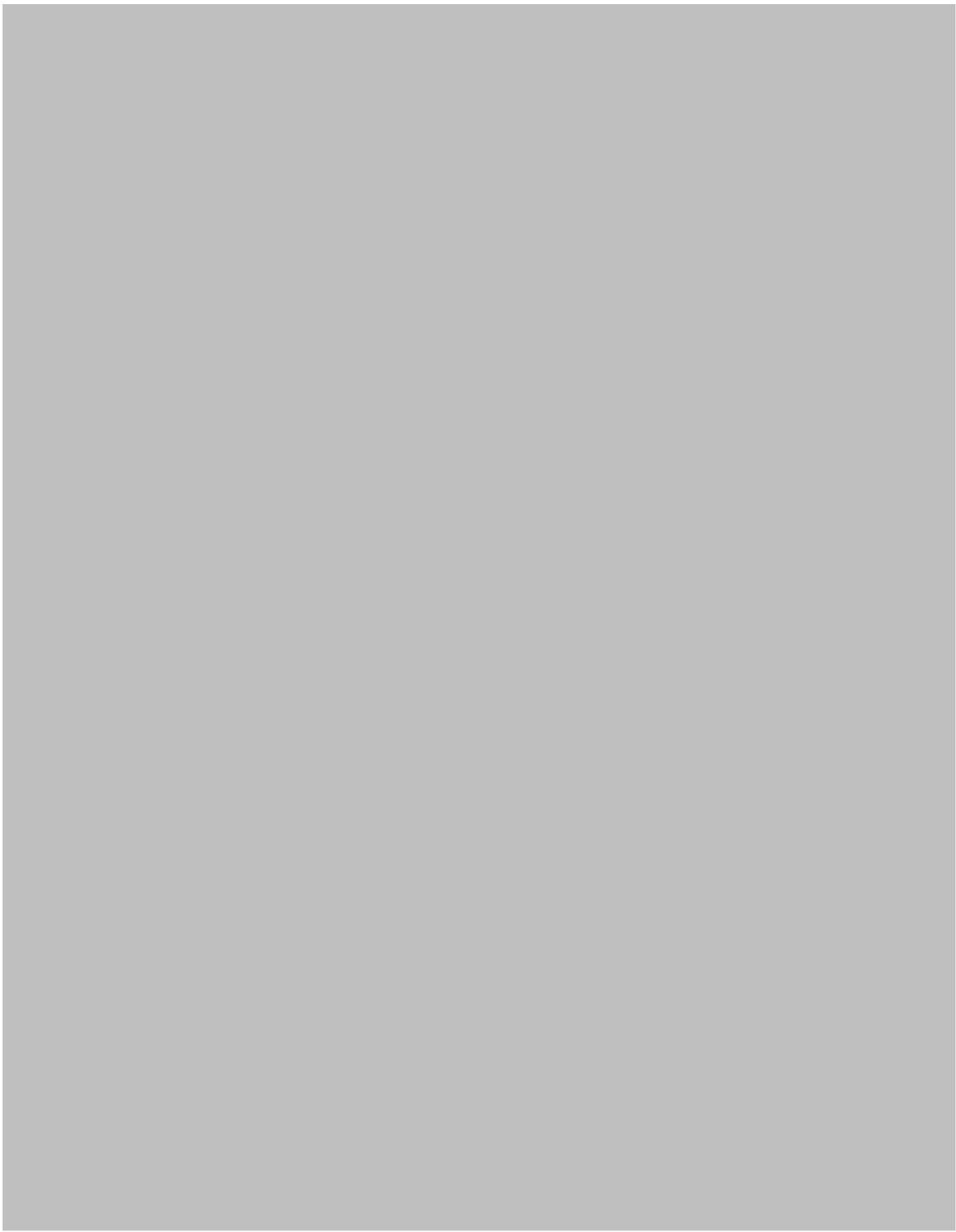


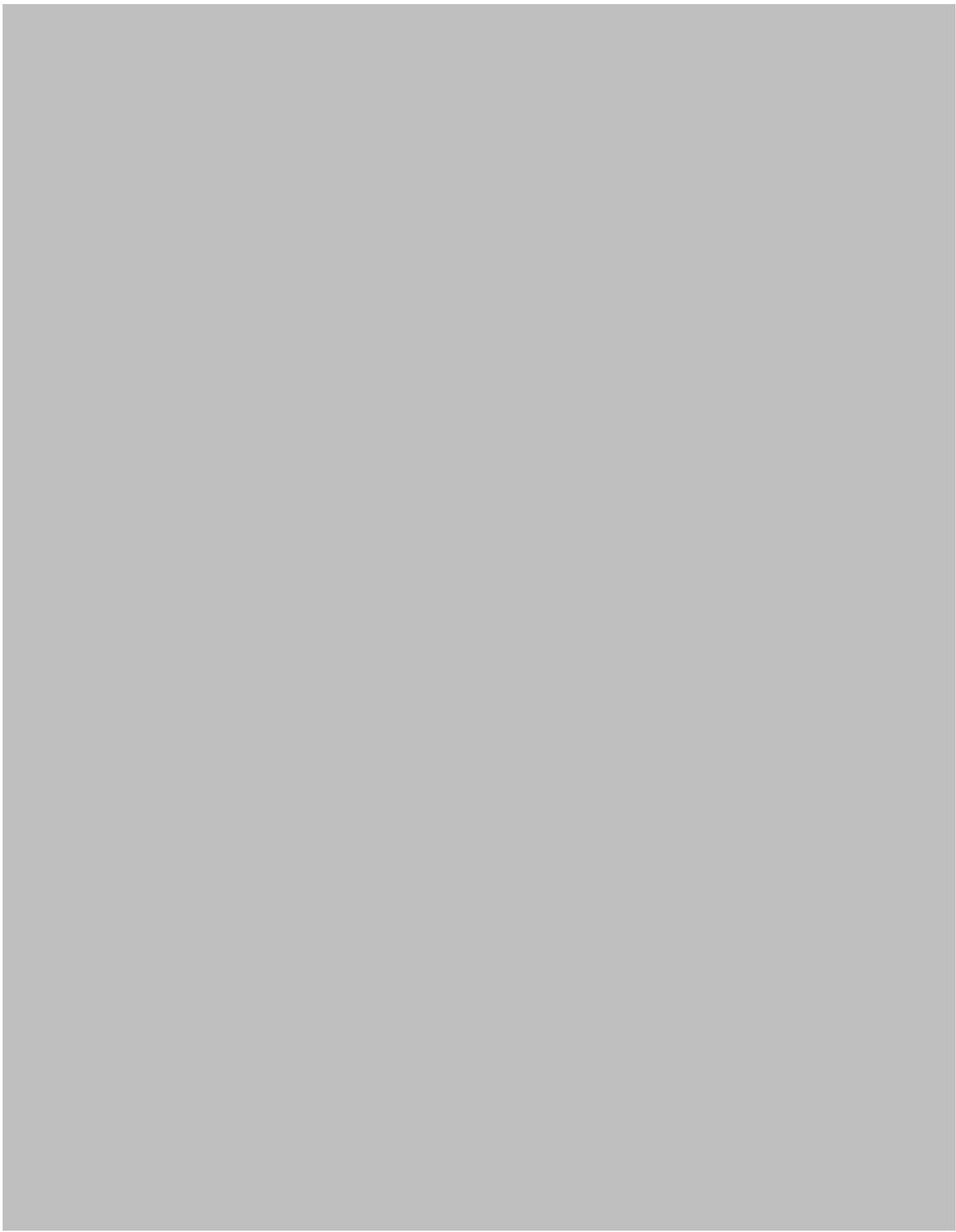


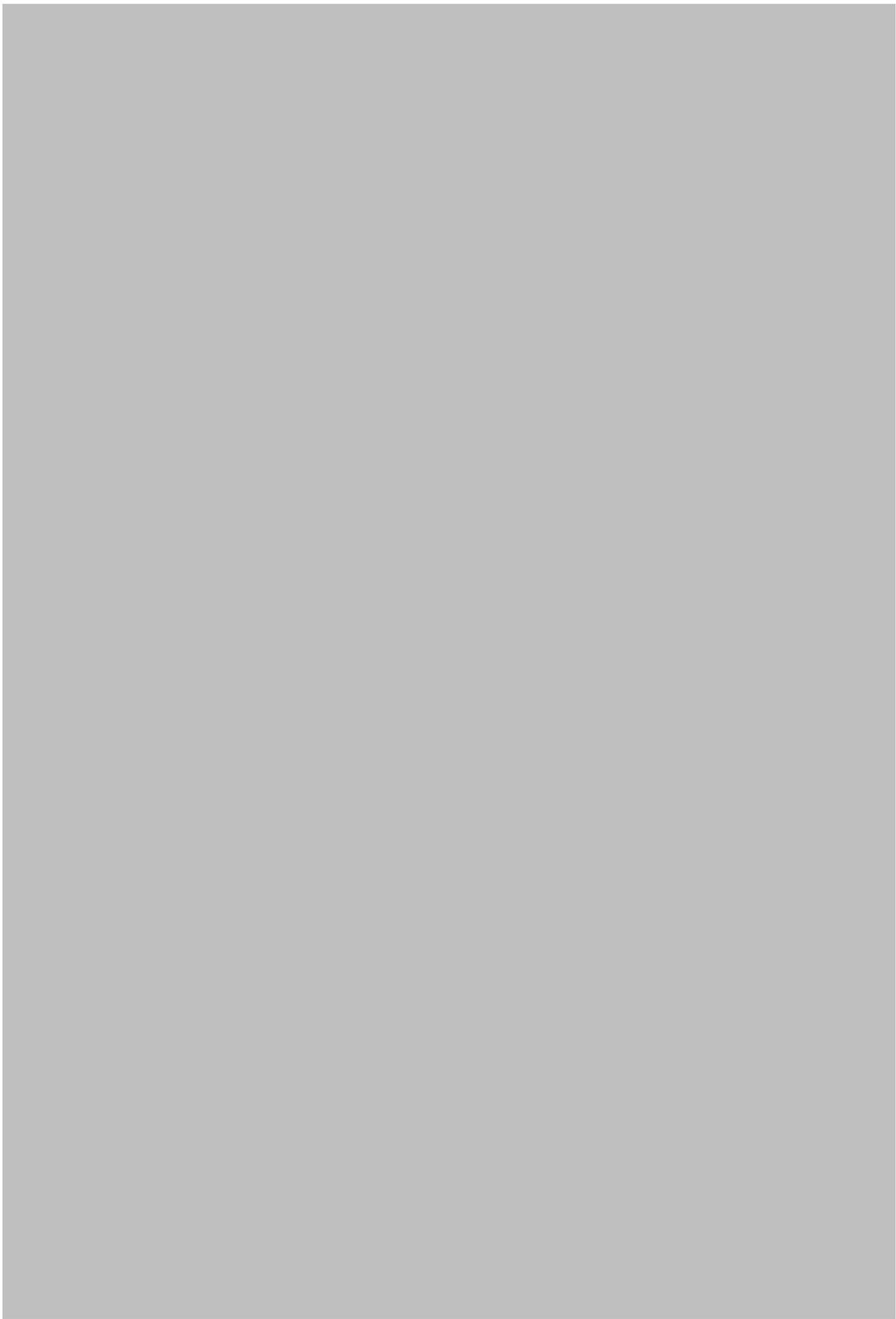




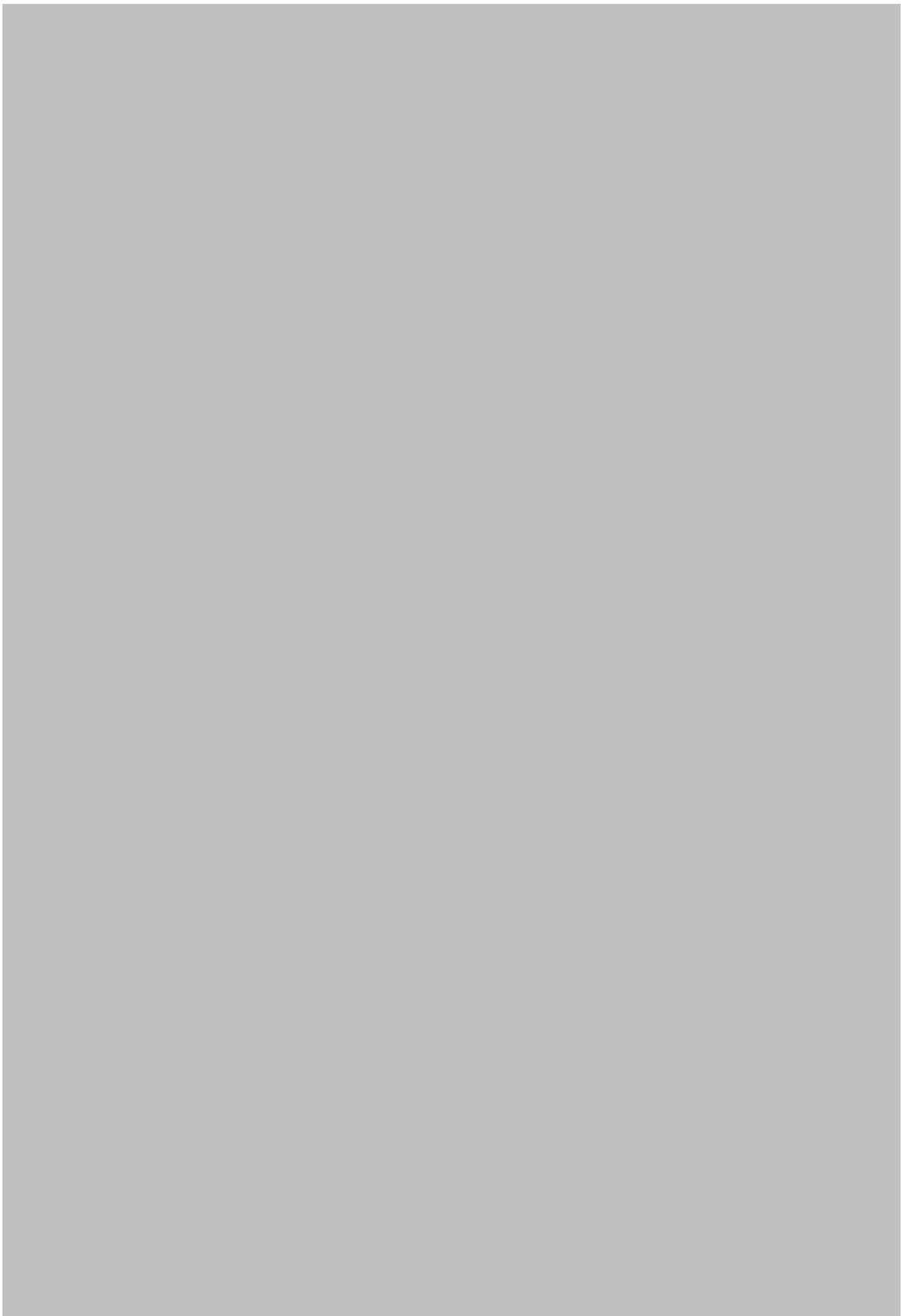


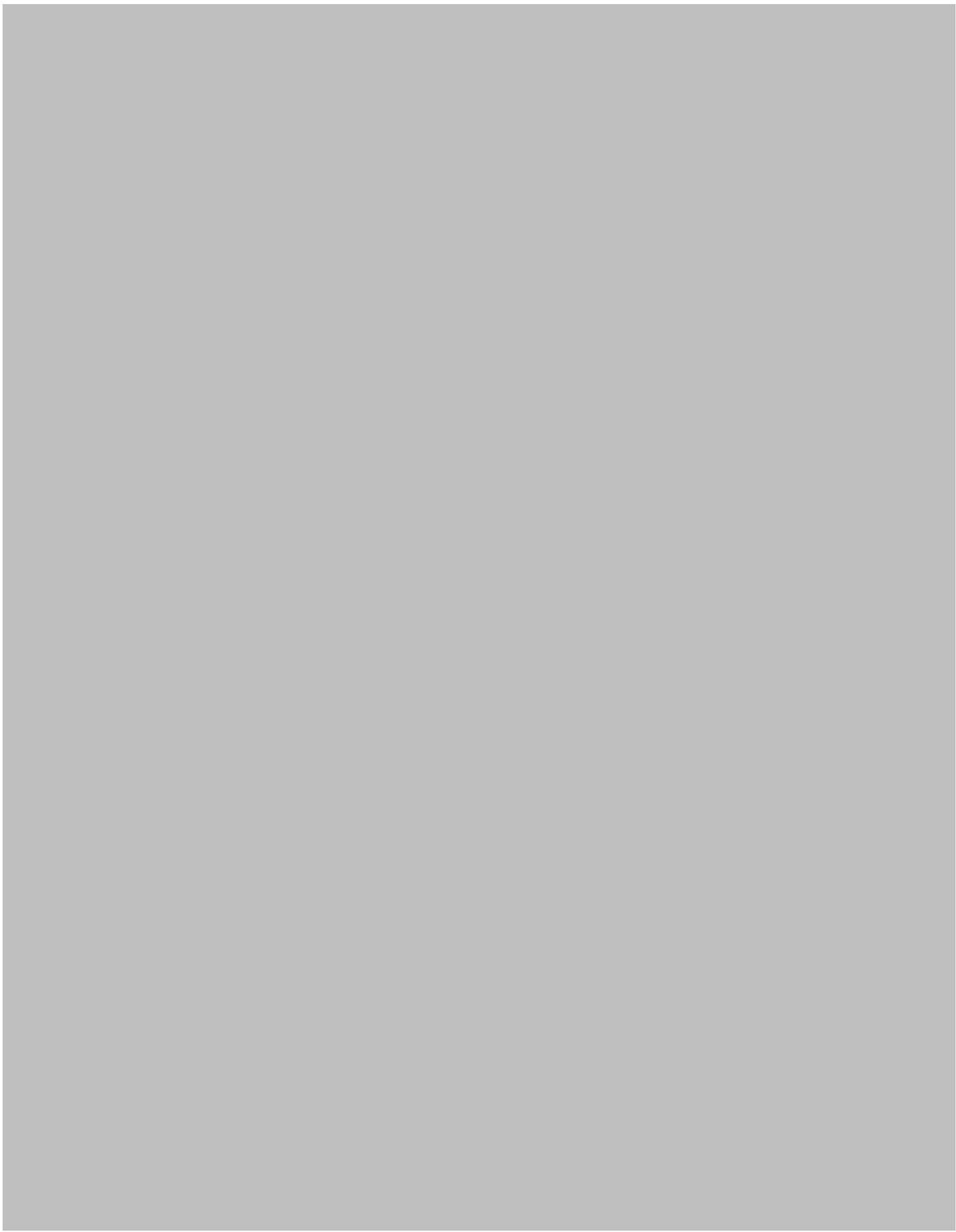


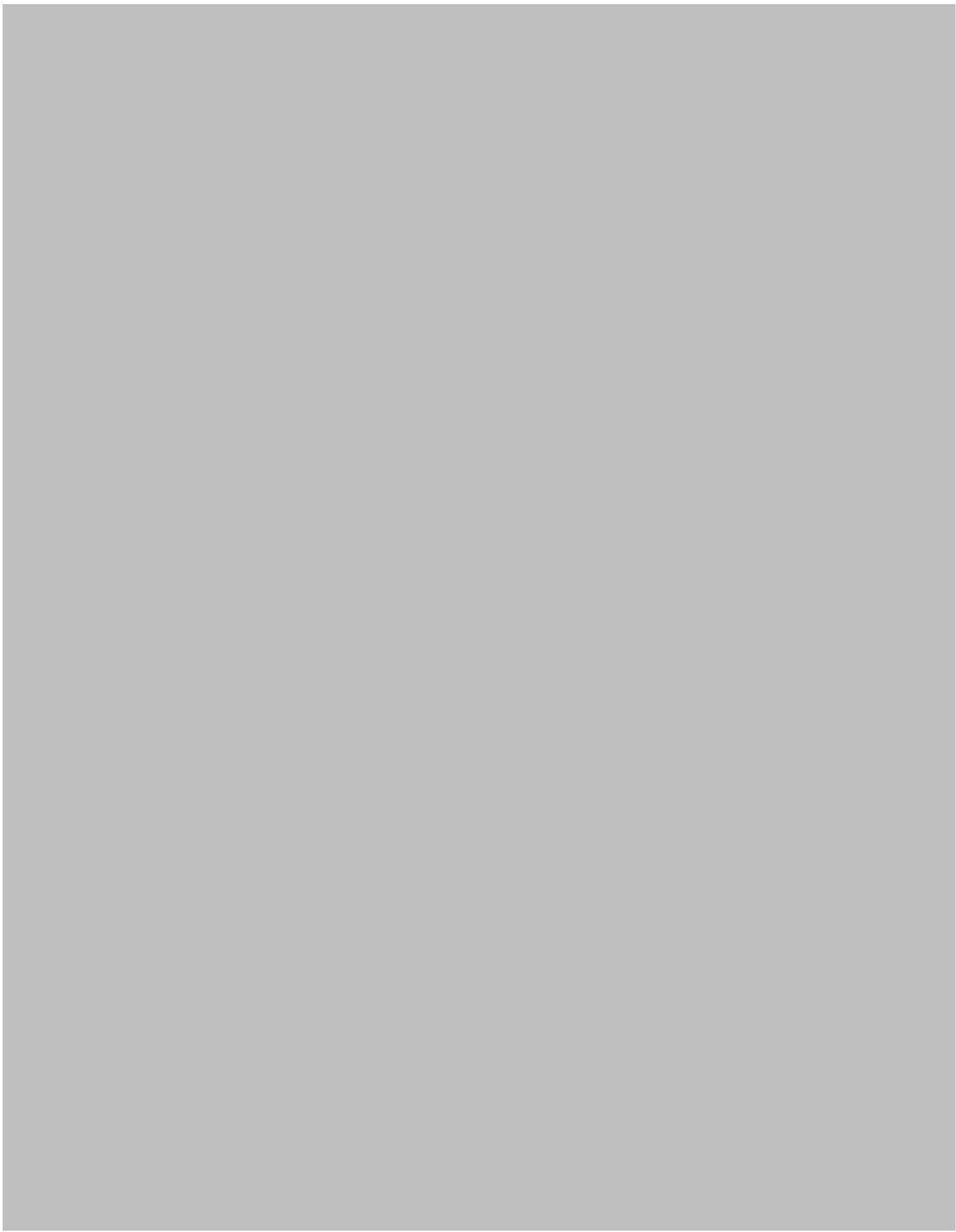


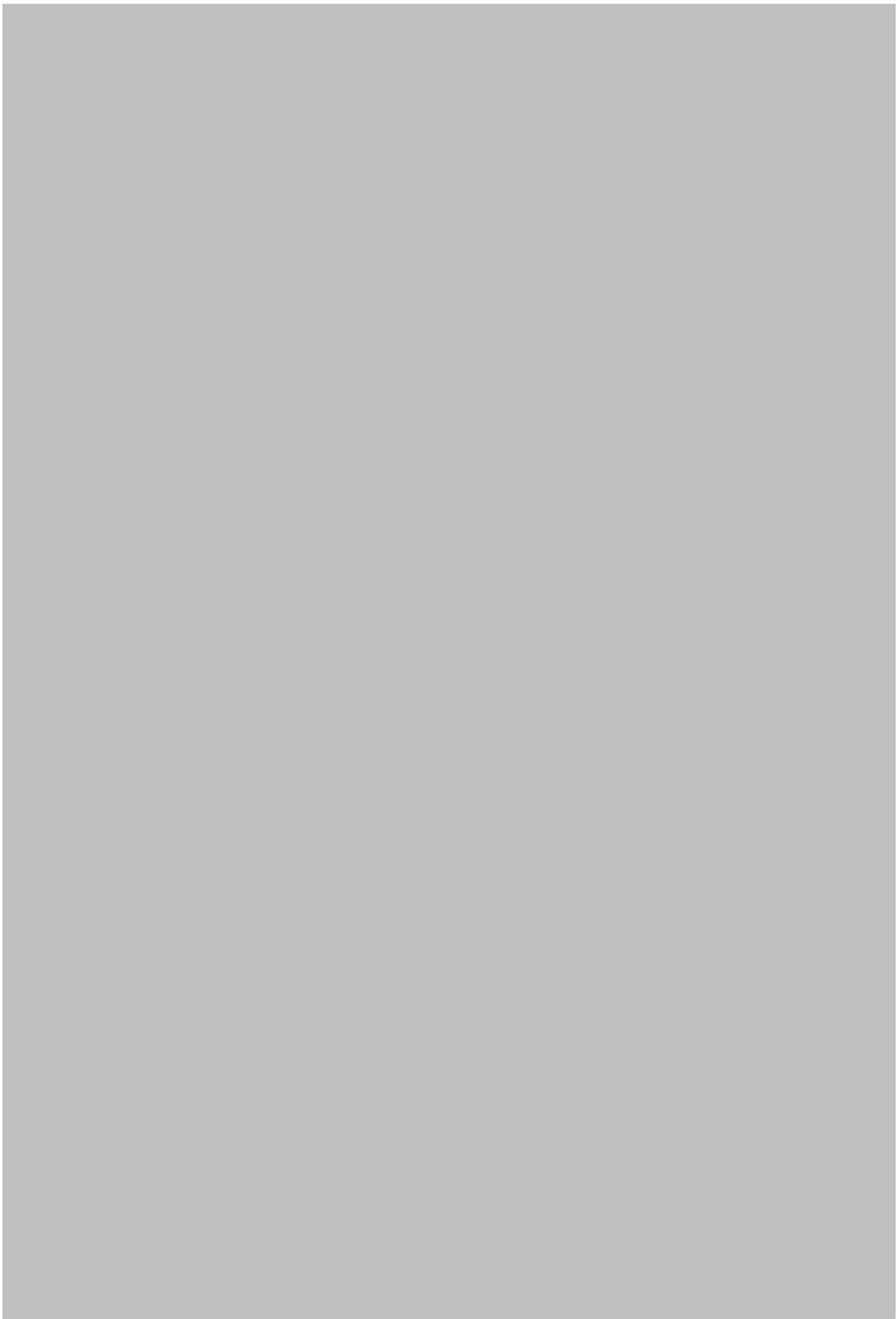




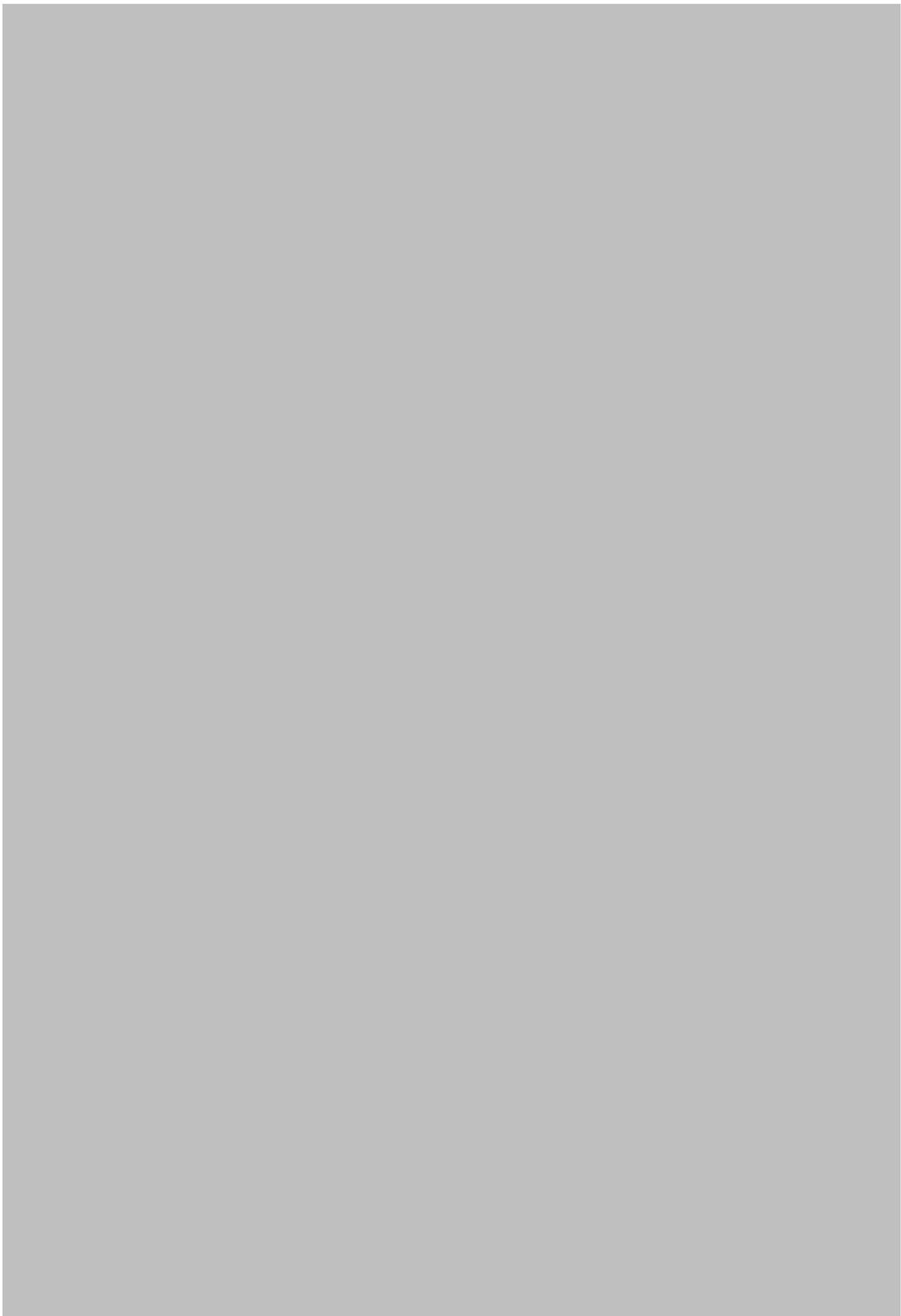


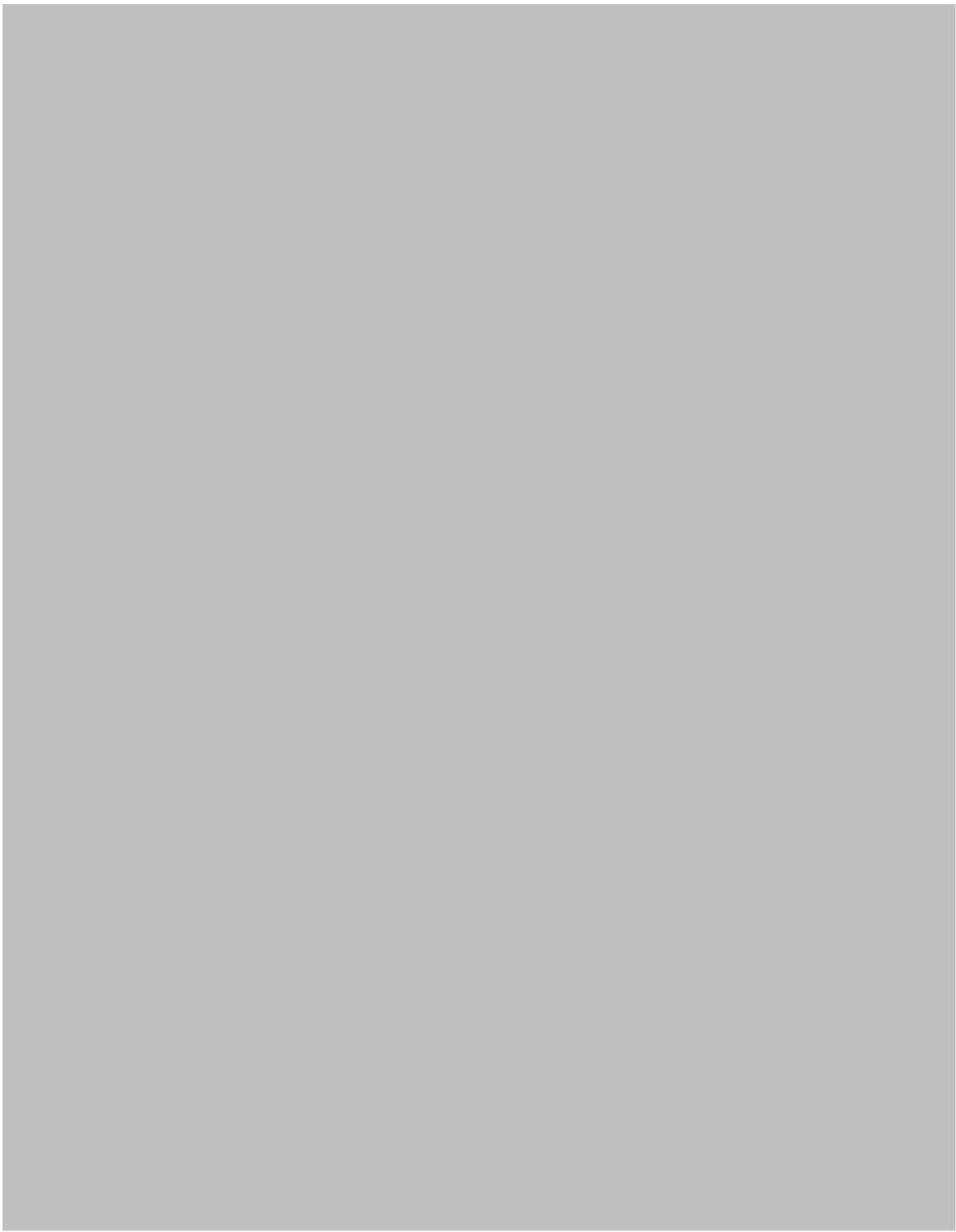


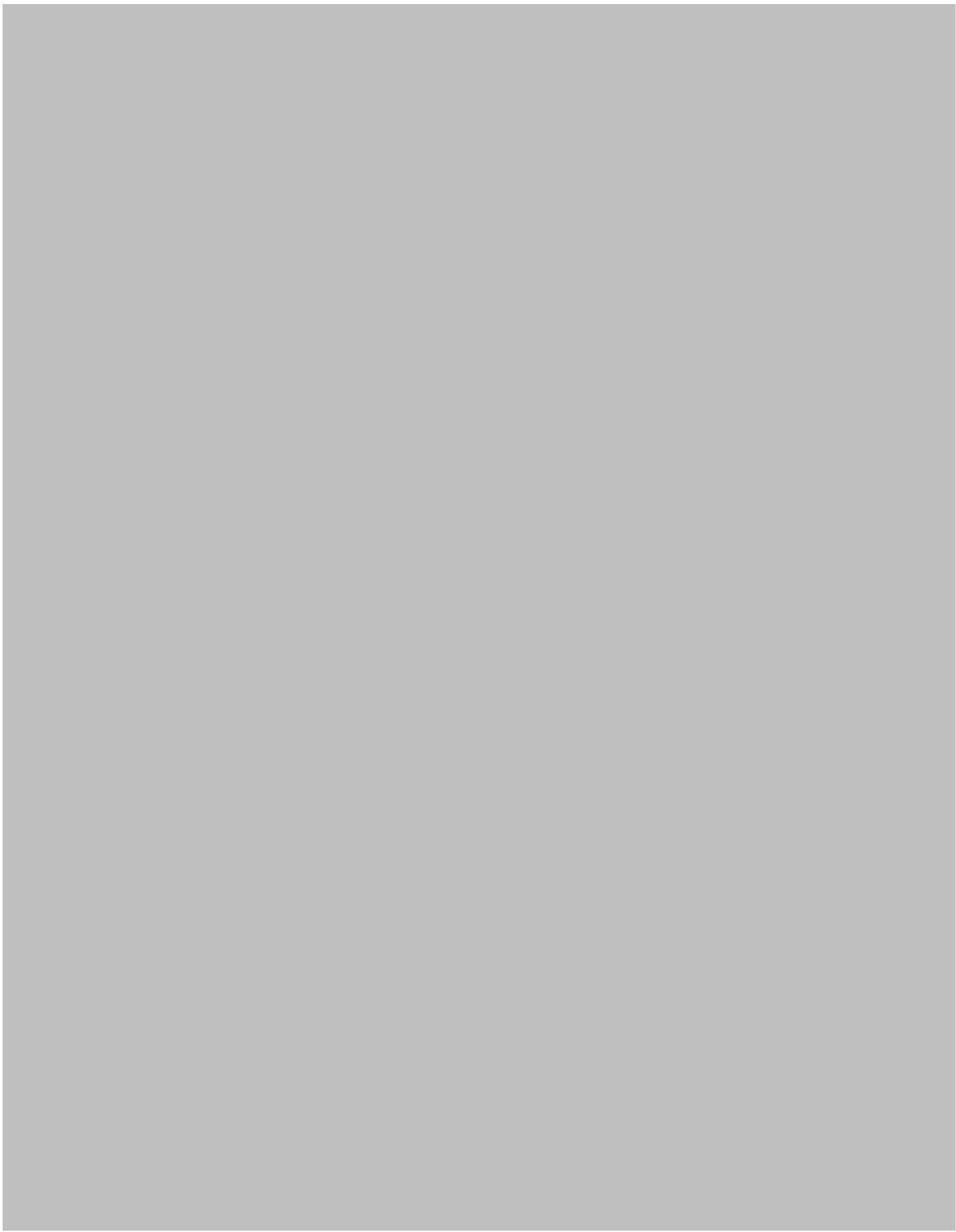






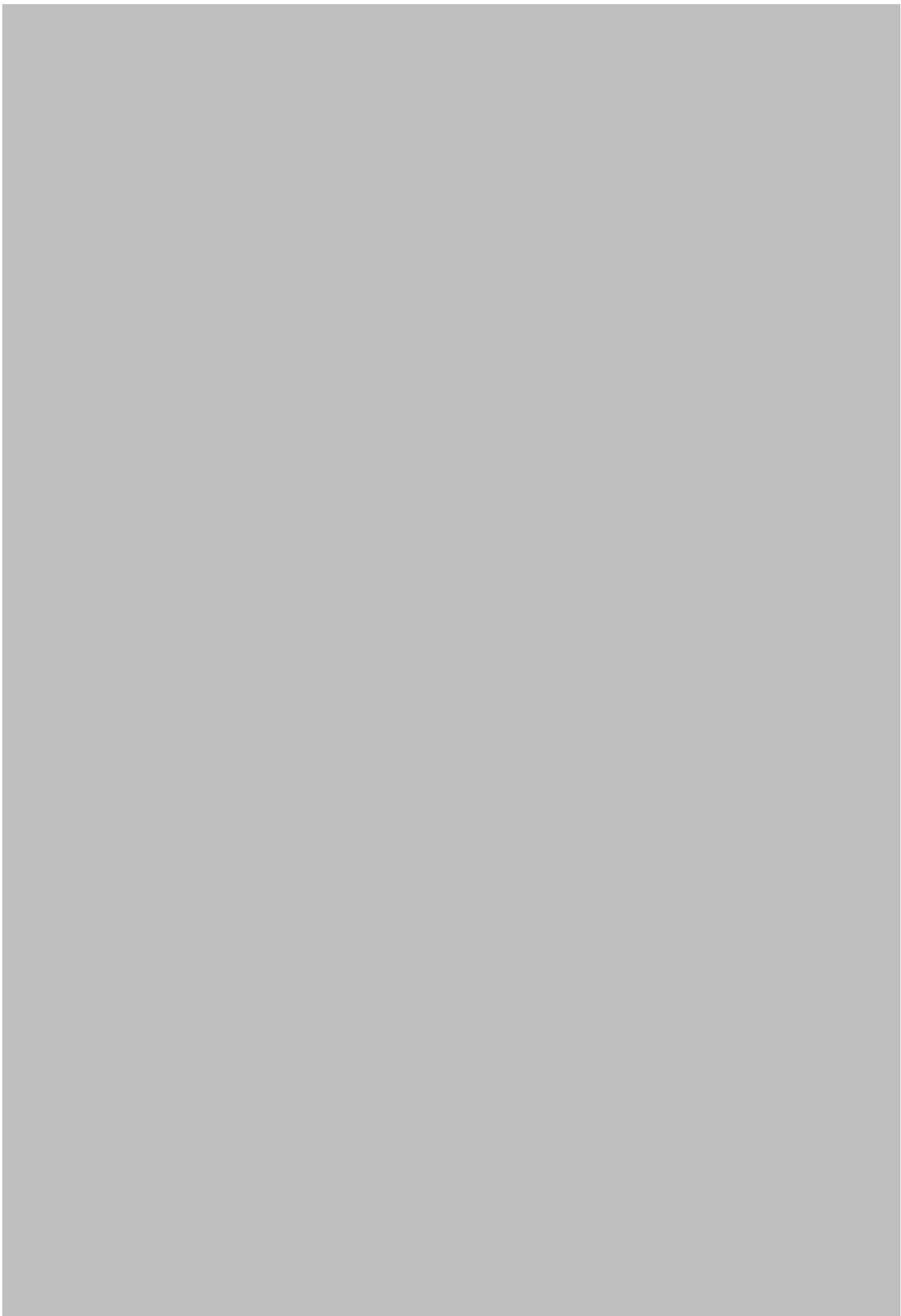


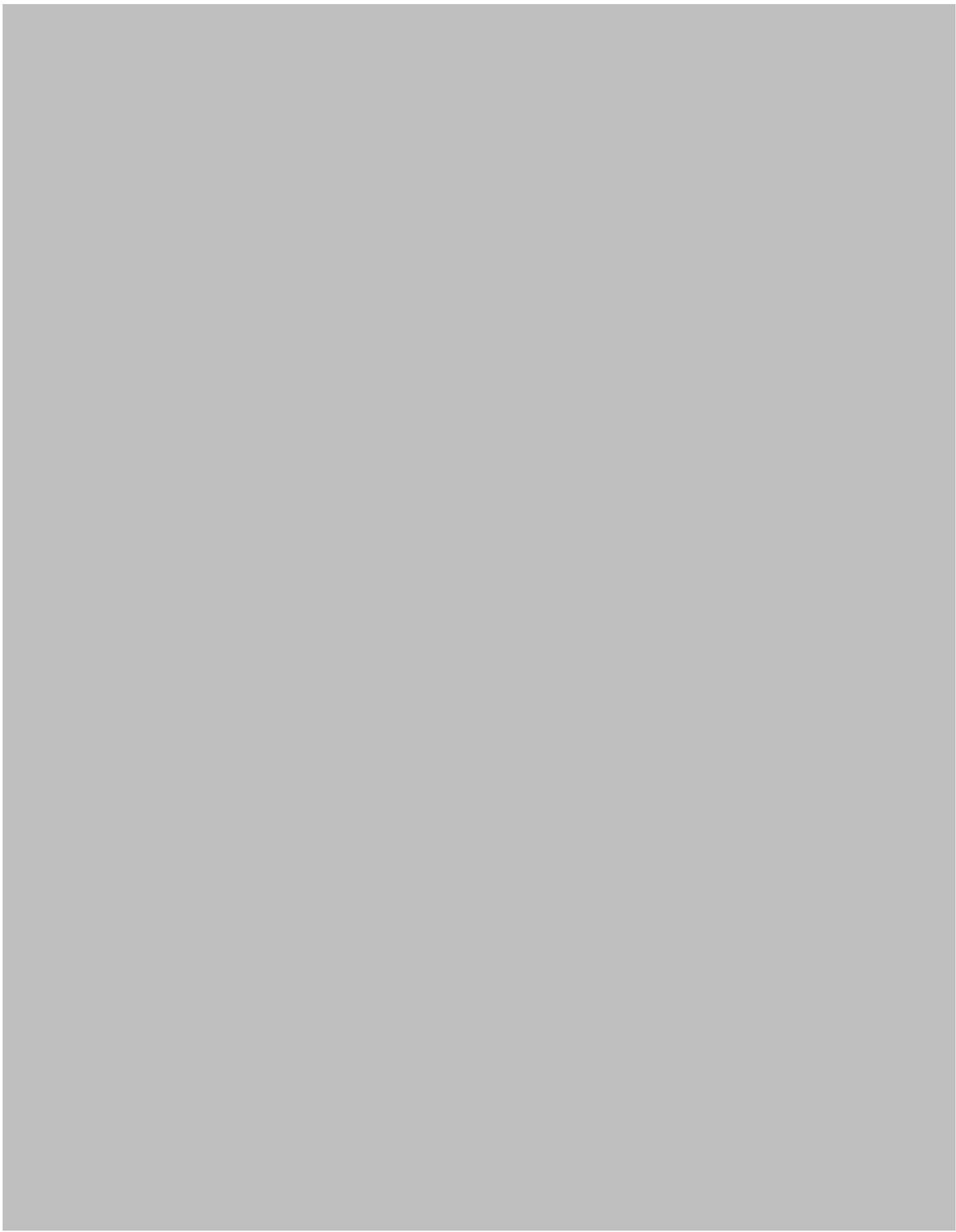


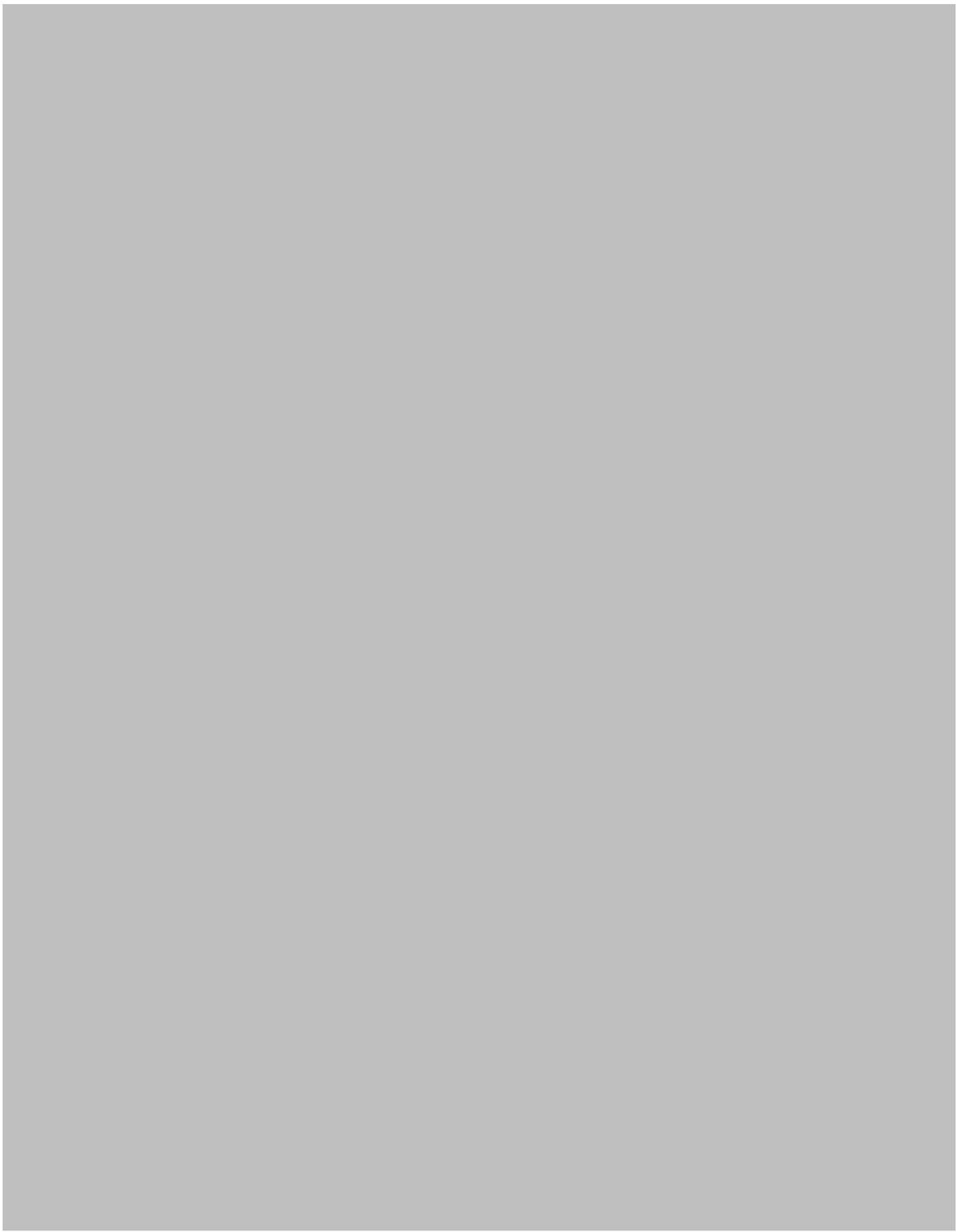


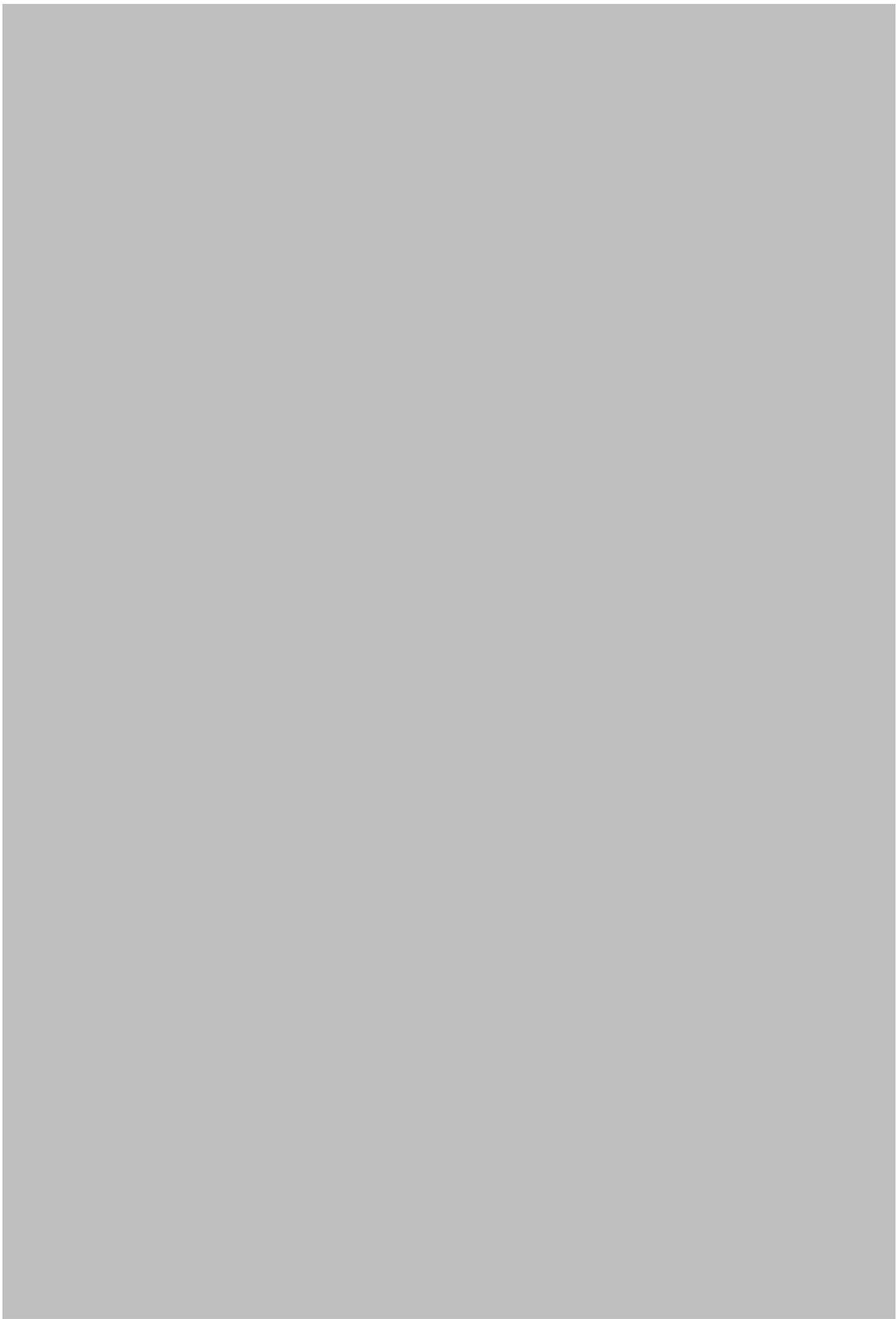




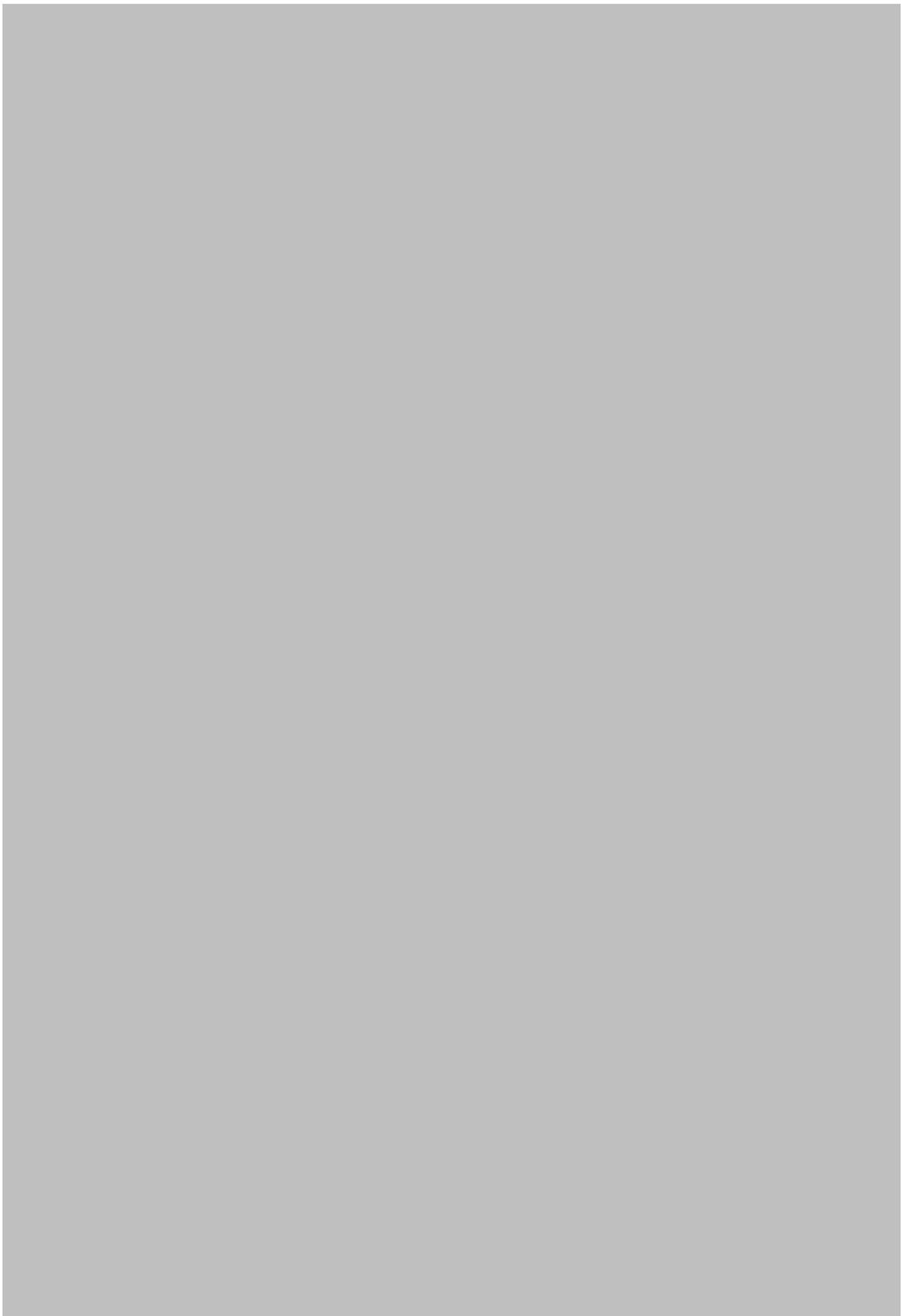




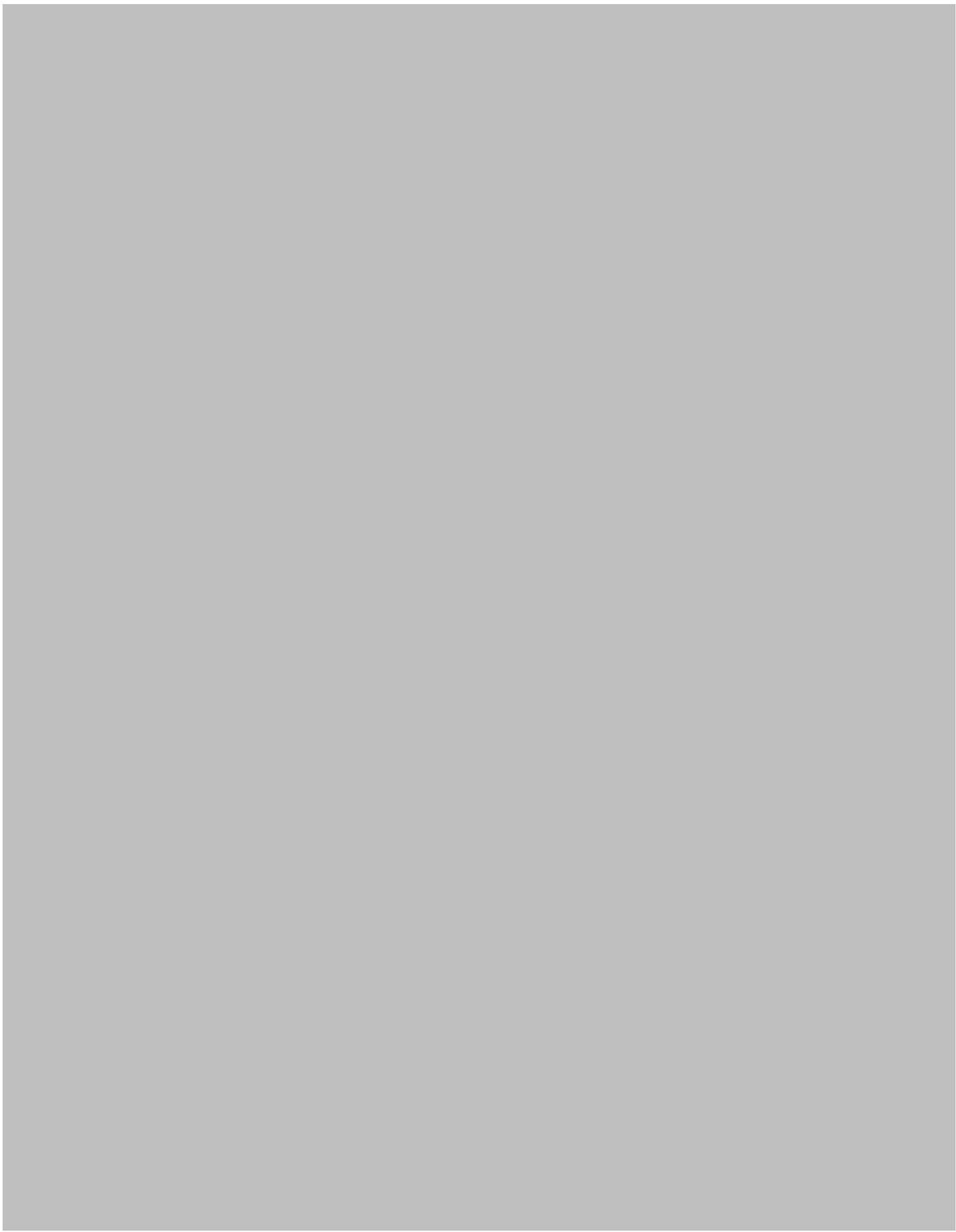


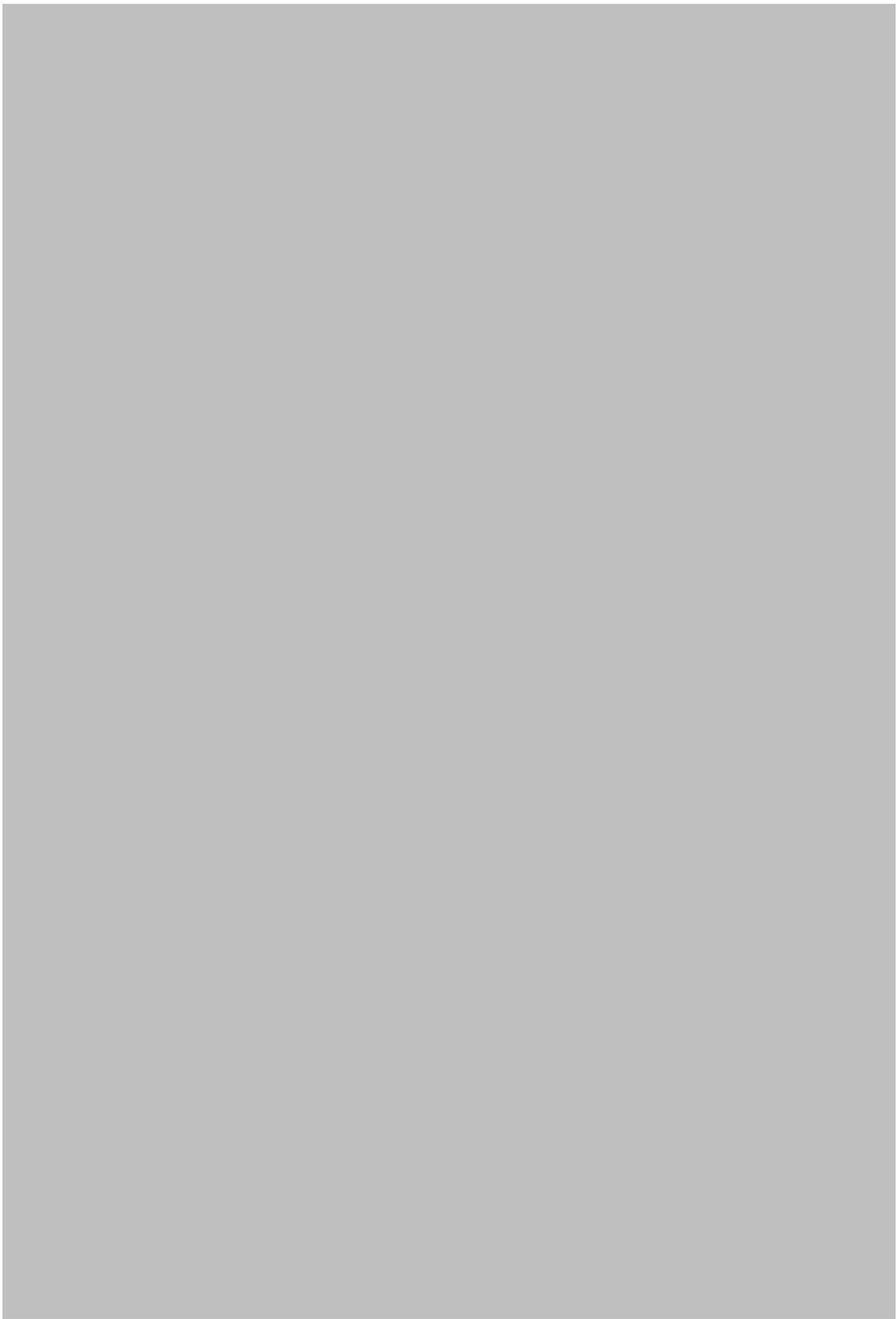




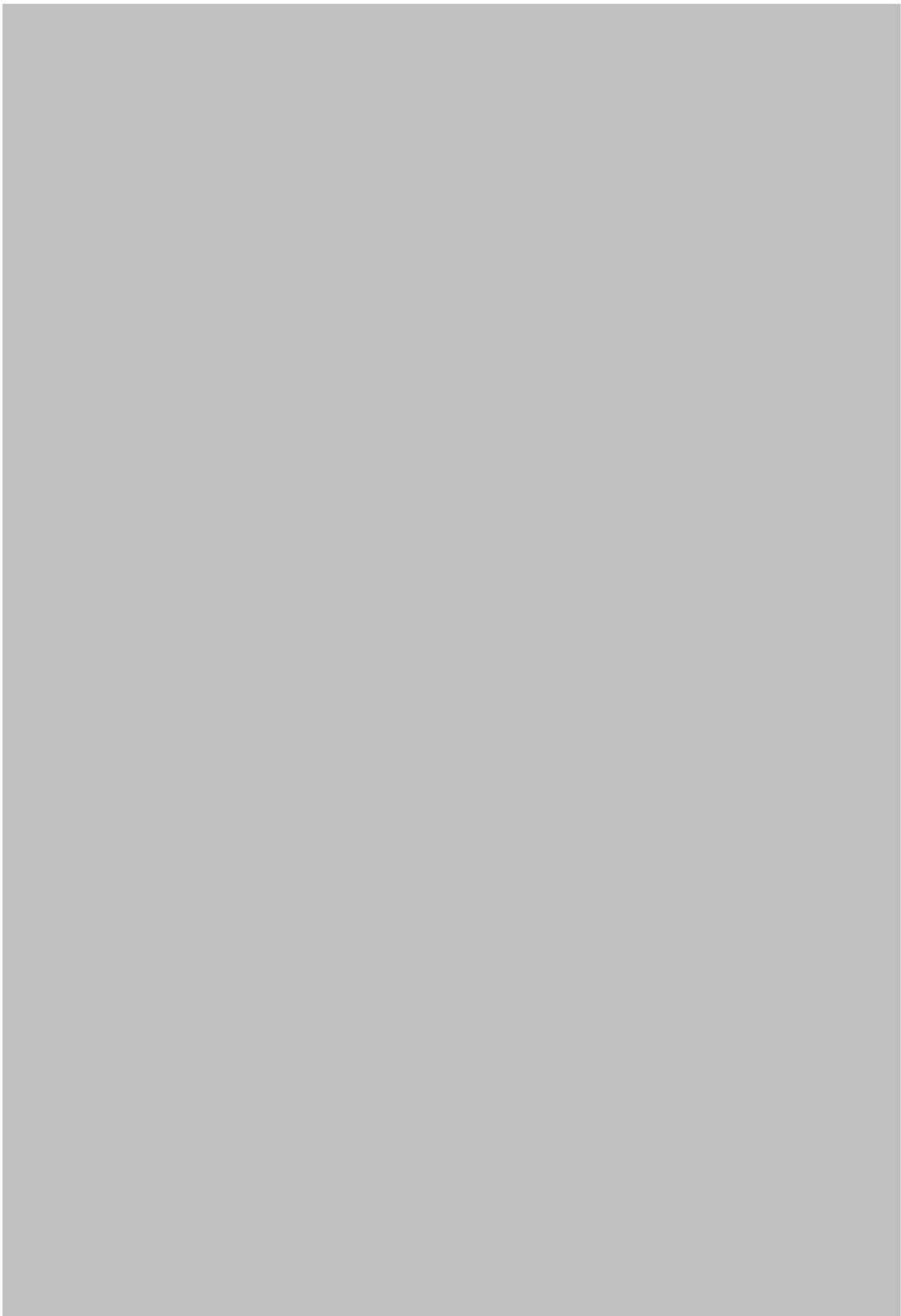


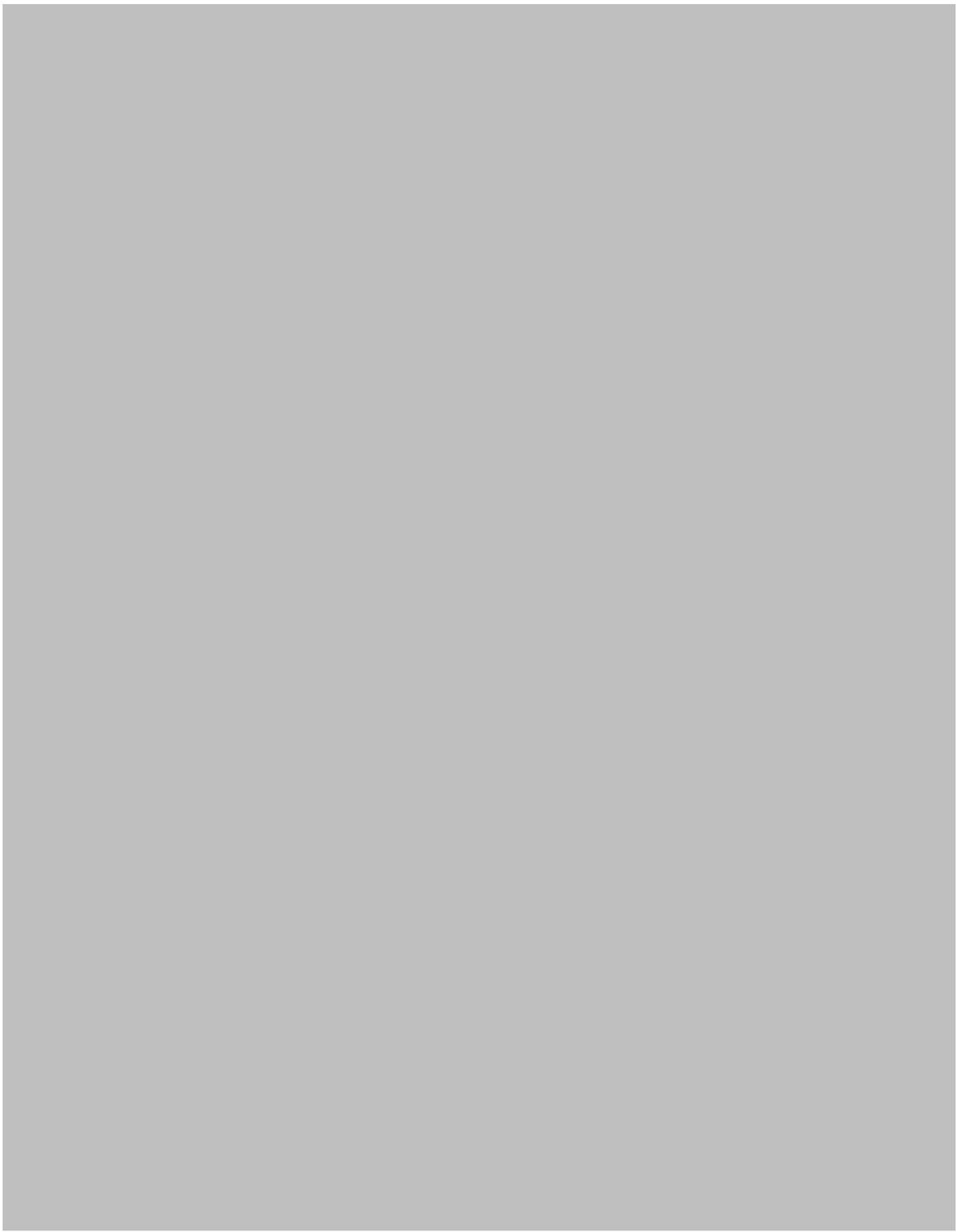


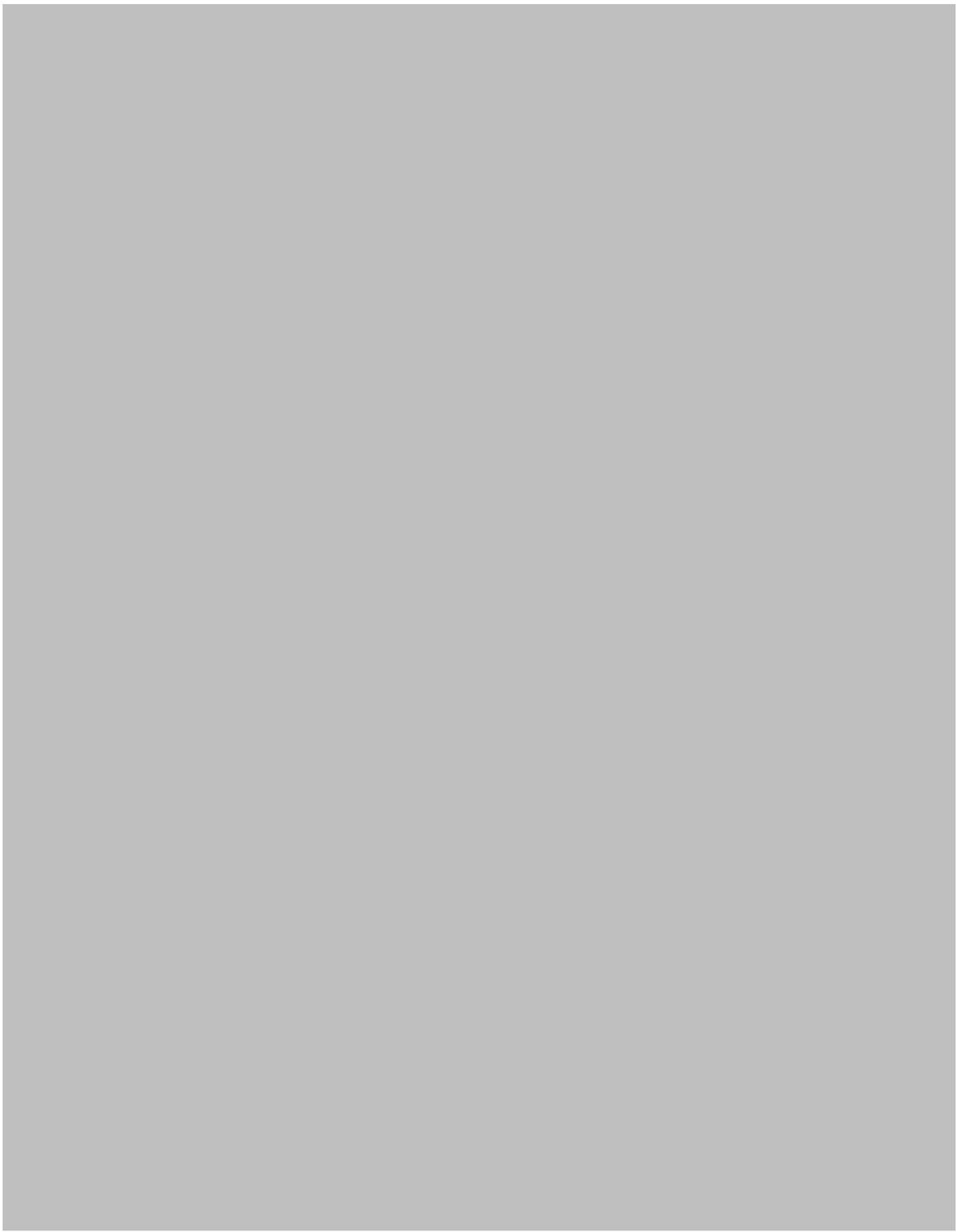






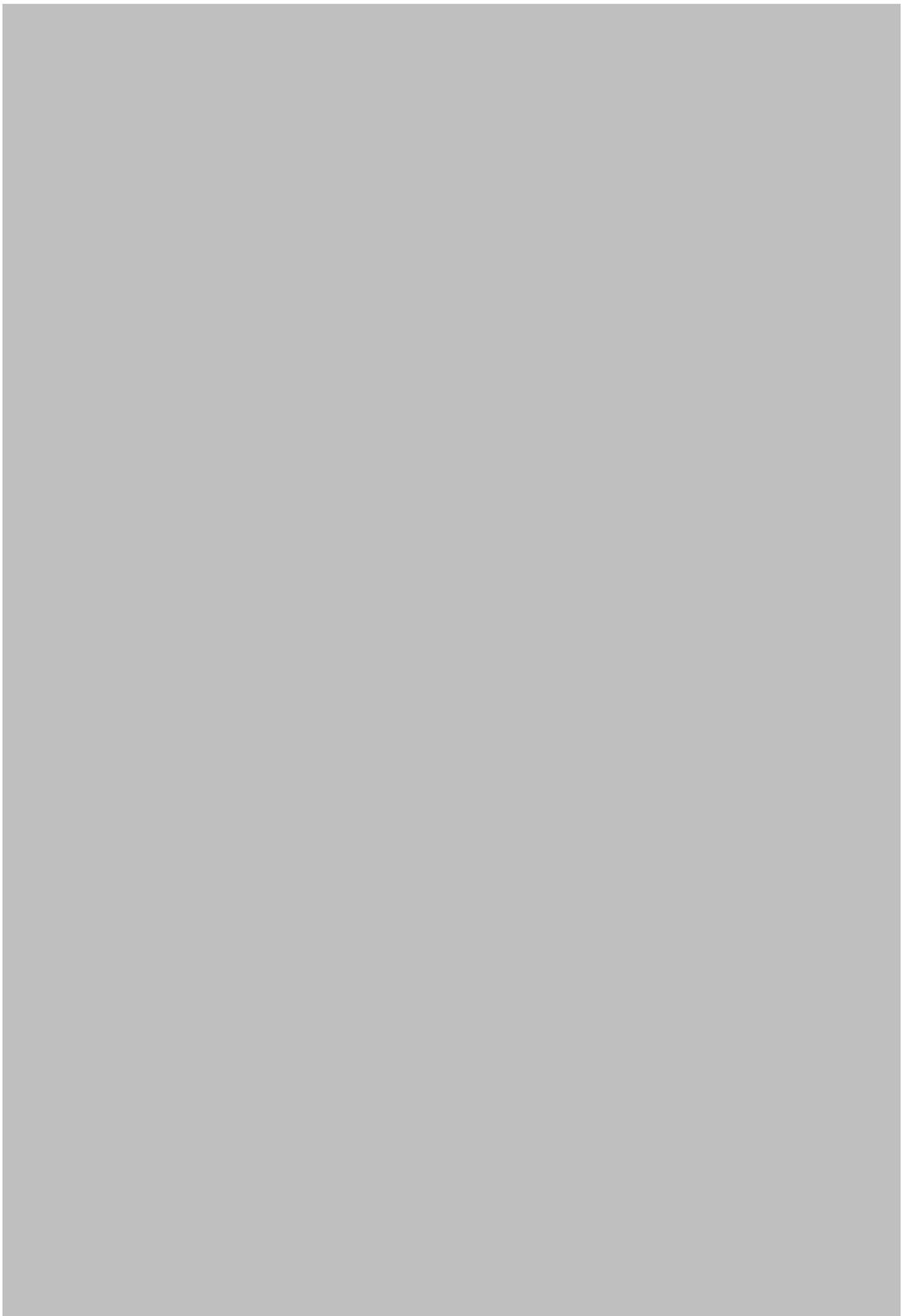


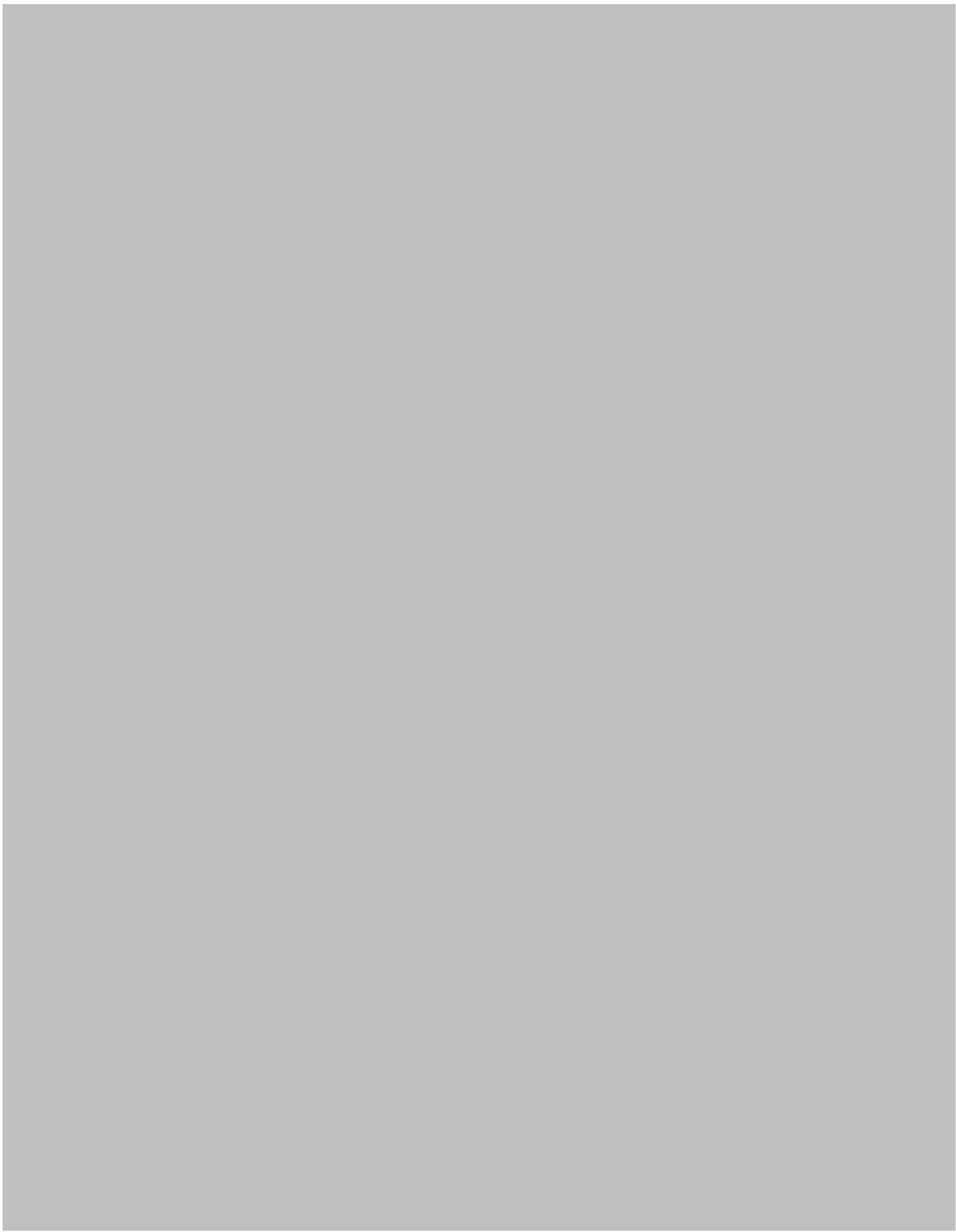


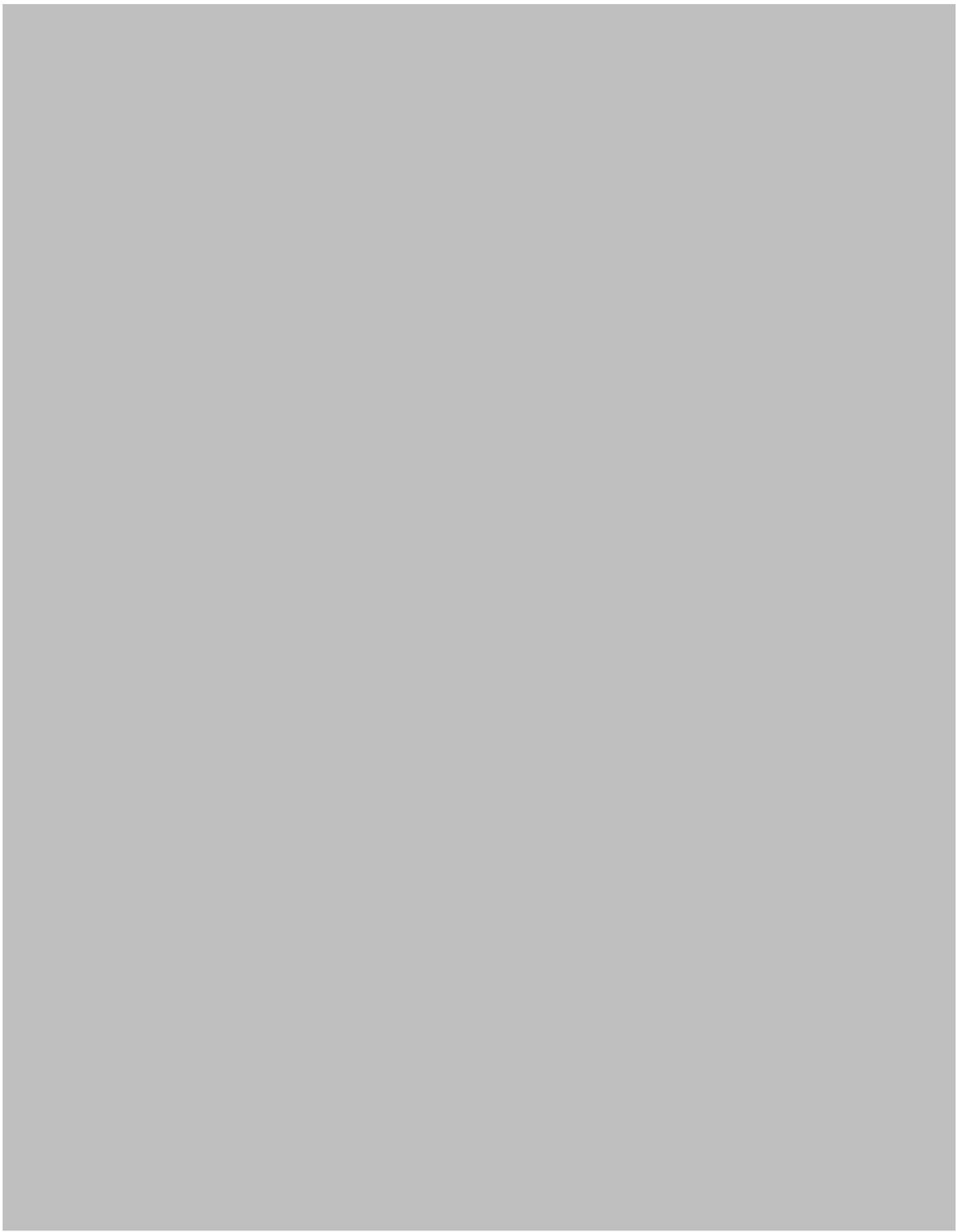












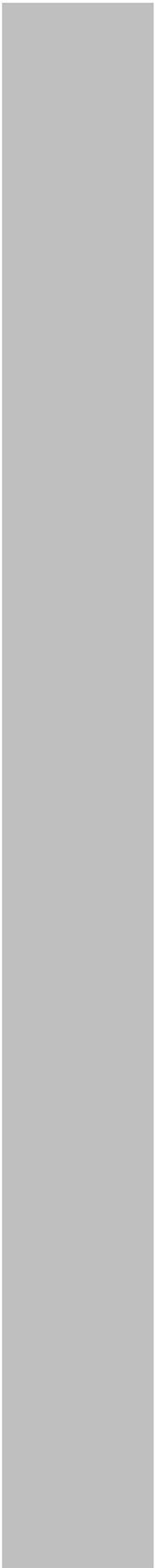


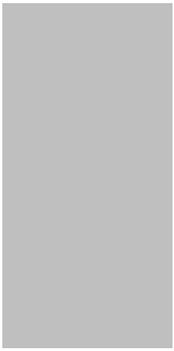












Debilidad	Total Causas	1- Las causa busca eliminar la debilidad	2- La actividad se relaciona con la causa descrita	3- La actividad propende por eliminar la debilidad
1	1	3	3	3
	2	3	3	3
	3	3	3	3
2	1	3	3	3
	2	3	3	3
	3	3	3	3
	4	3	3	3
3	1	3	3	3
	2	3	3	3
	3	3	3	3
4	1	3	3	3
	2	3	3	3
5	1	3	3	3
6	1	3	3	3
	2	3	3	3
	3	3	3	3
7	1	3	3	3
	2	3	3	3
	3	3	3	3
	4	3	3	3
8	1	3	3	3
	2	3	3	3
	3	3	3	3
	4	3	3	3





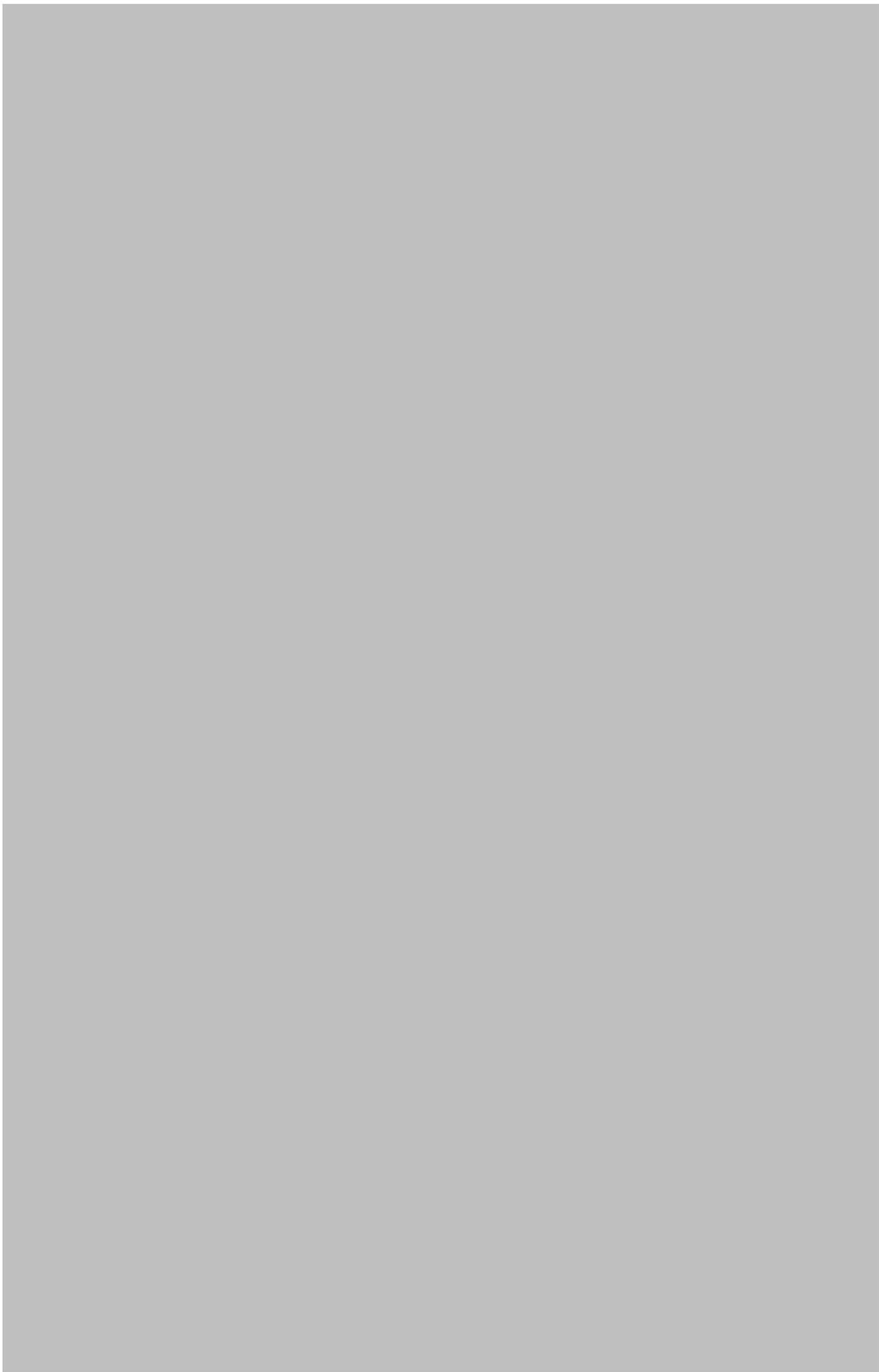




















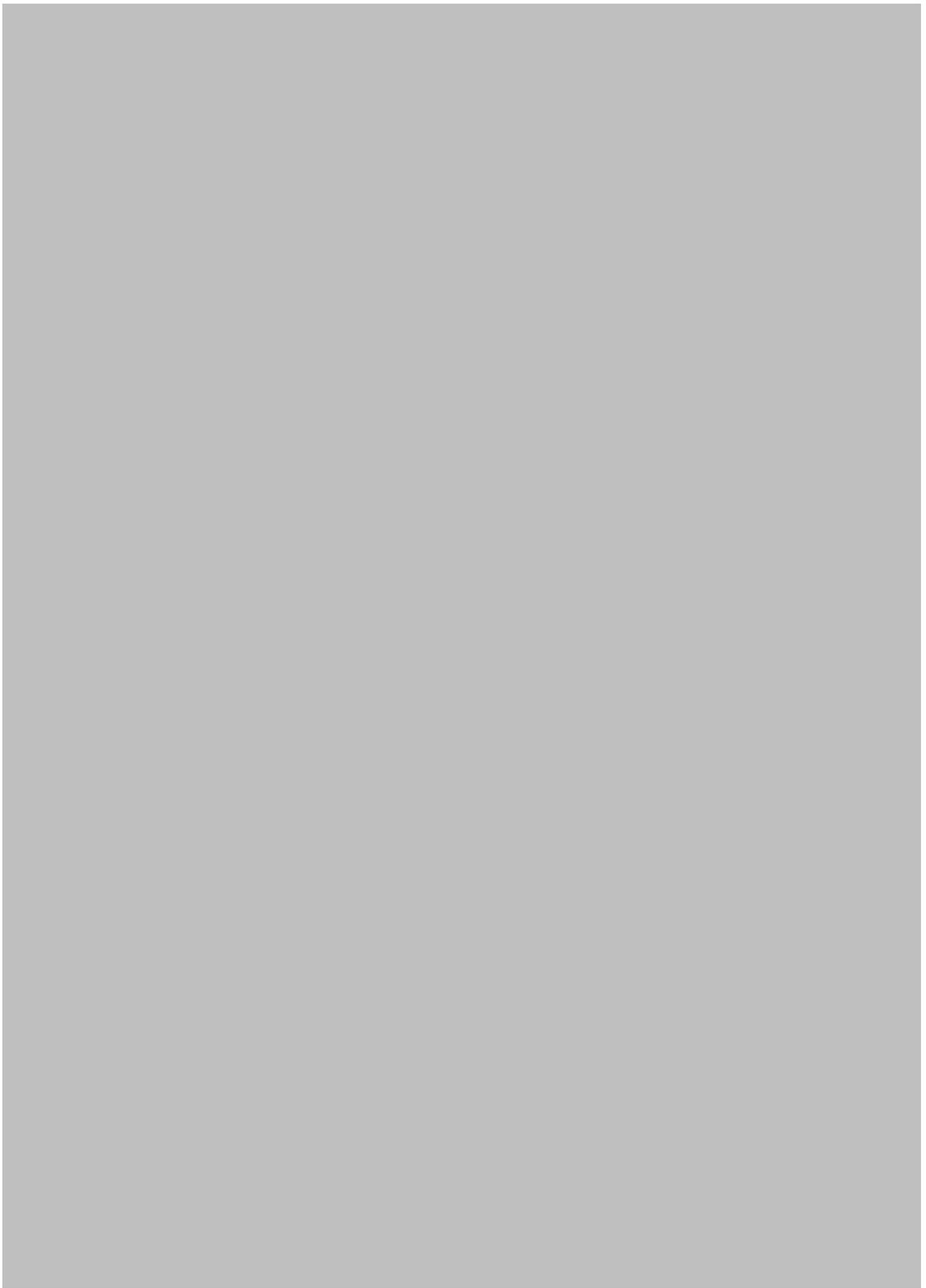


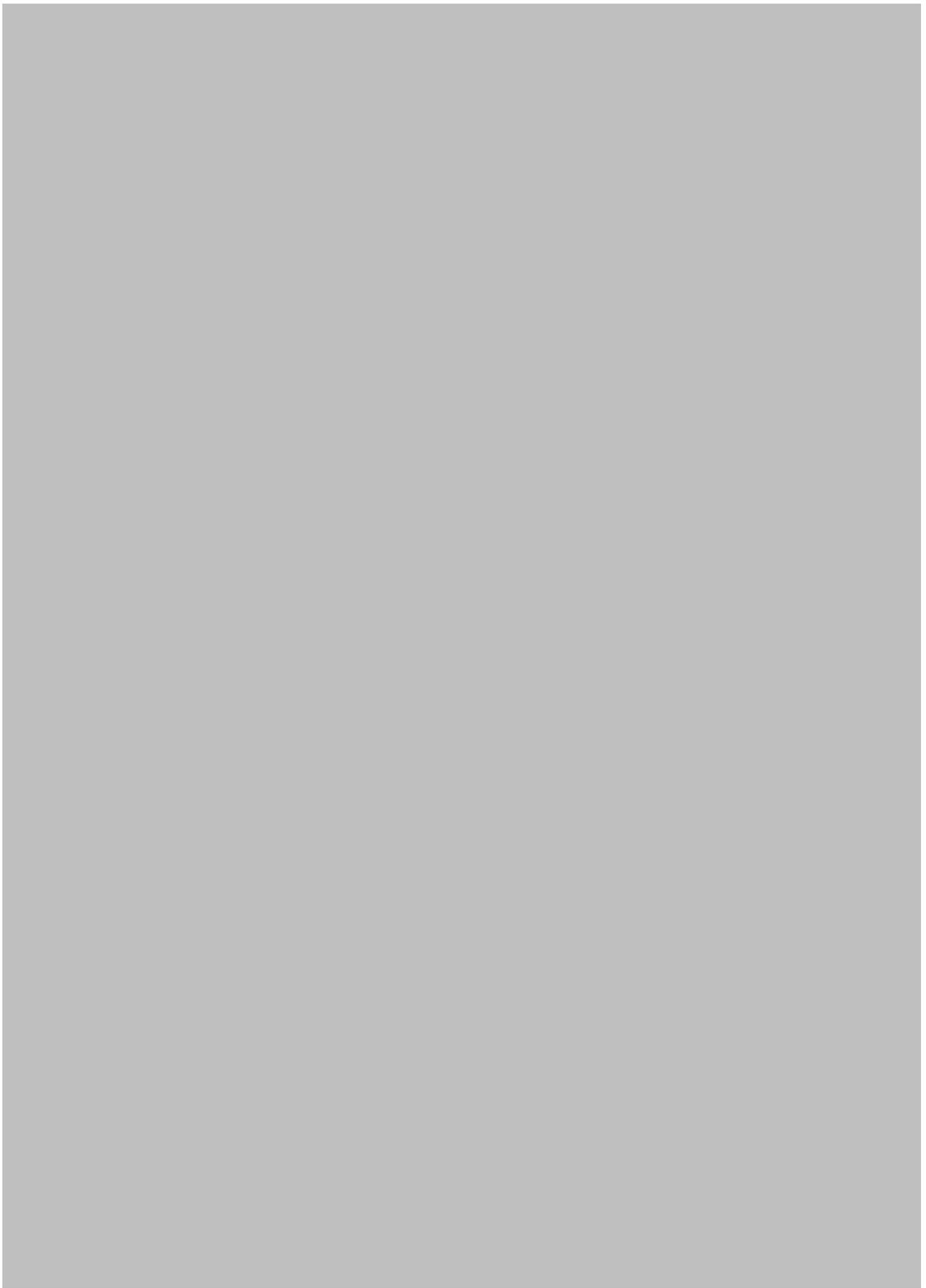


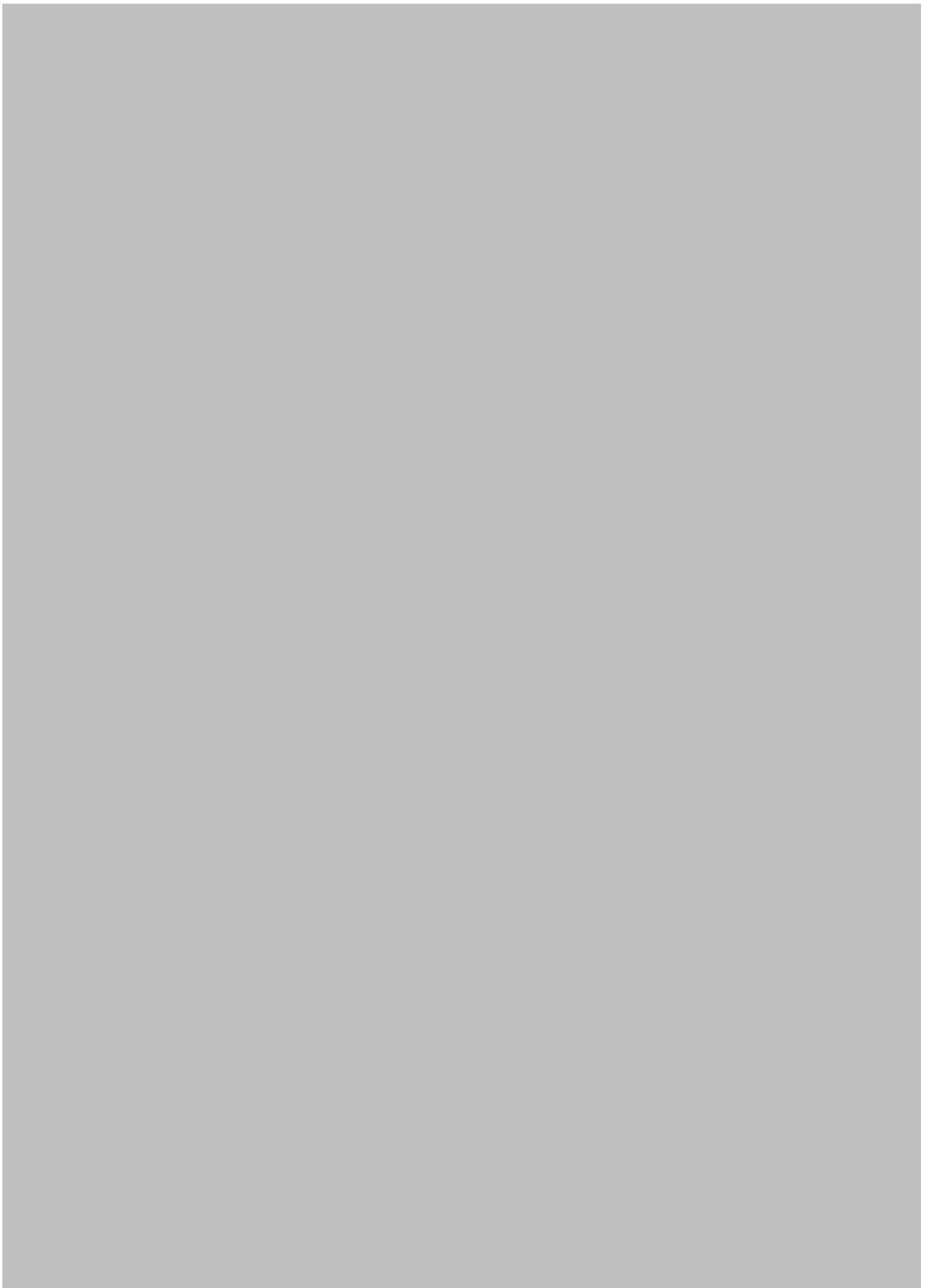


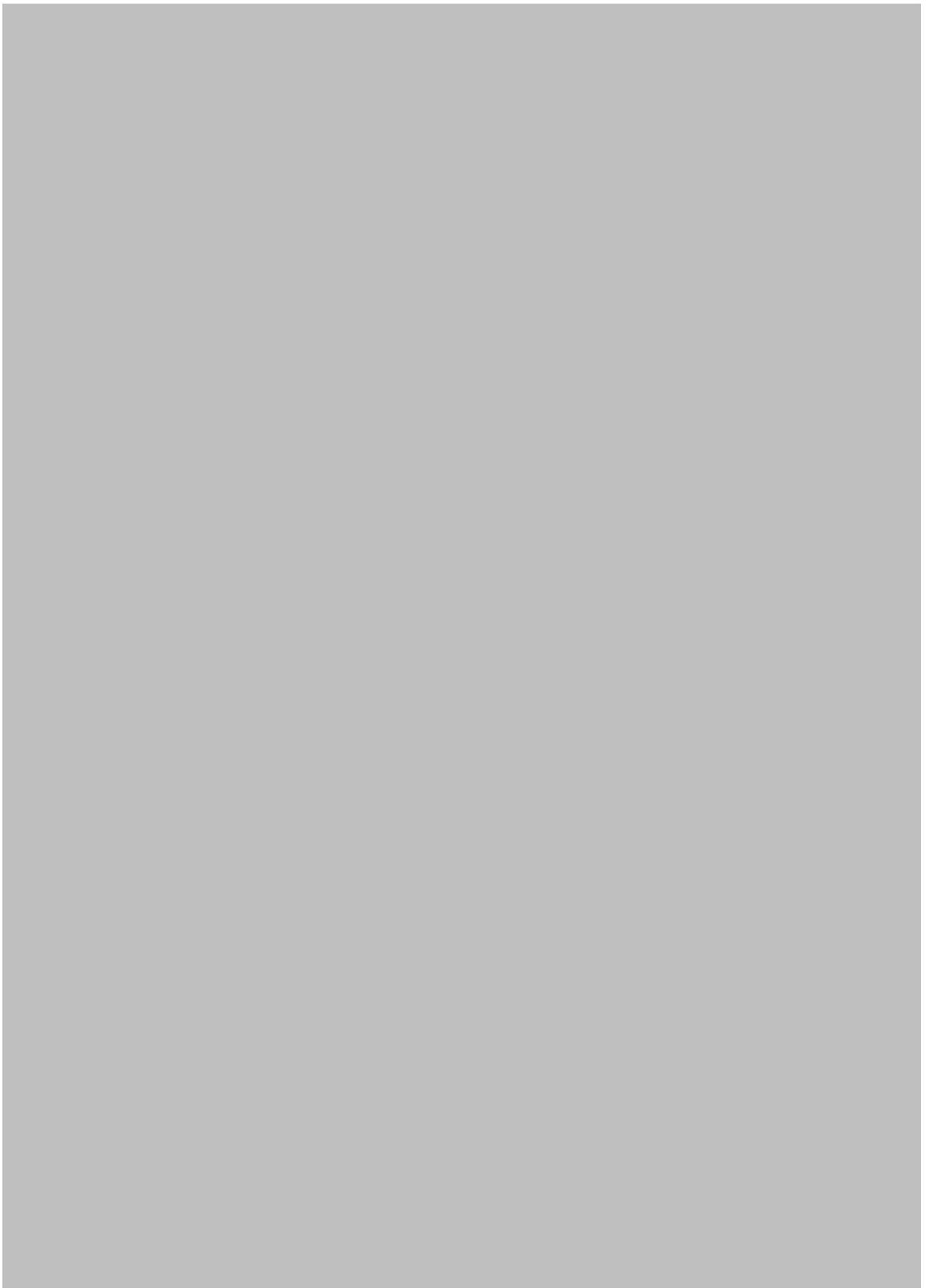


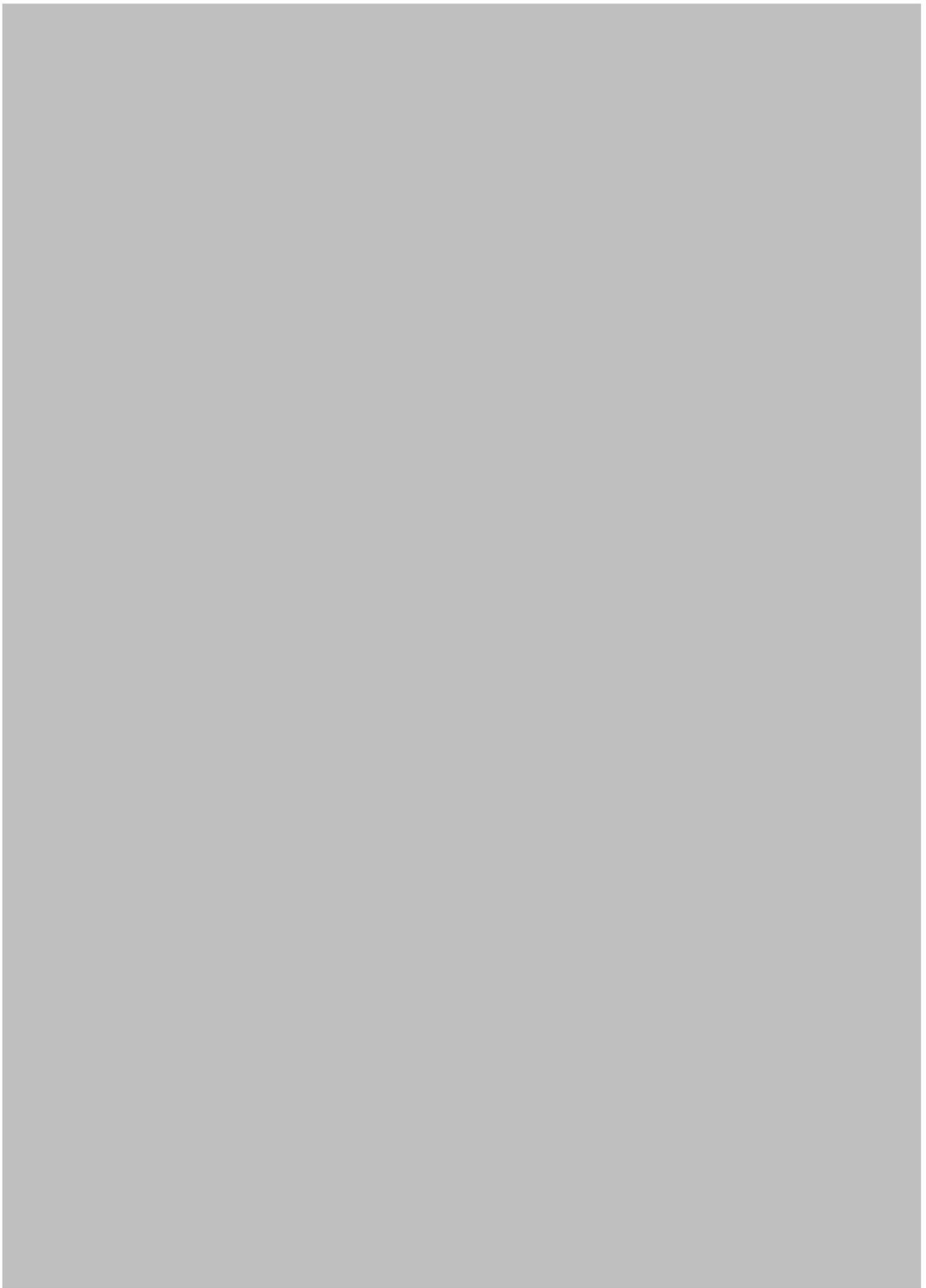


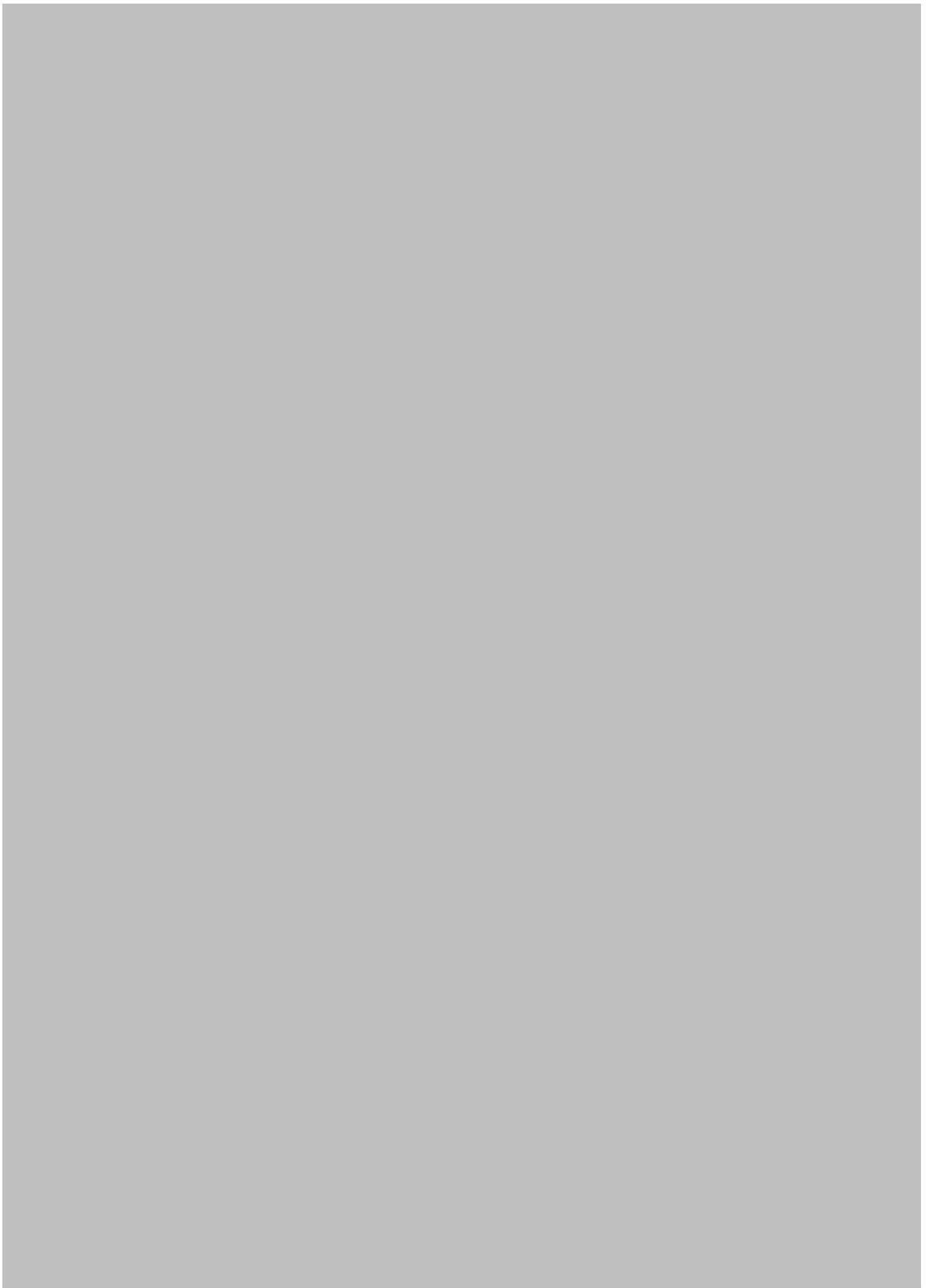


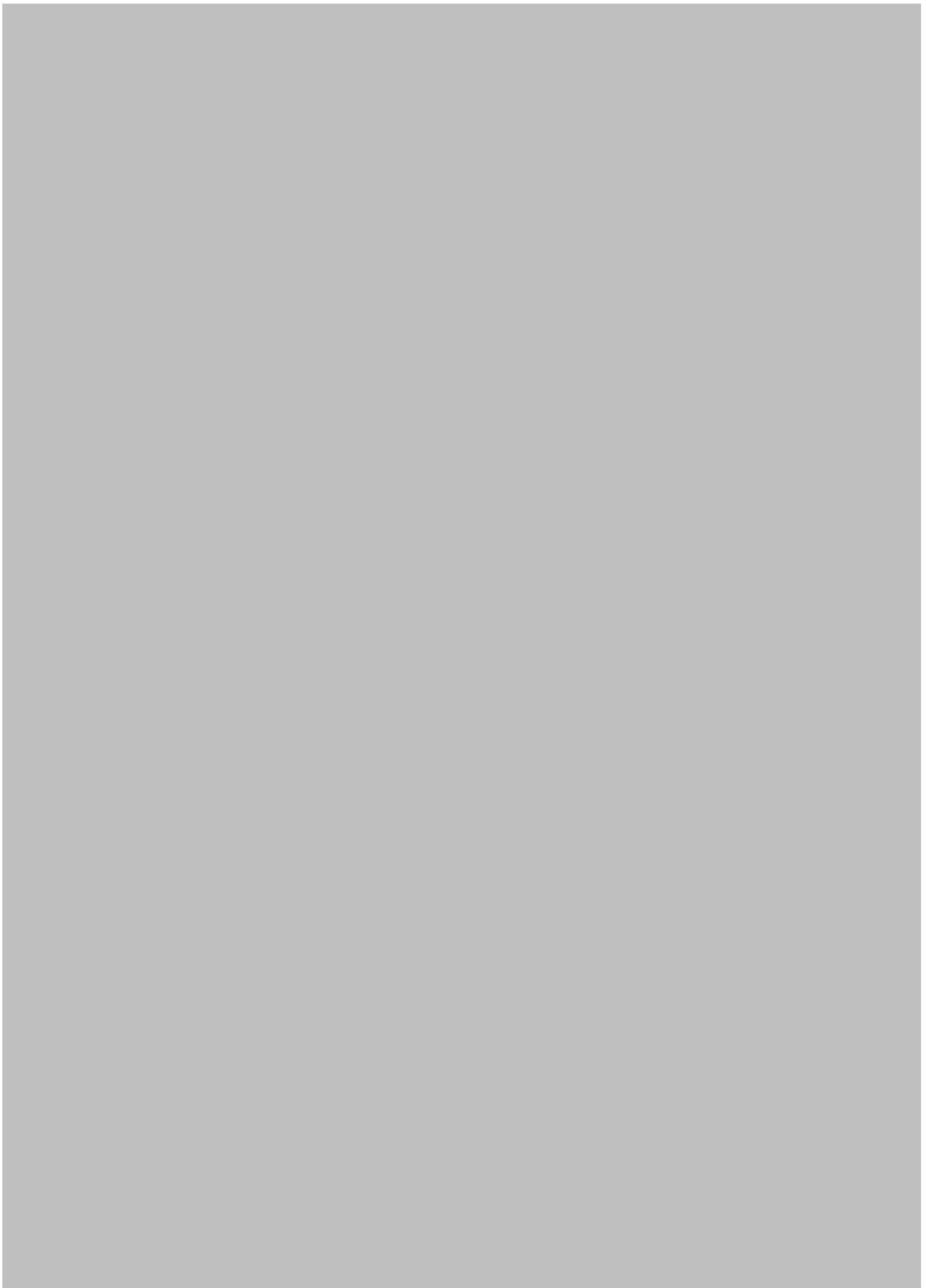


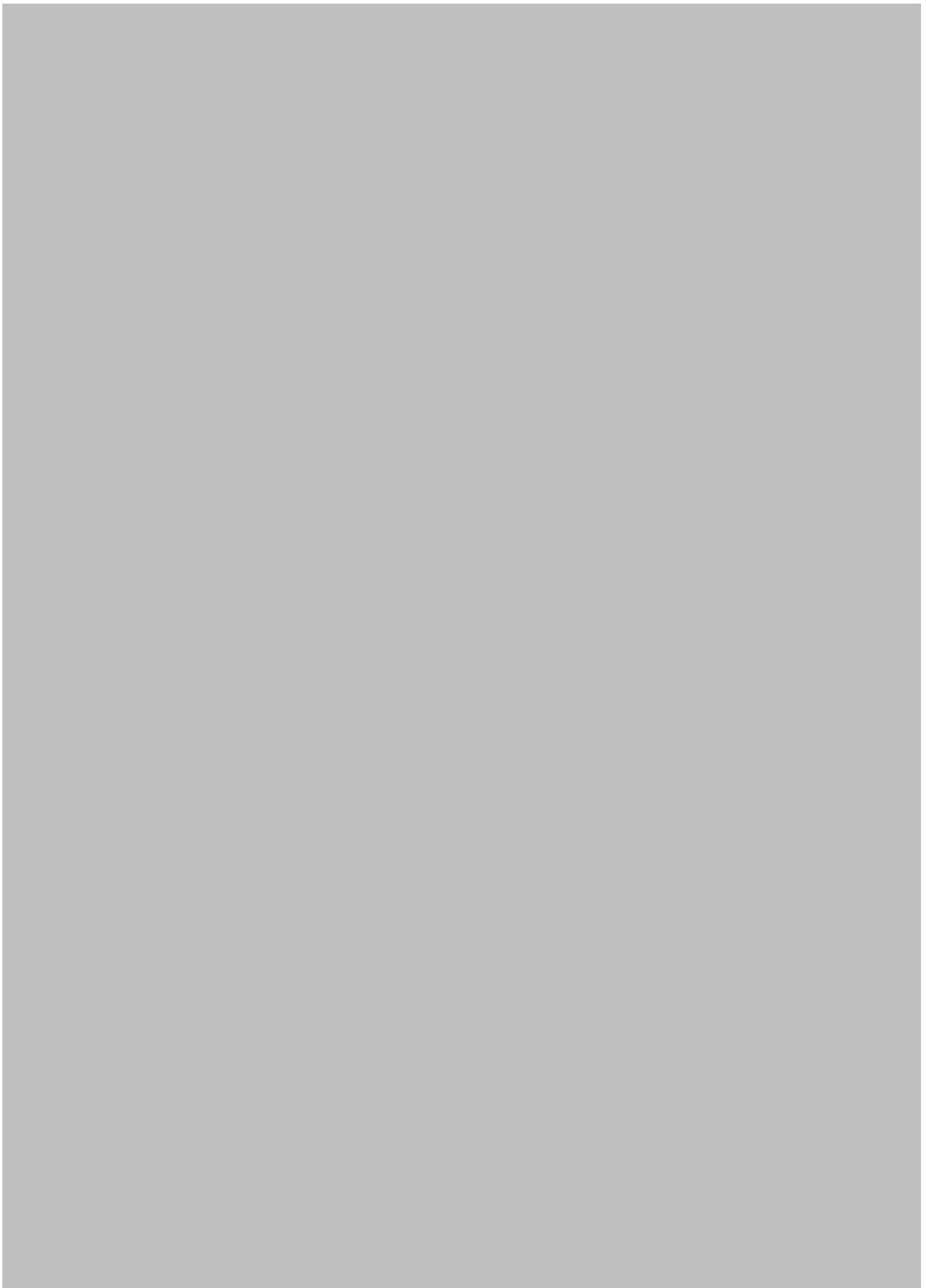


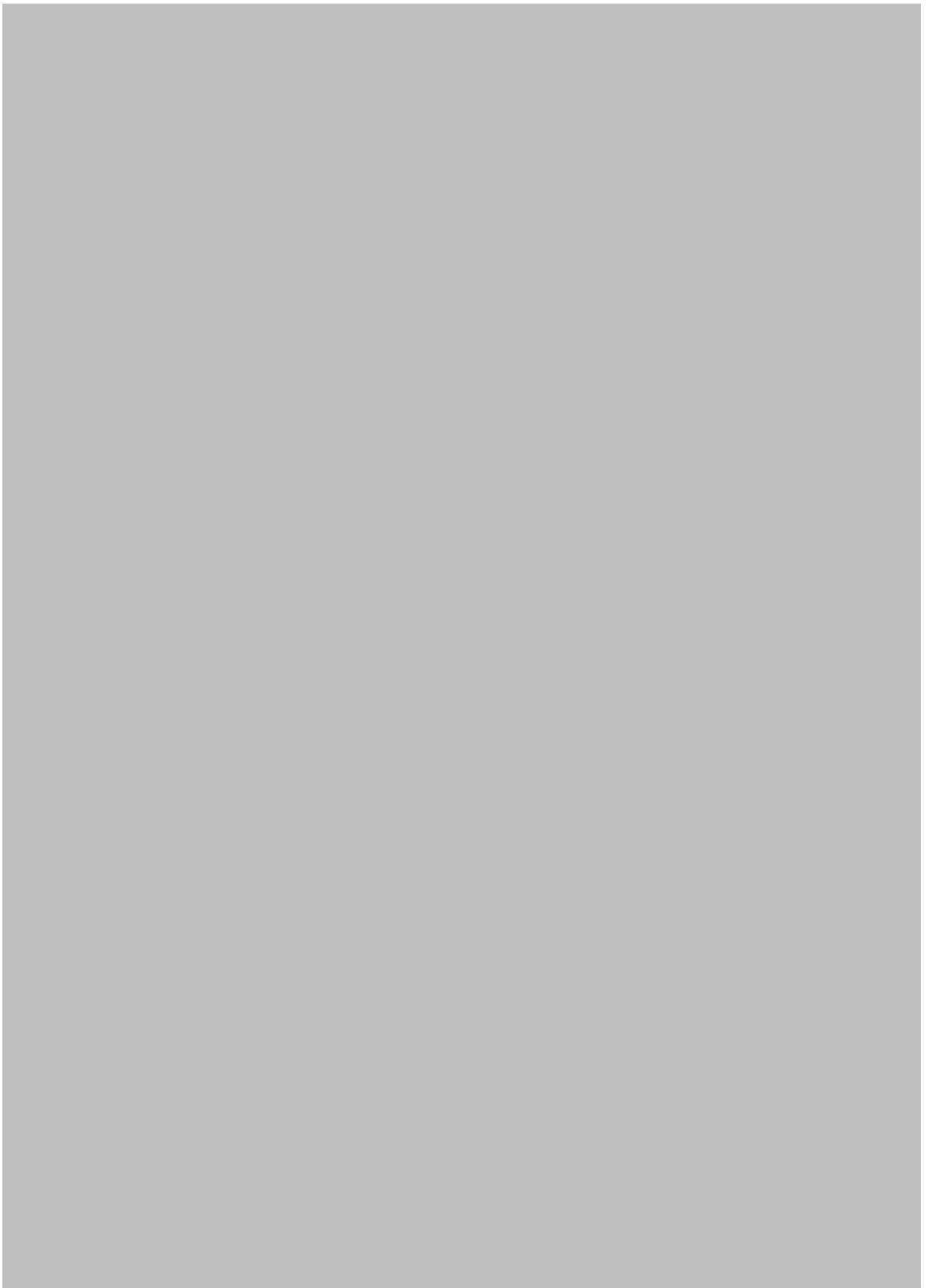


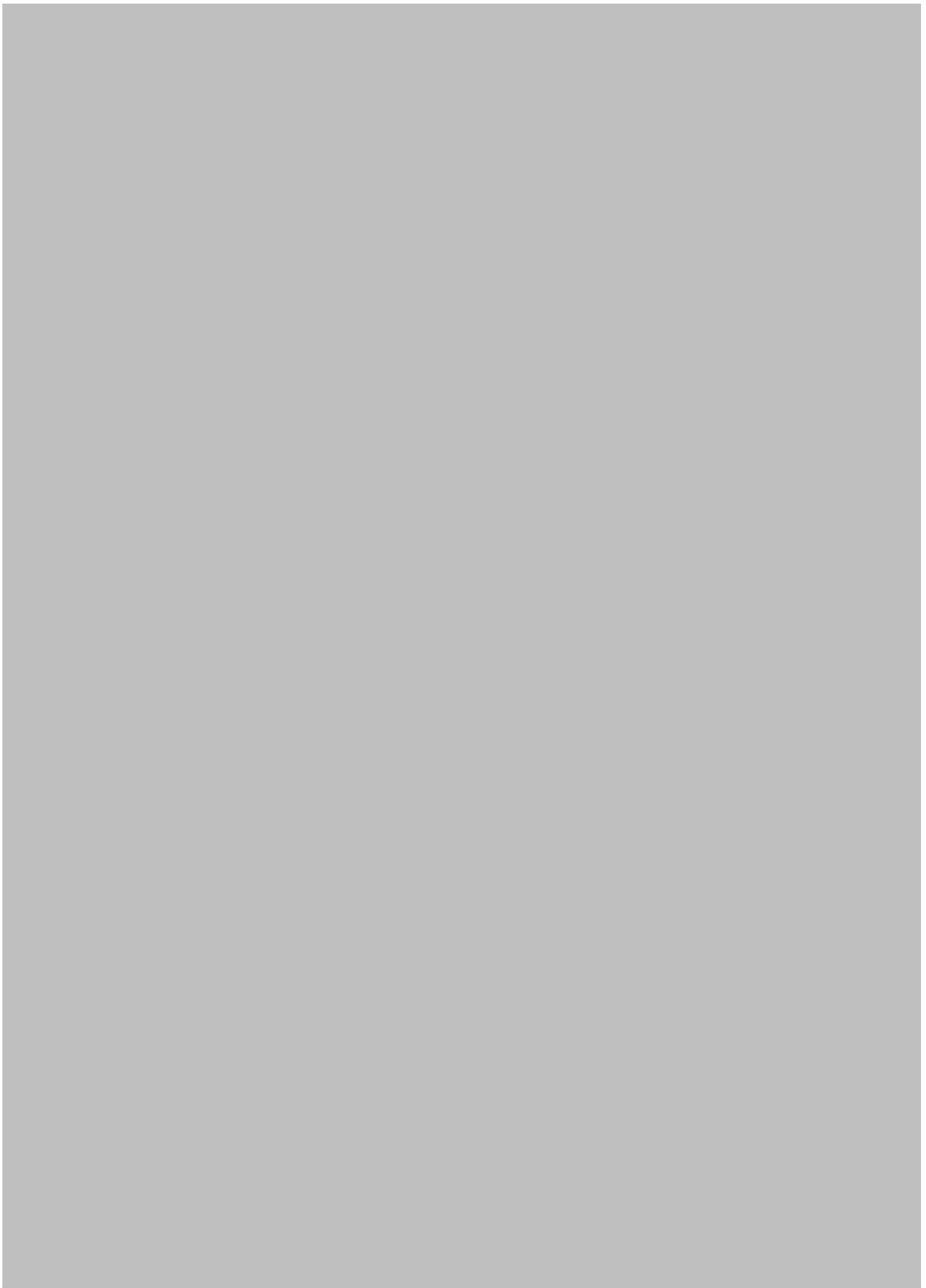


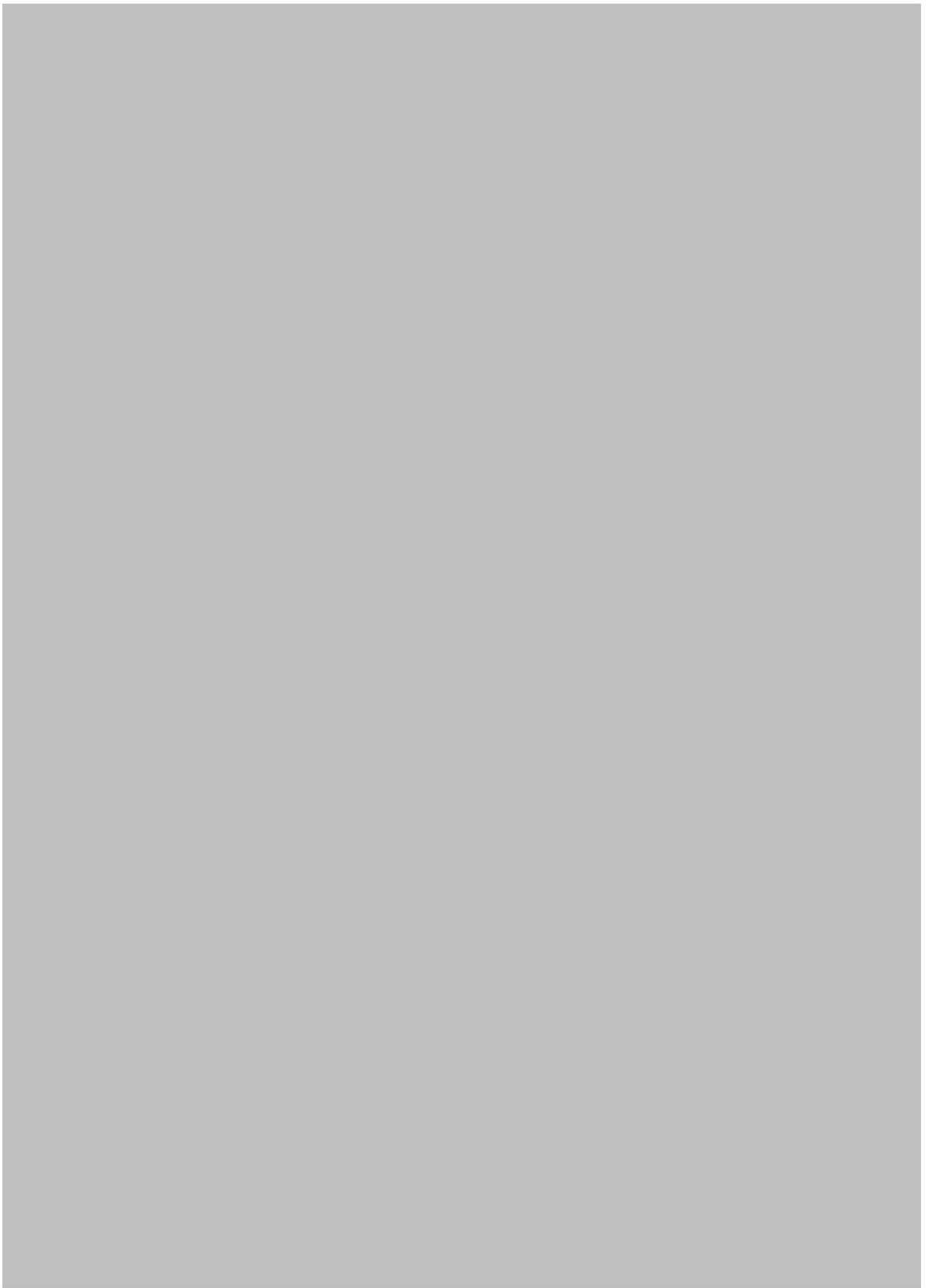


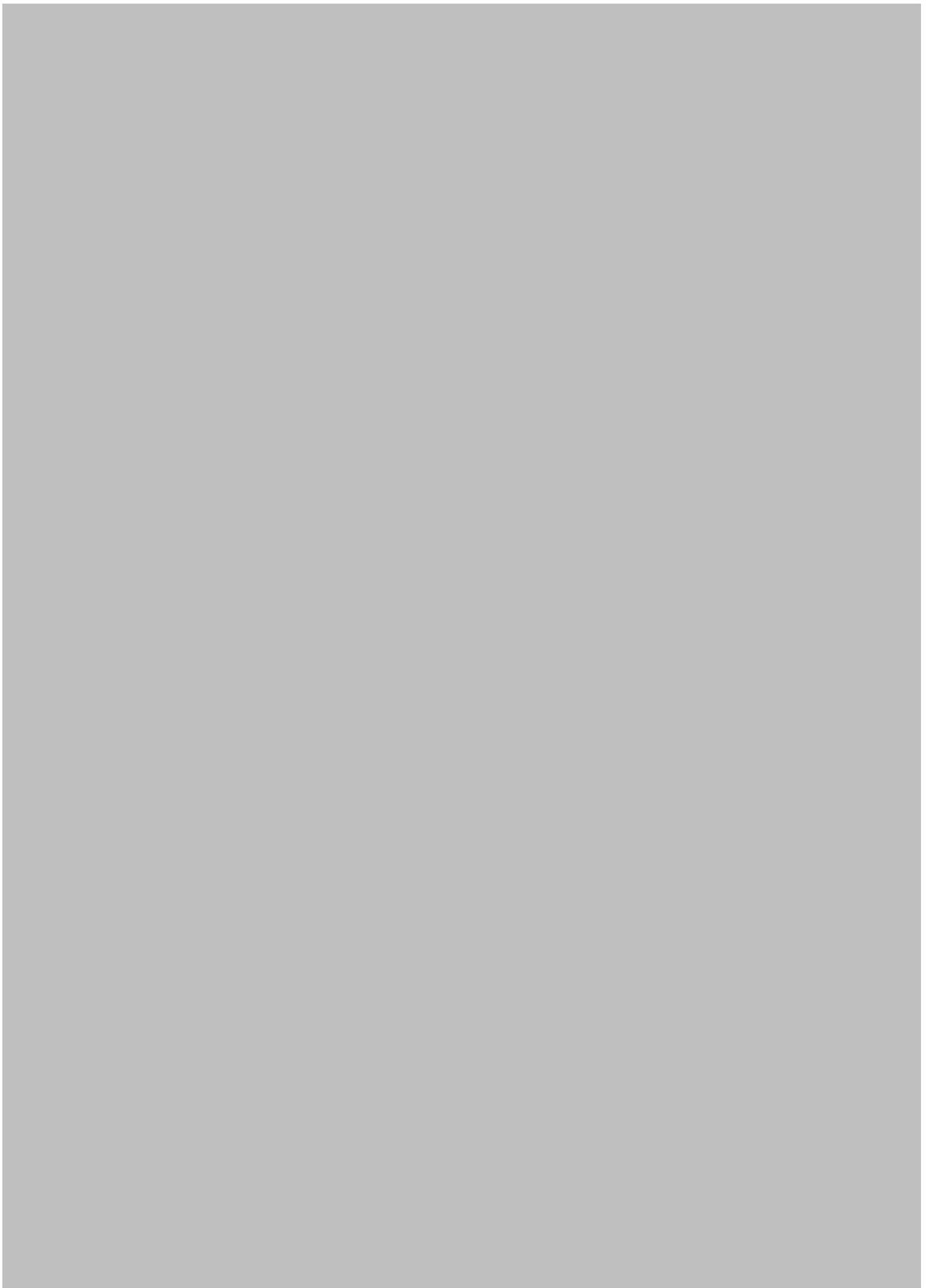


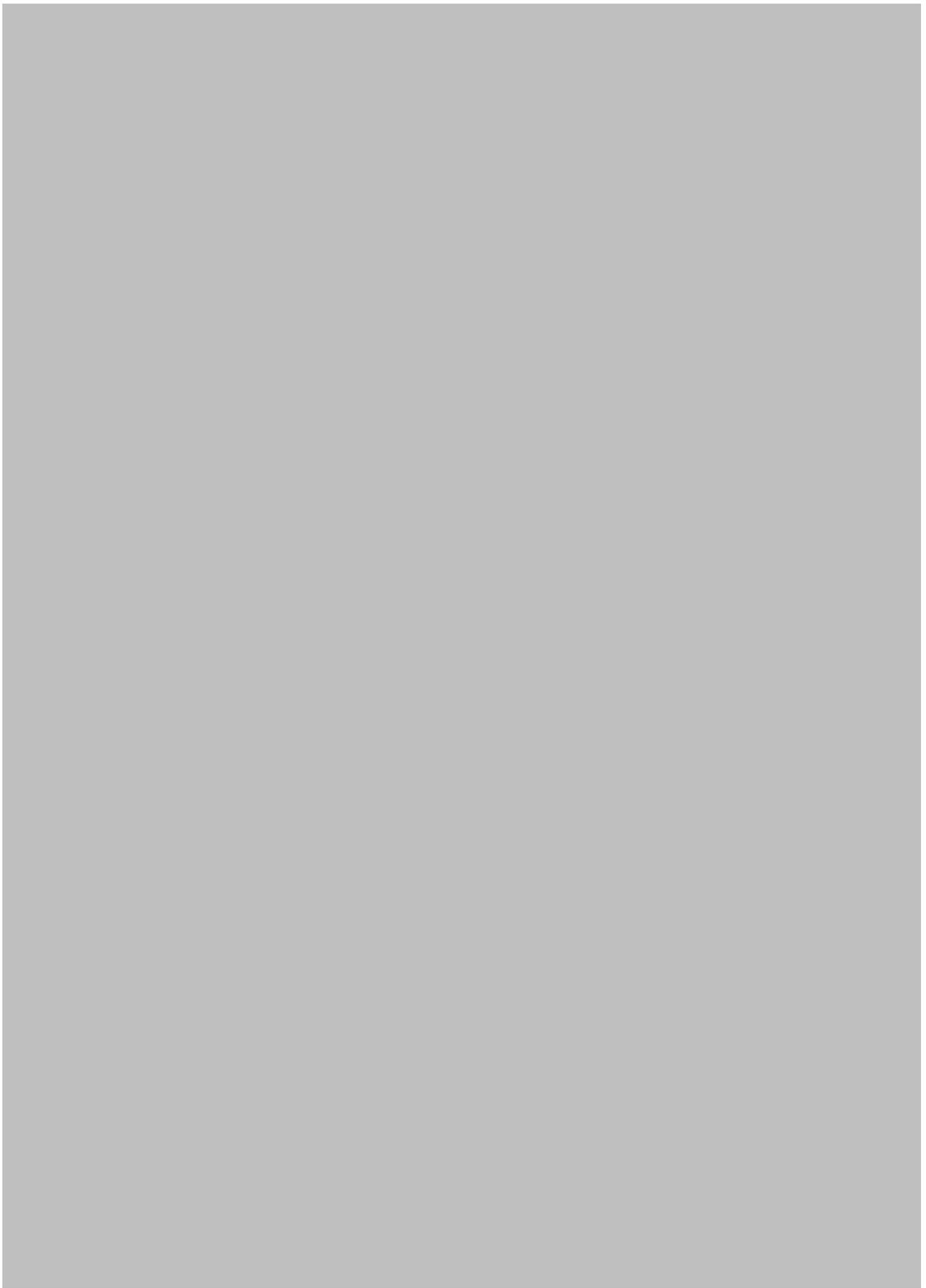


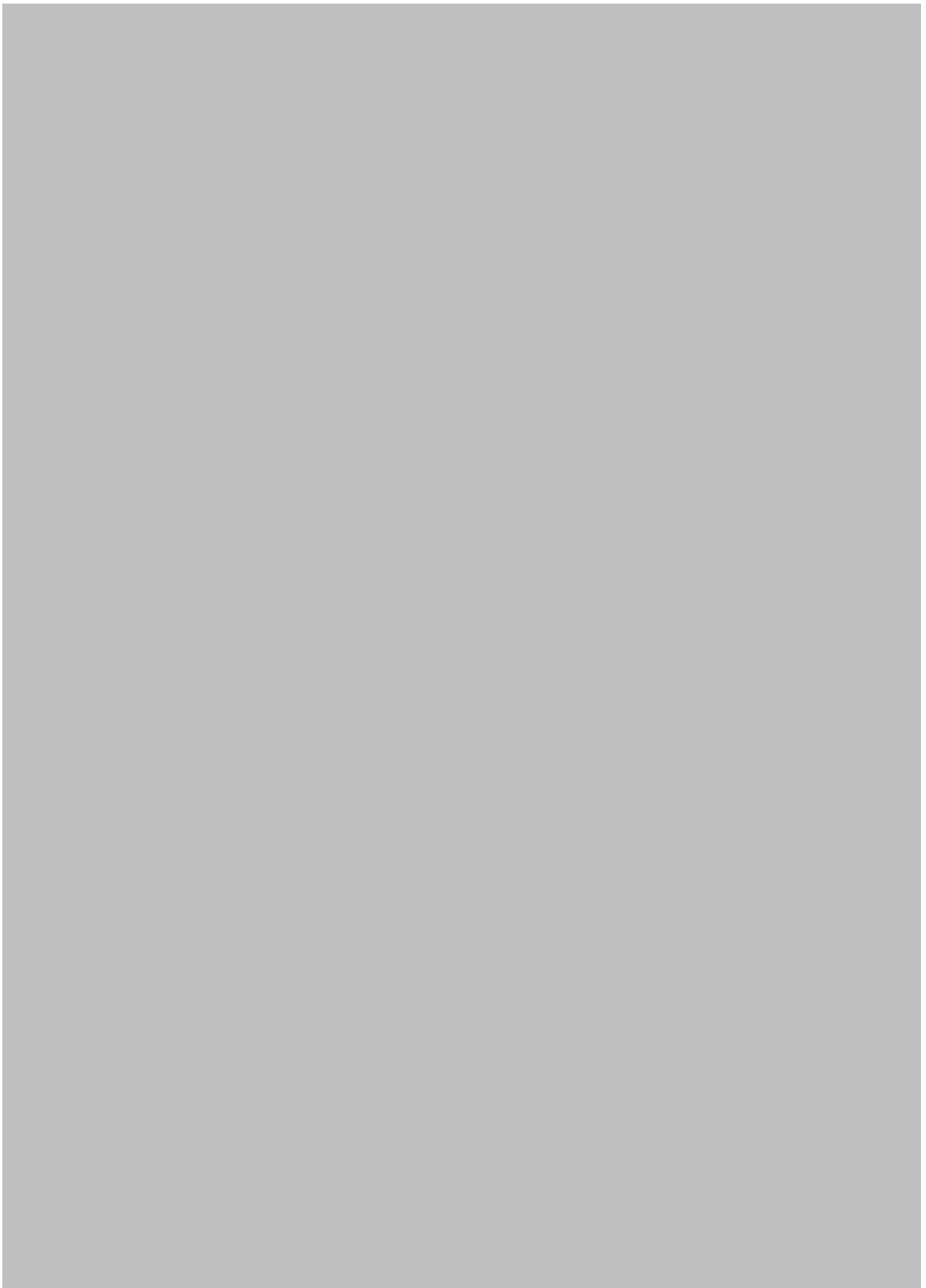


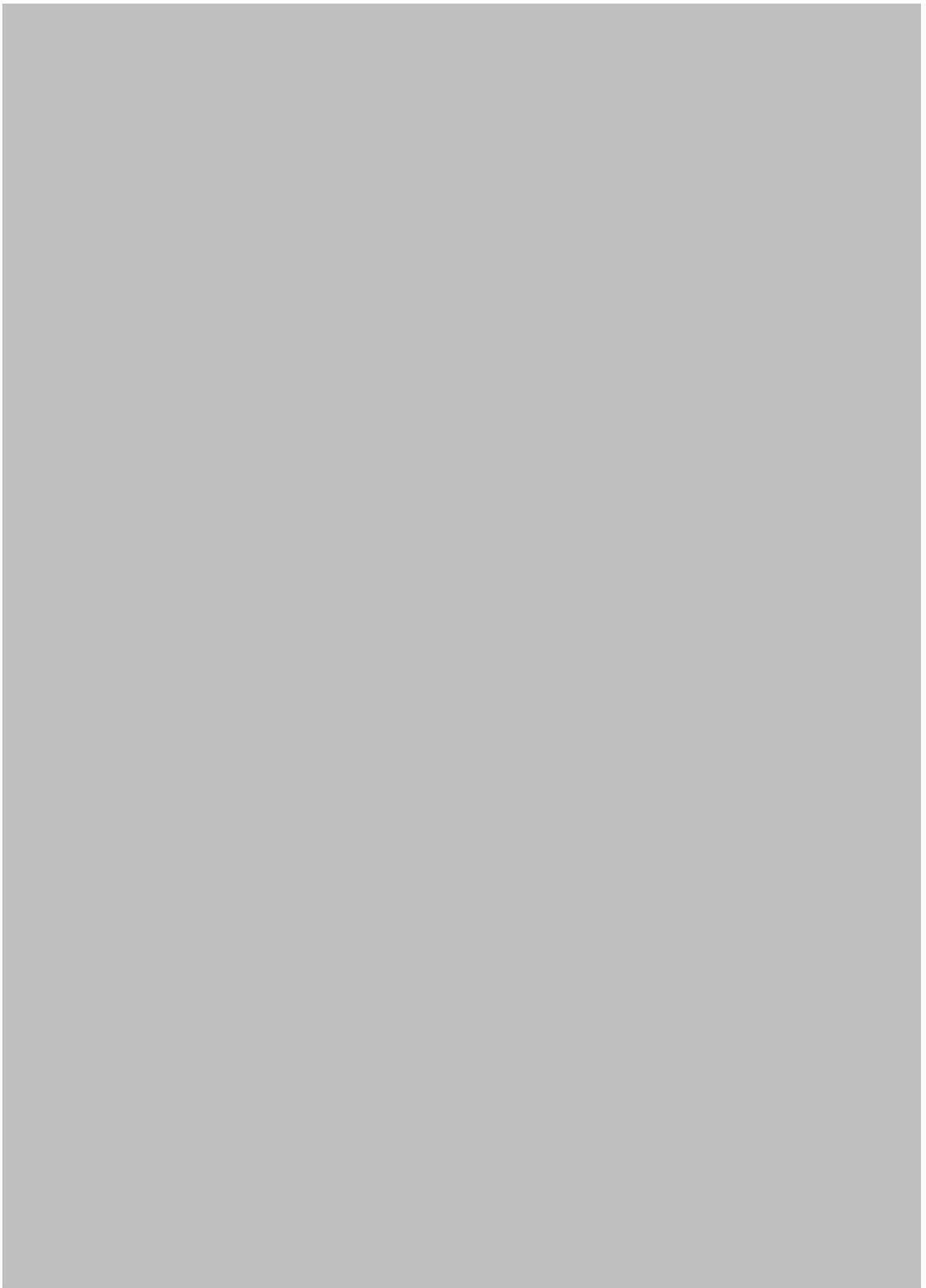


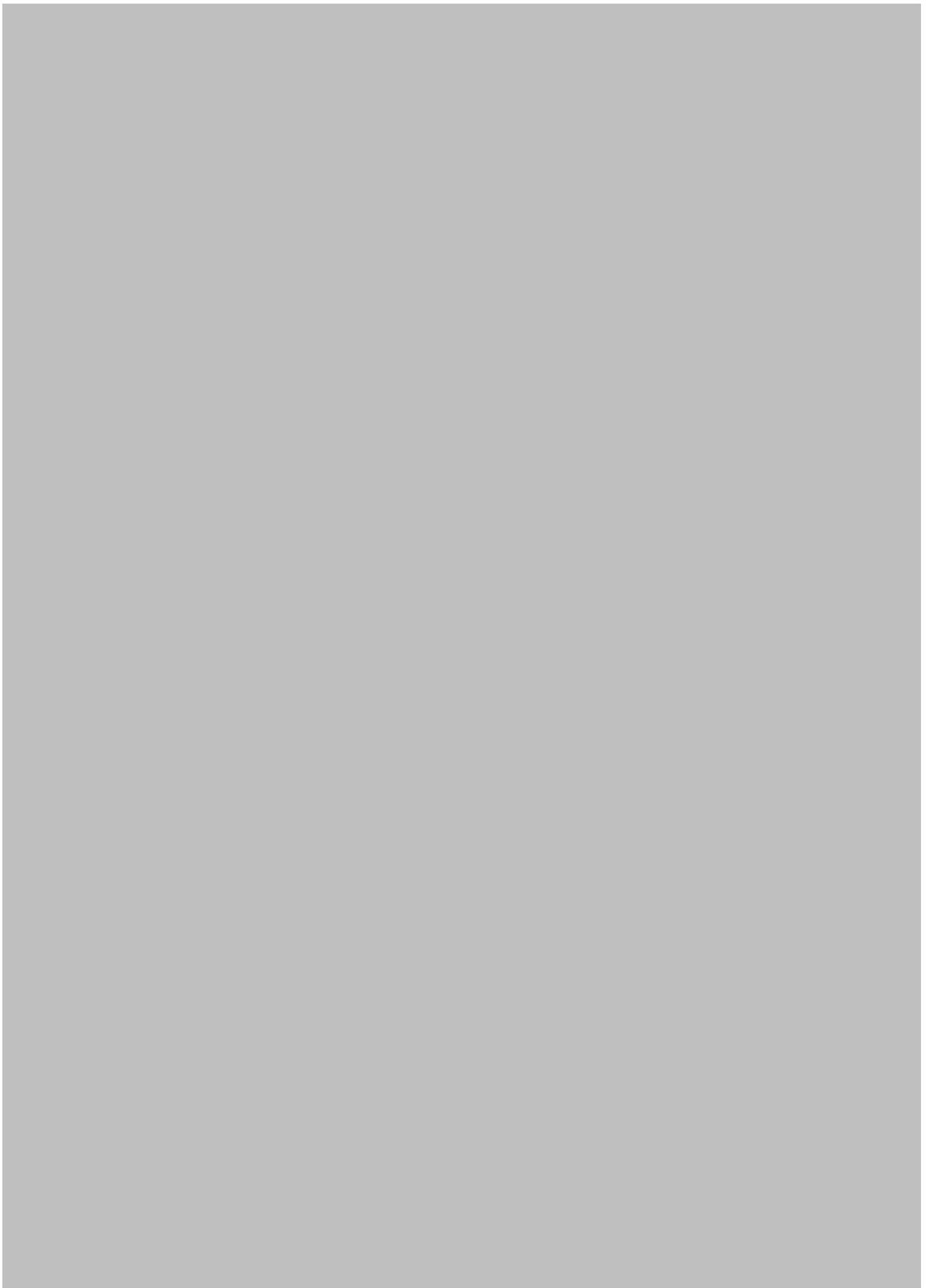








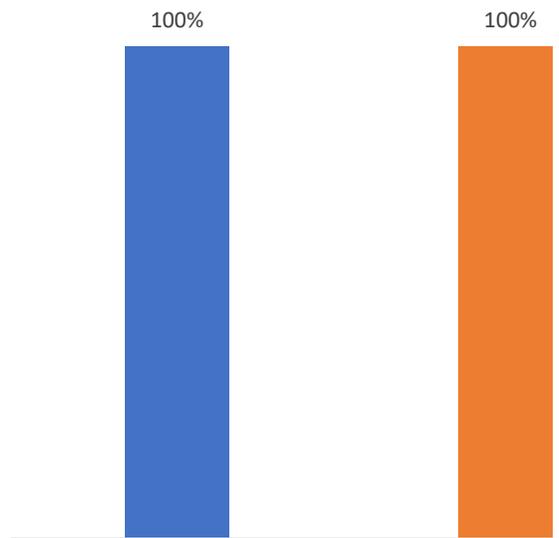




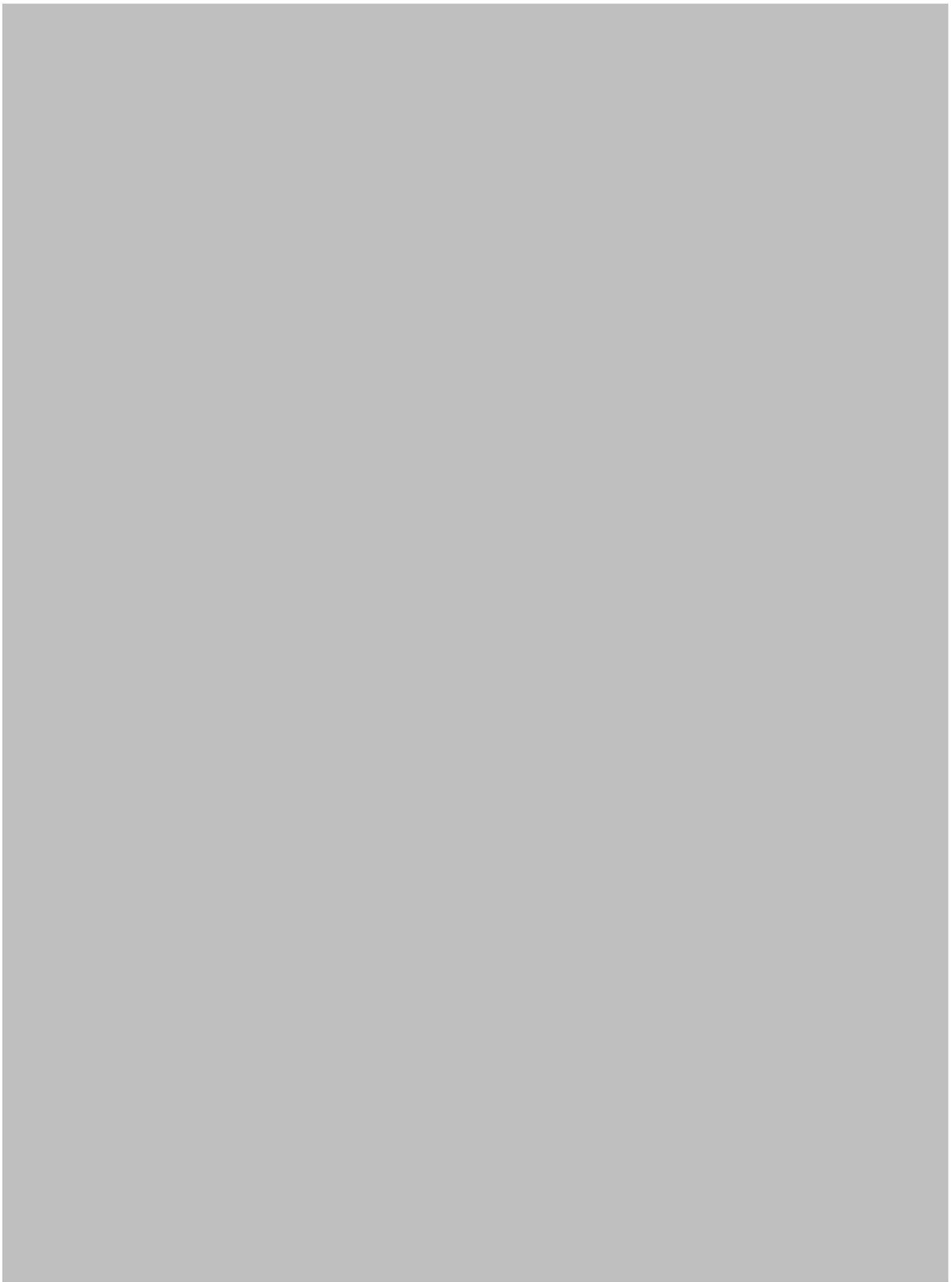


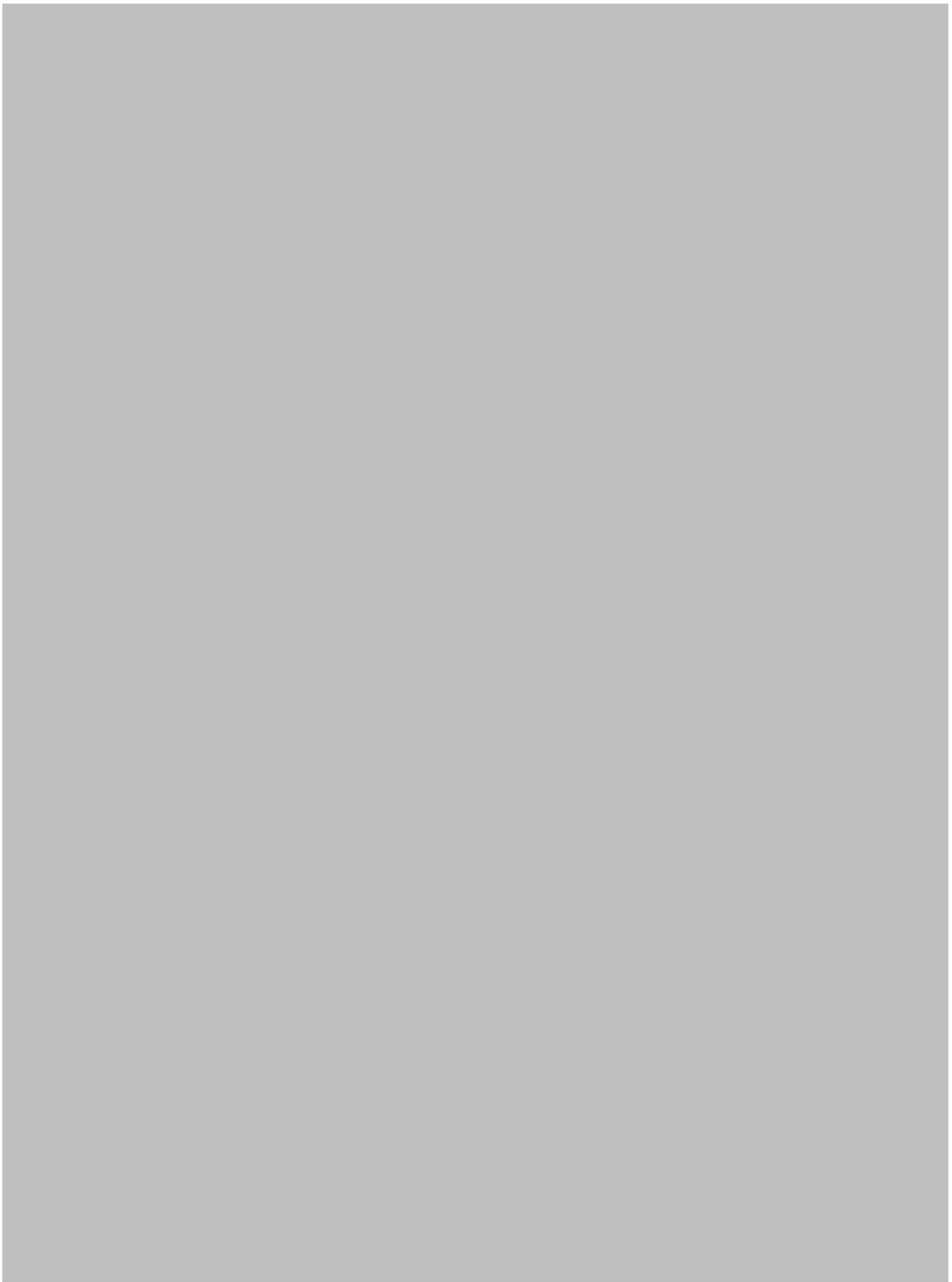
3- La actividad propende por eliminar la debilidad	4- La evidencia prueba total integridad la ejecución de la actividad	5- Evidencias adicionales
9	6	6
100%	67%	67%
12	8	8
100%	67%	67%
9	6	6
100%	67%	67%
6	4	4
100%	67%	67%
3	2	2
100%	67%	67%
9	6	6
100%	67%	67%
12	8	8
100%	67%	67%
12	8	8
100%	67%	67%
800%	533%	533%
100%	67%	67%

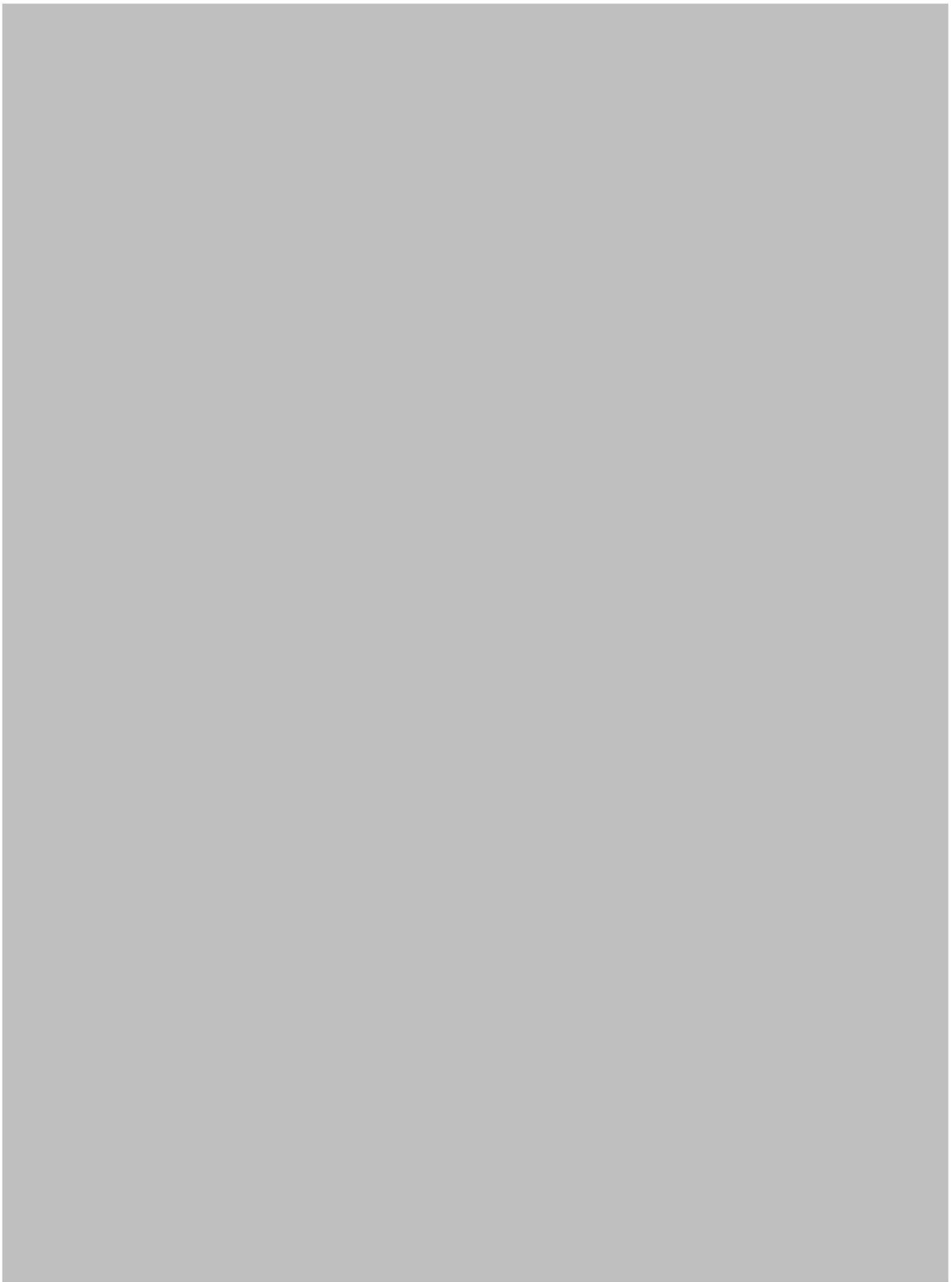
PORCENTAJE DE

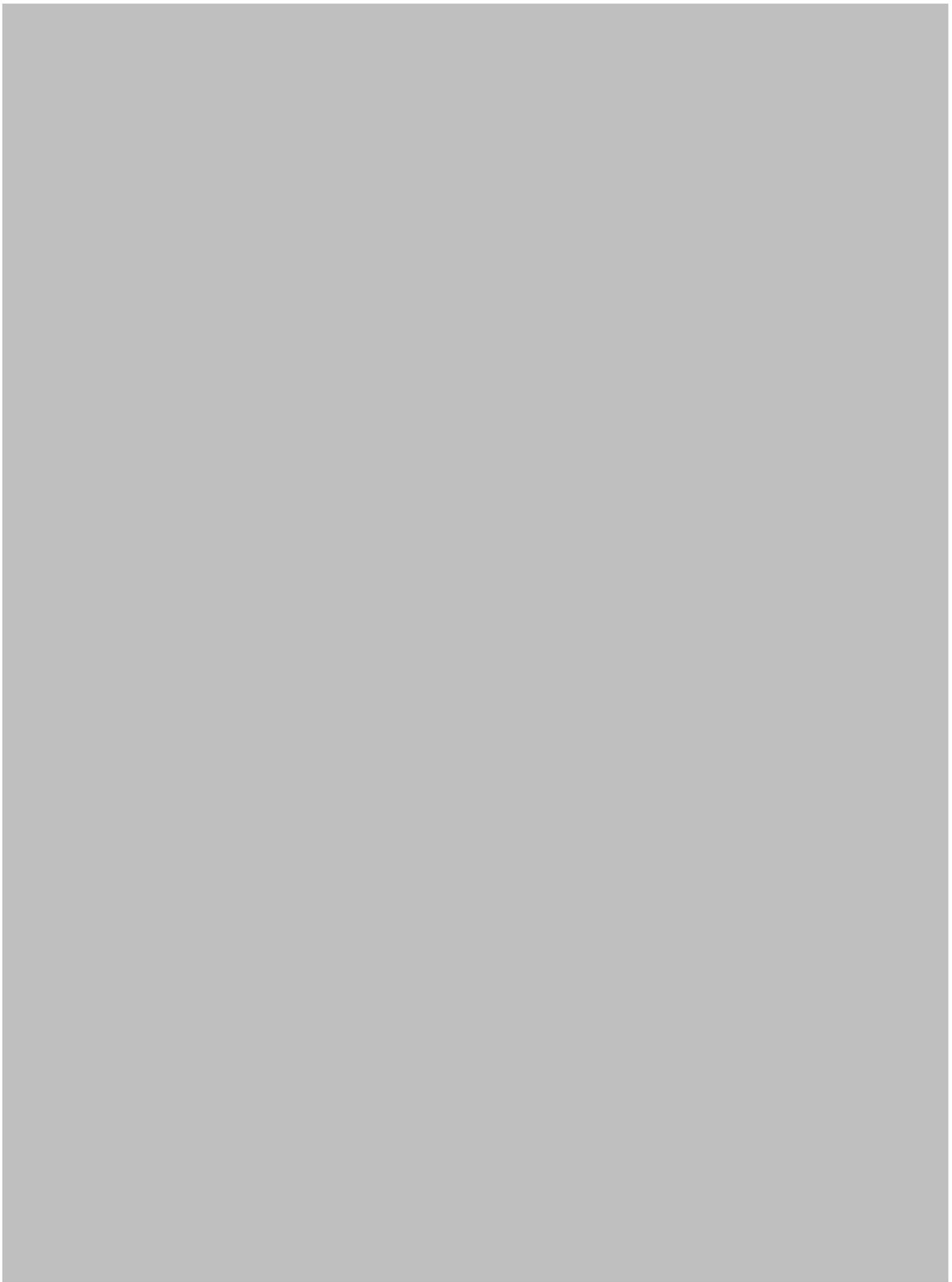


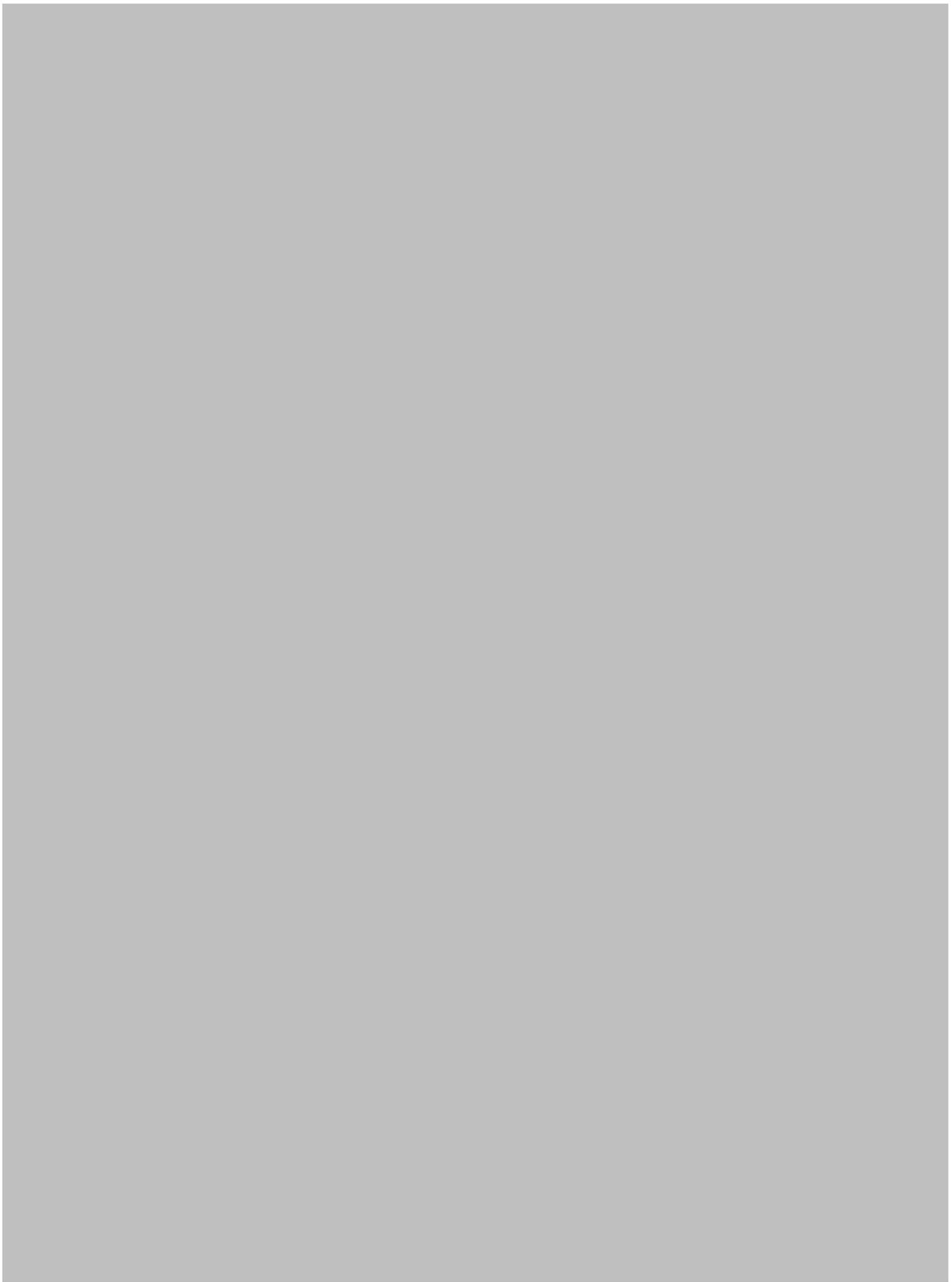
1- Las causa busca eliminar la debilidad 2- La actividad se con la causa d

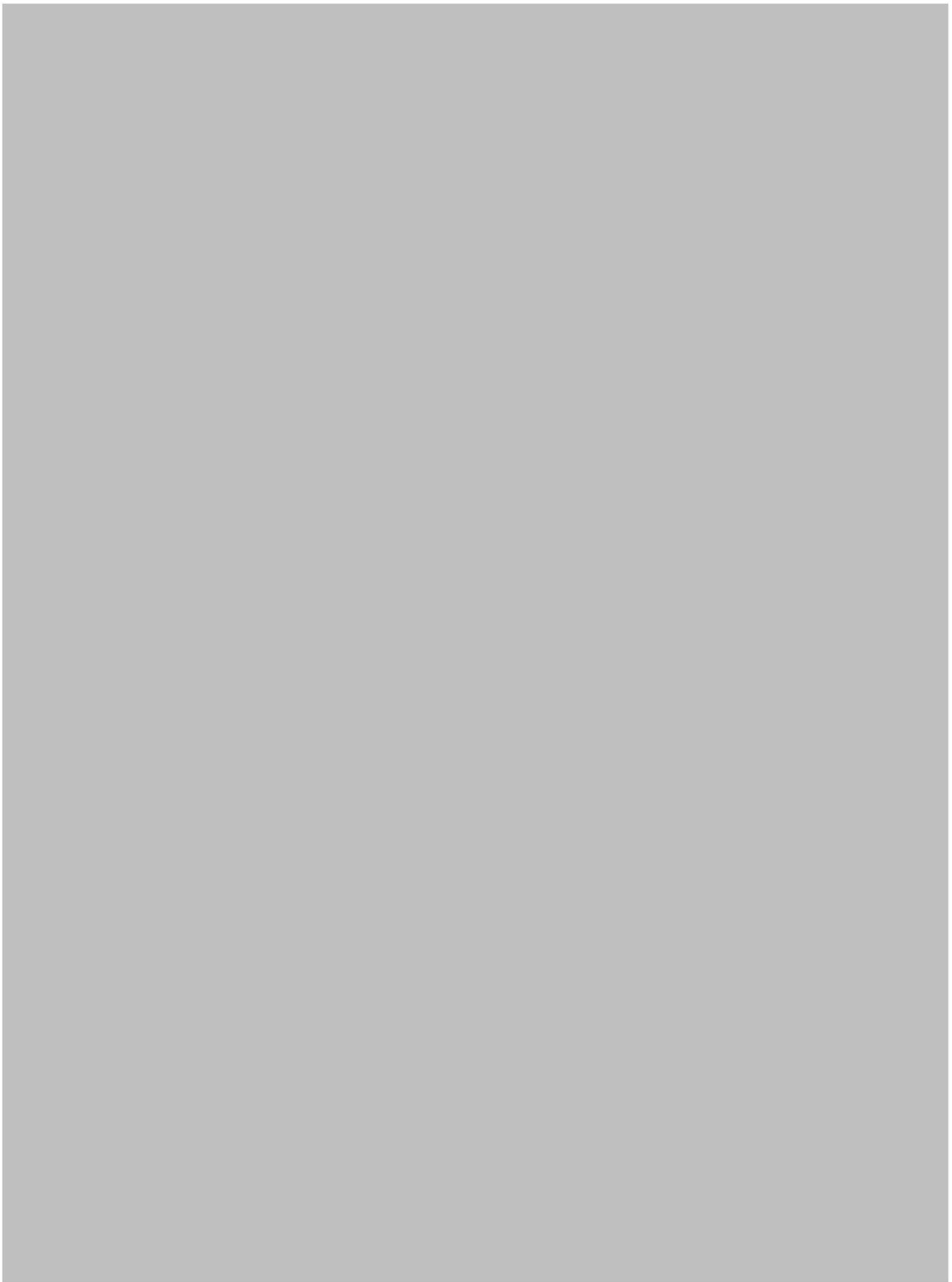


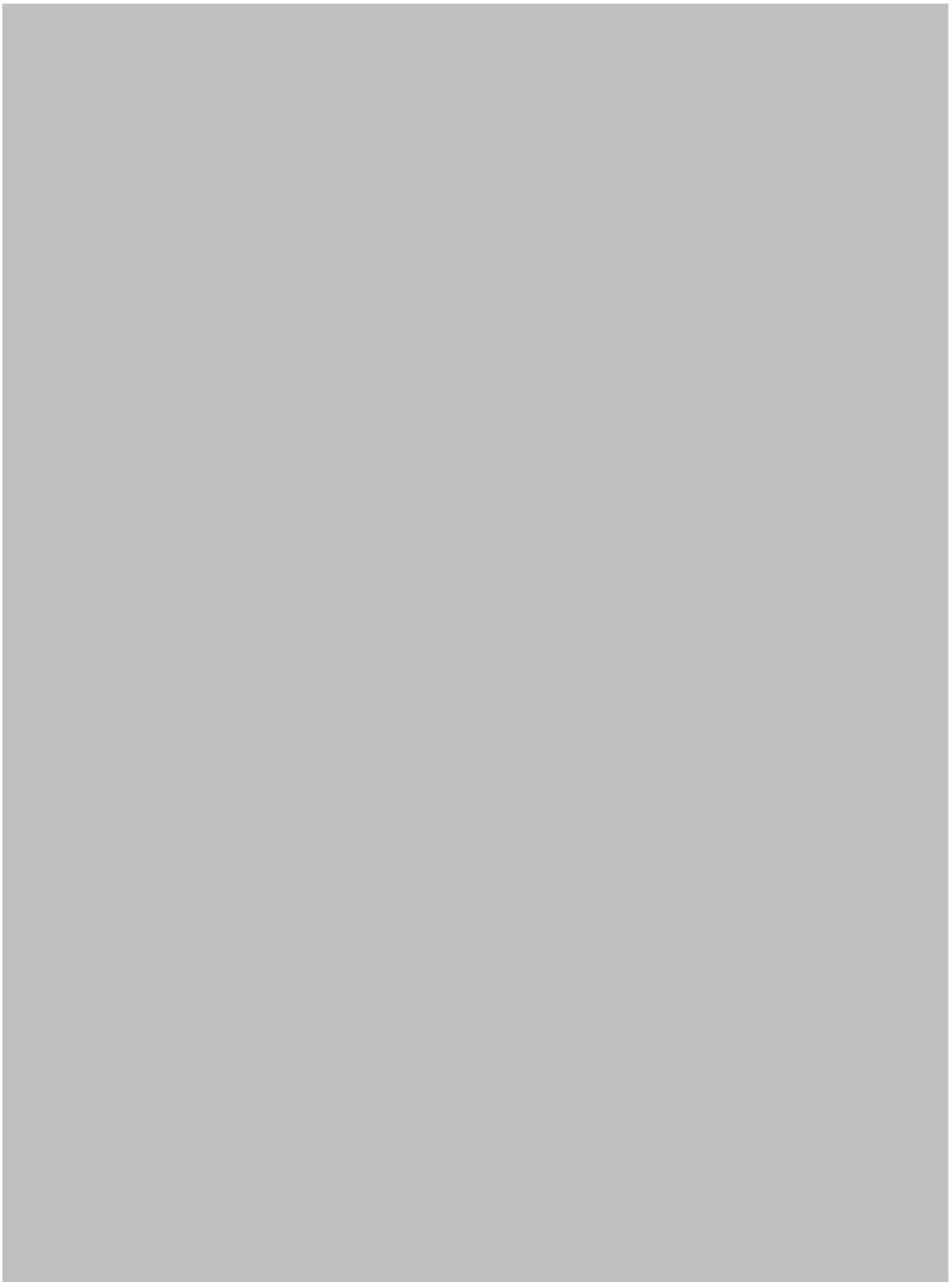


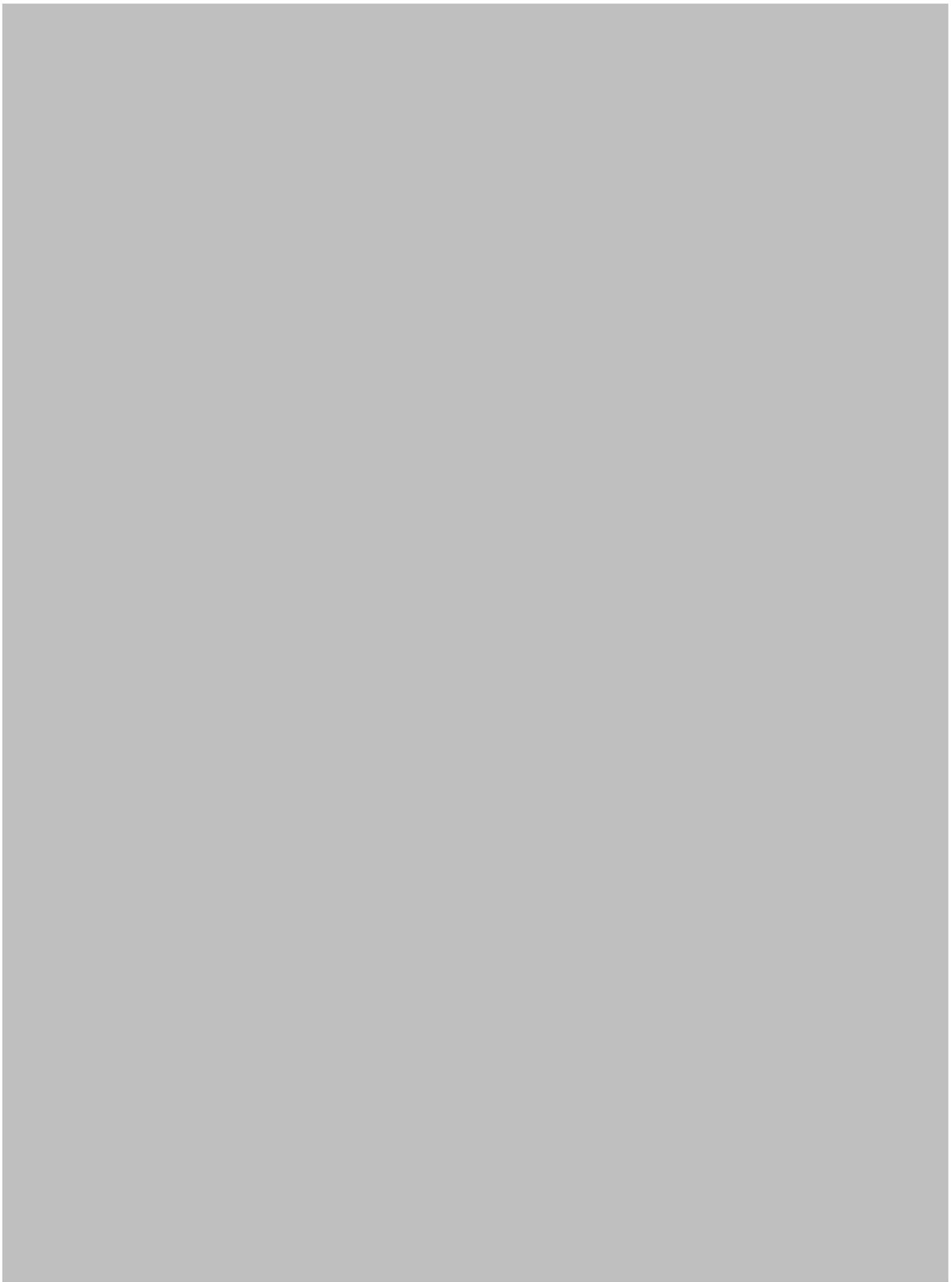


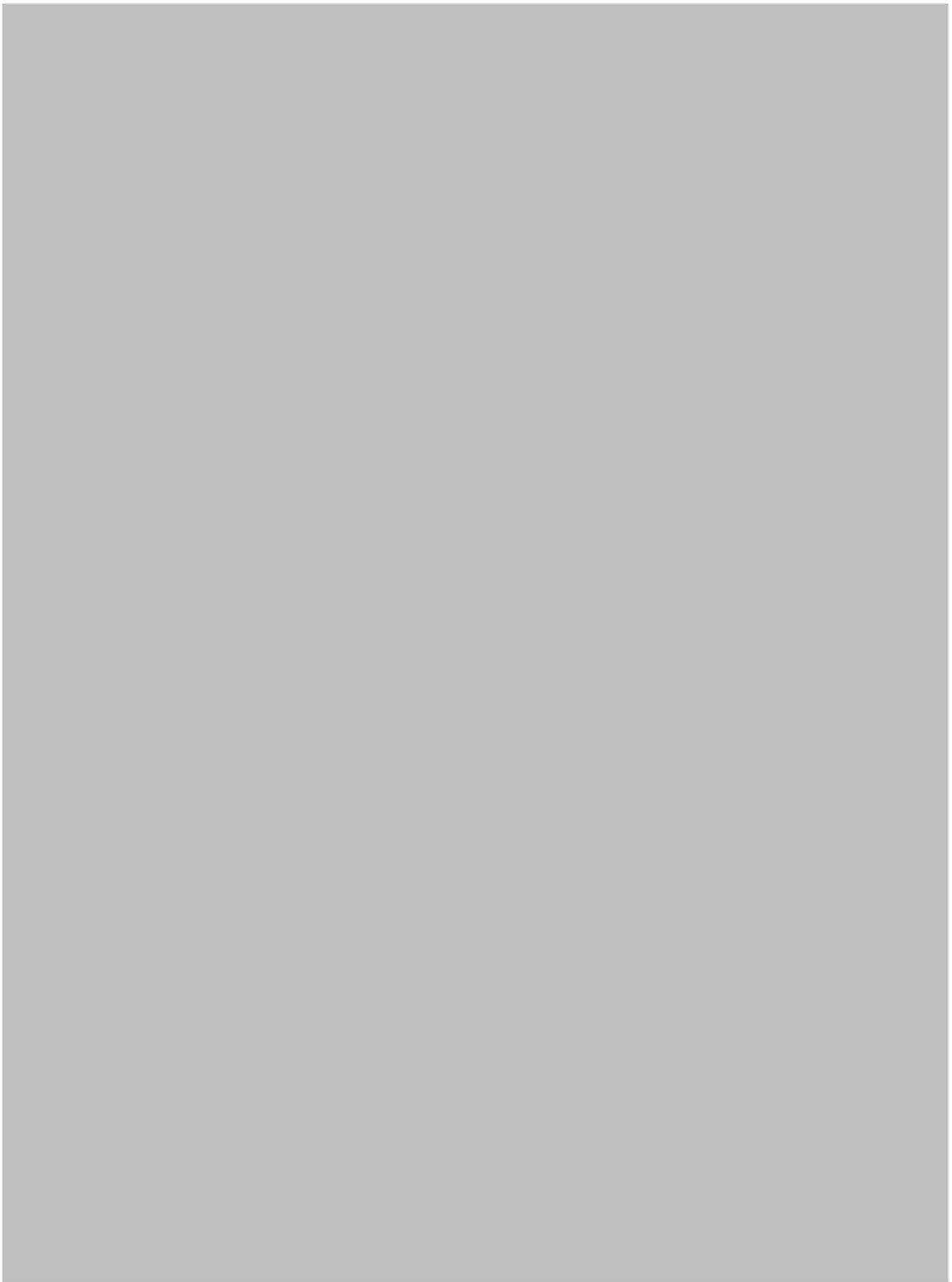


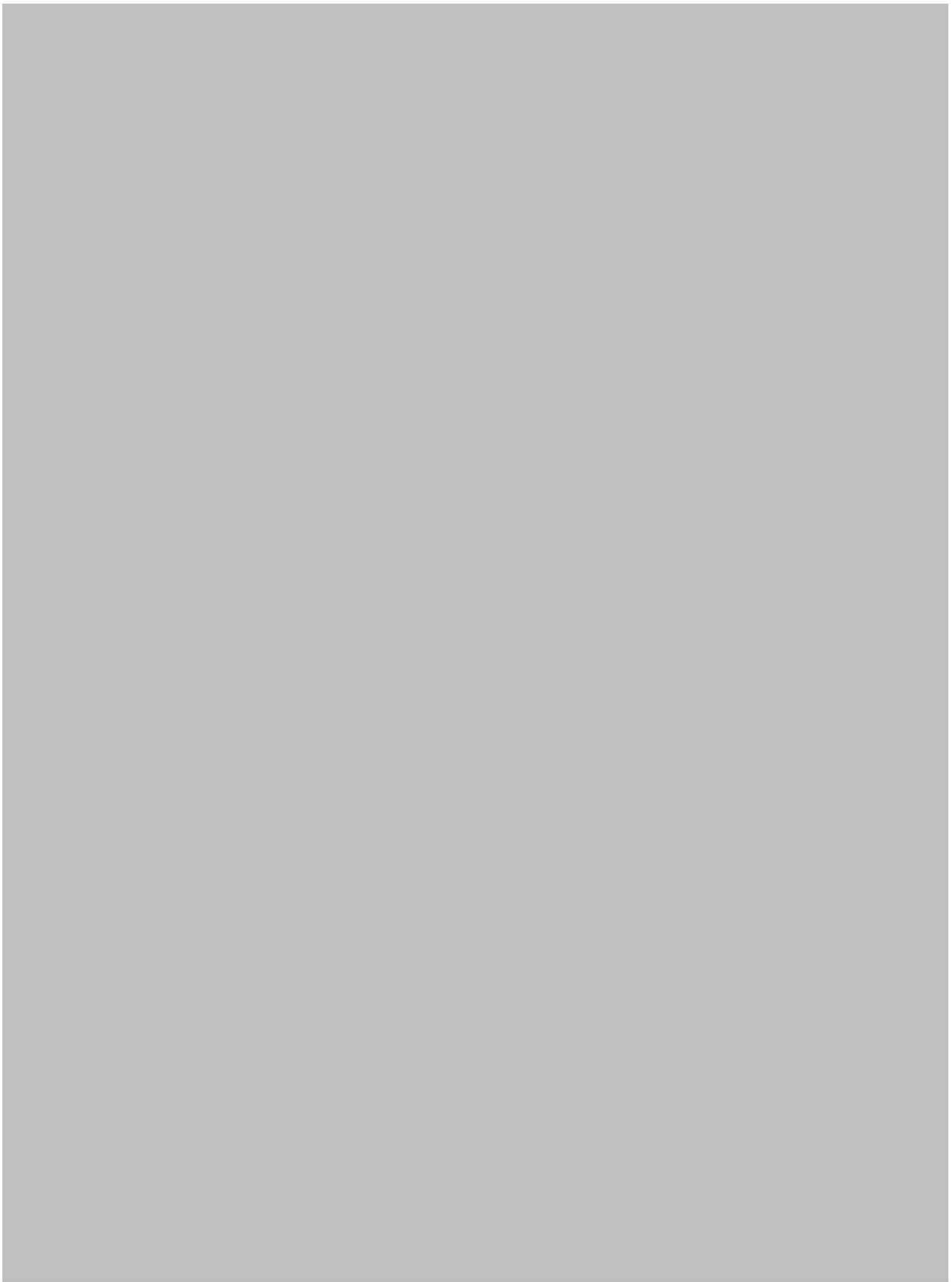


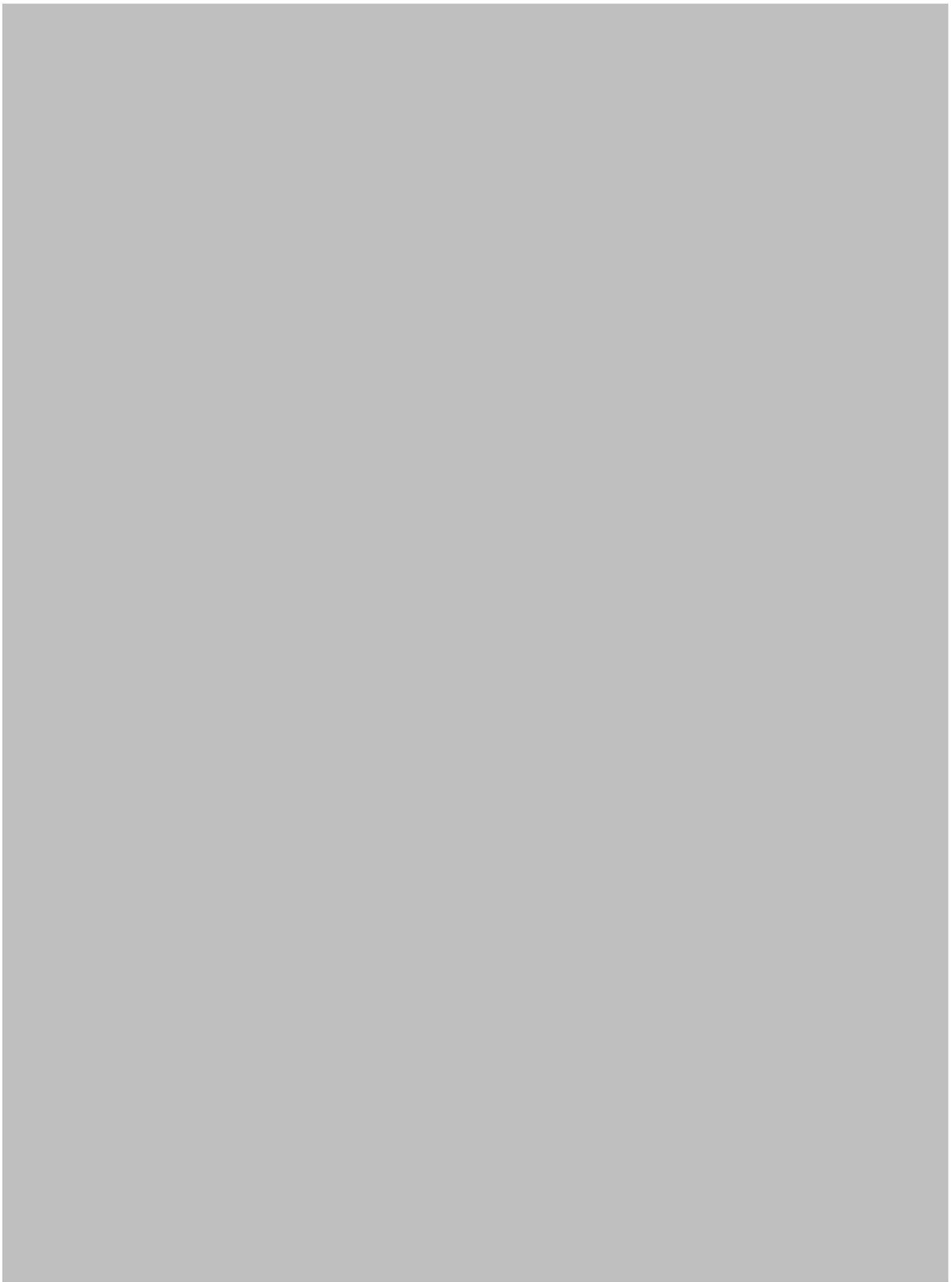


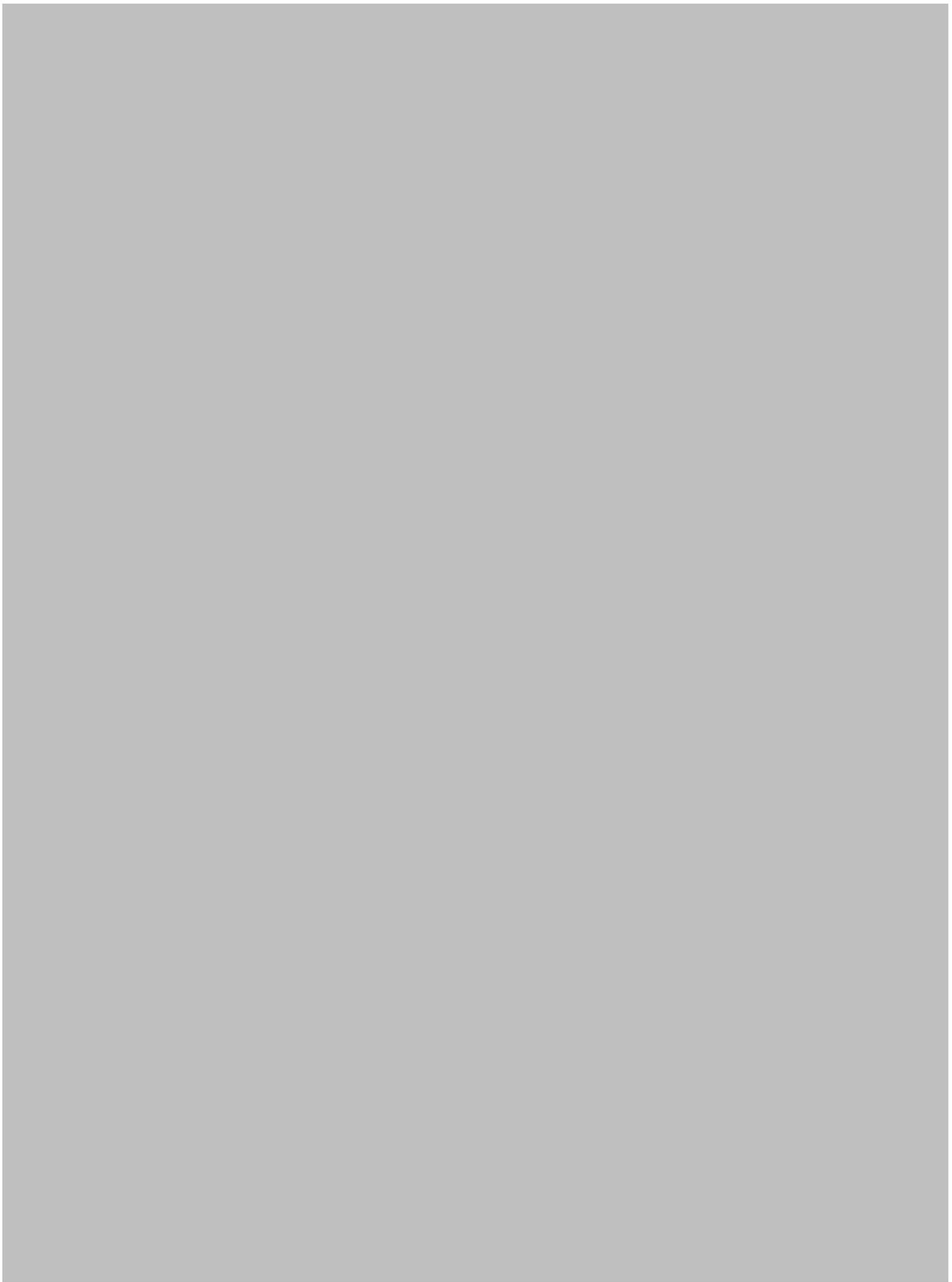


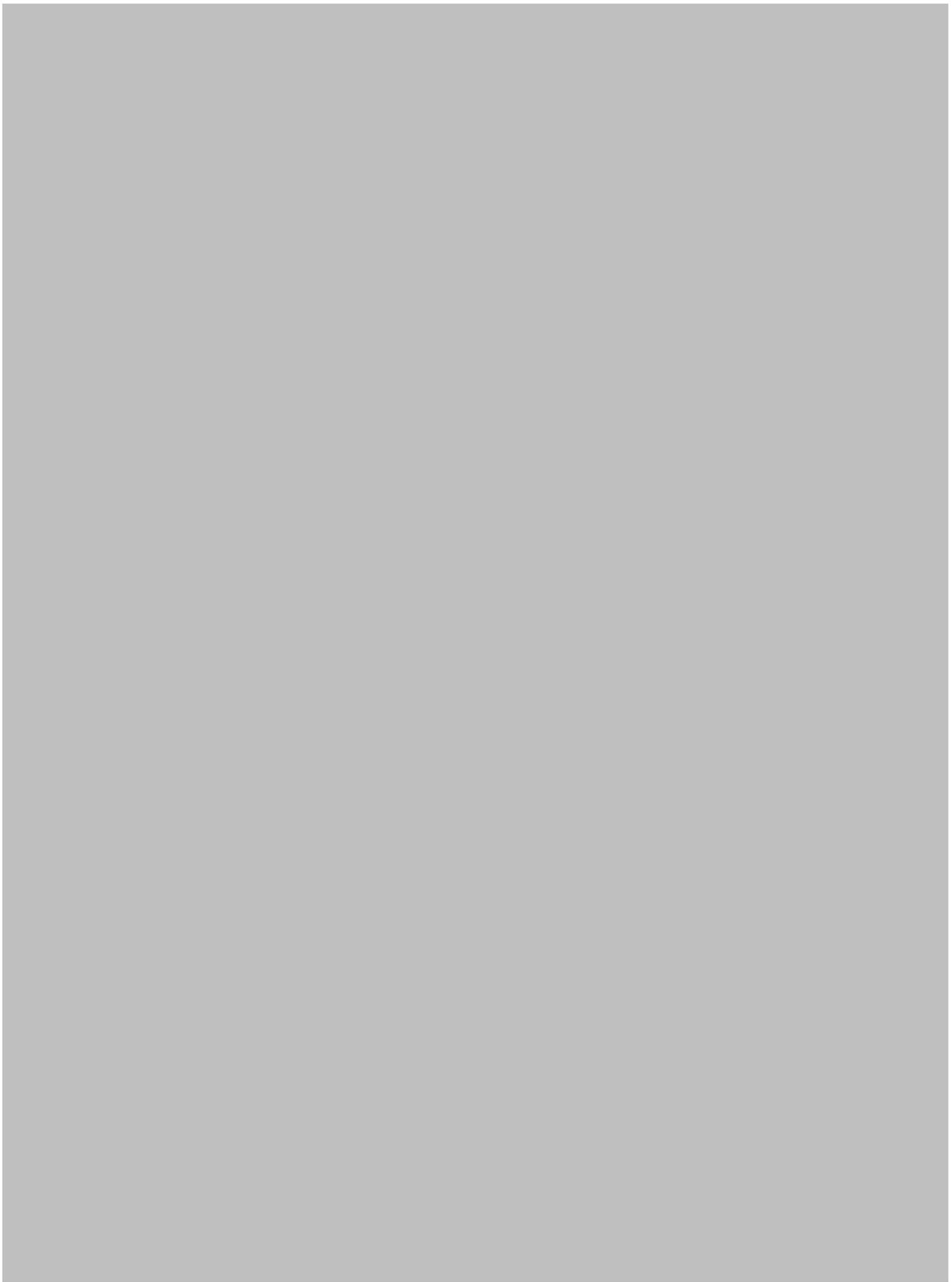


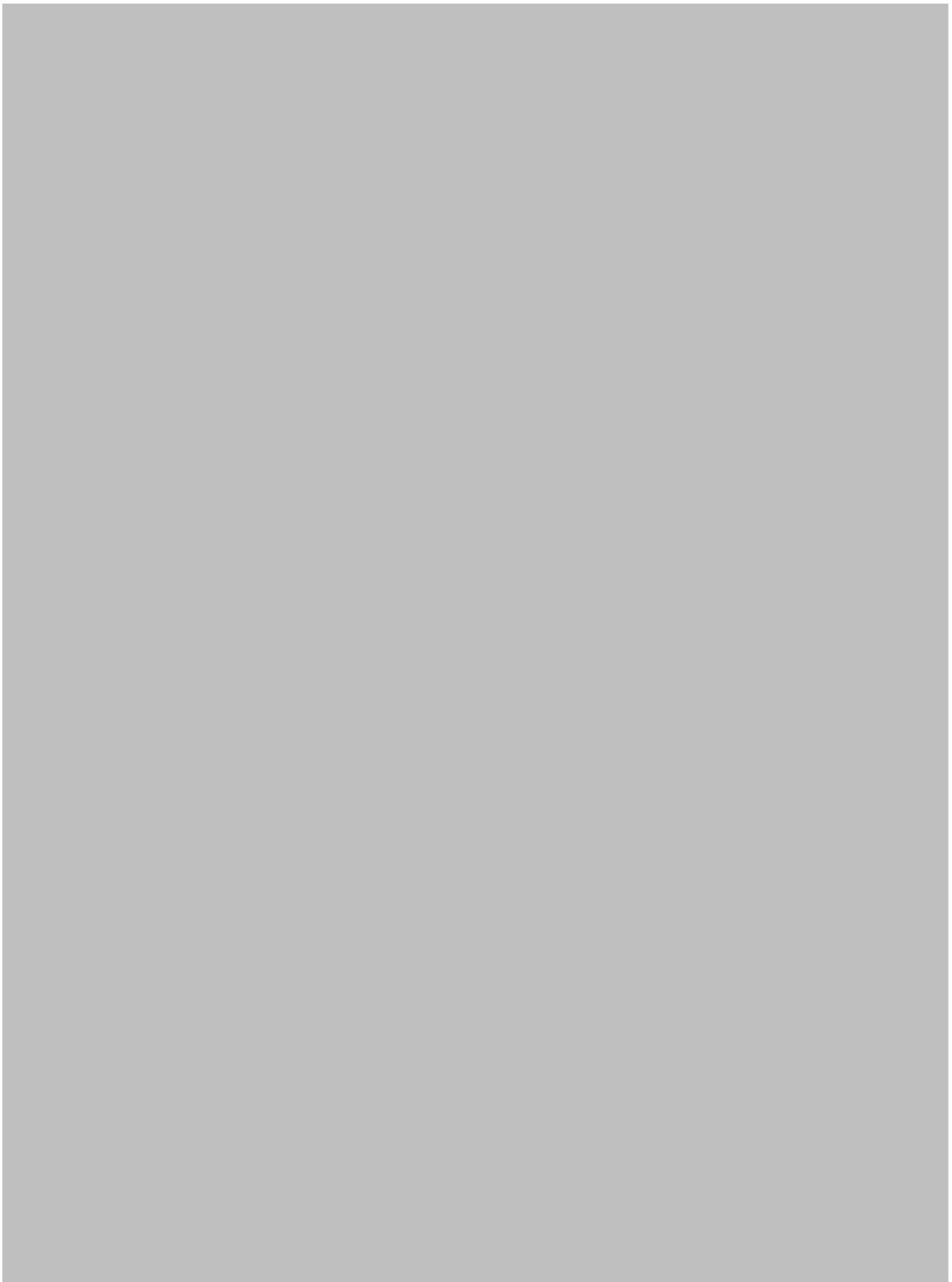


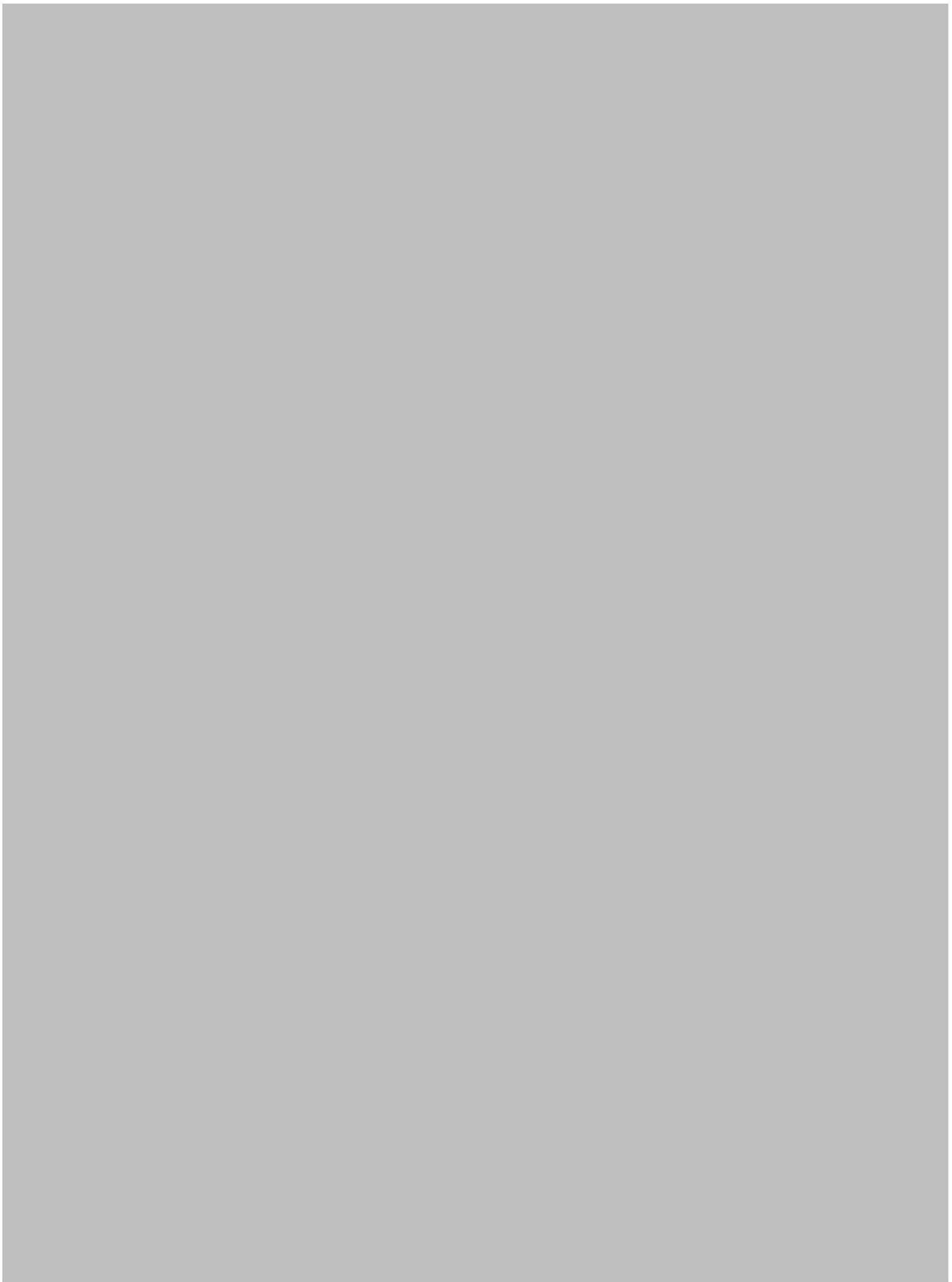


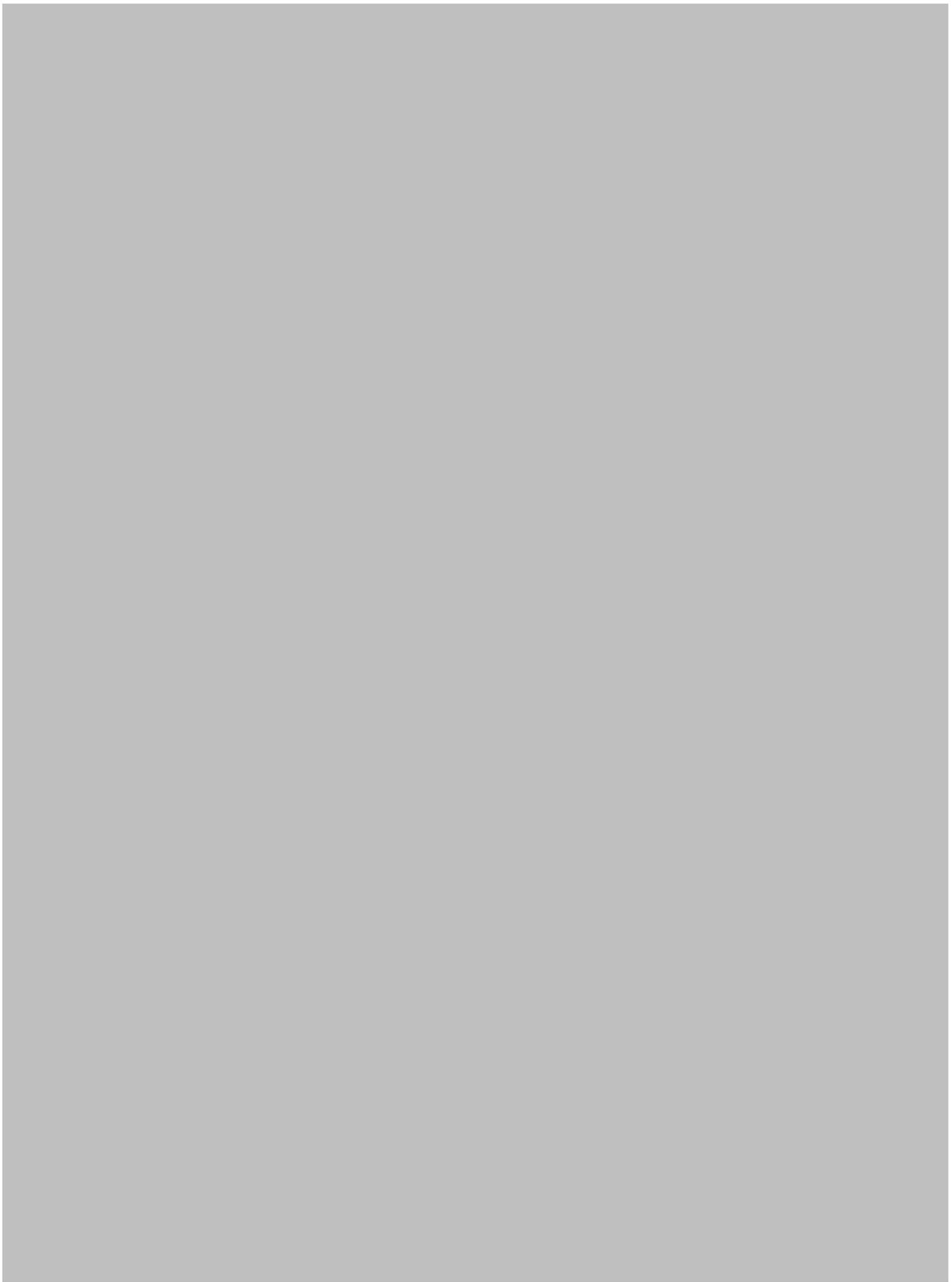






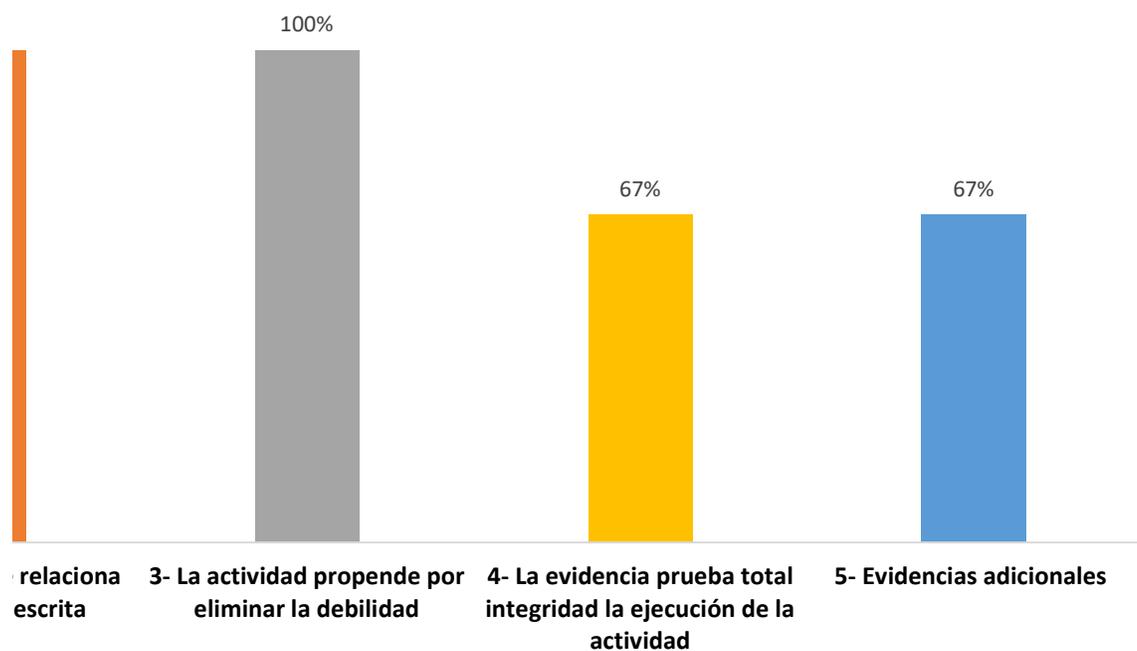








¿ CUMPLIMIENTO POR DEBILIDAD DE LA DT. CAUCA

































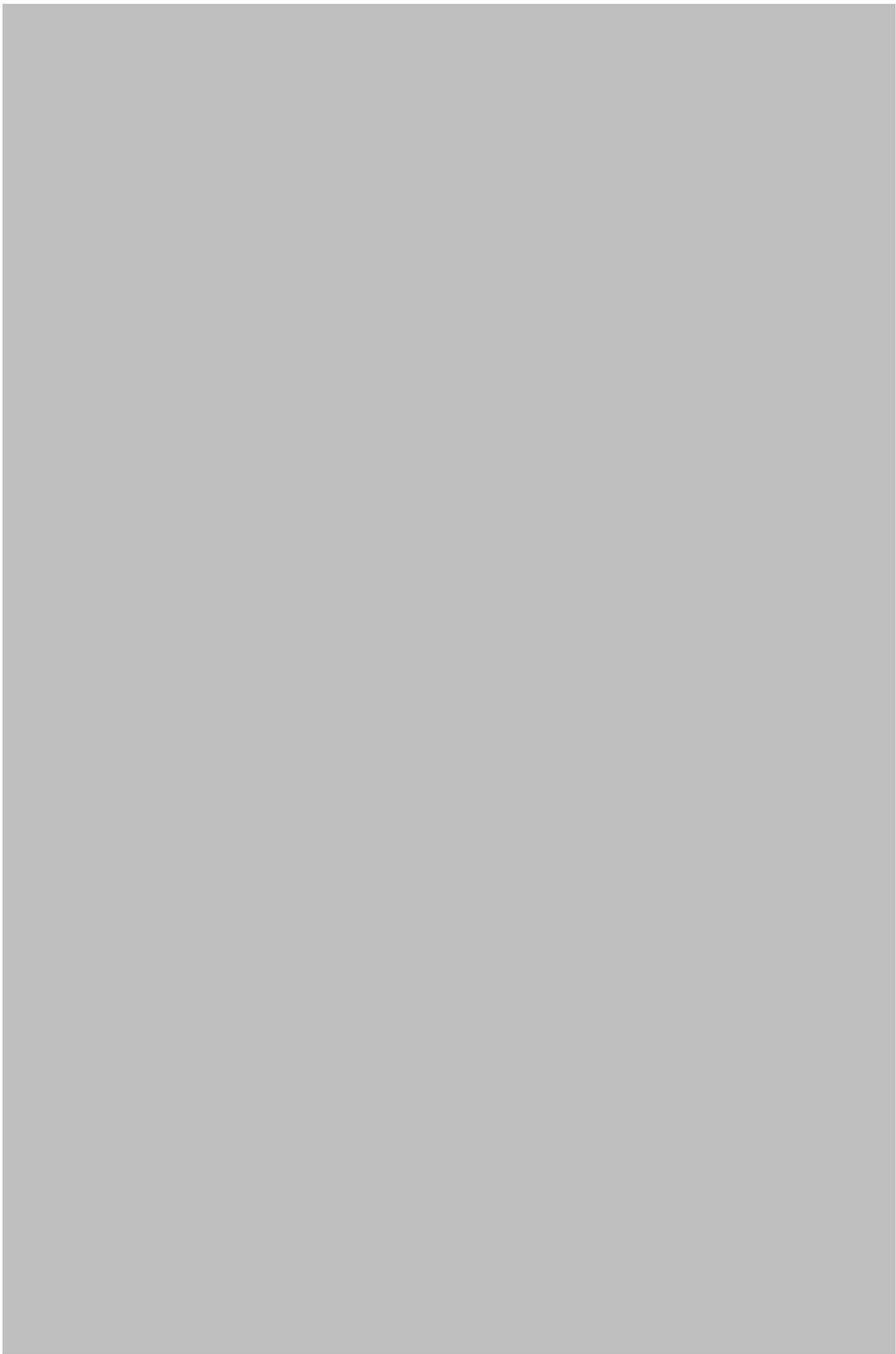


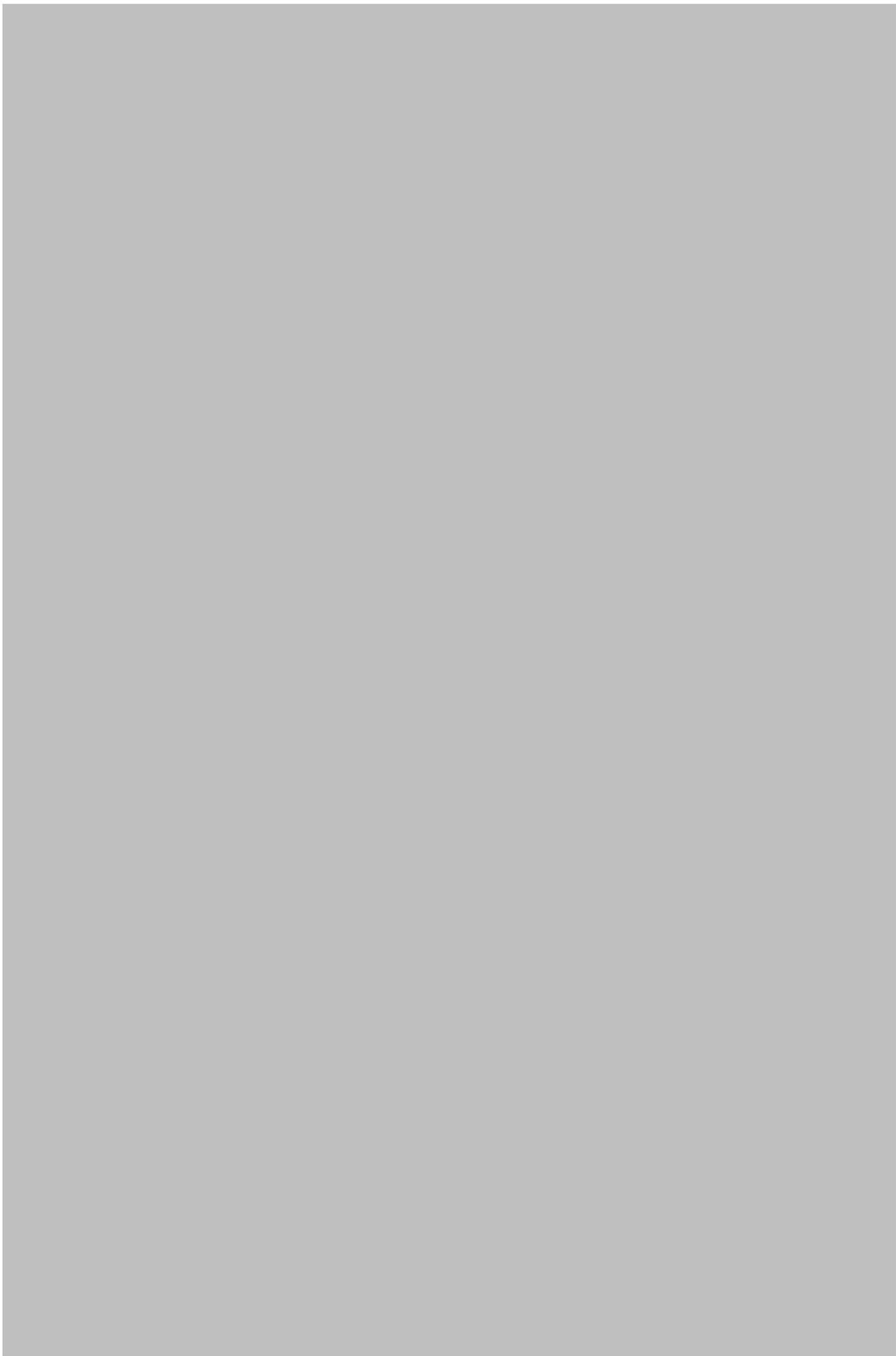


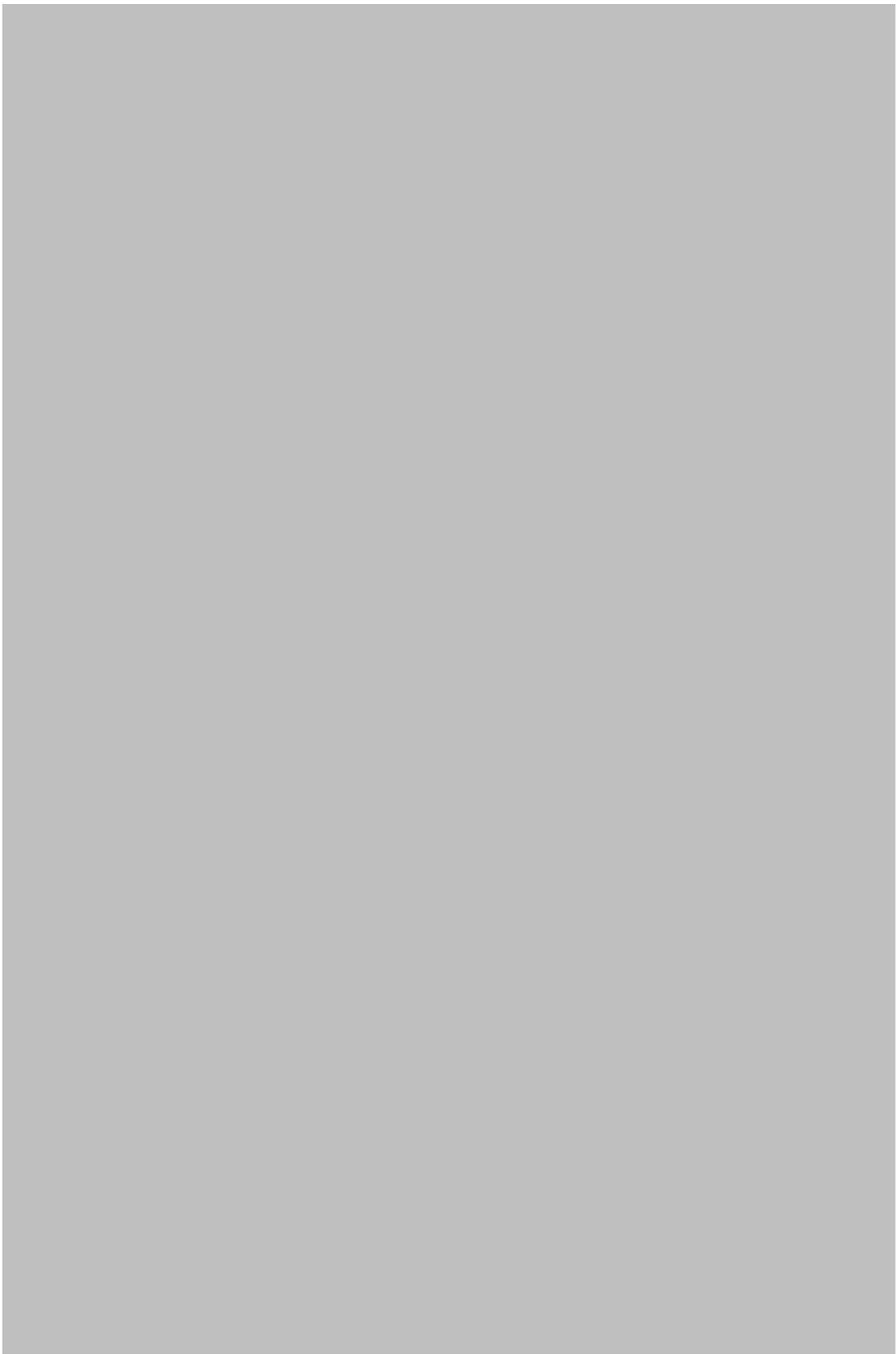
Reformular	1
Verificar	2

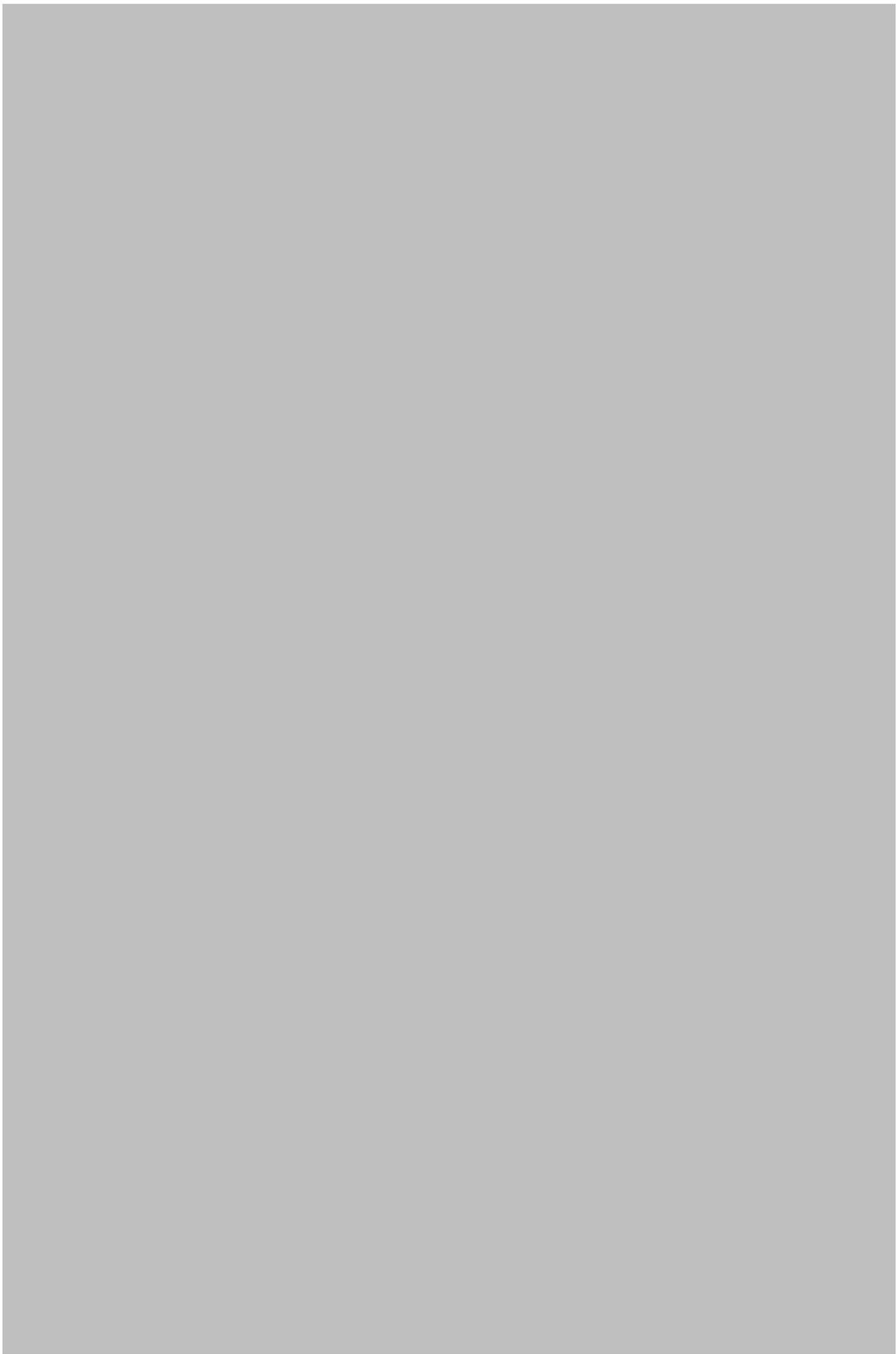








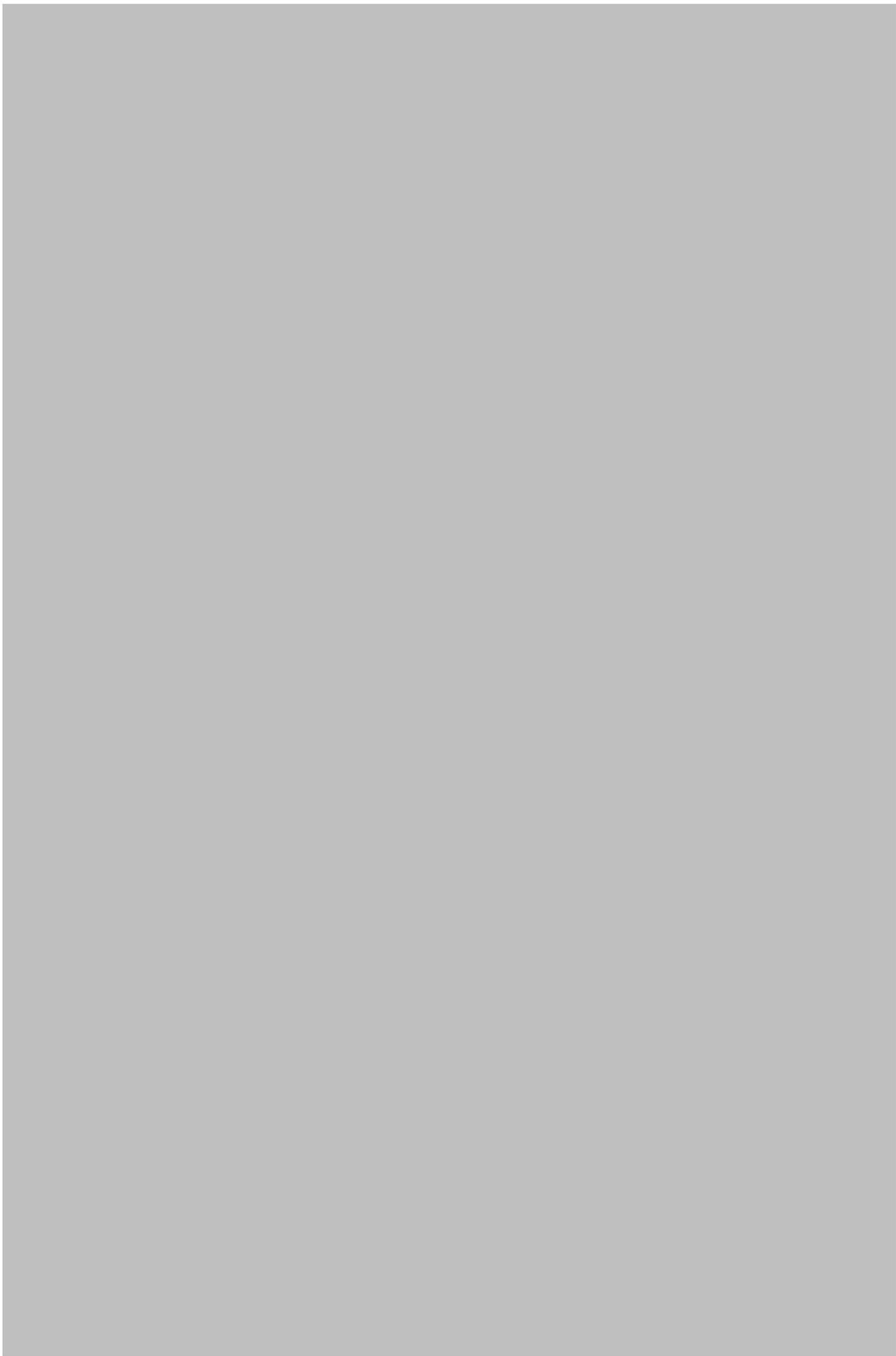
































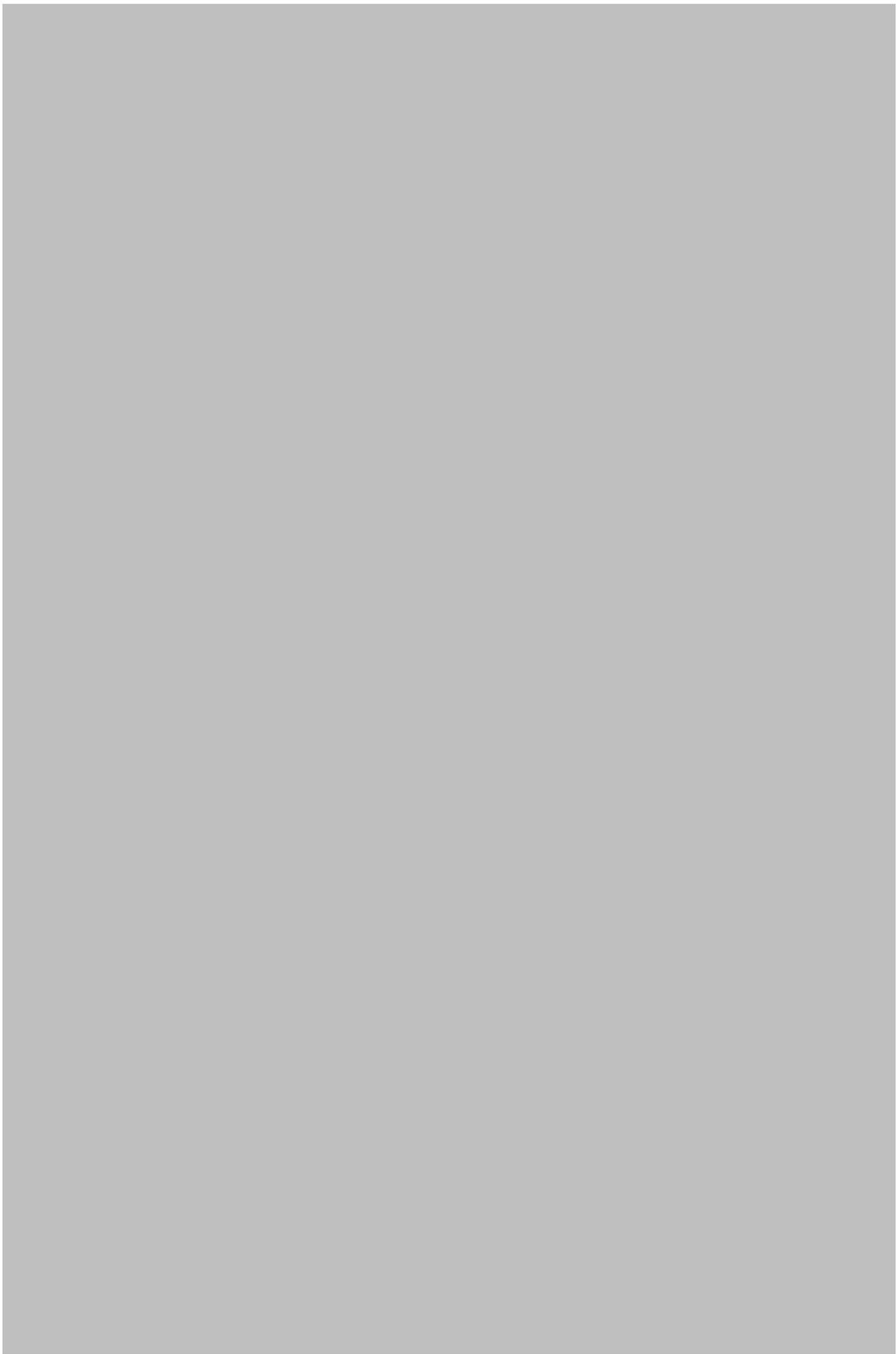














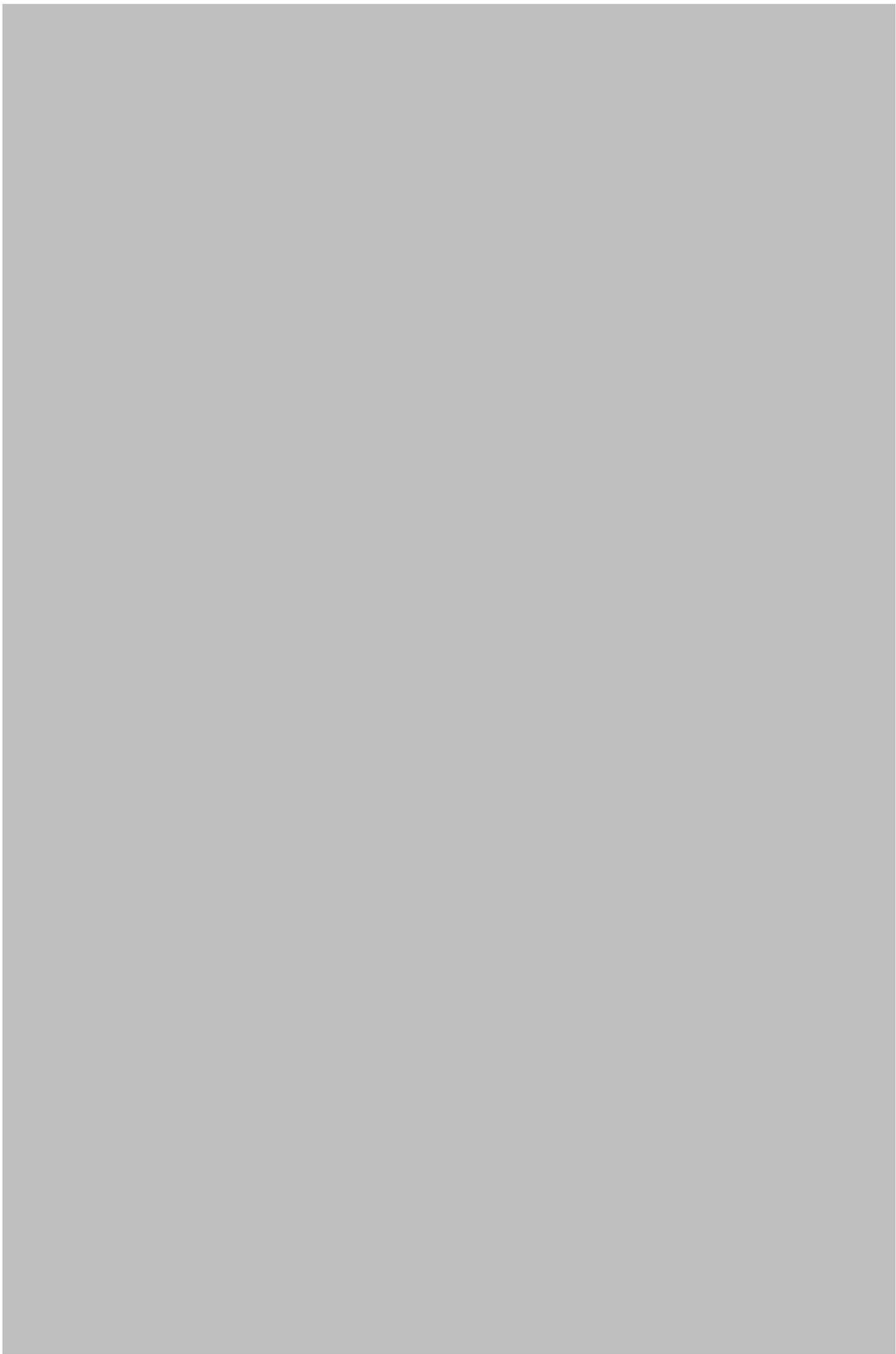




















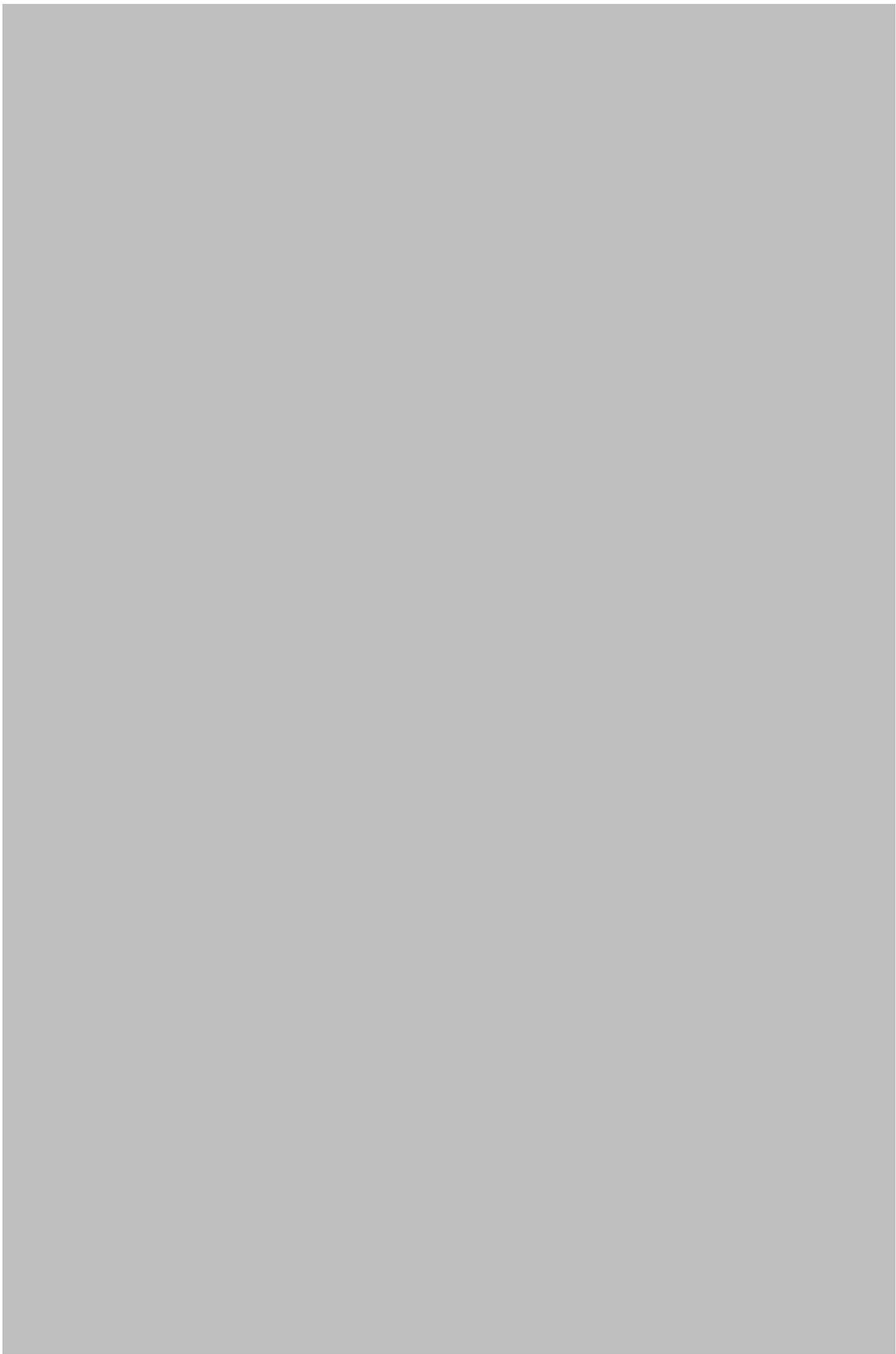
















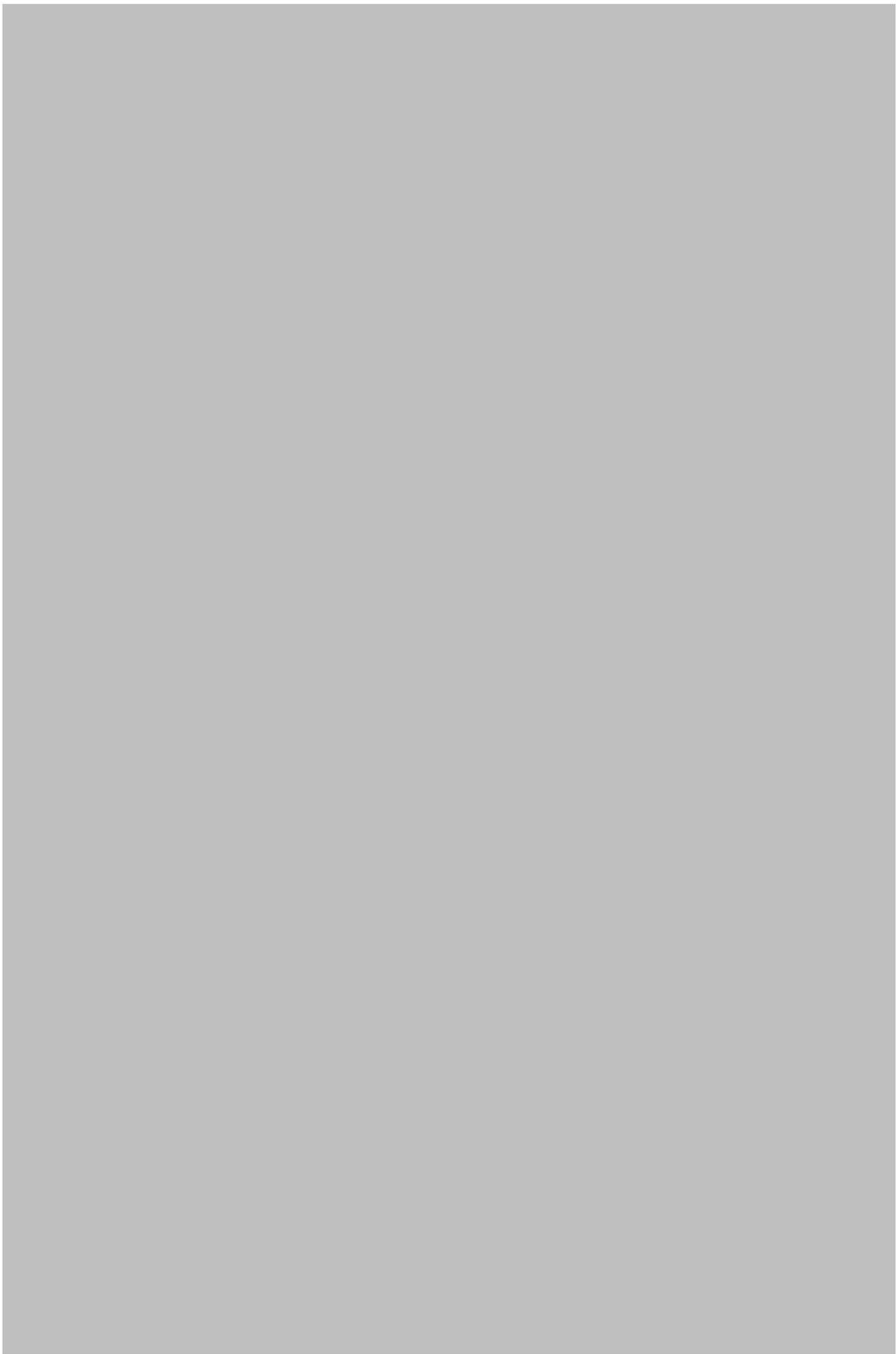








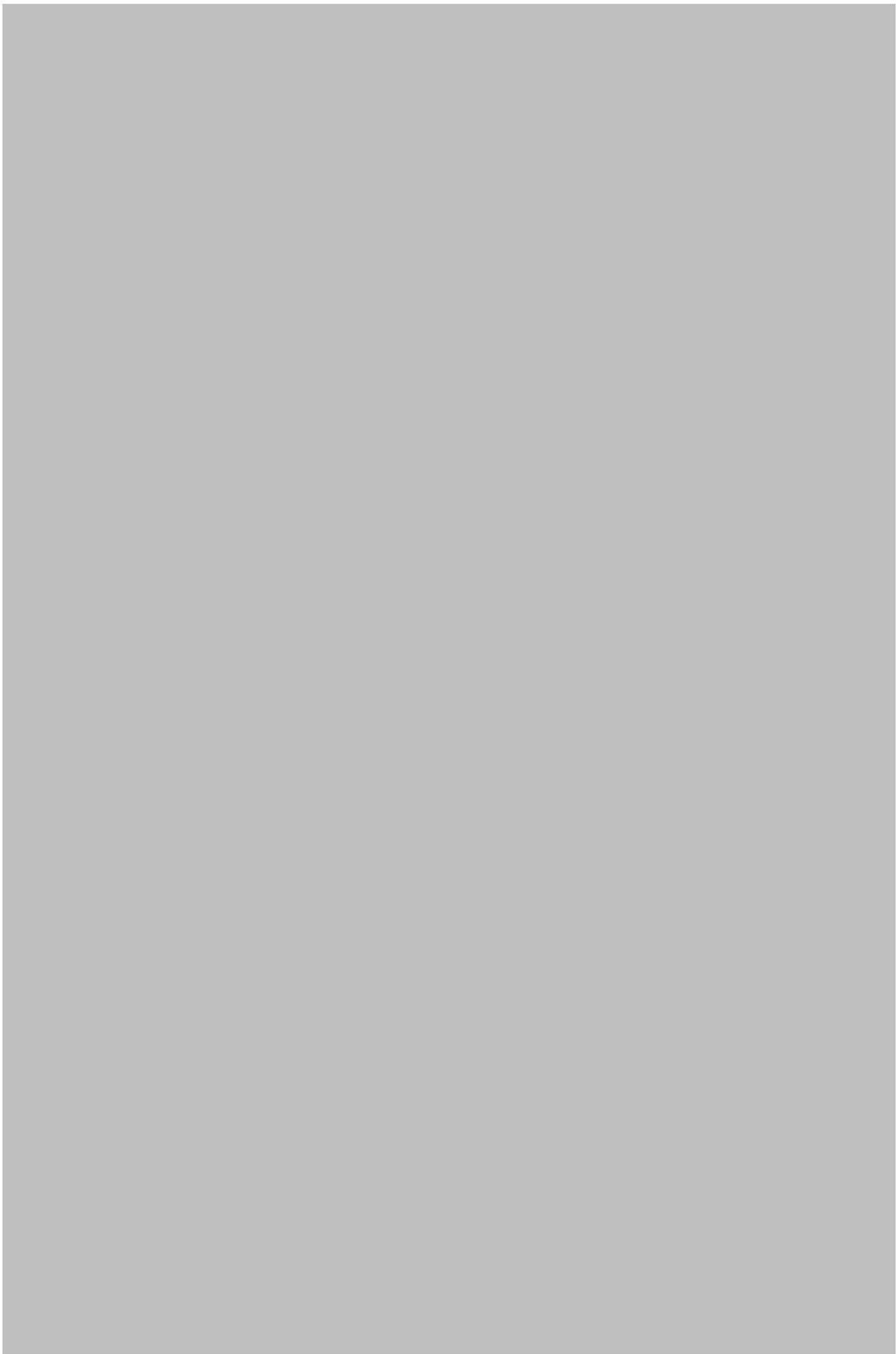
















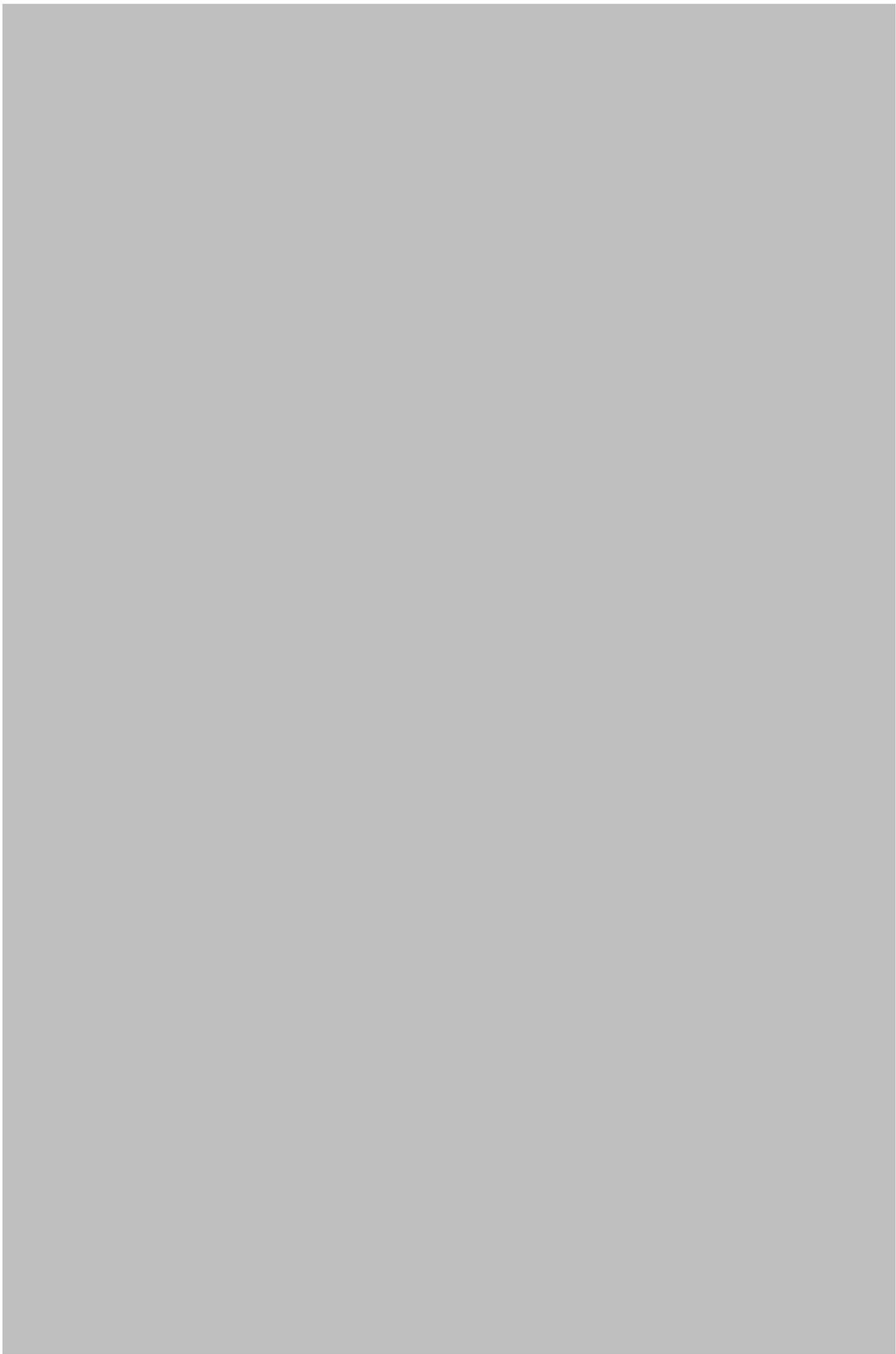












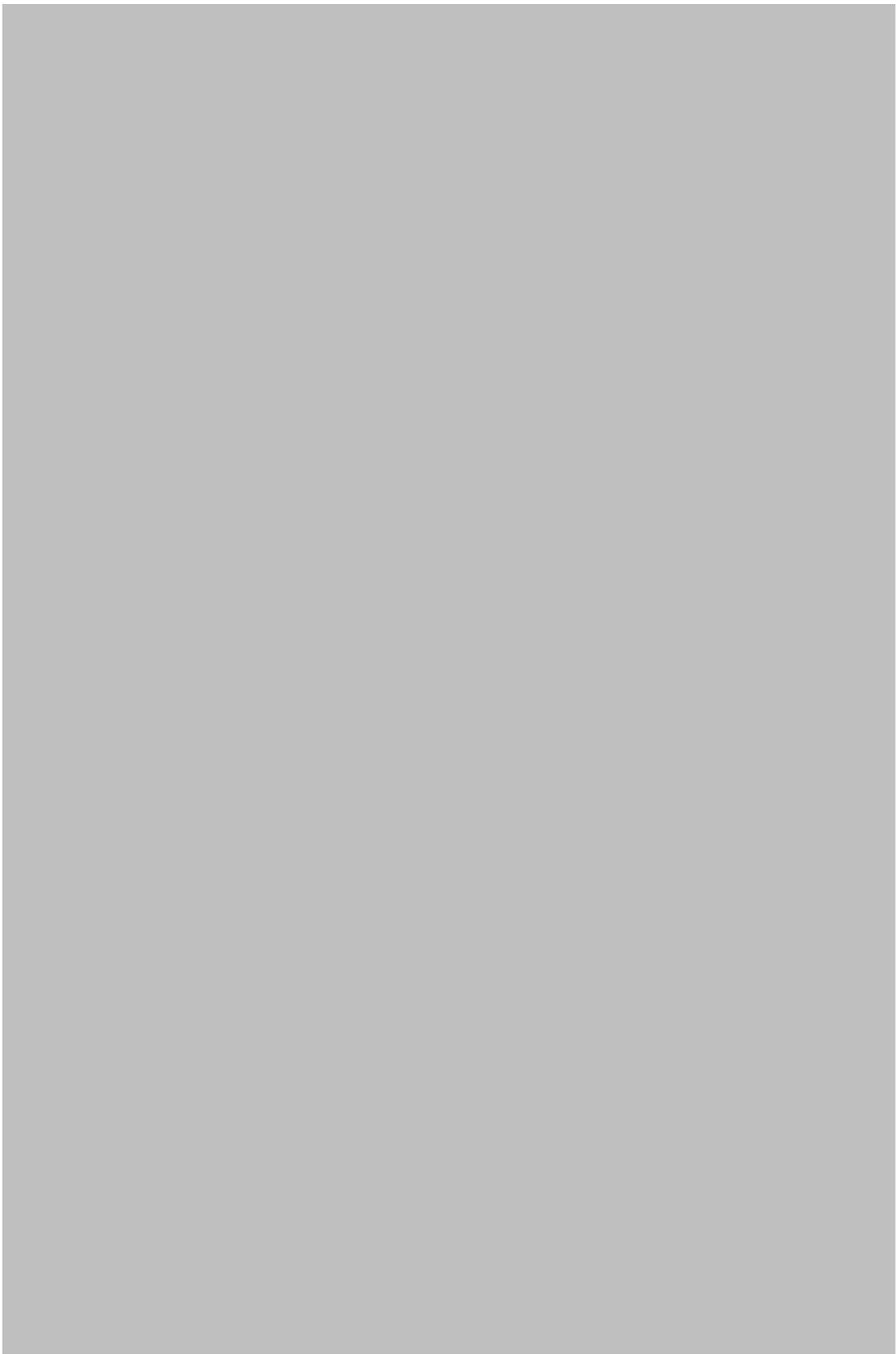










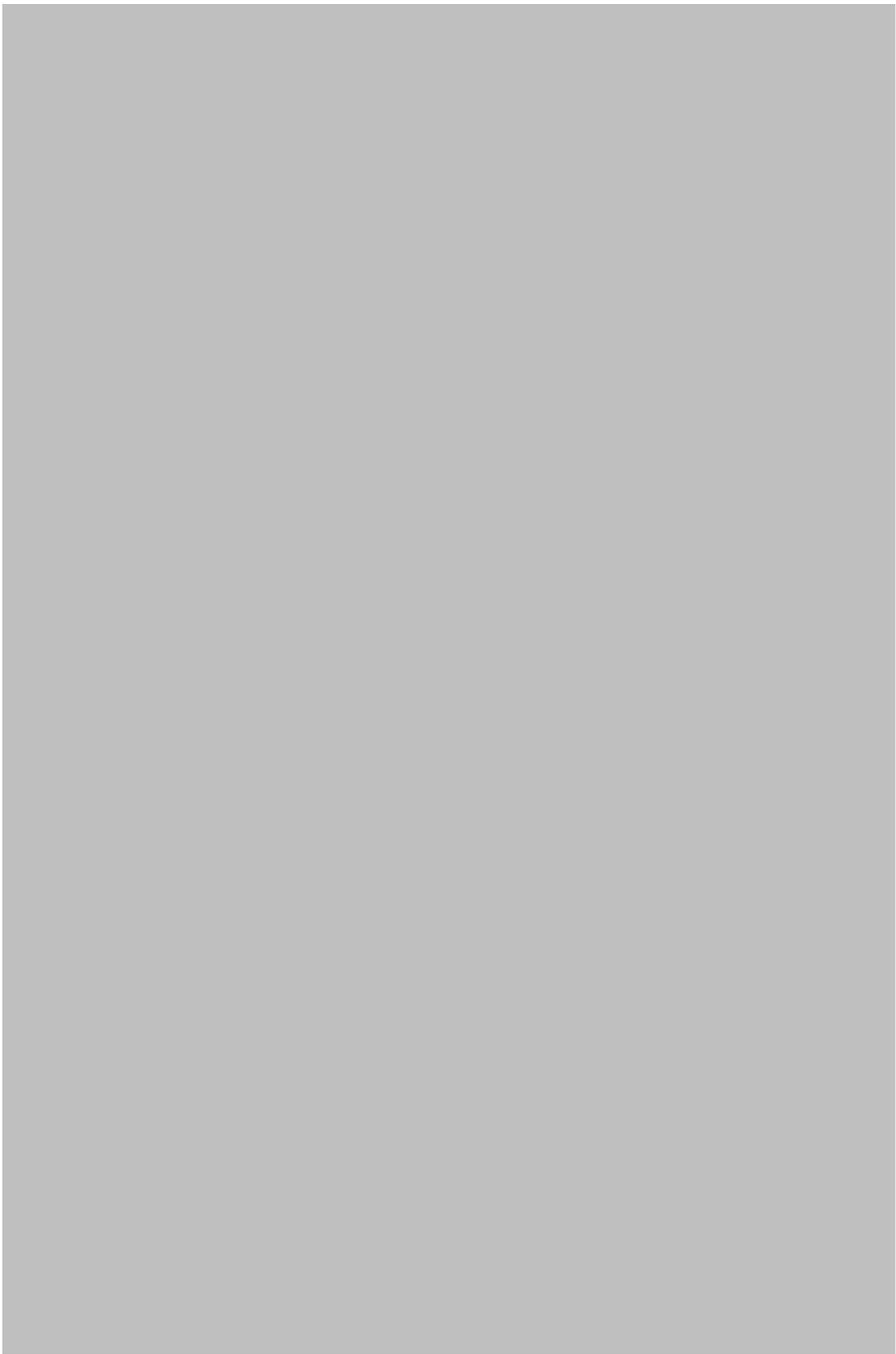










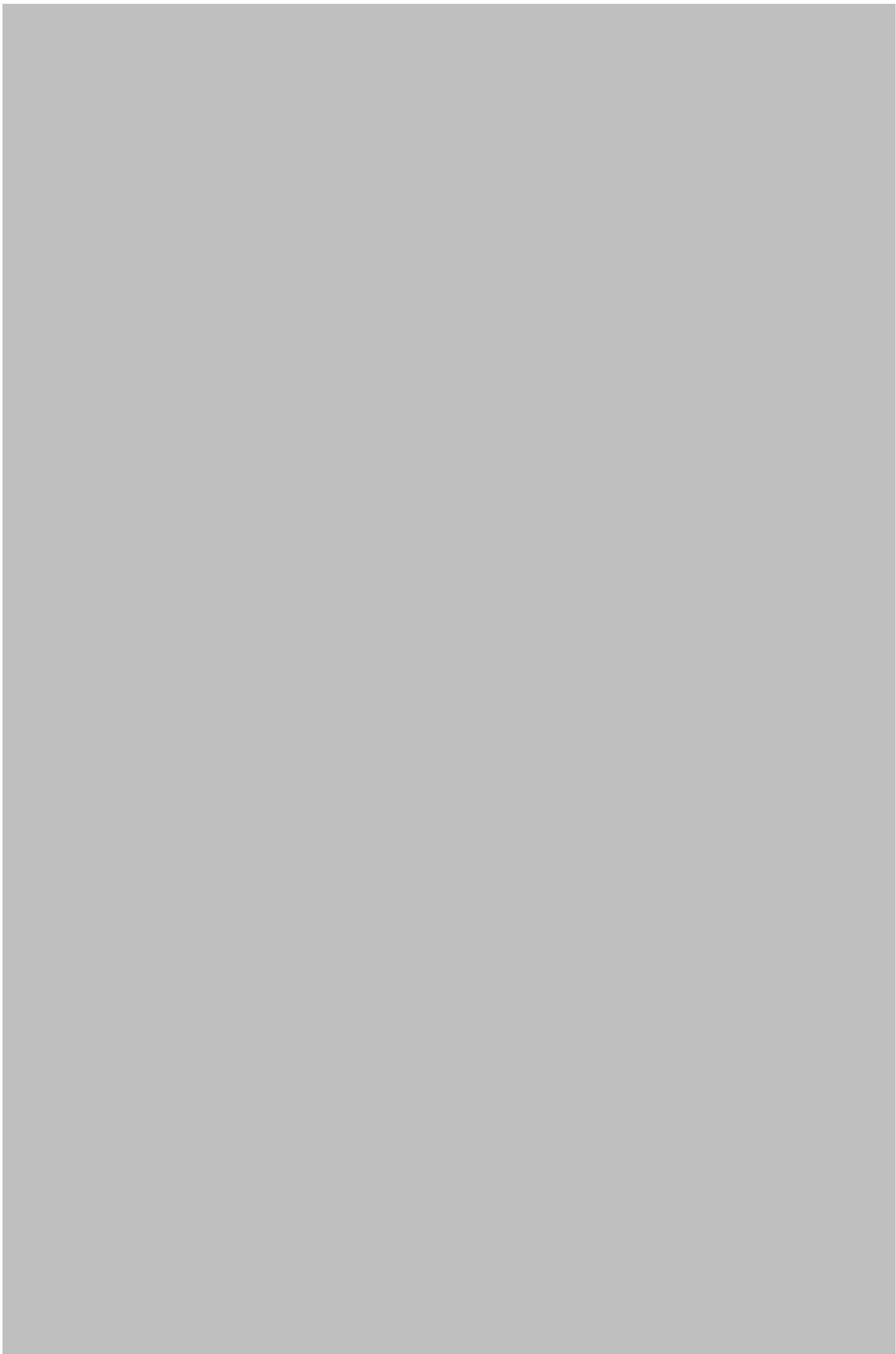




































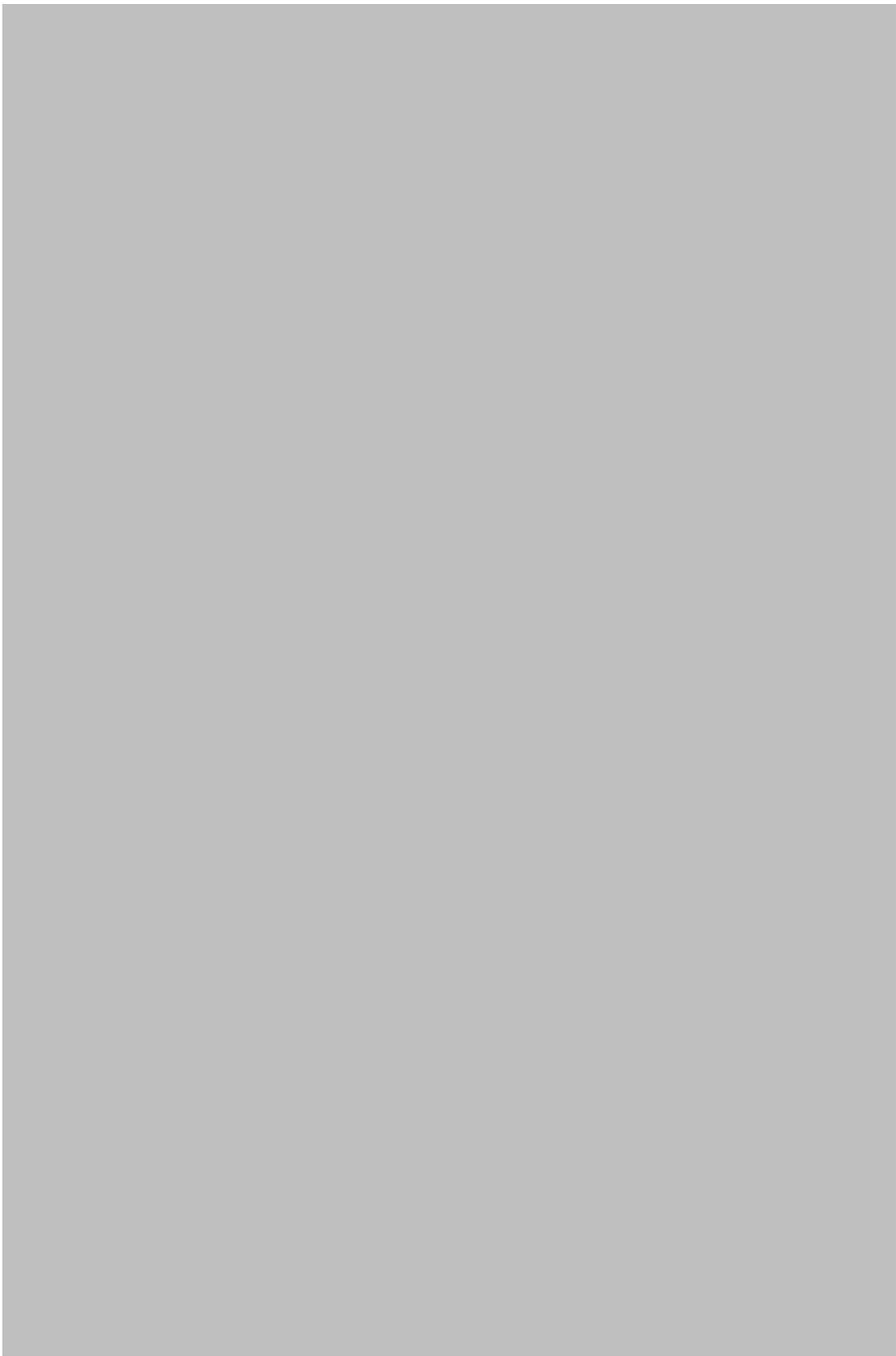


























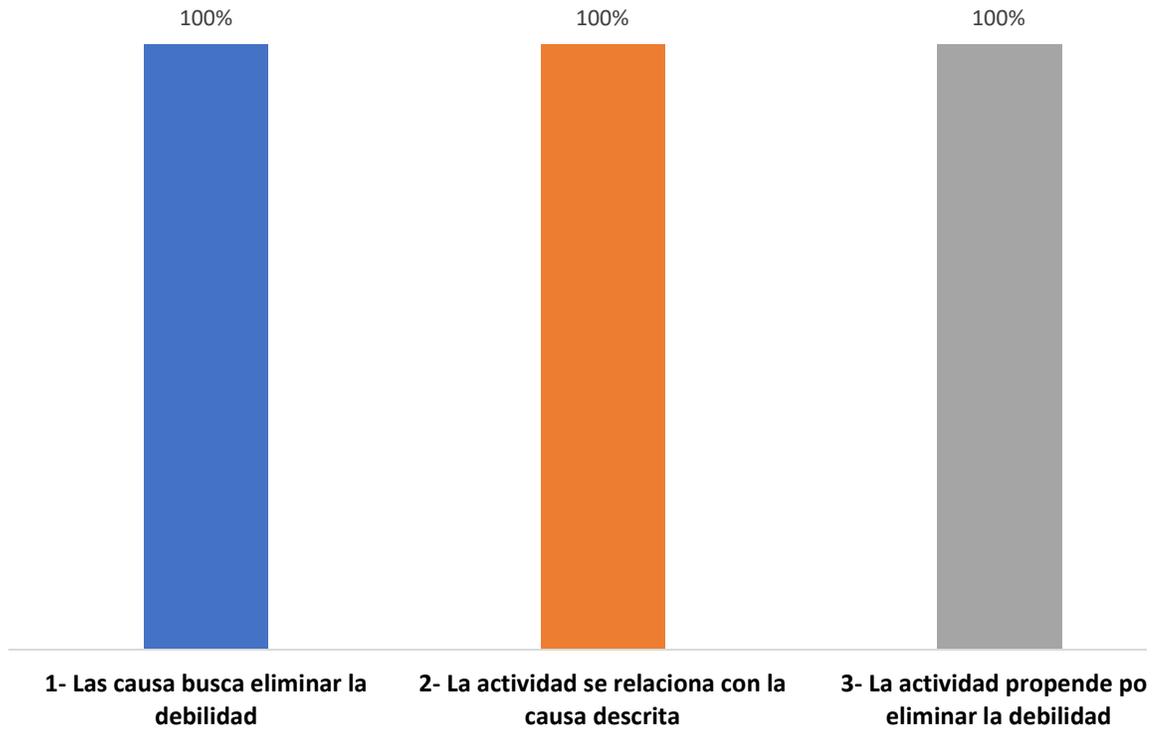




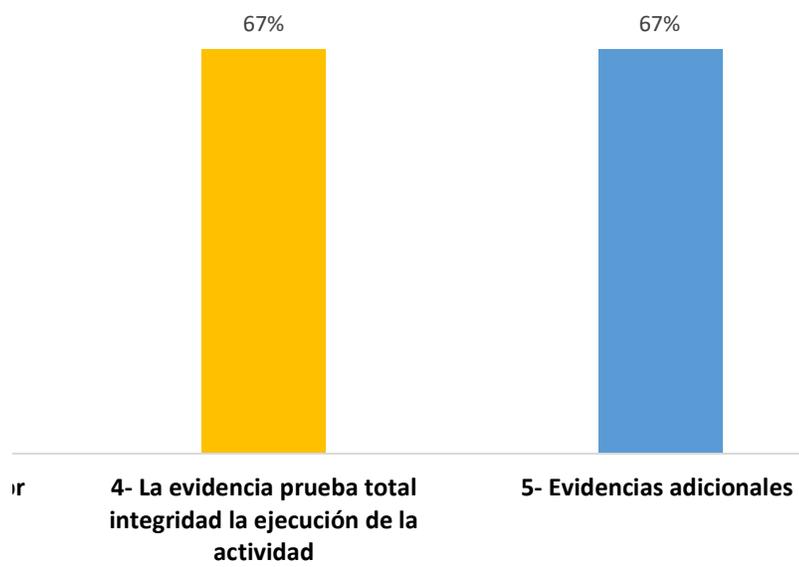




PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO POR DEBILI



IDAD DE LA DT. CAUCA

























 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día:	8	Mes:	6	Año:	2021
-------------------------------------	-------------	---	-------------	---	-------------	------

Número de Informe	1/2
Nombre del Seguimiento	Comportamiento de la percepción de la segunda línea de defensa, análisis de la tercera línea en el SIG
Objetivo del Seguimiento	Conocer el comportamiento estadístico de la percepción segunda línea de defensa mediante el uso de la herramienta de autoevaluación
Alcance del Seguimiento	Se inicia con la recopilación de la información de las variables dentro del modelo de autoevaluación y concluye con el informe de comportamiento estadístico
Normatividad	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.

 El futuro es de todos	INFORME DE SEGUIMIENTO	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



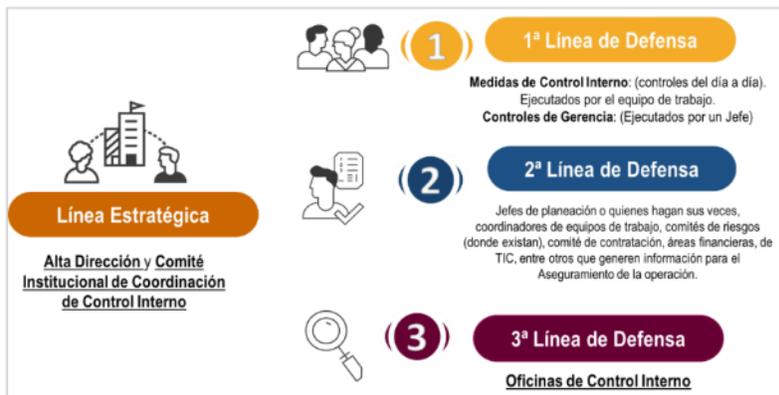
La Política de Sistema de Gestión, la Unidad para las Víctimas implementa y mejora continuamente sus procesos de manera eficaz, eficiente y efectiva, ejecutando políticas, planes, programas y/o proyectos en el nivel nacional y territorial para la atención, asistencia y reparación integral en coordinación 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.

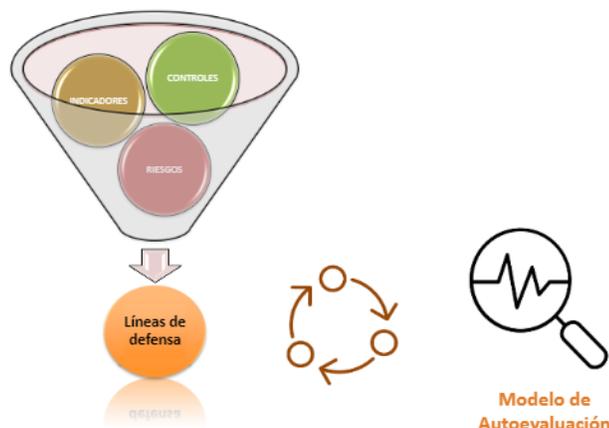
La siguiente gráfica muestra el desarrollo macro de las tres líneas de defensa que se aplica igualmente en la UARIV

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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

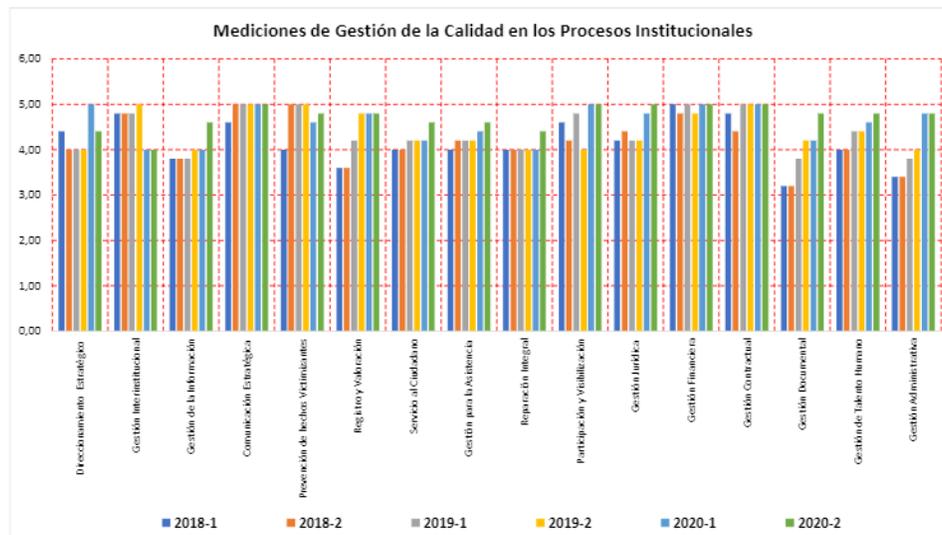
ANÁLISIS DE LA TERCERA LÍNEA DE DEFENSA EN RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO Y MEDICIONES DE LA SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA EN LOS PROCESOS INSTITUCIONALES PERIODO 2018 A 2020

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.

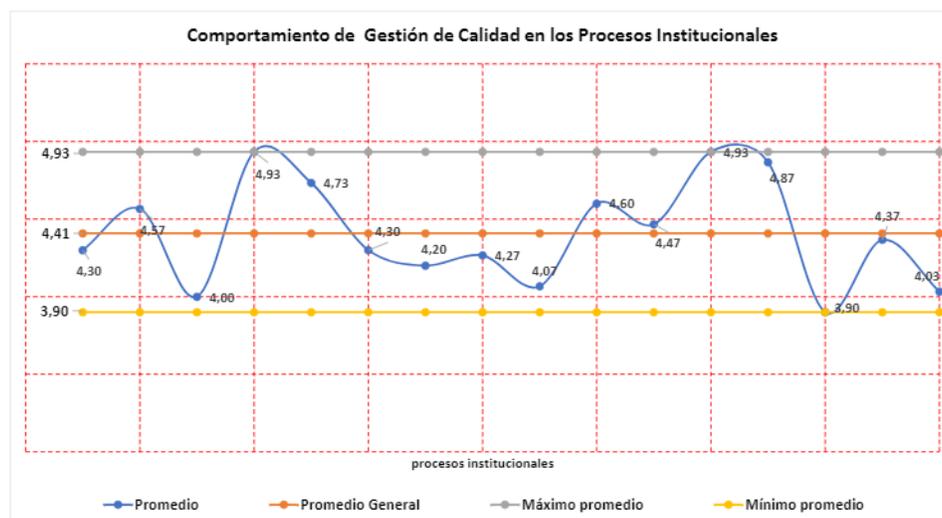
Las siguientes tablas muestran cada uno de los procesos y las mediciones semestrales desde 2018 y hasta 31 de diciembre de 2020, extraídas del Modelo de Autoevaluación que es diligenciado exclusivamente por los responsables de los procesos y corresponden a los valores por ellos autónomamente asignados 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

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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)

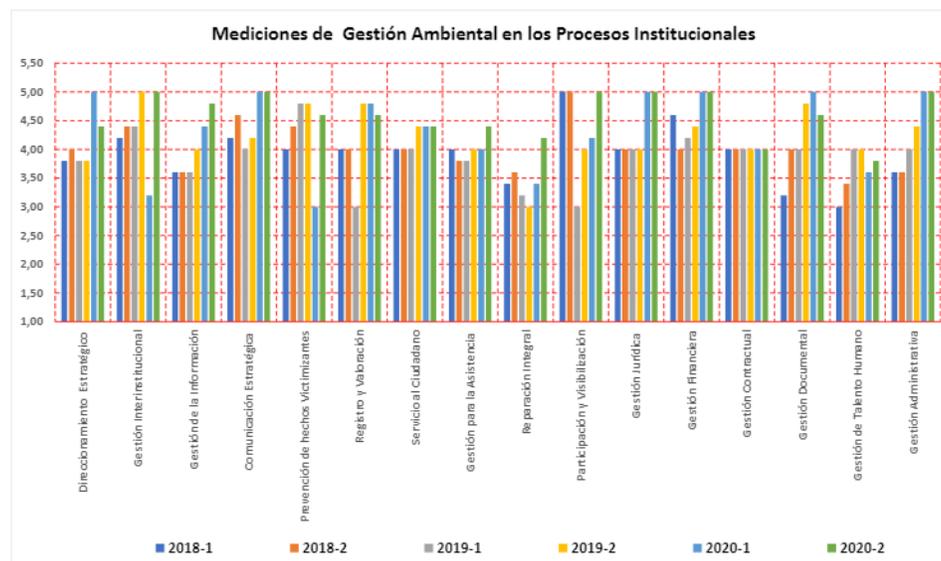


Como se puede observar, el valor máximo de los procesos institucionales logrado por la variable Gestión de la Calidad es 4,93/5,00 y un valor mínimo de 3,90/5,00. Teniendo en cuenta que el promedio general de 4,41/5,00. Se encuentran por encima del promedio general y nueve están por debajo del citado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

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las Víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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

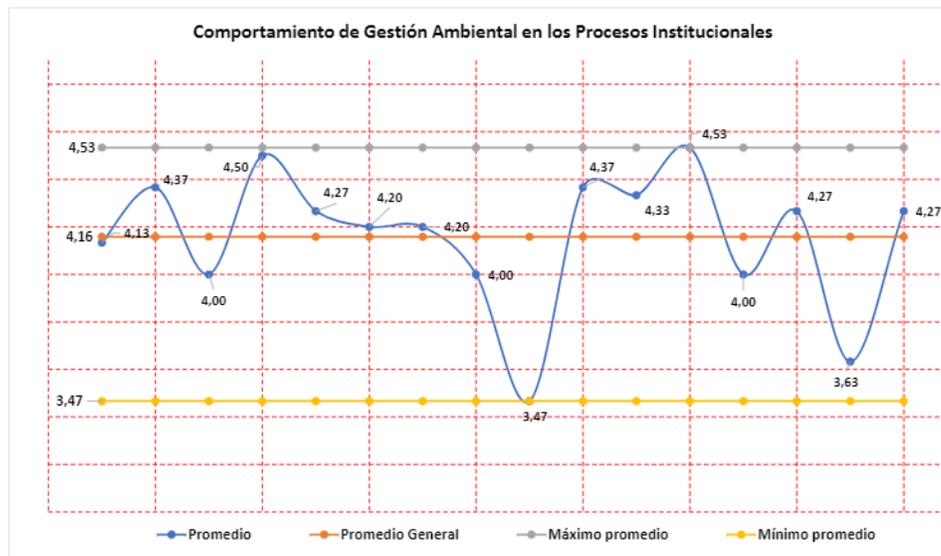
En lo que respecta a la variable gestión ambiental, como aspecto operativo del sistema medioambiental que le corresponde la entidad, tiene el siguiente análisis:

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).

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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

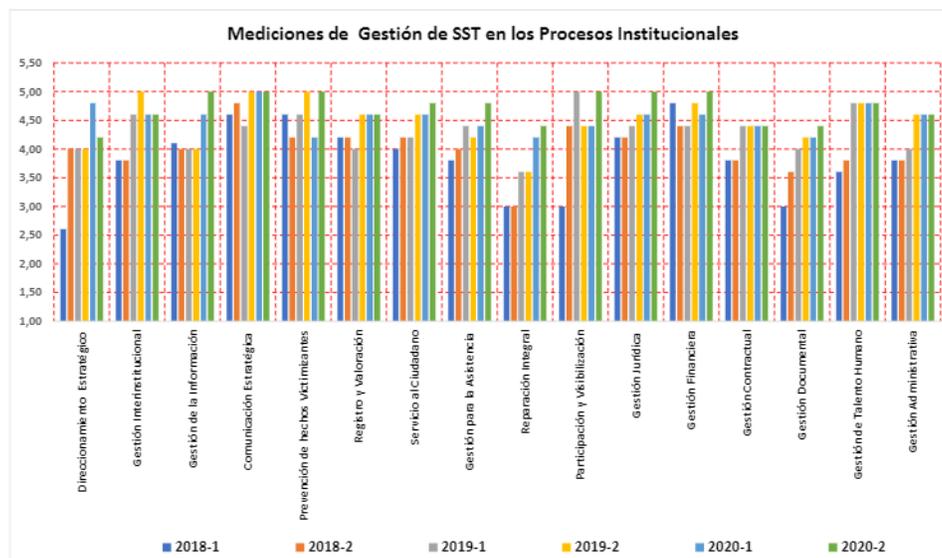


Como se puede observar, el valor máximo de los procesos institucionales logrado por la variable Gestión Ambiental es 4,53/5,00 y un valor mínimo de 3,47/5,00. Teniendo en cuenta que el promedio general de 4,16/5,00. Se encuentran por encima del promedio general diez y seis están por debajo del citado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

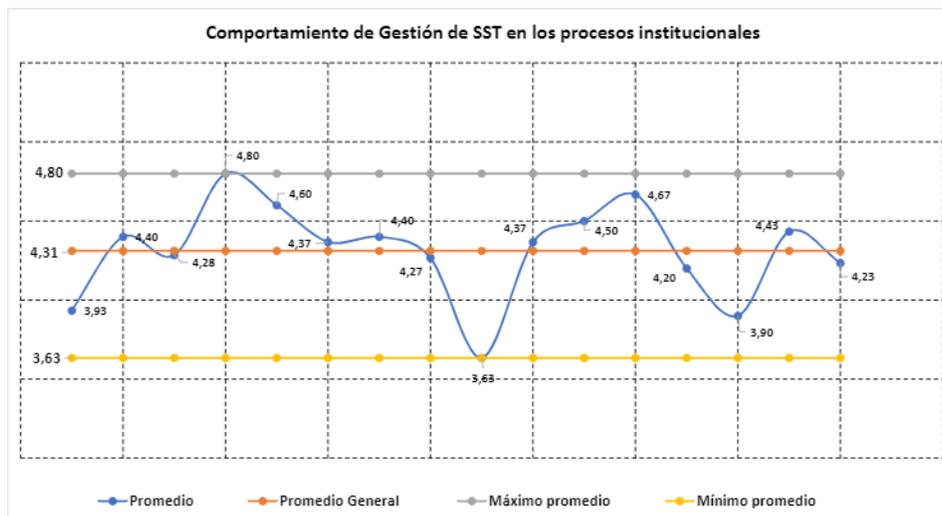
En lo que respecta a la variable Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de procesos, como aspecto operativo del modelo de seguridad de los servidores de la entidad y de las partes interesadas, tiene el siguiente análisis:

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

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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.

 El futuro es de todos <small>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</small>	INFORME DE SEGUIMIENTO	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

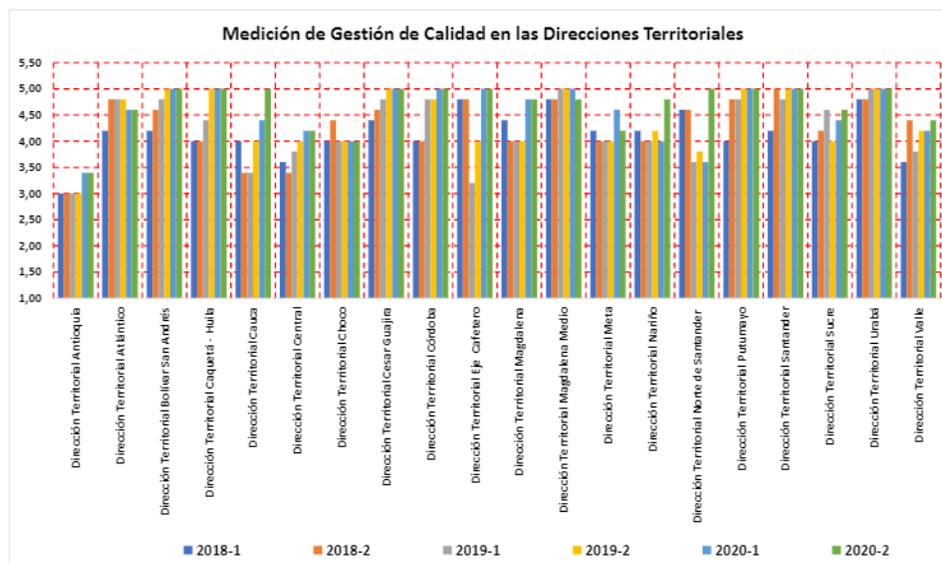
Un análisis holístico muestra que seis procesos del nivel nacional tienen valores por encima del promedio de las tres variables examinadas (calidad, ambiental y seguridad). De ellos se puede concluir que tienen una fortaleza en las variables básicas de la línea de defensa que les corresponde, aspecto 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

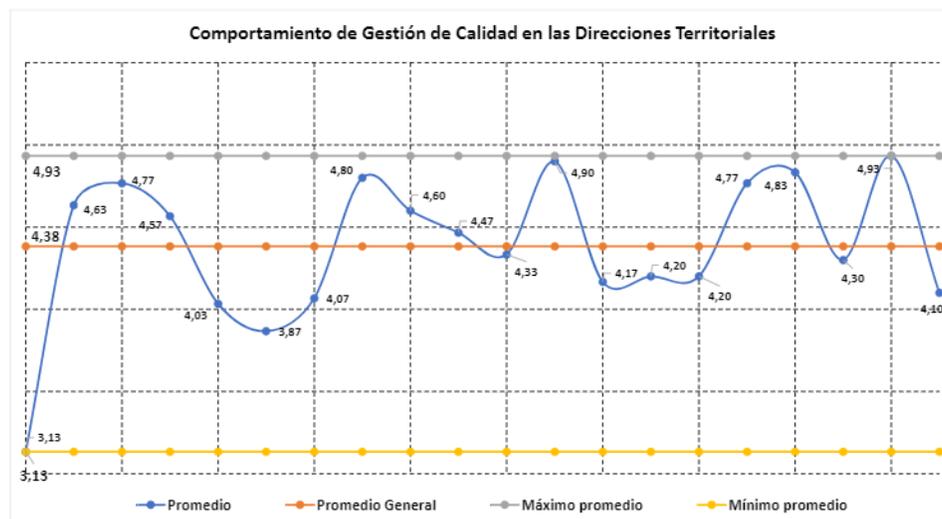
Se toman la totalidad de las 20 Direcciones Territoriales que corresponden a una muestra del 100%. Las siguientes tablas muestran cada Dirección Territorial y las mediciones semestrales desde 2018 y hasta 31 de diciembre de 2020 realizadas autónomamente por los equipos de trabajo y extraídas del Modelo 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

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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).

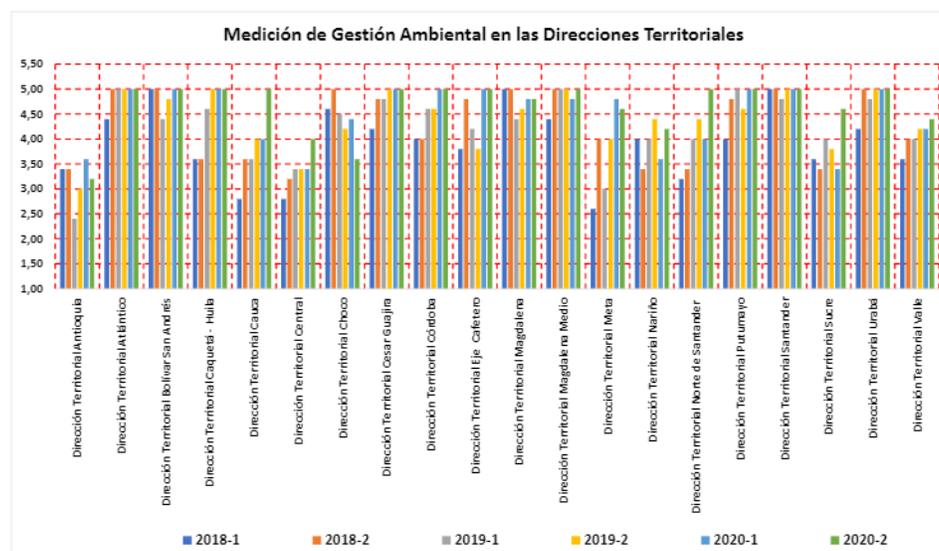


Como se puede observar, el valor máximo logrado por la variable Gestión de la Calidad es 4.93/5.00 que corresponden y un valor mínimo de 3,13/5,00. Teniendo en cuenta que el promedio general de 4,38/5,00, Diez Direcciones Territoriales se encuentran por debajo del promedio general y diez están por encima 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.

	INFORME DE SEGUIMIENTO	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

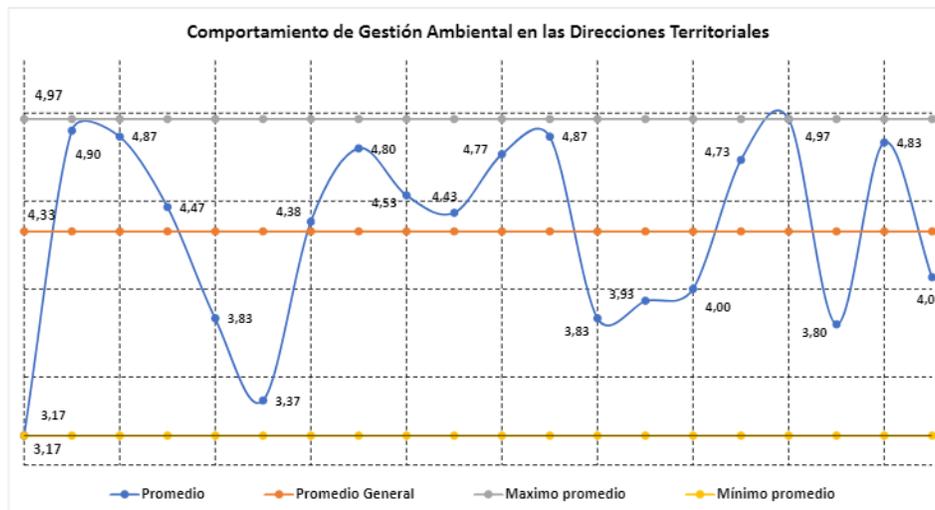
En lo que respecta a la variable Gestión Ambiental, como aspecto operativo del modelo de medición, tiene el siguiente análisis:

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 tomarán como constantes en la gráfica).

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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

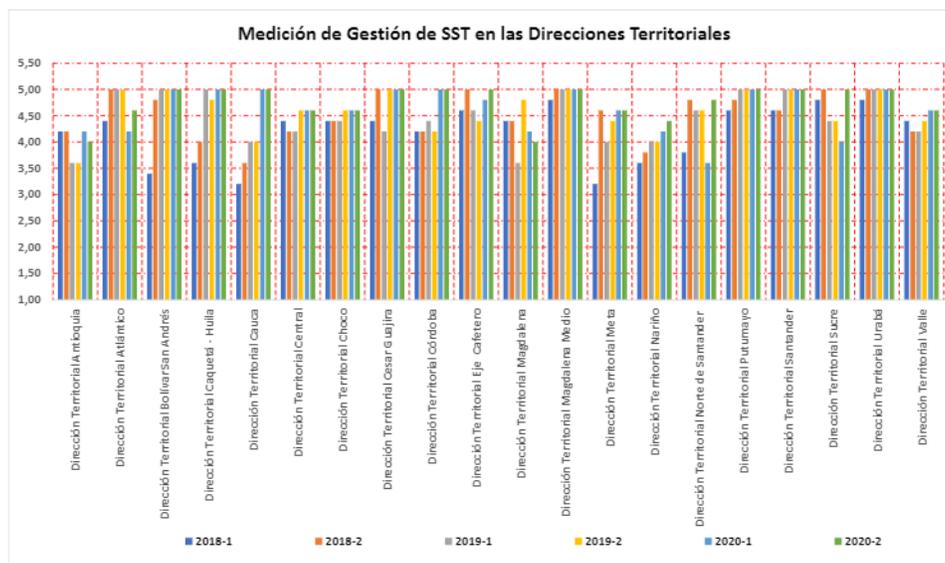


Como se puede observar, el valor máximo logrado por la variable Gestión Ambiental es 4,97/5,00 y un valor mínimo de 3,17/5,00. Teniendo en cuenta que el promedio general de 4,33/5,00 doce se encuentran por encima del promedio general y ocho están por encima del citado promedio. De lo anterior se tiene que el 60,00% de las DTs superan el promedio mientras que el otro 40,00% no lo logra.

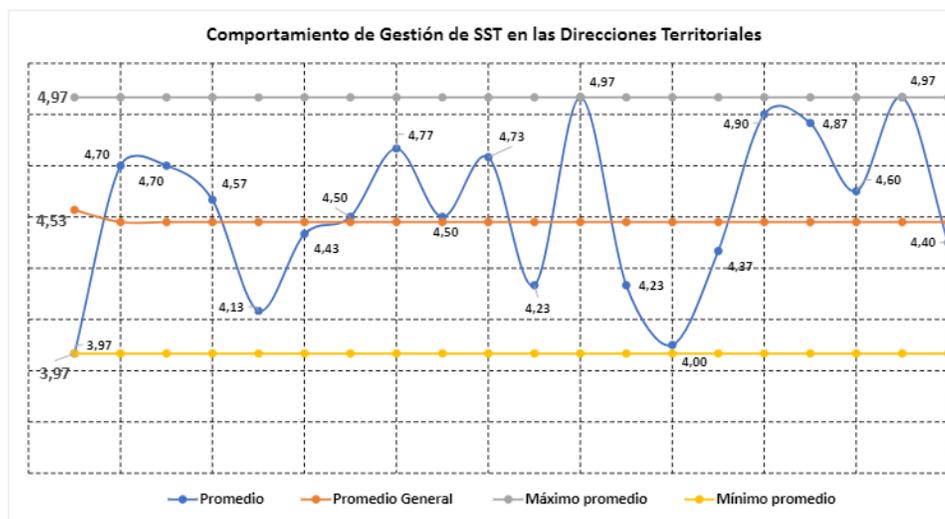
En lo que respecta a la variable Seguridad y Salud en el Trabajo, como aspecto operativo del modelo de medición, tiene el siguiente análisis:

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

 El futuro es de todos	INFORME DE SEGUIMIENTO		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).



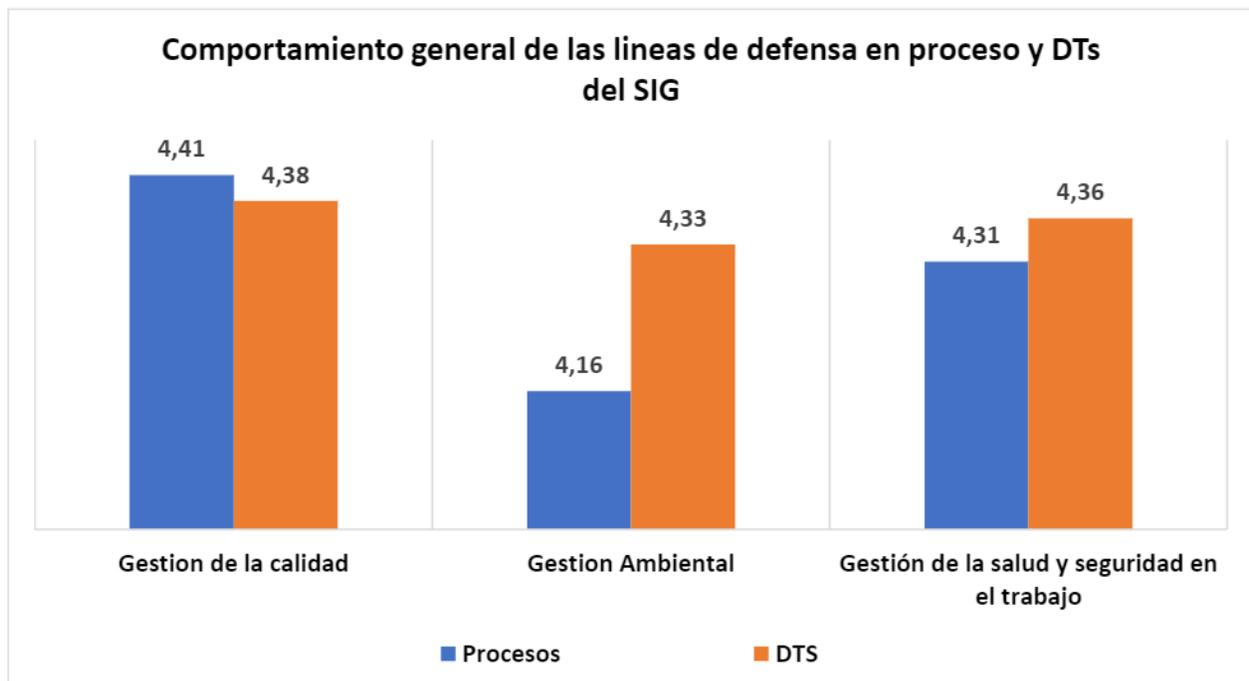
Como se puede observar, el valor máximo logrado por la variable Gestión Seguridad y salud en el Trabajo es 4,97/5,00 y un valor mínimo de 3,97/5,00. Teniendo en cuenta que el promedio general de 4,53/5,00 diez direcciones territoriales se encuentran por encima del promedio general y diez están por encima 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.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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,

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día:	12	Mes:	11	Año:	2021
-------------------------------------	-------------	----	-------------	----	-------------	------

Número de Informe	2/2
Nombre del Seguimiento	Comportamiento de la percepción de la segunda línea de defensa, análisis de la tercera línea en el SIG
Objetivo del Seguimiento	Conocer el comportamiento estadístico de la percepción de la segunda línea de defensa mediante el uso de la herramienta de autoevaluación
Alcance del Seguimiento	Se inicia con la recopilación de la información de las variables dentro del modelo de autoevaluación y concluye con el informe de comportamiento estadístico
Normatividad	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, 2020 y primer semestre de 2021, 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.

 El futuro es de todos	INFORME DE SEGUIMIENTO	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

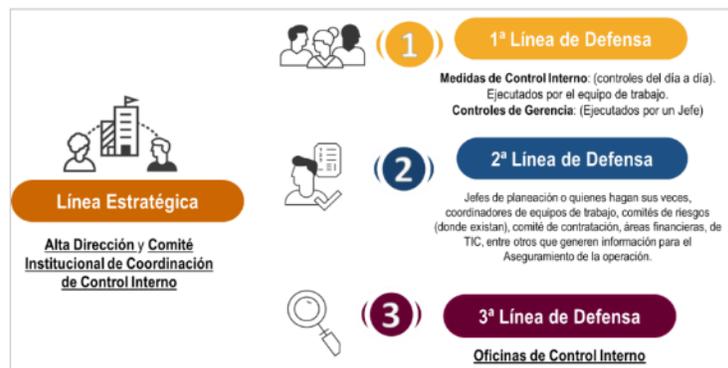


La Política de Sistema de Gestión, la Unidad para las Víctimas implementa y mejora continuamente sus procesos de manera eficaz, eficiente y efectiva, ejecutando políticas, planes, programas y/o proyectos en el nivel nacional y territorial para la atención, asistencia y reparación integral en coordinación 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.

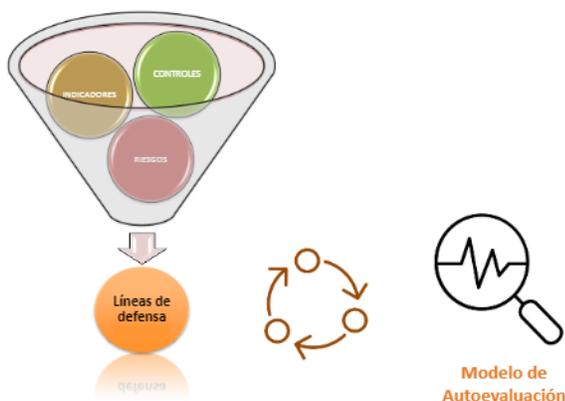
La siguiente gráfica muestra el desarrollo macro de las tres líneas de defensa que se aplica igualmente en la UARIV

Las Líneas de Defensa en el Modelo Estándar de Control Interno



 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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

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

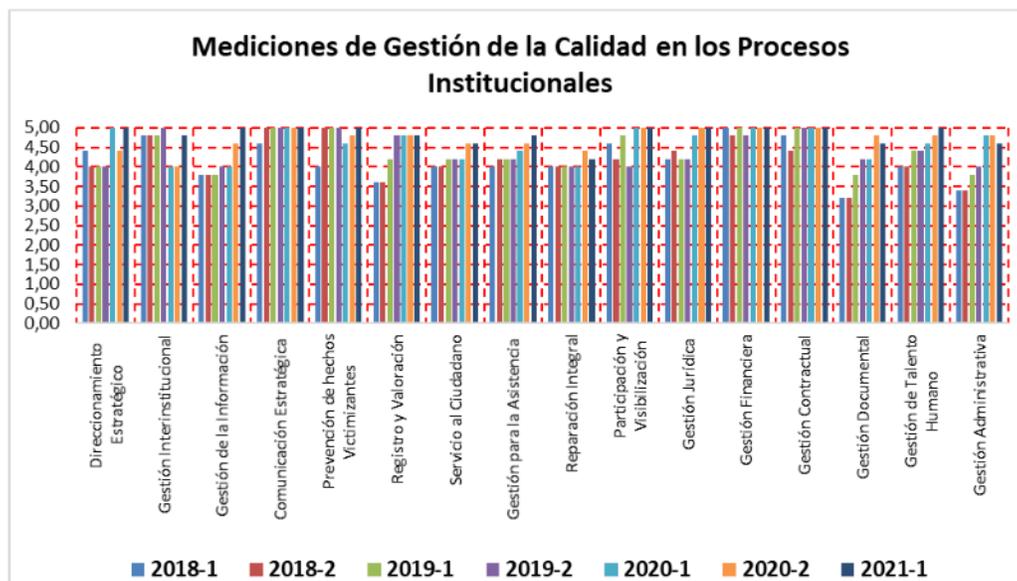
ANÁLISIS DE LA TERCERA LÍNEA DE DEFENSA EN RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO Y MEDICIONES DE LA SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA EN LOS PROCESOS INSTITUCIONALES PERIODO 2018 A 2021-1

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 junio de 2021, 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.

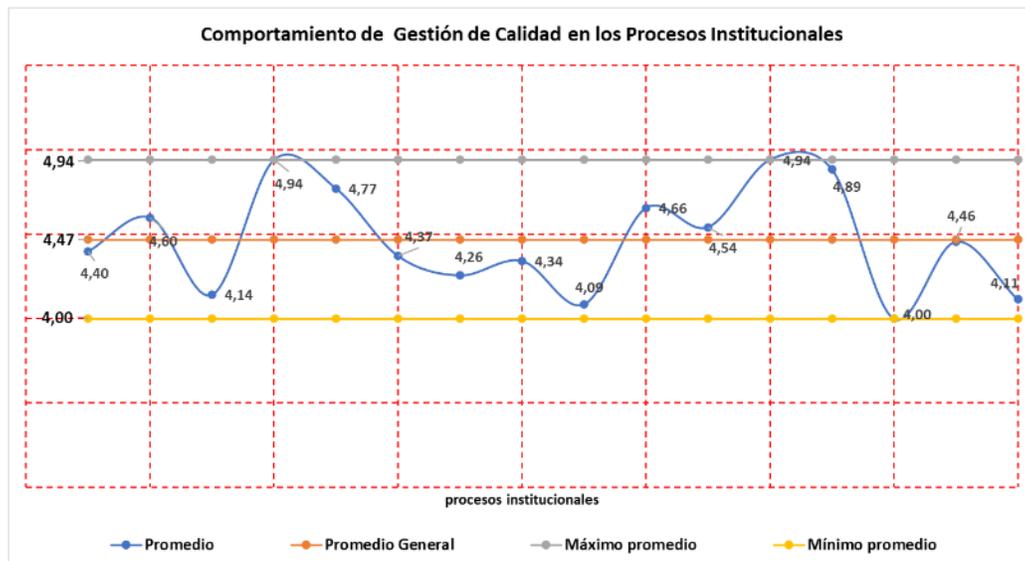
 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

Procesos	Gestión de Calidad de Procesos						
	2018-1	2018-2	2019-1	2019-2	2020-1	2020-2	2021-1
Direccionamiento Estratégico	4,40	4,00	4,00	4,00	5,00	4,40	5,00
Gestión Interinstitucional	4,80	4,80	4,80	5,00	4,00	4,00	4,80
Gestión de la Información	3,80	3,80	3,80	4,00	4,00	4,60	5,00
Comunicación Estratégica	4,60	5,00	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	5,00
Registro y Valoración	3,60	3,60	4,20	4,80	4,80	4,80	4,80
Servicio al Ciudadano	4,00	4,00	4,20	4,20	4,20	4,60	4,60
Gestión para la Asistencia	4,00	4,20	4,20	4,20	4,40	4,60	4,80
Reparación Integral	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,40	4,20
Participación y Visibilización	4,60	4,20	4,80	4,00	5,00	5,00	5,00
Gestión Jurídica	4,20	4,40	4,20	4,20	4,80	5,00	5,00
Gestión Financiera	5,00	4,80	5,00	4,80	5,00	5,00	5,00
Gestión Contractual	4,80	4,40	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Gestión Documental	3,20	3,20	3,80	4,20	4,20	4,80	4,60
Gestión de Talento Humano	4,00	4,00	4,40	4,40	4,60	4,80	5,00
Gestión Administrativa	3,40	3,40	3,80	4,00	4,80	4,80	4,60



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)

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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

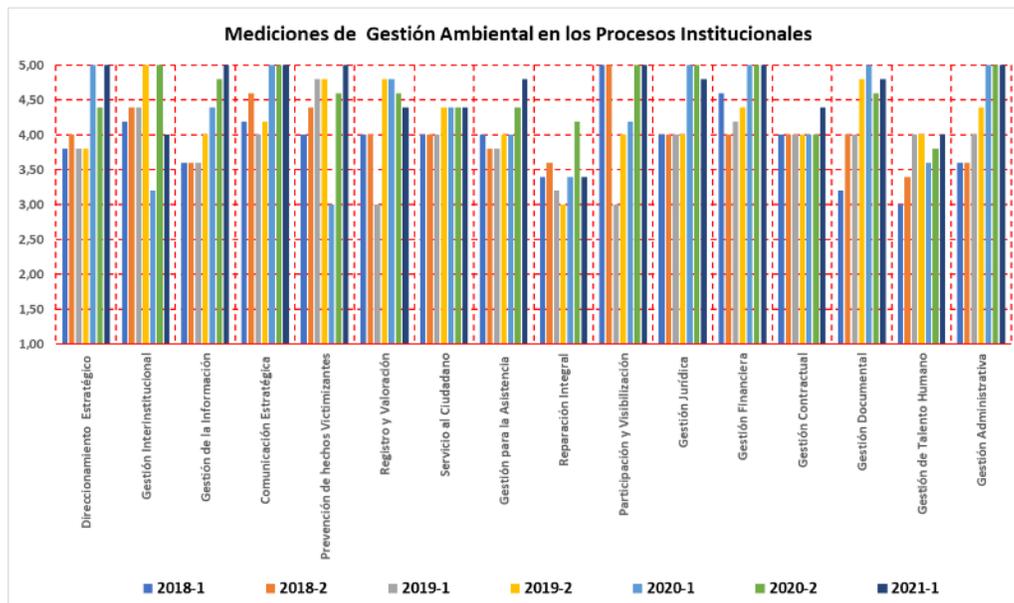


Como se puede observar, el valor máximo de los procesos institucionales logrado por la variable Gestión de la Calidad es 4,94/5,00 y un valor mínimo de 4,00/5,00. Teniendo en cuenta que el promedio general de 4,47/5,00. Siete procesos se encuentran por encima del promedio general y nueve están por debajo 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.

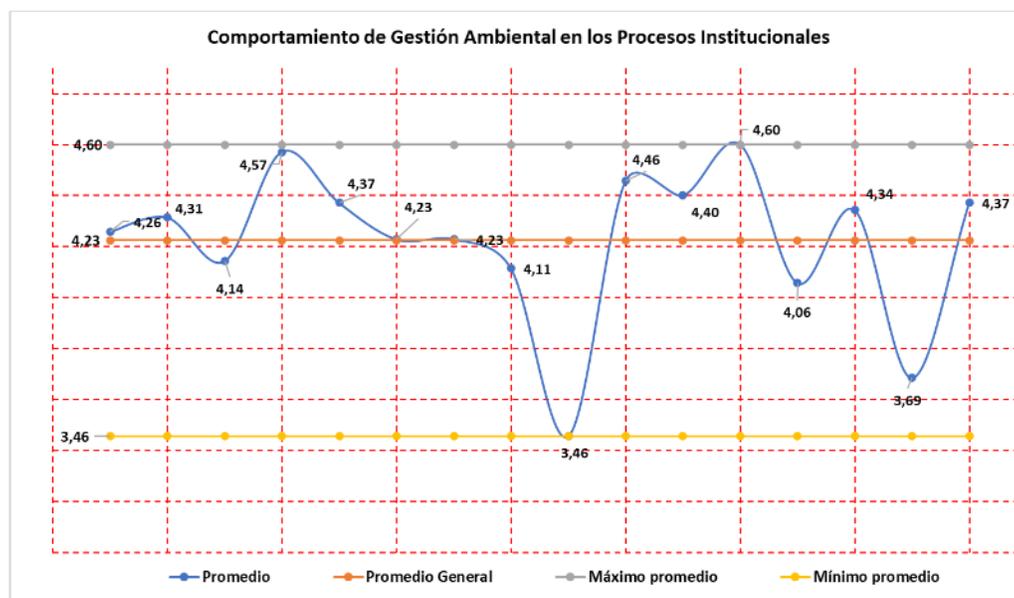
En lo que respecta a la variable gestión ambiental, como aspecto operativo del sistema medioambiental que le corresponde la entidad, tiene el siguiente análisis:

Proceso	Gestión Ambiental de procesos						
	2018-1	2018-2	2019-1	2019-2	2020-1	2020-2	2021-1
Direccionamiento Estratégico	3,80	4,00	3,80	3,80	5,00	4,40	5,00
Gestión Interinstitucional	4,20	4,40	4,40	5,00	3,20	5,00	4,00
Gestión de la Información	3,60	3,60	3,60	4,00	4,40	4,80	5,00
Comunicación Estratégica	4,20	4,60	4,00	4,20	5,00	5,00	5,00
Prevención de hechos Victimizantes	4,00	4,40	4,80	4,80	3,00	4,60	5,00
Registro y Valoración	4,00	4,00	3,00	4,80	4,80	4,60	4,40
Servicio al Ciudadano	4,00	4,00	4,00	4,40	4,40	4,40	4,40
Gestión para la Asistencia	4,00	3,80	3,80	4,00	4,00	4,40	4,80
Reparación Integral	3,40	3,60	3,20	3,00	3,40	4,20	3,40
Participación y Visibilización	5,00	5,00	3,00	4,00	4,20	5,00	5,00
Gestión Jurídica	4,00	4,00	4,00	4,00	5,00	5,00	4,80
Gestión Financiera	4,60	4,00	4,20	4,40	5,00	5,00	5,00
Gestión Contractual	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,40
Gestión Documental	3,20	4,00	4,00	4,80	5,00	4,60	4,80
Gestión de Talento Humano	3,00	3,40	4,00	4,00	3,60	3,80	4,00
Gestión Administrativa	3,60	3,60	4,00	4,40	5,00	5,00	5,00

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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 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).



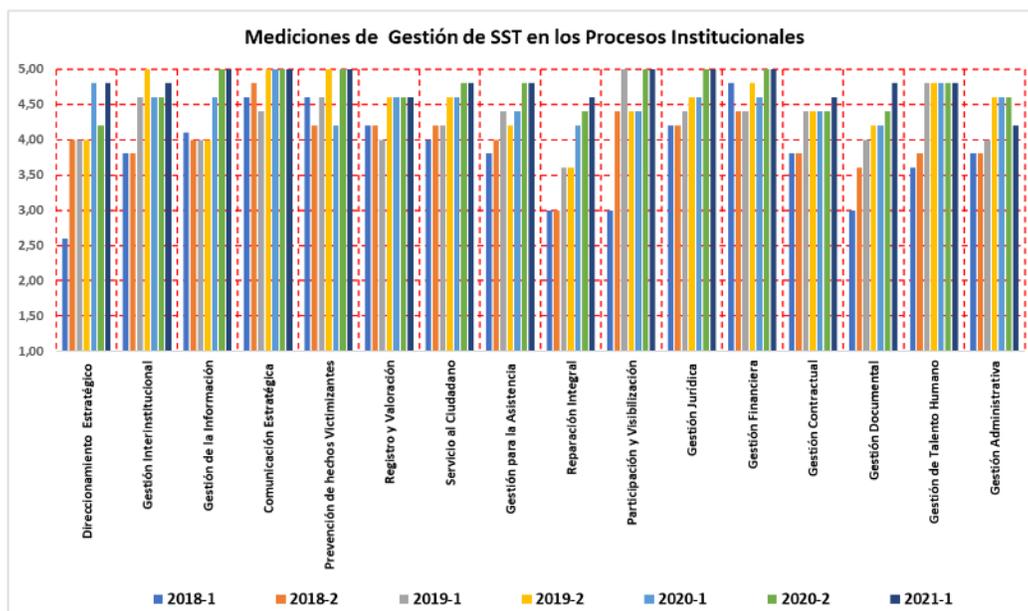
Como se puede observar, el valor máximo de los procesos institucionales logrado por la variable Gestión Ambiental es 4,60/5,00 y un valor mínimo de 3,46/5,00. Teniendo en cuenta que el promedio general de

	INFORME DE SEGUIMIENTO	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

4,23/5,00. Se encuentran por encima del promedio general once y están por debajo del citado promedio cinco. De lo anterior se tiene que el 68.75% de los procesos superan el promedio mientras que el 31,25% 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:

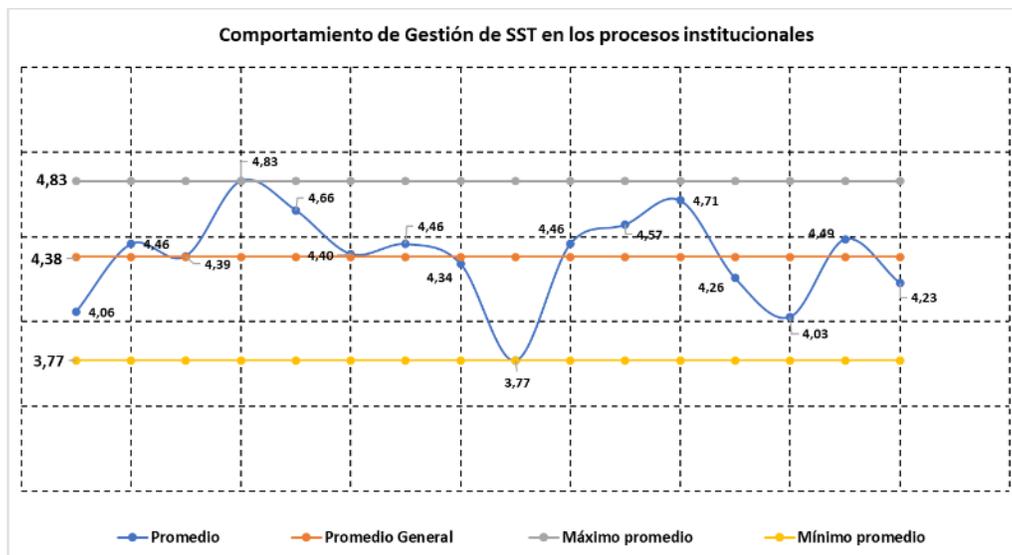
Proceso	Gestión de seguridad y salud en el trabajo de procesos						
	2018-1	2018-2	2019-1	2019-2	2020-1	2020-2	2021-1
Direccionamiento Estratégico	2,60	4,00	4,00	4,00	4,80	4,20	4,80
Gestión Interinstitucional	3,80	3,80	4,60	5,00	4,60	4,60	4,80
Gestión de la Información	4,10	4,00	4,00	4,00	4,60	5,00	5,00
Comunicación Estratégica	4,60	4,80	4,40	5,00	5,00	5,00	5,00
Prevención de hechos Victimizantes	4,60	4,20	4,60	5,00	4,20	5,00	5,00
Registro y Valoración	4,20	4,20	4,00	4,60	4,60	4,60	4,60
Servicio al Ciudadano	4,00	4,20	4,20	4,60	4,60	4,80	4,80
Gestión para la Asistencia	3,80	4,00	4,40	4,20	4,40	4,80	4,80
Reparación Integral	3,00	3,00	3,60	3,60	4,20	4,40	4,60
Participación y Visibilización	3,00	4,40	5,00	4,40	4,40	5,00	5,00
Gestión Jurídica	4,20	4,20	4,40	4,60	4,60	5,00	5,00
Gestión Financiera	4,80	4,40	4,40	4,80	4,60	5,00	5,00
Gestión Contractual	3,80	3,80	4,40	4,40	4,40	4,40	4,60
Gestión Documental	3,00	3,60	4,00	4,20	4,20	4,40	4,80
Gestión de Talento Humano	3,60	3,80	4,80	4,80	4,80	4,80	4,80
Gestión Administrativa	3,80	3,80	4,00	4,60	4,60	4,60	4,20



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

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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

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 4,83/5,00 y un valor mínimo de 3,77/5,00. Teniendo en cuenta que el promedio general de 4,38/5,00. Diez procesos se encuentran por encima del promedio general 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.

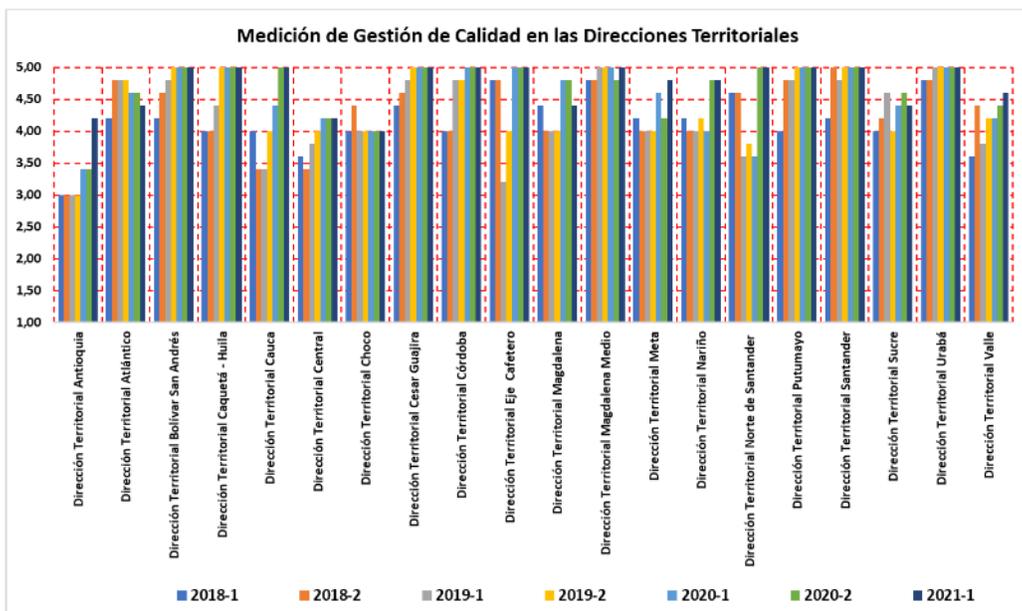
Un análisis holístico muestra que 14 procesos del nivel nacional tienen valores por encima del promedio en las tres variables examinadas (calidad, ambiental y seguridad). De ellos se puede concluir que tienen una fortaleza en las variables básicas de la línea de defensa que les corresponde, aspecto sobresaliente y que debe ser un aliciente para que los otros dos 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 2021-1

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 30 de junio de 2021 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.

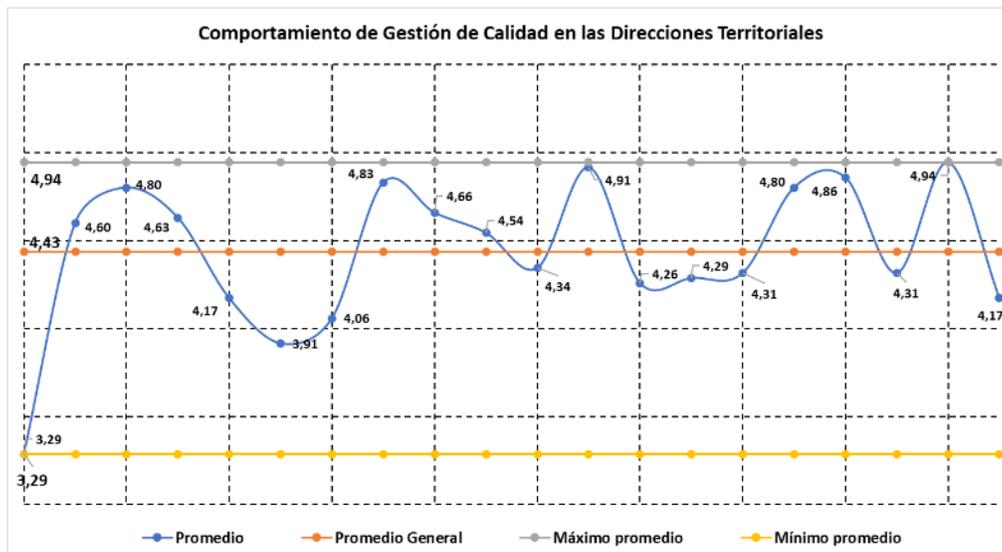
 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las Víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

Direcciones Territoriales	Gestión de calidad de las DTs						
	2018-1	2018-2	2019-1	2019-2	2020-1	2020-2	2021-1
Dirección Territorial Antioquia	3,00	3,00	3,00	3,00	3,40	3,40	4,20
Dirección Territorial Atlántico	4,20	4,80	4,80	4,80	4,60	4,60	4,40
Dirección Territorial Bolívar San Andrés	4,20	4,60	4,80	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Caquetá - Huila	4,00	4,00	4,40	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Cauca	4,00	3,40	3,40	4,00	4,40	5,00	5,00
Dirección Territorial Central	3,60	3,40	3,80	4,00	4,20	4,20	4,20
Dirección Territorial Choco	4,00	4,40	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Dirección Territorial Cesar Guajira	4,40	4,60	4,80	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Córdoba	4,00	4,00	4,80	4,80	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Eje Cafetero	4,80	4,80	3,20	4,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Magdalena	4,40	4,00	4,00	4,00	4,80	4,80	4,40
Dirección Territorial Magdalena Medio	4,80	4,80	5,00	5,00	5,00	4,80	5,00
Dirección Territorial Meta	4,20	4,00	4,00	4,00	4,60	4,20	4,80
Dirección Territorial Nariño	4,20	4,00	4,00	4,20	4,00	4,80	4,80
Dirección Territorial Norte de Santander	4,60	4,60	3,60	3,80	3,60	5,00	5,00
Dirección Territorial Putumayo	4,00	4,80	4,80	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Santander	4,20	5,00	4,80	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Sucre	4,00	4,20	4,60	4,00	4,40	4,60	4,40
Dirección Territorial Urabá	4,80	4,80	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Valle	3,60	4,40	3,80	4,20	4,20	4,40	4,60



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).

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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

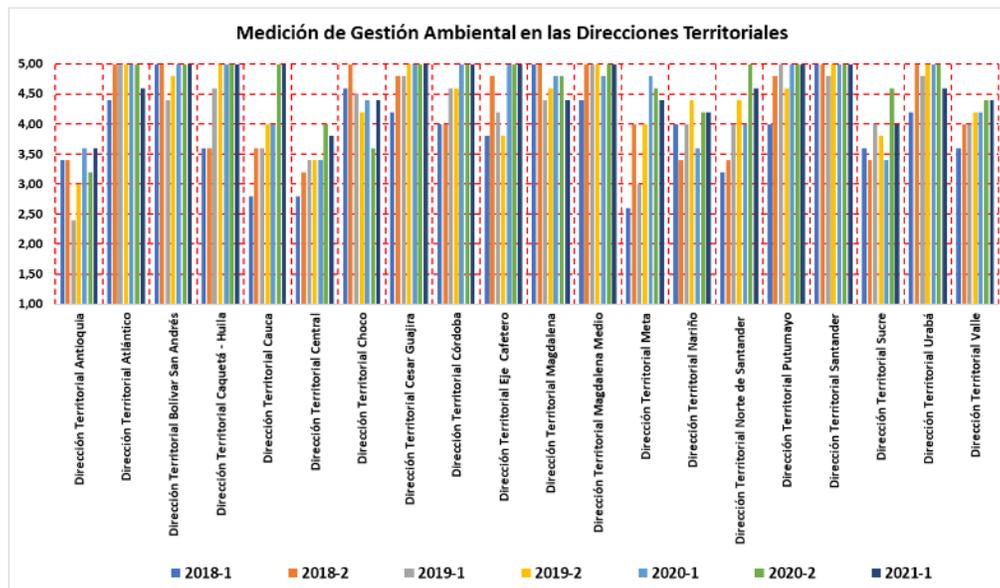


Como se puede observar, el valor máximo logrado por la variable Gestión de la Calidad es 4.94/5,00 que corresponden y un valor mínimo de 3,29/5,00. Teniendo en cuenta que el promedio general de 4,43/5,00, Diez Direcciones Territoriales se encuentran por debajo del promedio general y diez están por encima del citado promedio. De lo anterior se tiene que el 50,00% de las DTS superan el promedio mientras que el otro 50,00% no lo logra.

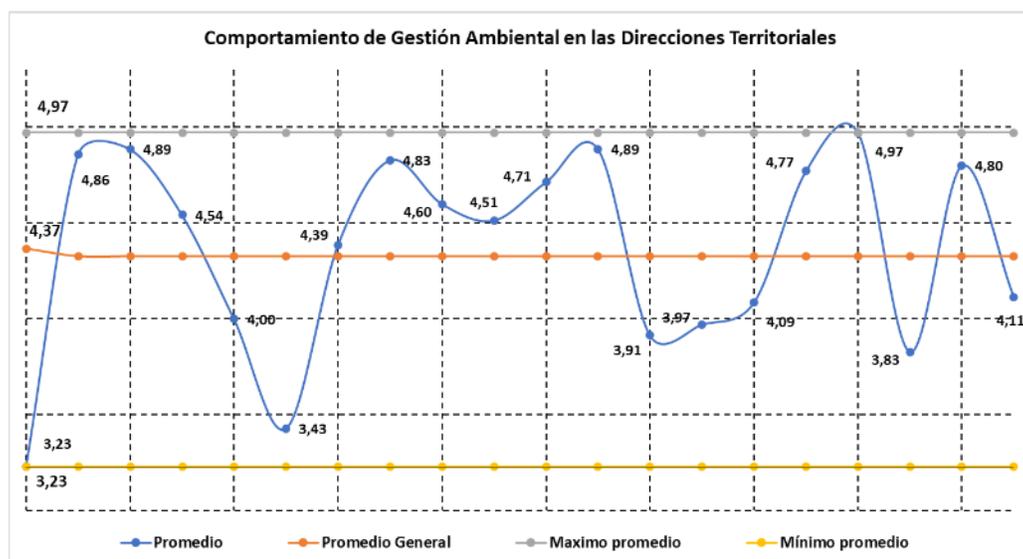
En lo que respecta a la variable Gestión Ambiental, como aspecto operativo del modelo de medición, tiene el siguiente análisis:

Direcciones Territoriales	Gestión Ambiental en las DTS						
	2018-1	2018-2	2019-1	2019-2	2020-1	2020-2	2021-1
Dirección Territorial Antioquia	3,40	3,40	2,40	3,00	3,60	3,20	3,60
Dirección Territorial Atlántico	4,40	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,60
Dirección Territorial Bolívar San Andrés	5,00	5,00	4,40	4,80	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Caquetá - Huila	3,60	3,60	4,60	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Cauca	2,80	3,60	3,60	4,00	4,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Central	2,80	3,20	3,40	3,40	3,40	4,00	3,80
Dirección Territorial Choco	4,60	5,00	4,50	4,20	4,40	3,60	4,40
Dirección Territorial Cesar Guajira	4,20	4,80	4,80	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Córdoba	4,00	4,00	4,60	4,60	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Eje Cafetero	3,80	4,80	4,20	3,80	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Magdalena	5,00	5,00	4,40	4,60	4,80	4,80	4,40
Dirección Territorial Magdalena Medio	4,40	5,00	5,00	5,00	4,80	5,00	5,00
Dirección Territorial Meta	2,60	4,00	3,00	4,00	4,80	4,60	4,40
Dirección Territorial Nariño	4,00	3,40	4,00	4,40	3,60	4,20	4,20
Dirección Territorial Norte de Santander	3,20	3,40	4,00	4,40	4,00	5,00	4,60
Dirección Territorial Putumayo	4,00	4,80	5,00	4,60	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Santander	5,00	5,00	4,80	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Sucre	3,60	3,40	4,00	3,80	3,40	4,60	4,00
Dirección Territorial Urabá	4,20	5,00	4,80	5,00	5,00	5,00	4,60
Dirección Territorial Valle	3,60	4,00	4,00	4,20	4,20	4,40	4,40

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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 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 tomarán como constantes en la gráfica).

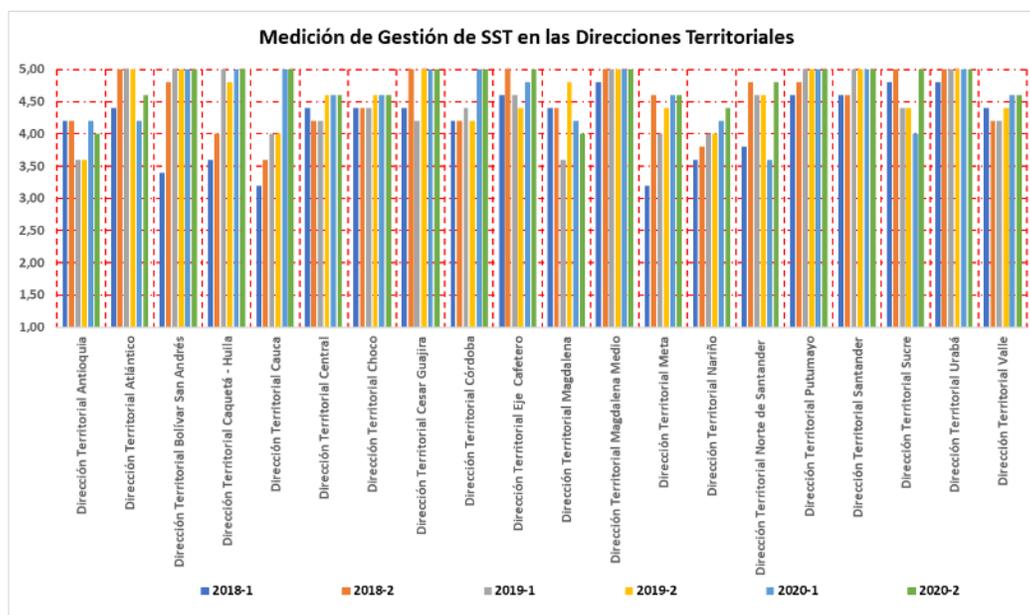


Como se puede observar, el valor máximo logrado por la variable Gestión Ambiental es 4,97/5,00 y un valor mínimo de 3,23/5,00. Teniendo en cuenta que el promedio general de 4,37/5,00 doce se encuentran por encima del promedio general y ocho están por encima del citado promedio. De lo anterior se tiene que el 60,00% de las DTs superan el promedio mientras que el otro 40,00% no lo logra.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las Víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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

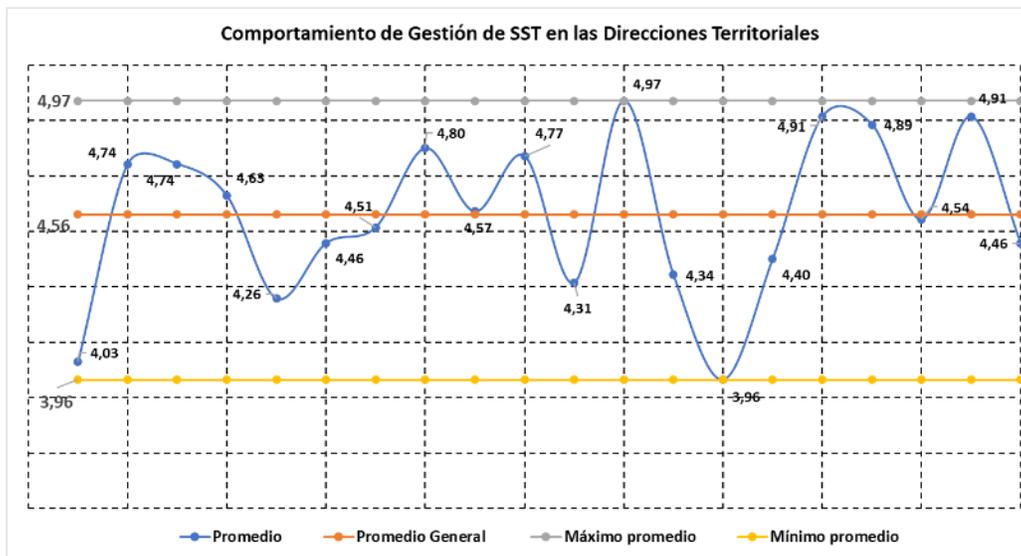
En lo que respecta a la variable Seguridad y Salud en el Trabajo, como aspecto operativo del modelo de medición, tiene el siguiente análisis:

Direcciones Territoriales	Gestión SST en las DTS						
	2018-1	2018-2	2019-1	2019-2	2020-1	2020-2	2021-1
Dirección Territorial Antioquia	4,20	4,20	3,60	3,60	4,20	4,00	4,40
Dirección Territorial Atlántico	4,40	5,00	5,00	5,00	4,20	4,60	5,00
Dirección Territorial Bolívar San Andrés	3,40	4,80	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Caquetá - Huila	3,60	4,00	5,00	4,80	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Cauca	3,20	3,60	4,00	4,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Central	4,40	4,20	4,20	4,60	4,60	4,60	4,60
Dirección Territorial Choco	4,40	4,40	4,40	4,60	4,60	4,60	4,60
Dirección Territorial Cesar Guajira	4,40	5,00	4,20	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Córdoba	4,20	4,20	4,40	4,20	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Eje Cafetero	4,60	5,00	4,60	4,40	4,80	5,00	5,00
Dirección Territorial Magdalena	4,40	4,40	3,60	4,80	4,20	4,00	4,80
Dirección Territorial Magdalena Medio	4,80	5,00	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	5,00
Dirección Territorial Nariño	3,60	3,80	4,00	4,00	4,20	4,40	3,75
Dirección Territorial Norte de Santander	3,80	4,80	4,60	4,60	3,60	4,80	4,60
Dirección Territorial Putumayo	4,60	4,80	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Santander	4,60	4,60	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Dirección Territorial Sucre	4,80	5,00	4,40	4,40	4,00	5,00	4,20
Dirección Territorial Urabá	4,80	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,60
Dirección Territorial Valle	4,40	4,20	4,20	4,40	4,60	4,60	4,80



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 maximinos y mínimos (que se tomaran como constantes en la gráfica).

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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 Seguridad y salud en el Trabajo es 4,97/5,00 y un valor mínimo de 3,96/5,00. Teniendo en cuenta que el promedio general de 4,56/5,00 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.

Un análisis holístico muestra que trece Direcciones Territoriales tienen valores por encima del promedio de las tres variables examinadas (calidad, ambiental y seguridad), lo que corresponde al 65,00%, lo que implica que el 35,00% 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 MINIMAS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (CALIDAD, AMBIENTAL, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO) EN EL PERIODO 2018 A 2021-1

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.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las Víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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 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, 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.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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

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 siete 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 certificador, las líneas de defensa de los tres subsistemas presentan un buen comportamiento, la gestión de la calidad tiene mayor calificación en los procesos 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 segunda 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

ANEXOS

Anexo 1 Control de cambios

Versión	Fecha de Cambio	Descripción de la modificación
---------	-----------------	--------------------------------

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	INFORME DE SEGUIMIENTO	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

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.

Datos	
CARACTERIZACIÓN DEL PLAN DE SEGUIMIENTO (APLICATIVO OCI)	PROCESOS
	DEPENDENCIA
	CÓDIGO DE LA DEBILIDAD
	DEBILIDAD
	CAUSA
	ACCION DE MEJORA
	ACTIVIDAD
	EVIDENCIA DEL AUDITADO
	EVIDENCIA VERIFICADA POR EL AUDITOR
	FECHA INICIO
	FECHA FINAL
	CRITERIOS DE CUMPLIMIENTO
2- La actividad se relaciona con la causa descrita	
3- La actividad propende por eliminar la debilidad	
4- La evidencia prueba total integridad en la ejecución de la actividad	
5- Evidencias adicionales	
VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS	1
	2
	3
	4
	5
	Nivel de cumplimiento
	Porcentaje de cumplimiento
ESTADO	ESTADO DE CUMPLIMIENTO
	MEDIANA (NIVEL DE CUMPLIMIENTO POR DEBILIDAD)
	ZONA DE SOLIDEZ
RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS	1- Las causa busca eliminar la debilidad
	2- La actividad se relaciona con la causa descrita
	3- La actividad debe propender por eliminar la debilidad
	4- La evidencia prueba total integridad la ejecución de la actividad
	5- Evidencias adicionales
	CRITERIOS DEL EVALUADOR

Nota:

La única hoja que se debe diligenciar de resultado del seguimiento realizado por e



















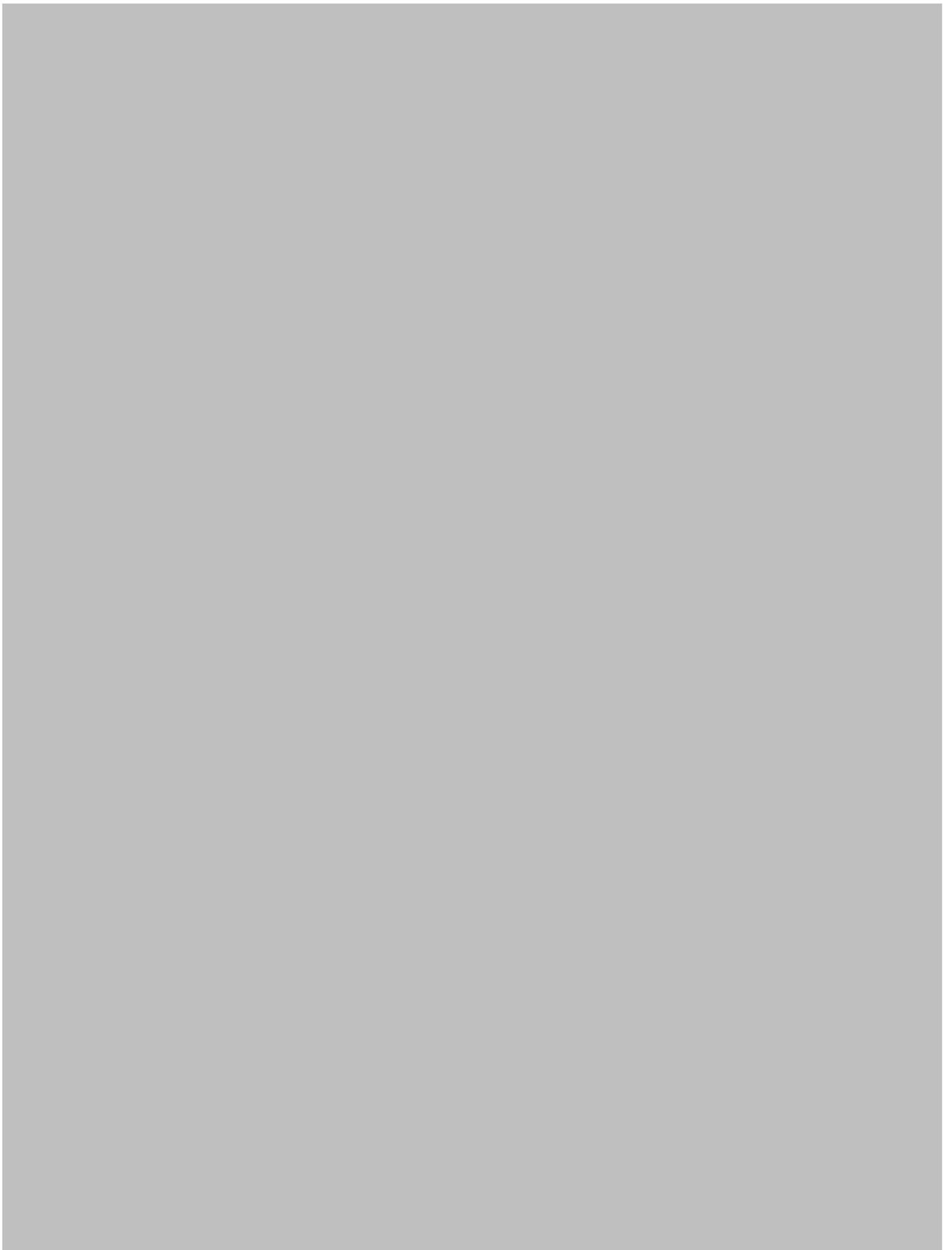


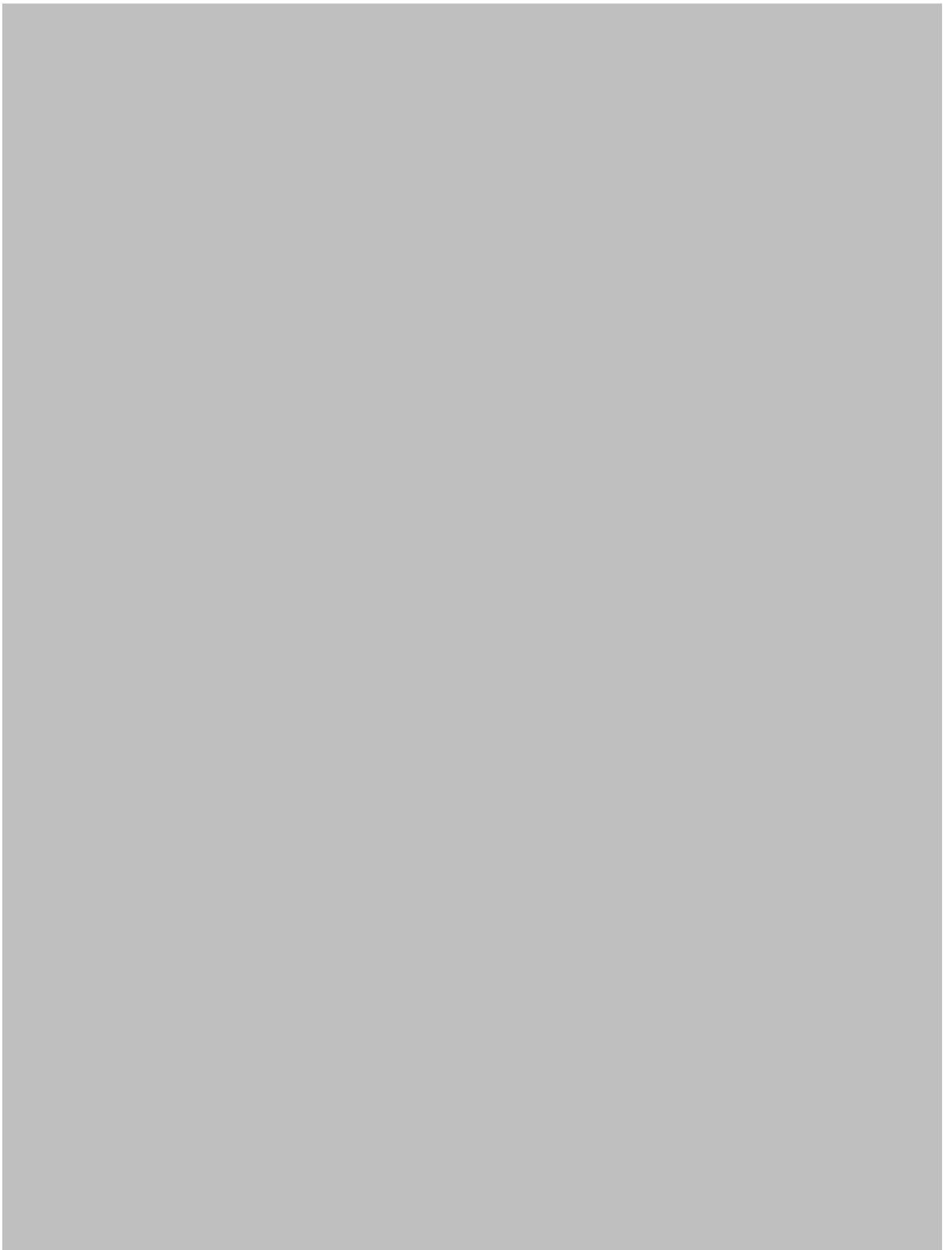
INSTRUCTIVO HERRAMIENTA DE SEGUIMIENTO AUDITORIAS DE GESTION

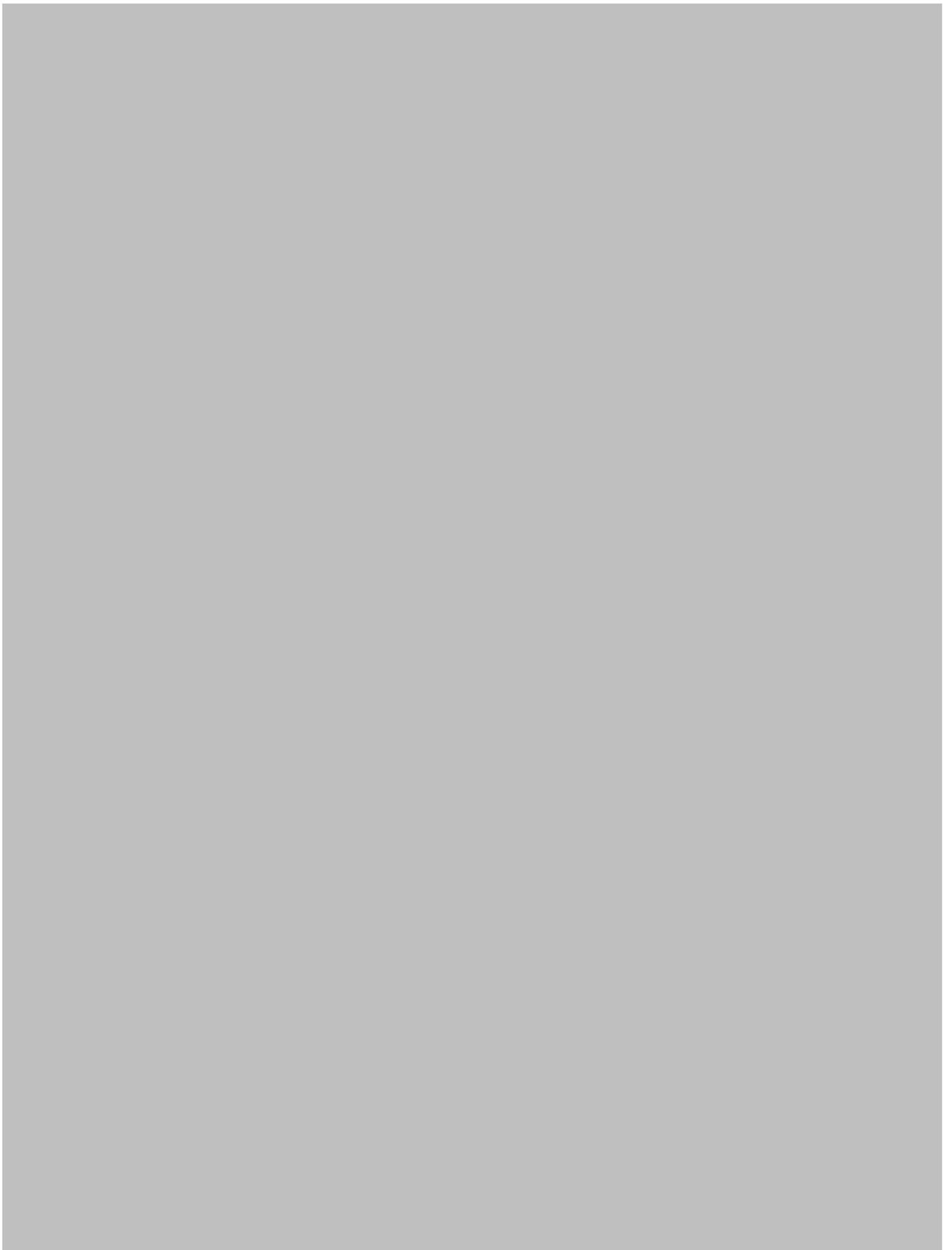
Descripción
Nombre del proceso auditado
Área o dependencia auditada del proceso
Código de la debilidad designada por el aplicativo OCI
Hallazgos identificados en la auditoria de gestión
Es el origen, motivo o razón por la cual ocurrió la debilidad o el motivo del incumplimiento. Esta es identificada por el auditado.
Acción identificada que permite abordar las causas para eliminar la debilidad no deseables. Esta es identificada por el auditado.
Tareas que deben ser ejecutada para dar cumplimiento a la acción. Esta es identificada por el auditado.
Resultado de la actividad. Prueba que demuestra la existencia de un hecho la cual es observable y verificable. Esta es identificada por el auditado.
Descripción por parte del auditor en relación con la veracidad de la evidencia. (link de ubicación, si existe o no la evidencia, etc.)
Fecha de inicio para ejecutar las acciones y actividades planeadas por el auditado.
Fecha final para dar cumplimiento a lo planeado por el auditado.
El Auditor de la OCI debe evaluar en esta casilla (lista desplegable) si la causa tiene relación con la debilidad. (SI =30), (NO=0)
El Auditor de la OCI debe evaluar en esta casilla (lista desplegable) si la actividad se relaciona con la causa descrita. (SI =5), (NO=0)
El Auditor de la OCI debe evaluar en esta casilla (lista desplegable) si la actividad tiende a eliminar la debilidad. (SI =15), (NO=0)
El Auditor de la OCI debe evaluar en esta casilla (lista desplegable) si la evidencia es integra es decir, si se encuentra completa en la ejecución de la actividad, si la respuesta es SI finaliza la evaluación; pero si la respuesta es parcial o NO es integra se debe evaluar la casilla 5 para verificar si tiene evidencias adicionales. (SI =45), (Parcial=25), (NO=0).
Esta evaluación depende de la casilla anterior (4- La evidencia prueba total integridad en la ejecución de la actividad).
Resultado individual de cada uno de los criterios evaluados por el auditor de acuerdo a una escala de valor ya predeterminada en la herramienta.
Valoración del nivel de cumplimiento individual. (de cero (0) a cien (100) puntos).
Porcentaje del nivel de cumplimiento individual.
Resultado del estado de cumplimiento individual de acuerdo a una escala de valor ya predeterminada en la herramienta. (Reformulada y Cerrada) .
Es la medida que se obtiene hallando la mediana del nivel de cumplimiento total de cada debilidad.
Solidez del seguimiento en que se encuentra la debilidad. Esta zona es determinada de acuerdo a unos valores ya predeterminados en la herramienta (Alto, Medio y Bajo) .
Resultado individual que resulta de acuerdo a la valoración dada por cada auditor en los criterios de cumplimiento. (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 en la ejecución de la actividad y 5- Evidencias adicionales).
Análisis que debe realizar el auditor de acuerdo al seguimiento ejecutado.

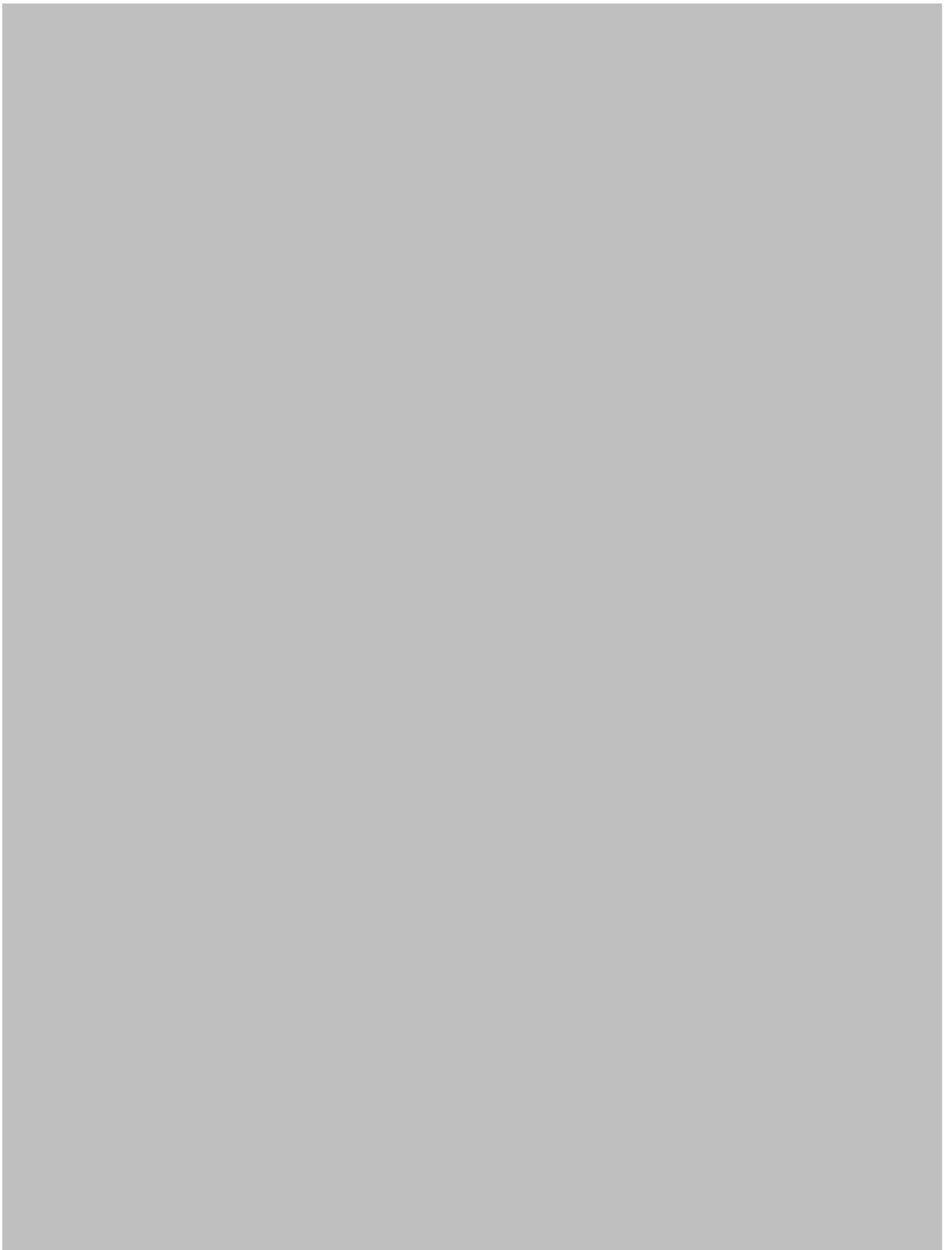
de acuerdo al instructivo es la denominada **Seguimiento PM Gestión**, la hoja consolidado Reparación, Grafica por debilidad y Grafica de auditor y es dado directamente por la herramienta, para consulta.

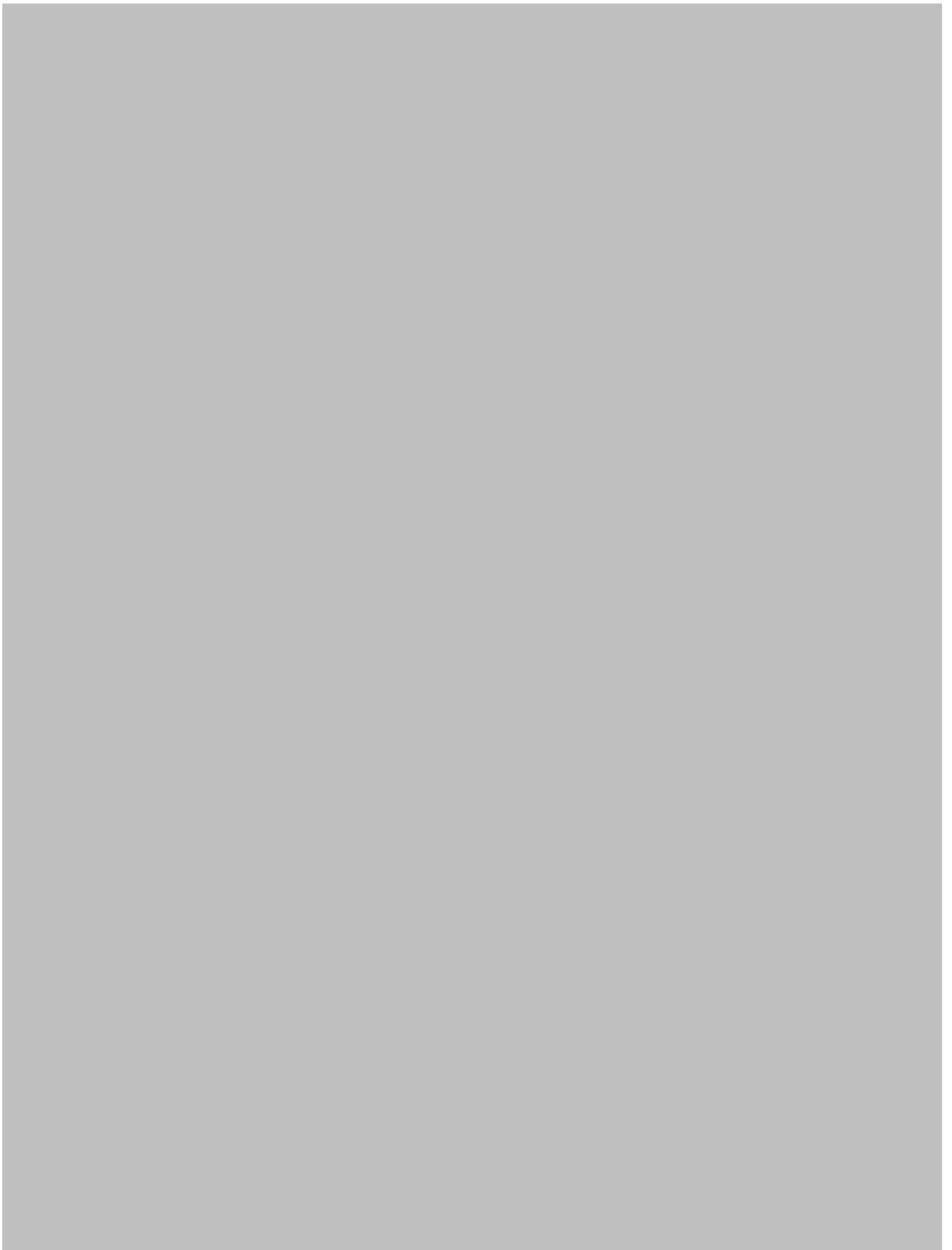


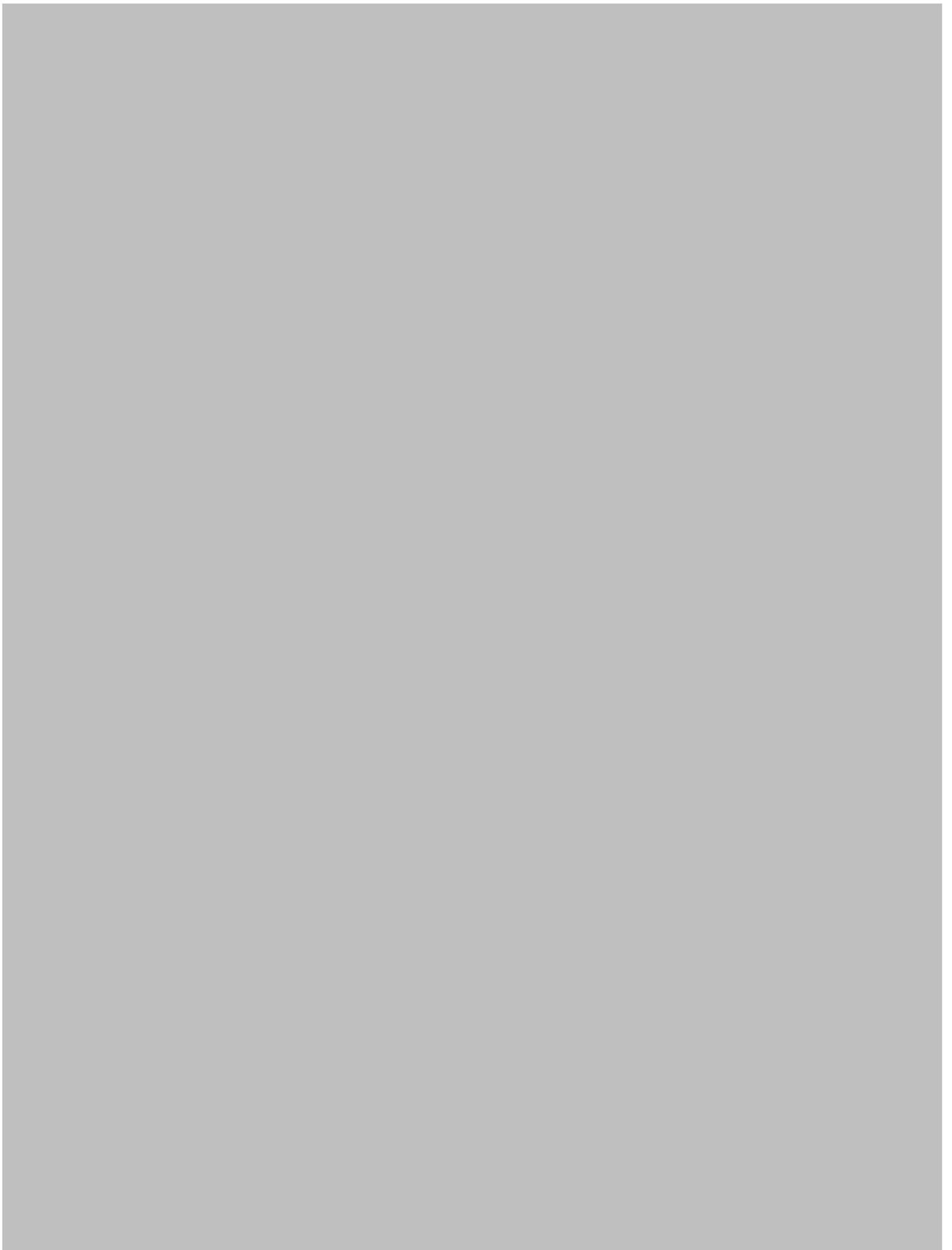


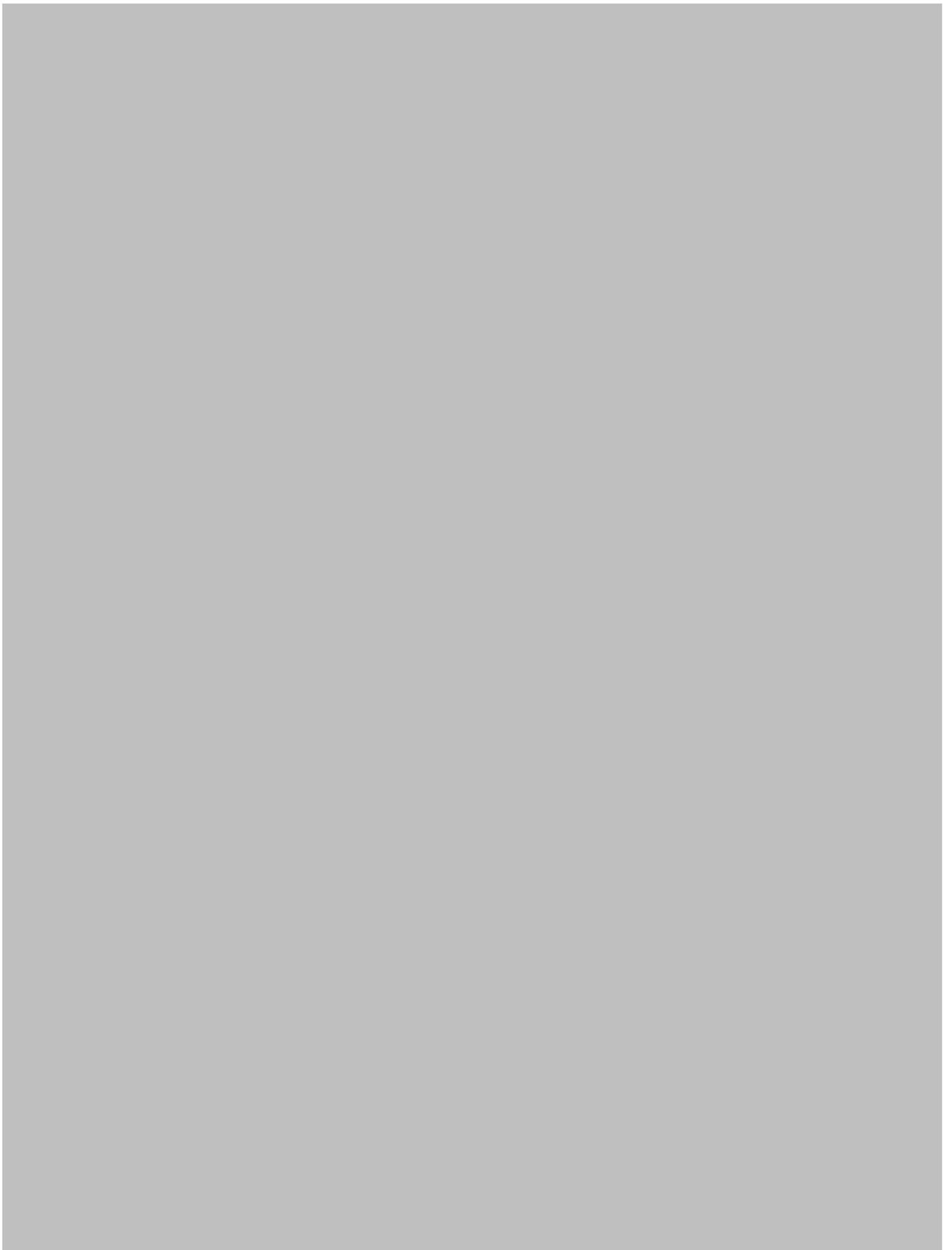


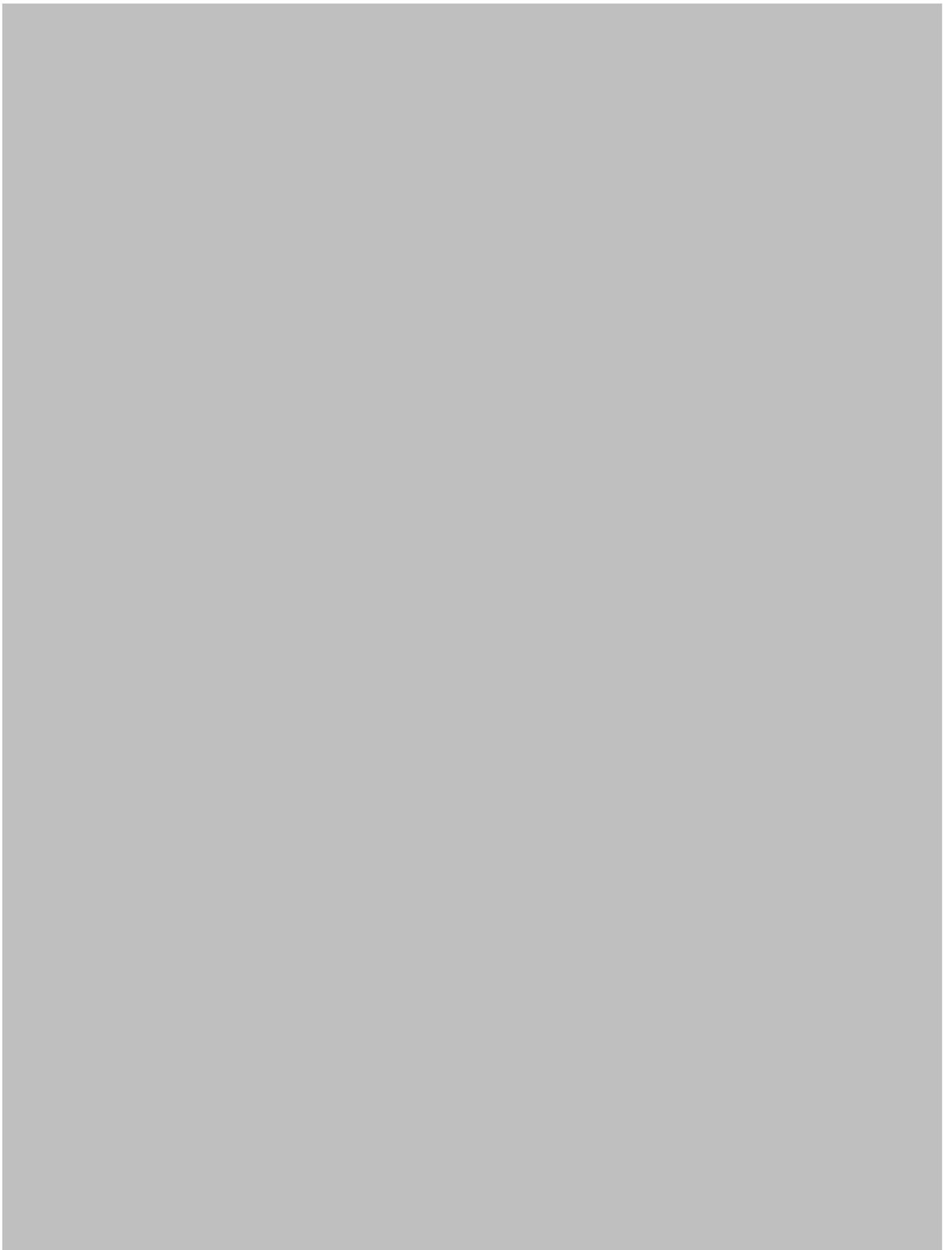


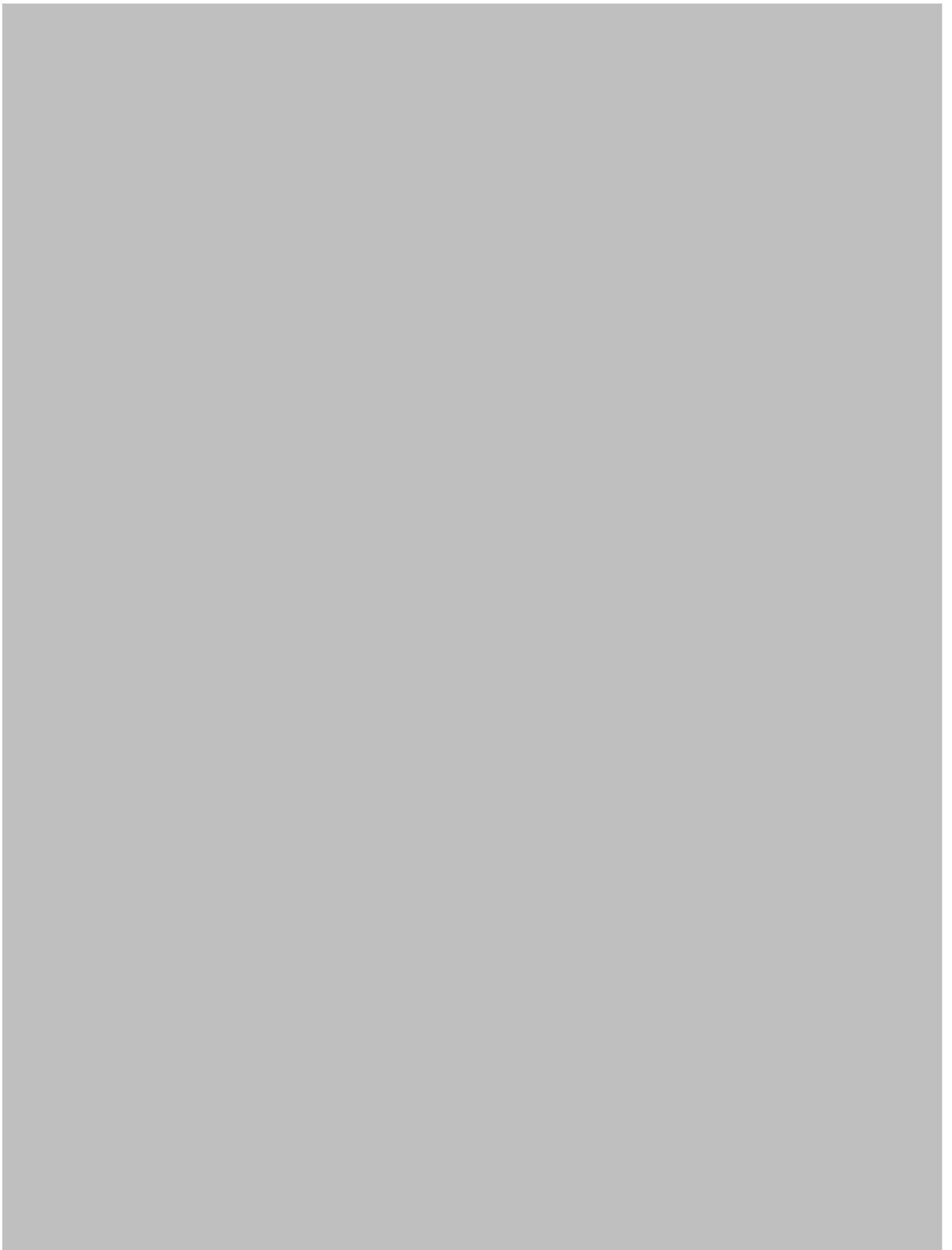


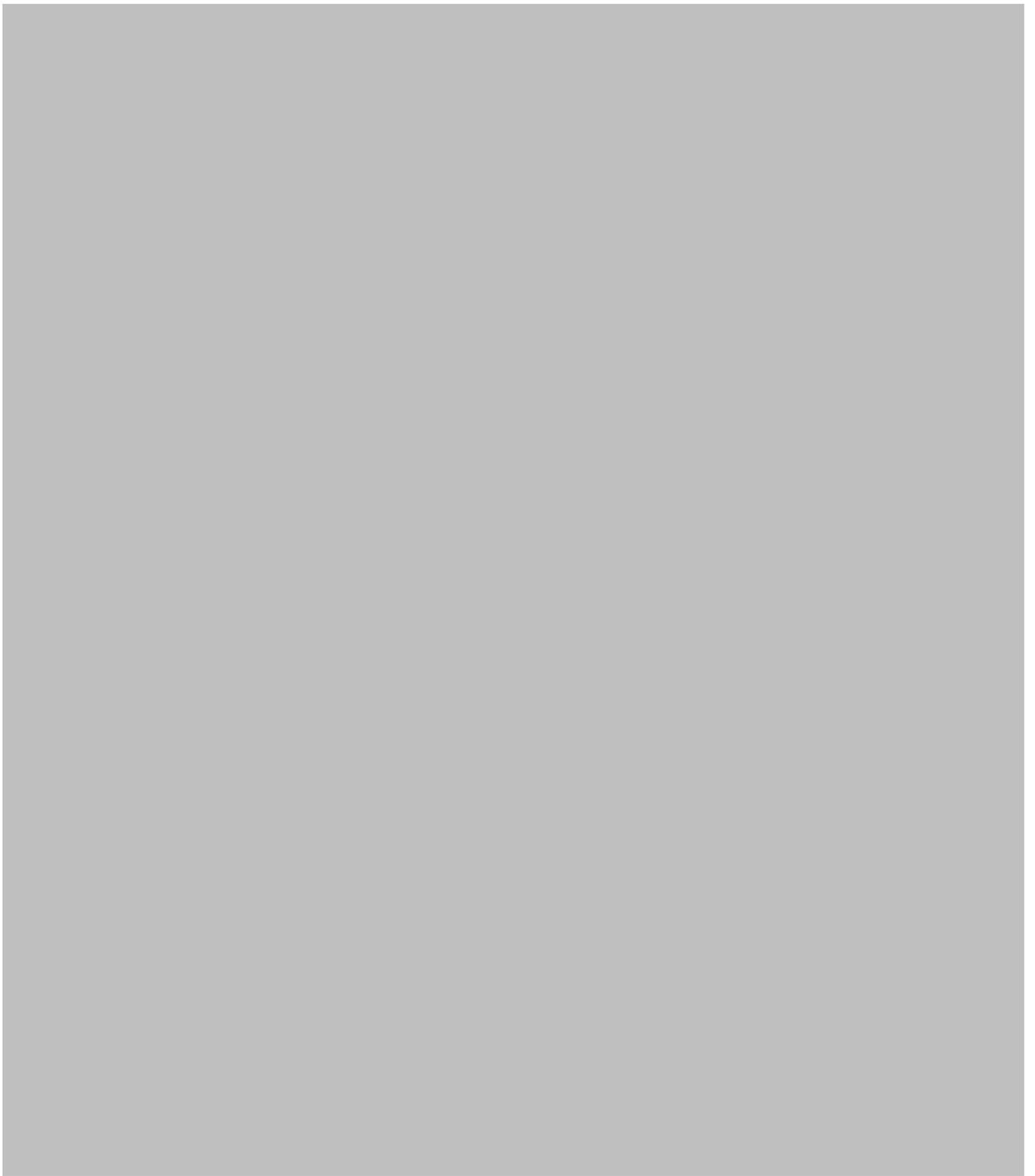














Responsable

Aplicativo OC

Auditor OCI

Aplicativo OCI

Auditor OCI

Auditor OCI

Auditor OCI

Auditor OCI

Auditor OCI

Auditor OCI

Resultados obtenidos directamente por la herramienta

Auditor OCI

afica consolidado es el













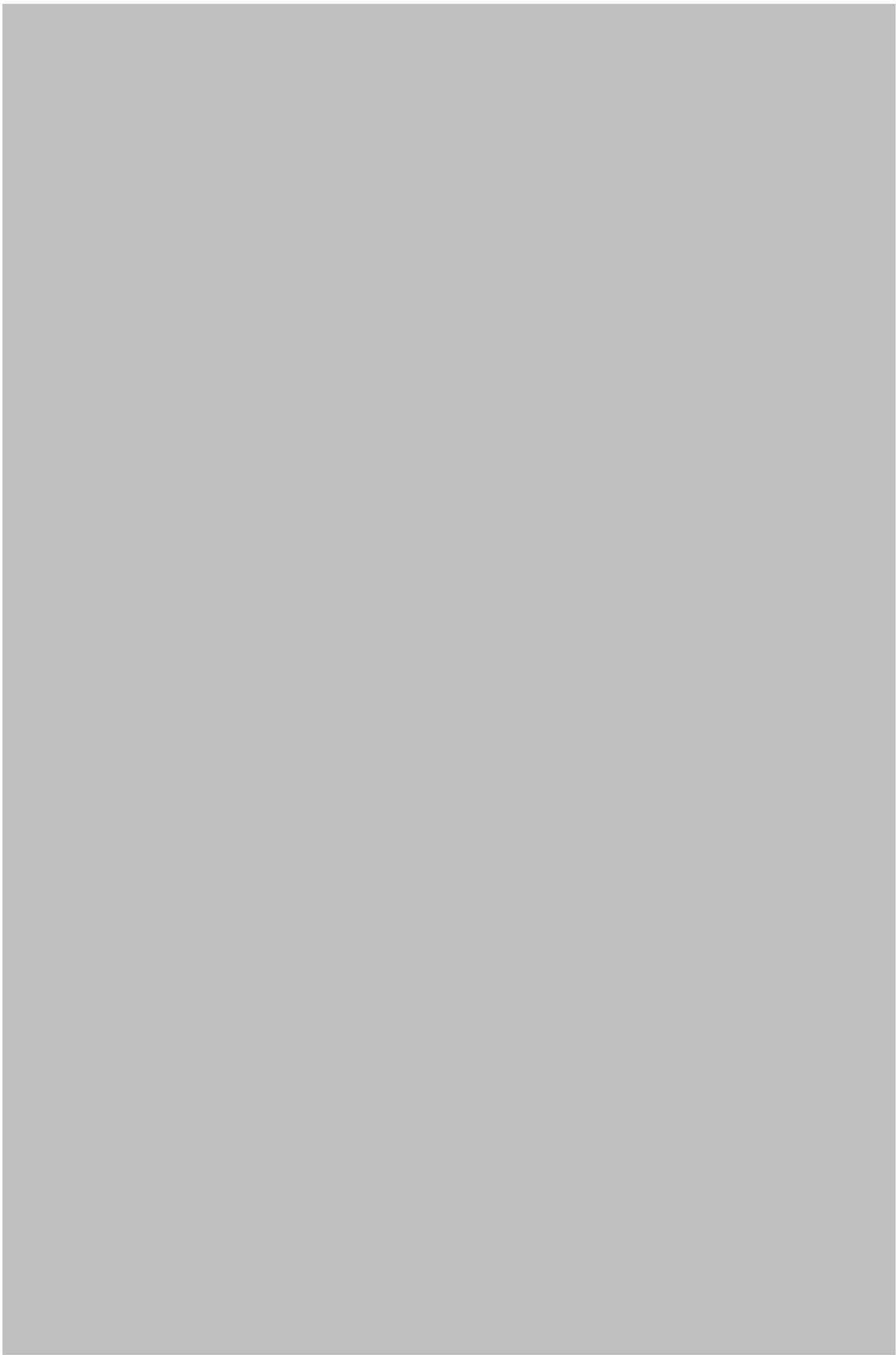
























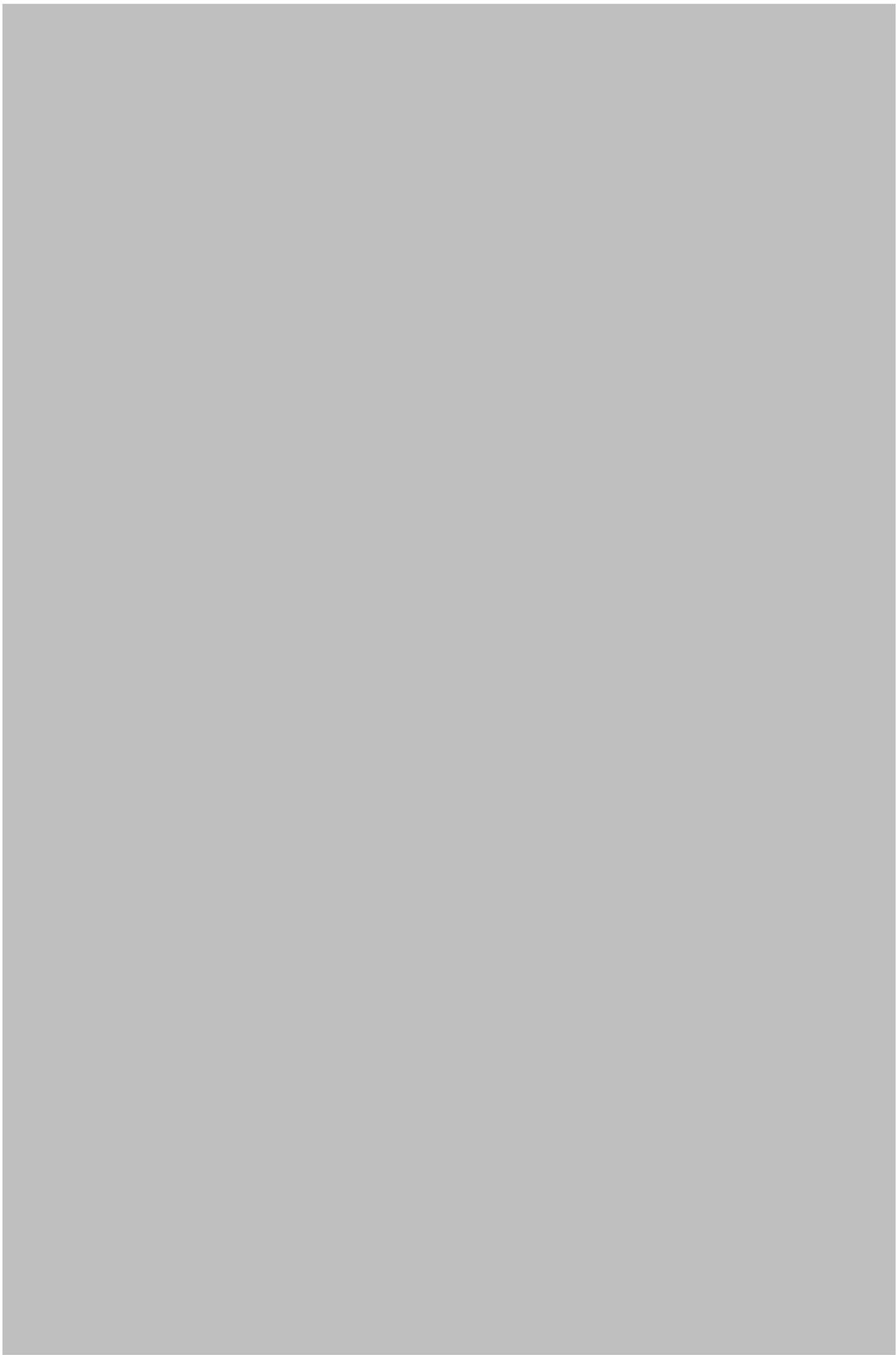
























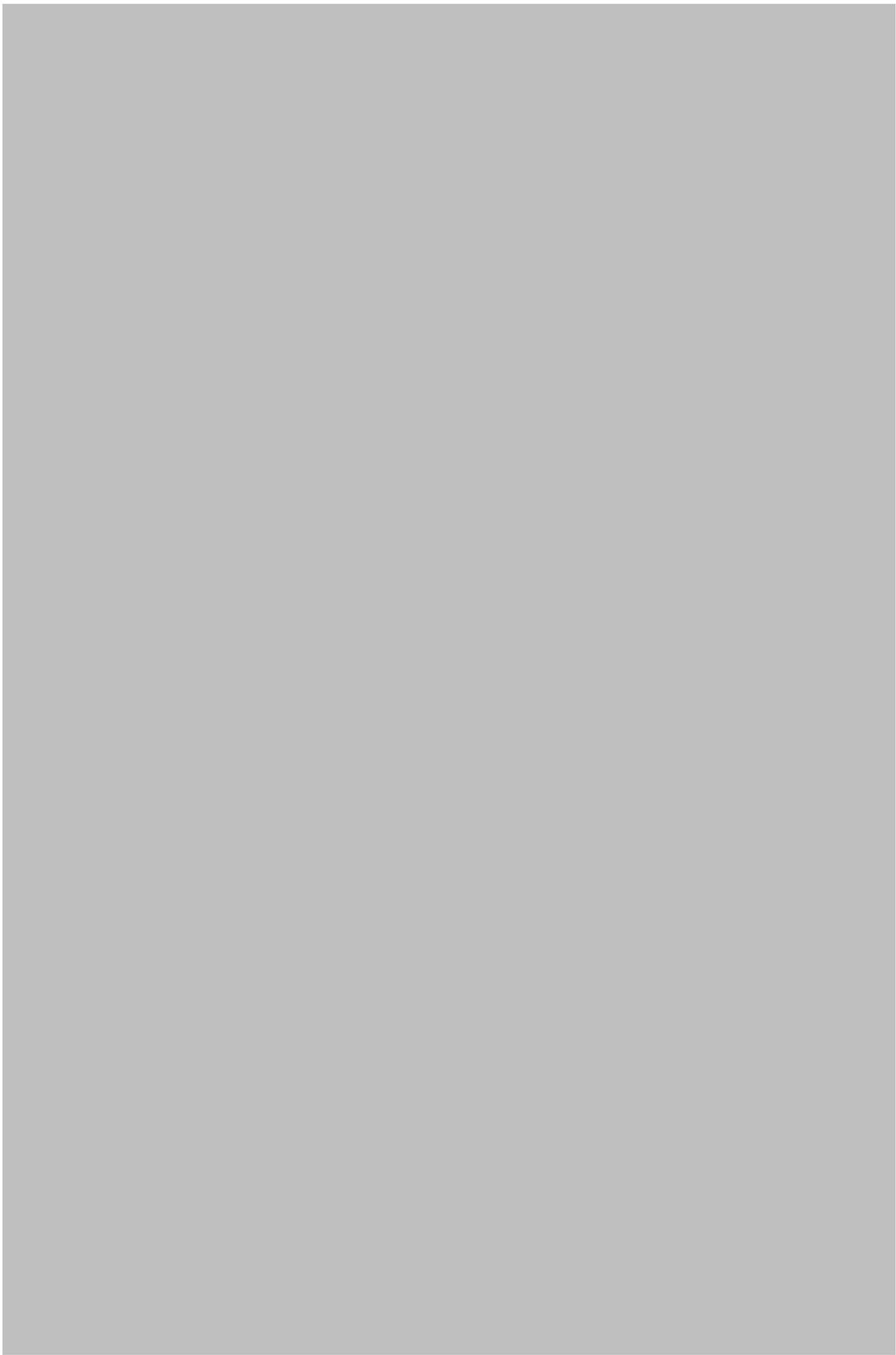




















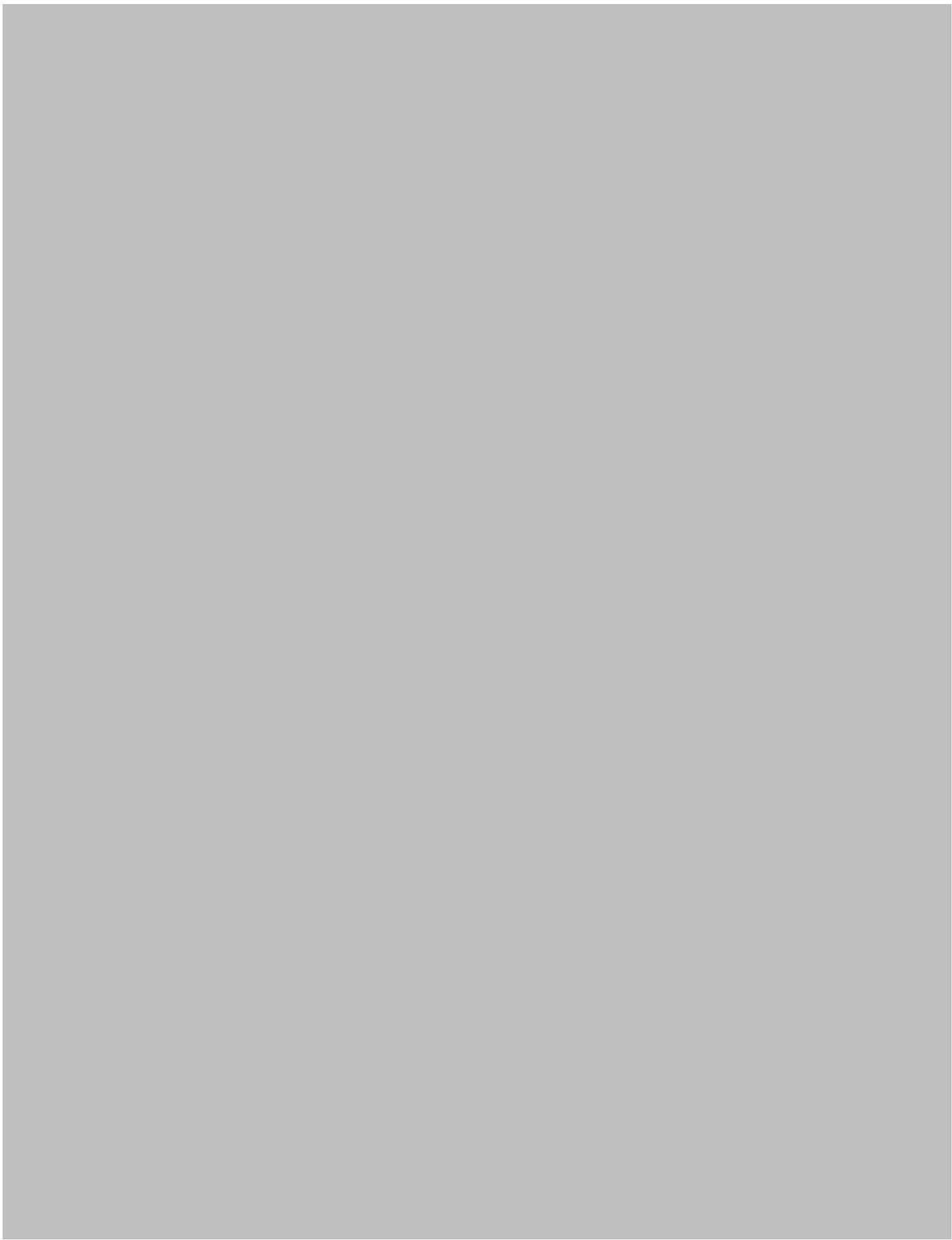




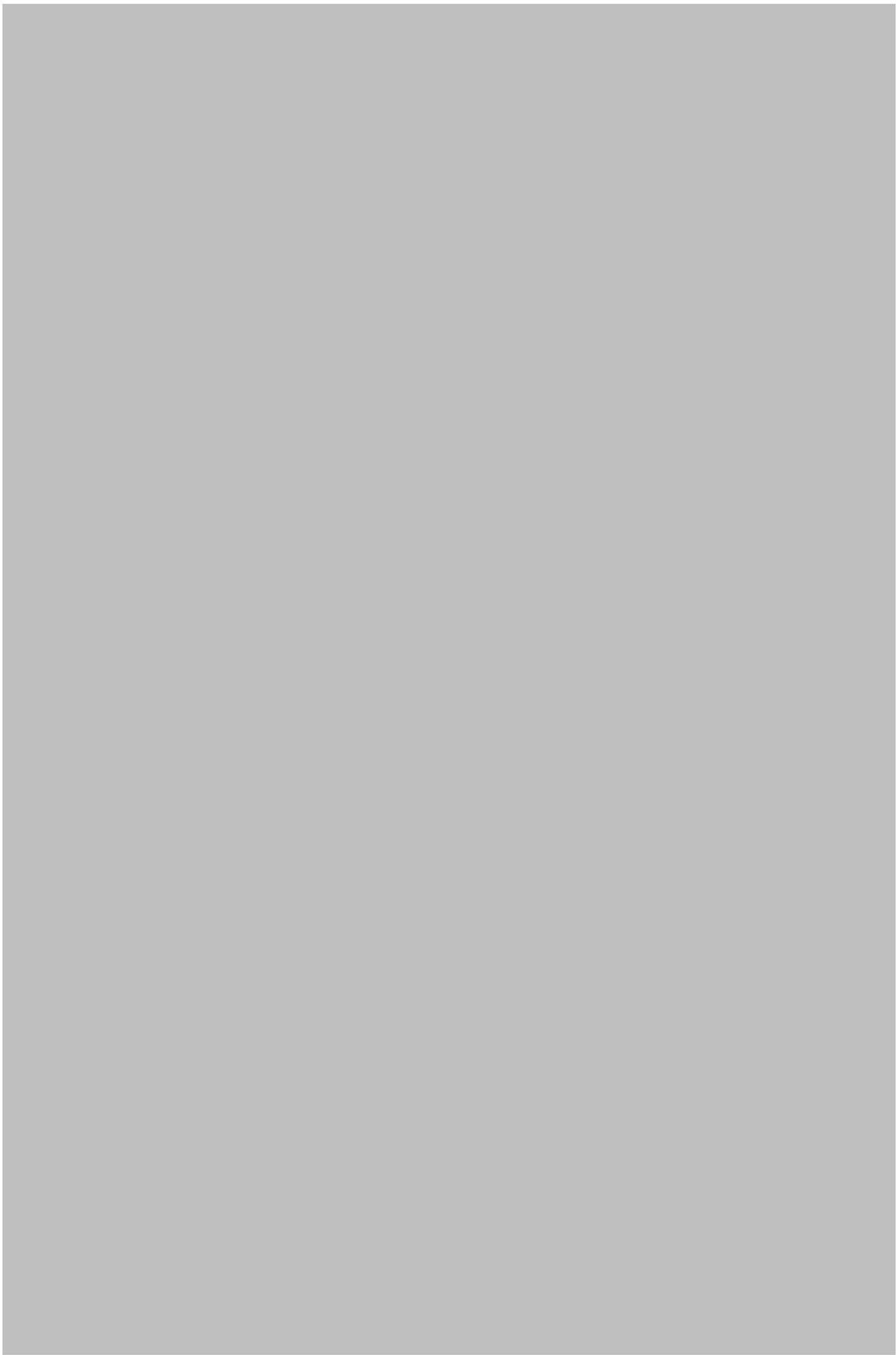
























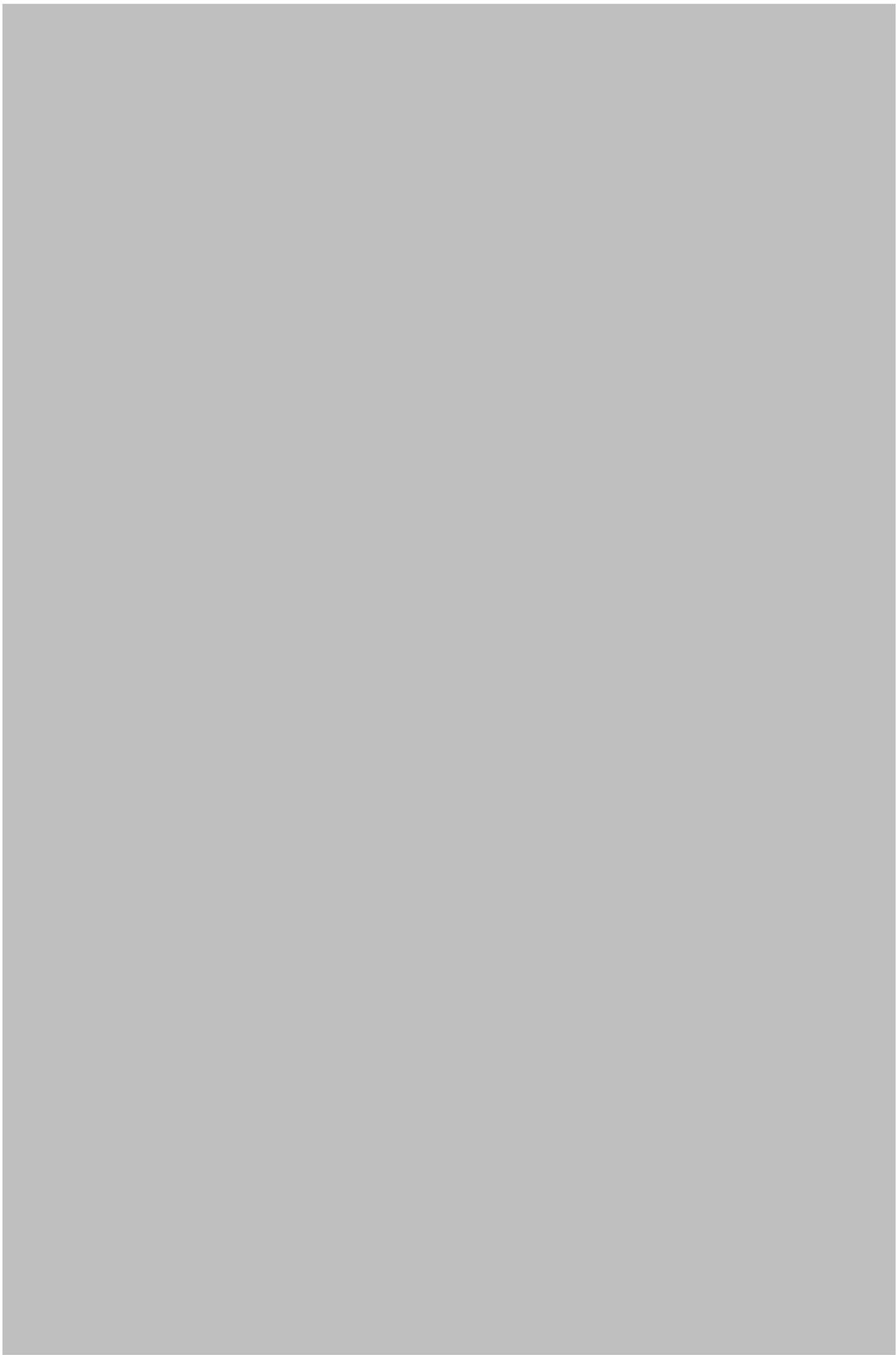








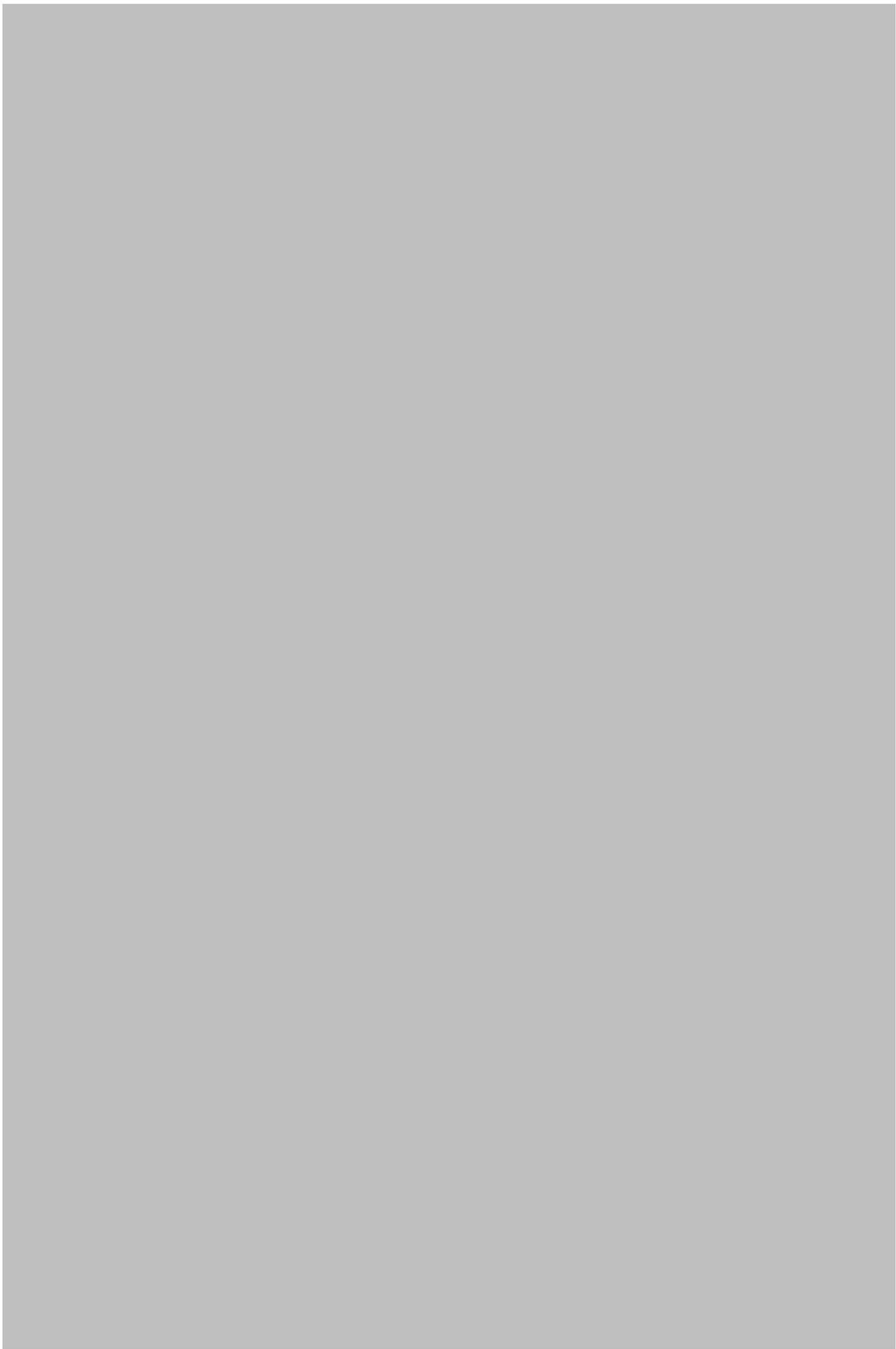














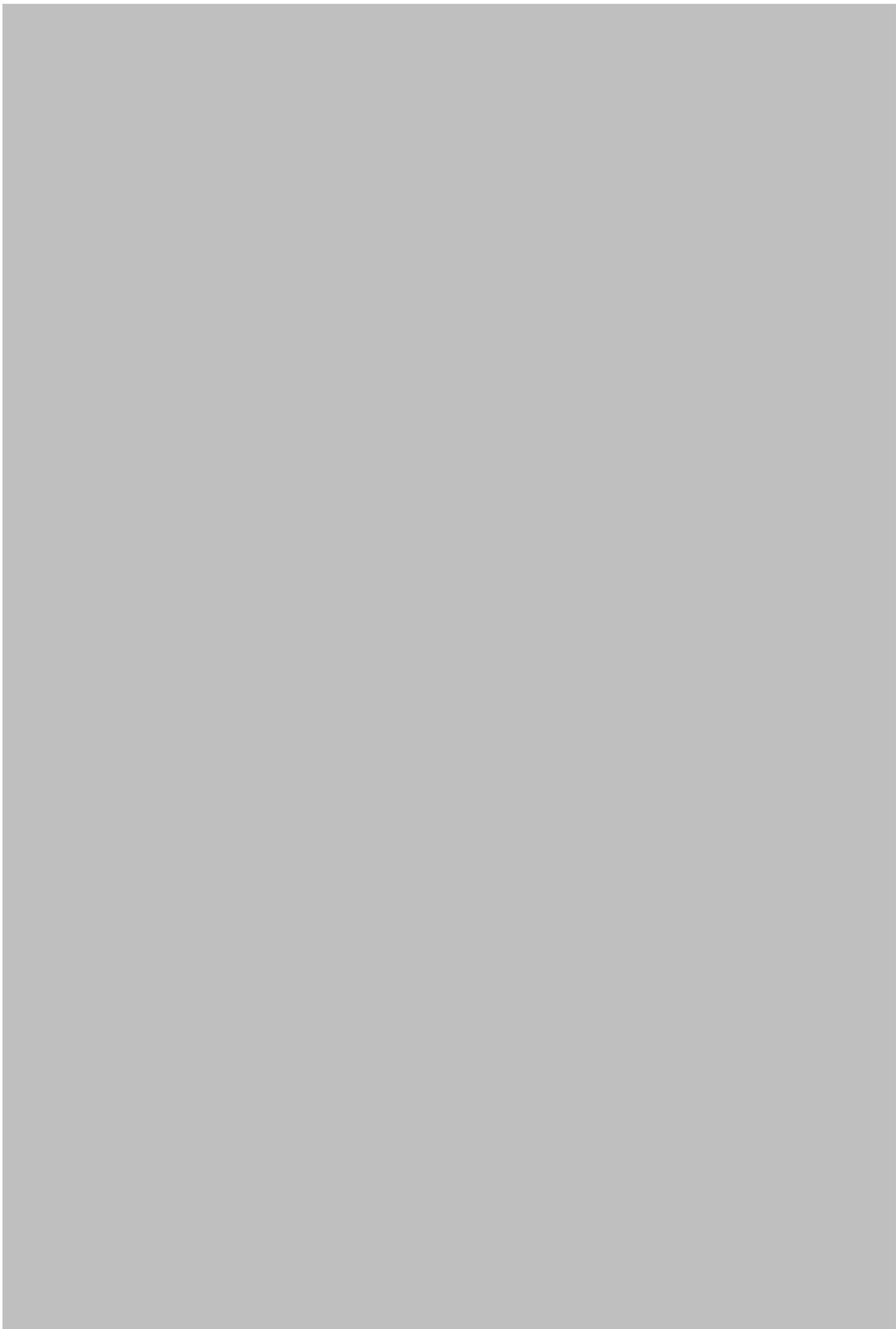


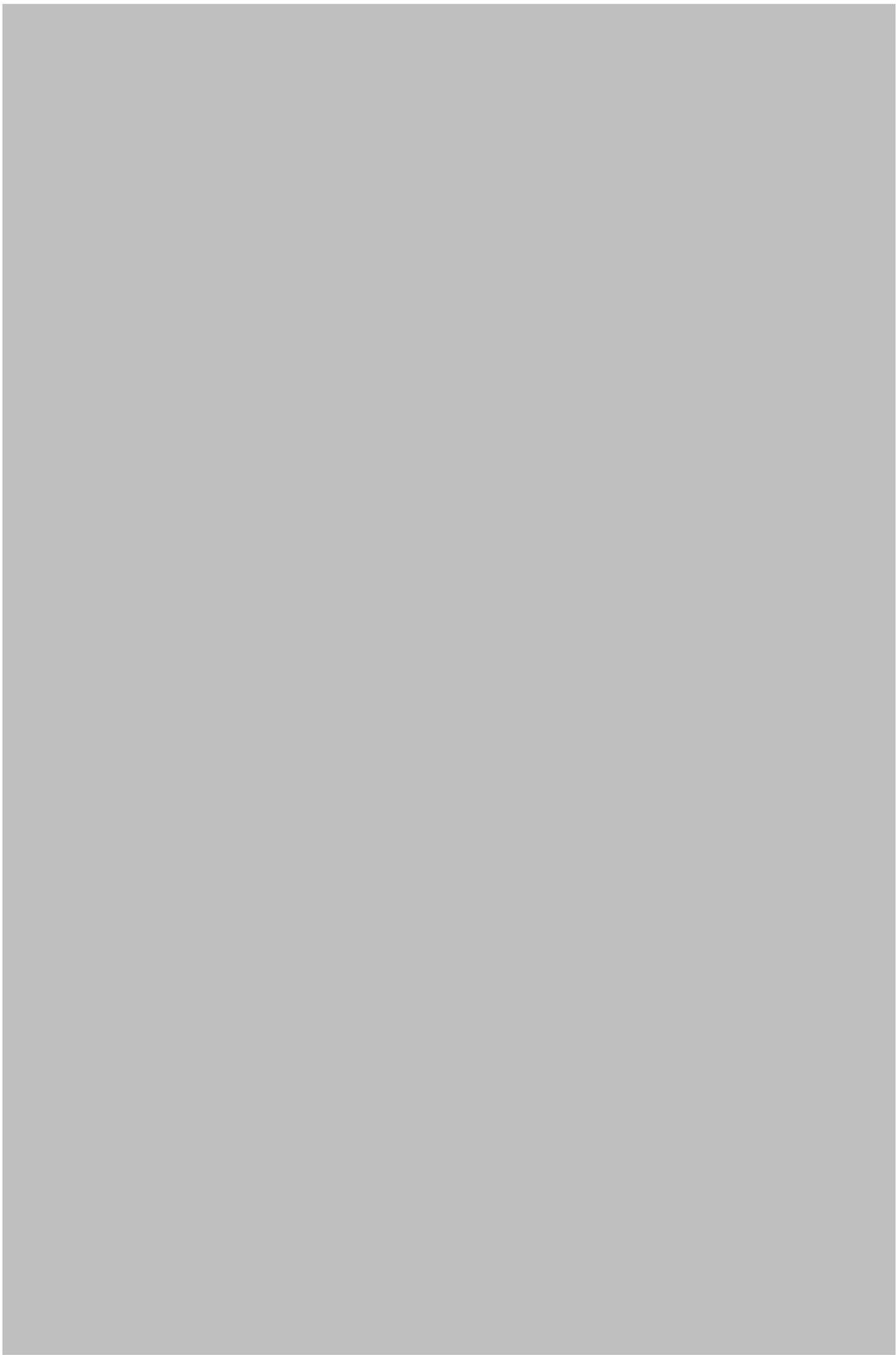






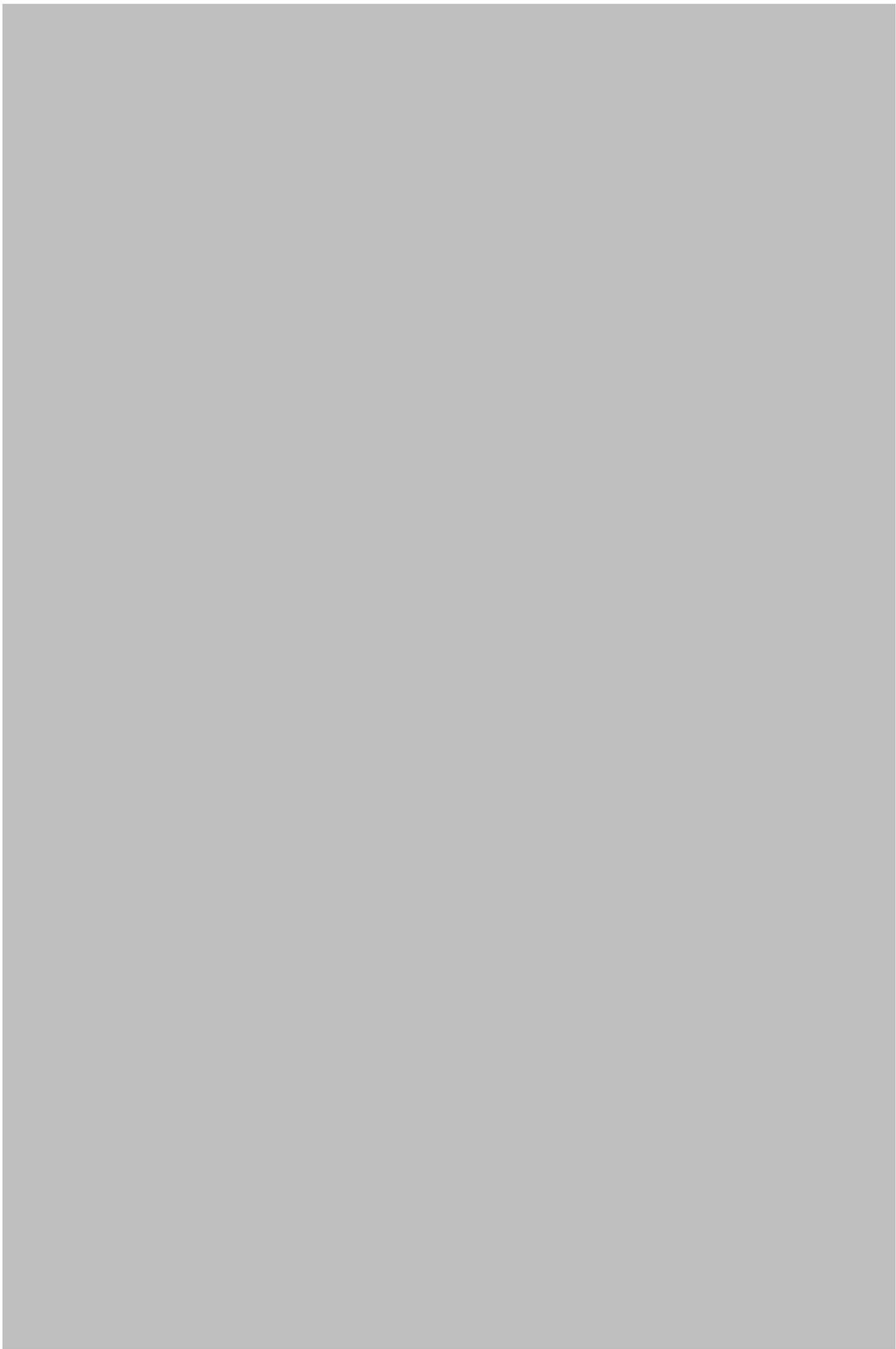


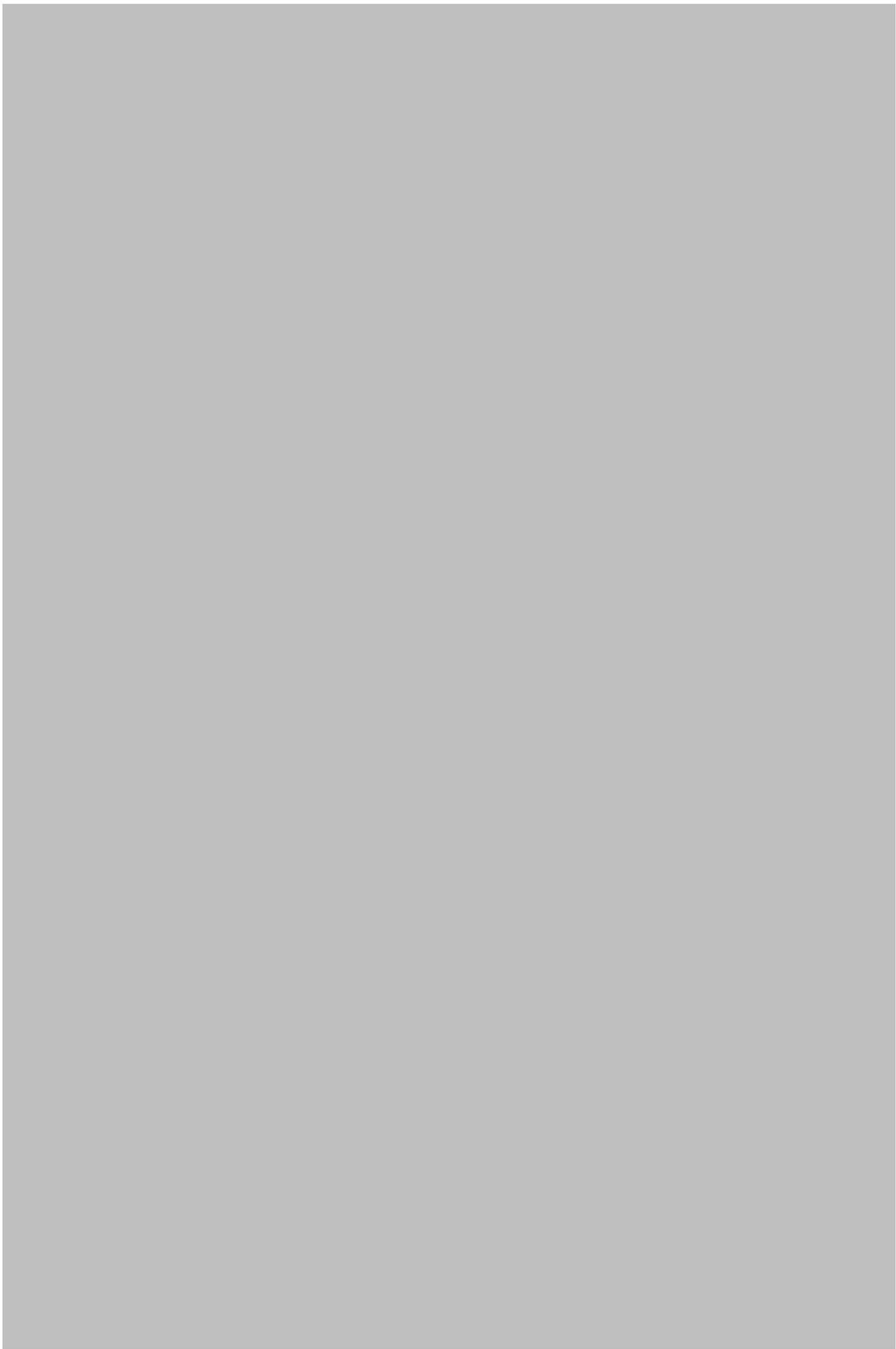


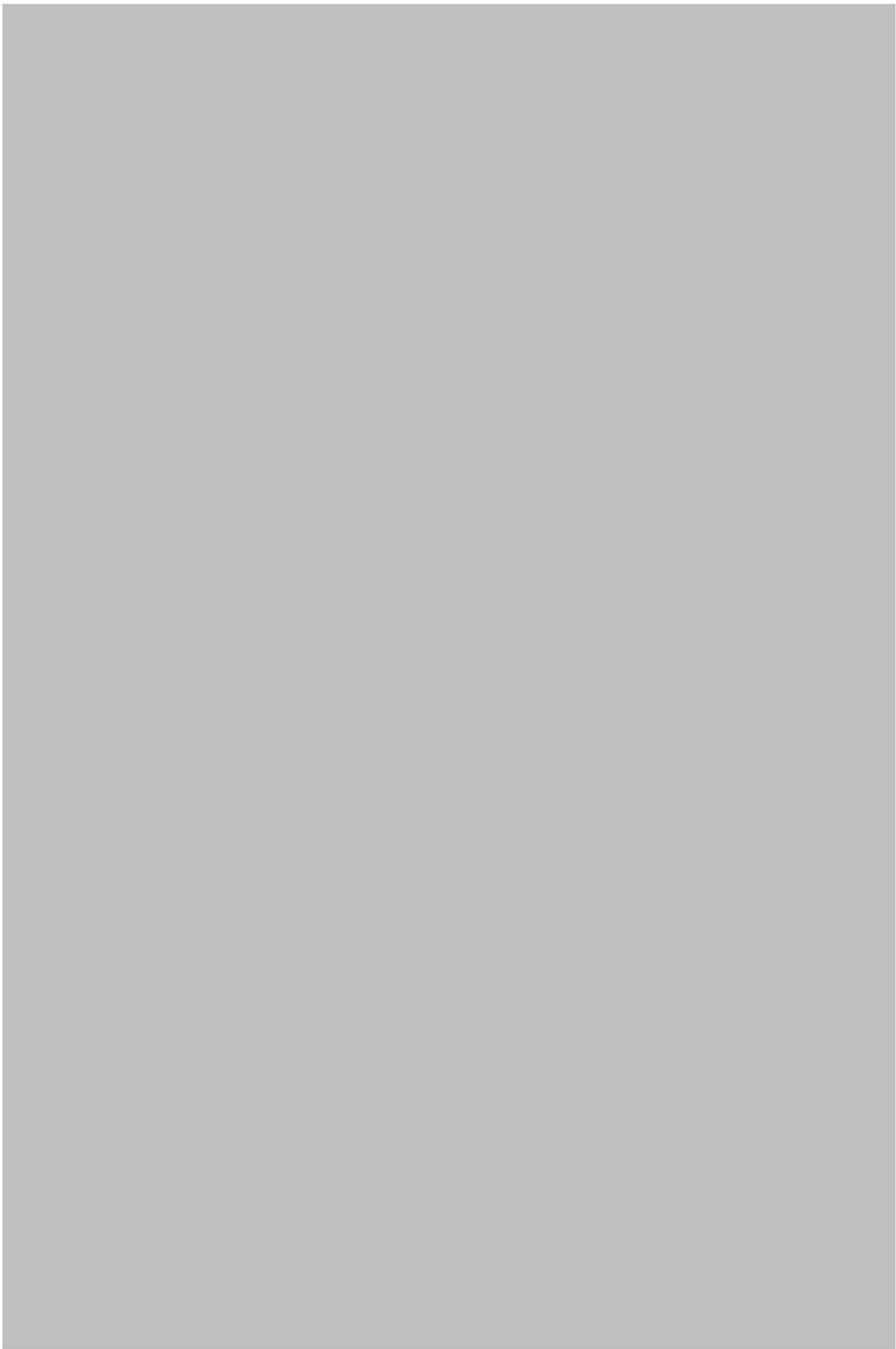


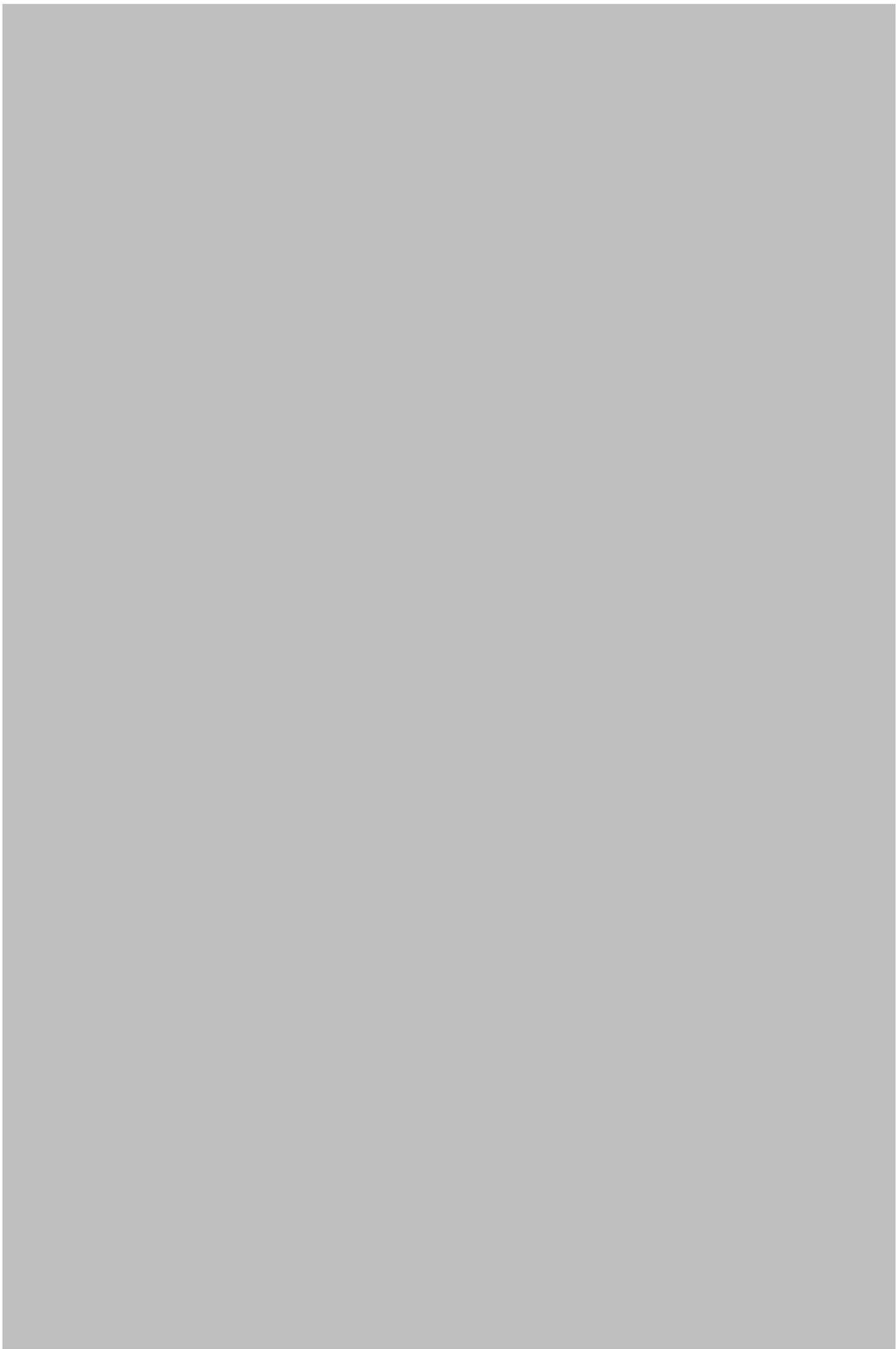


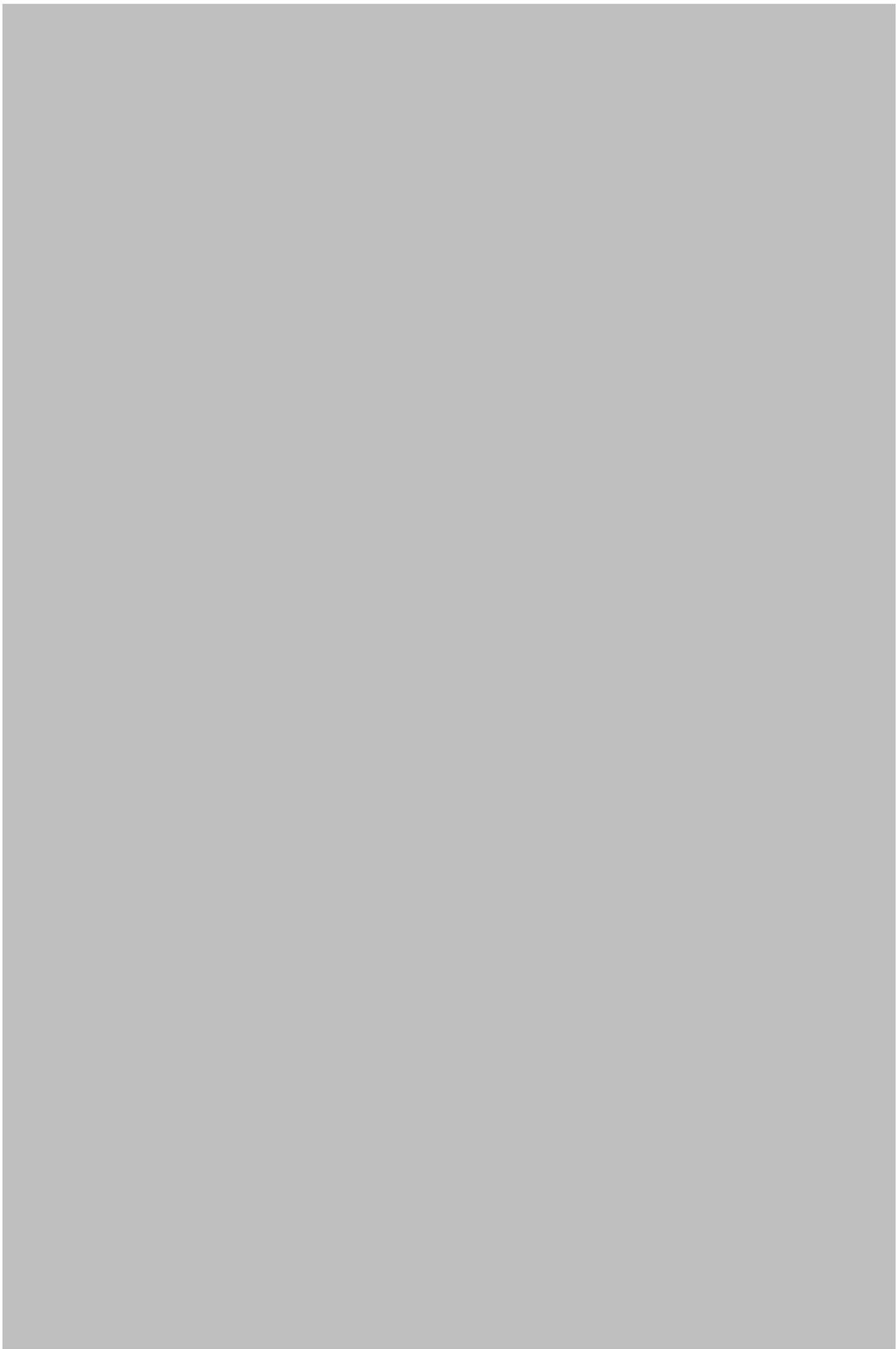


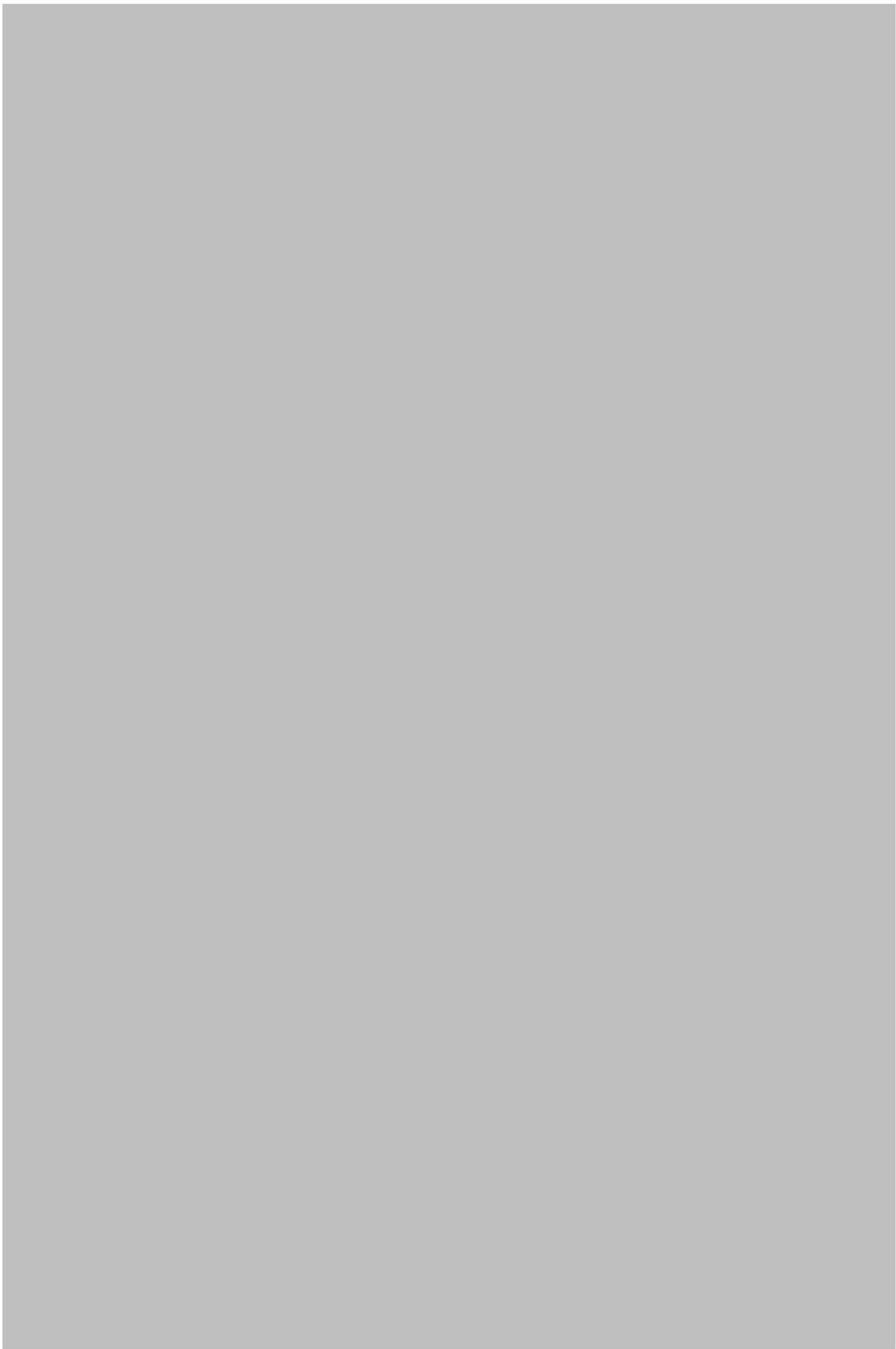


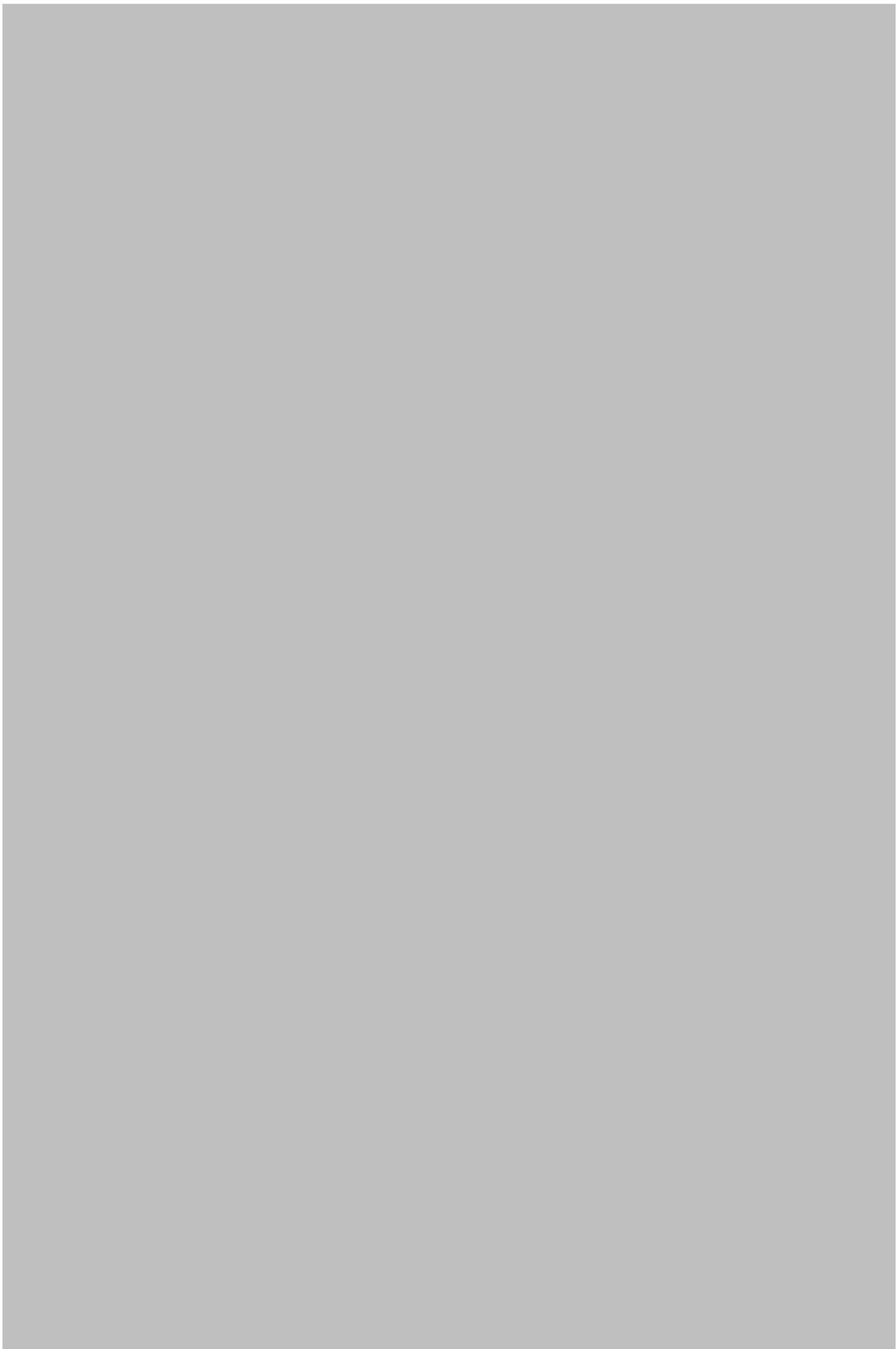


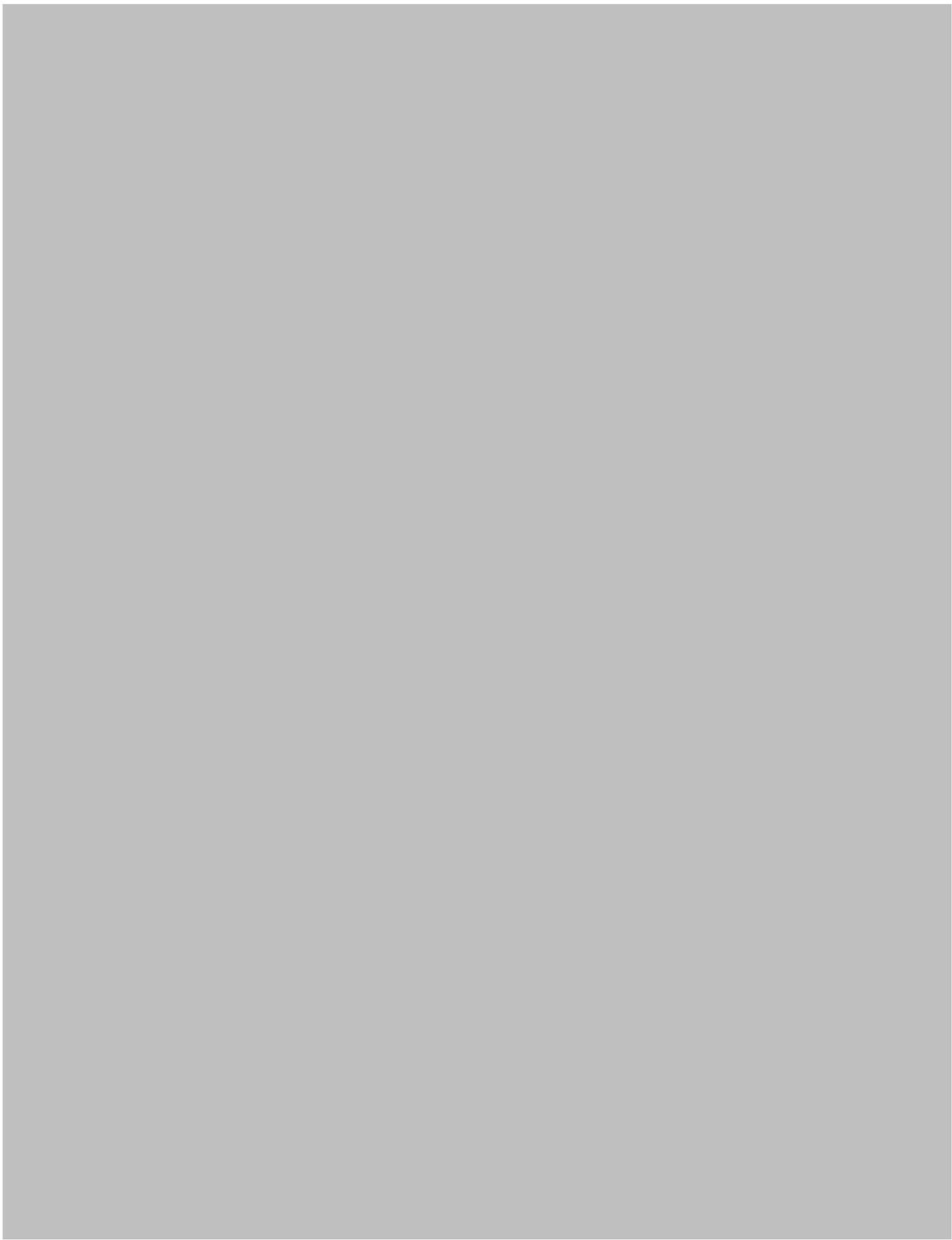




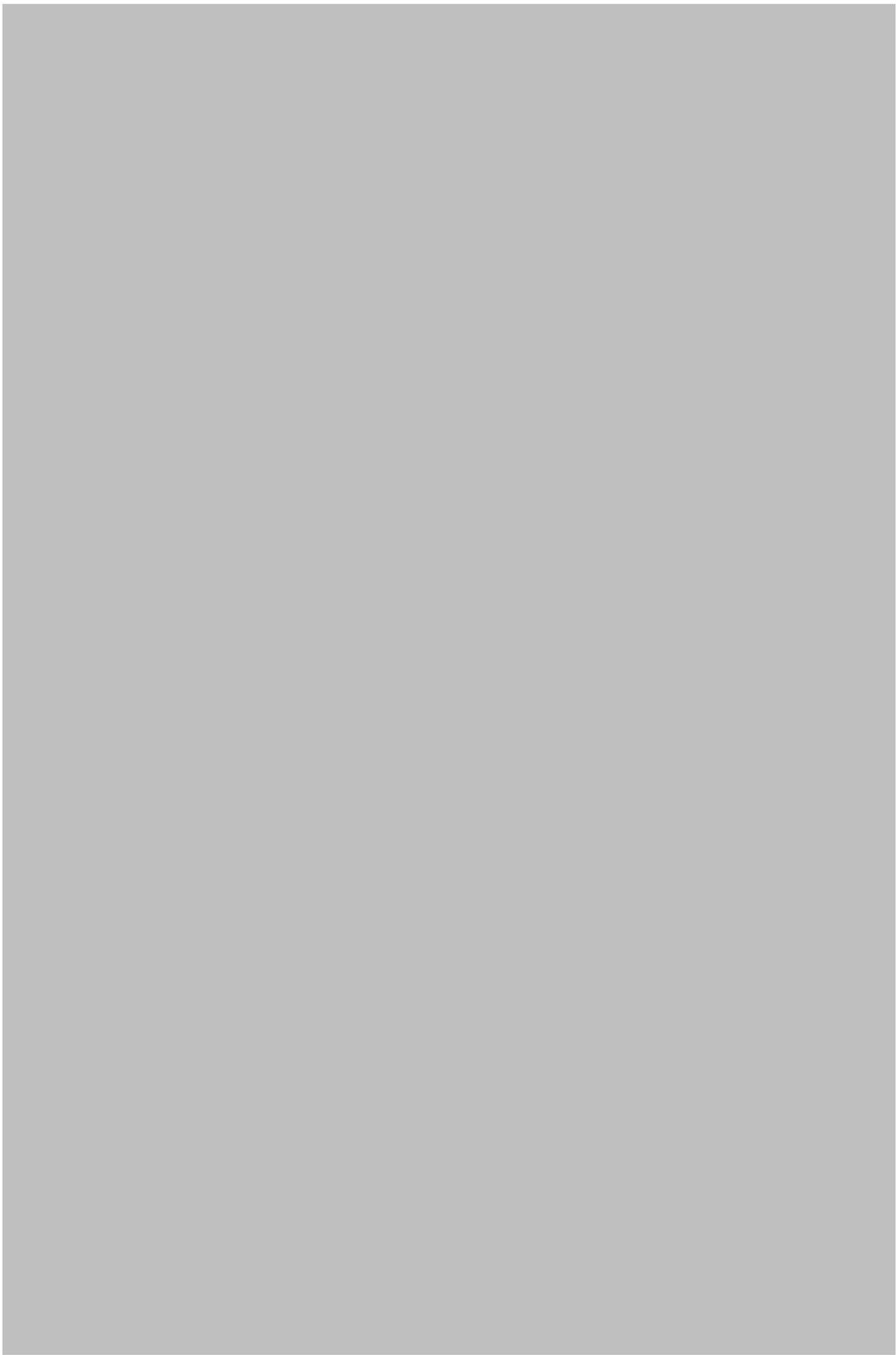
















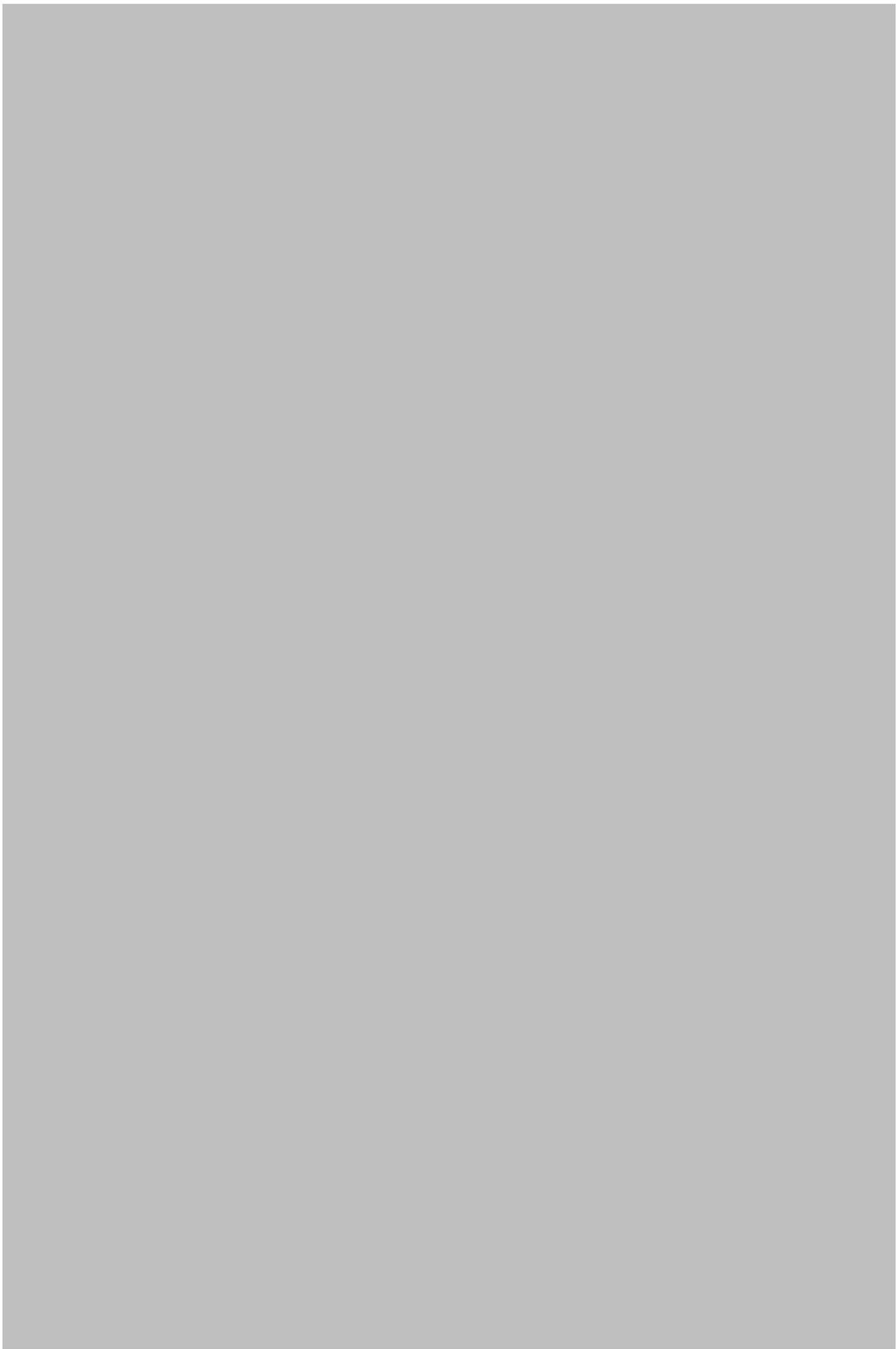








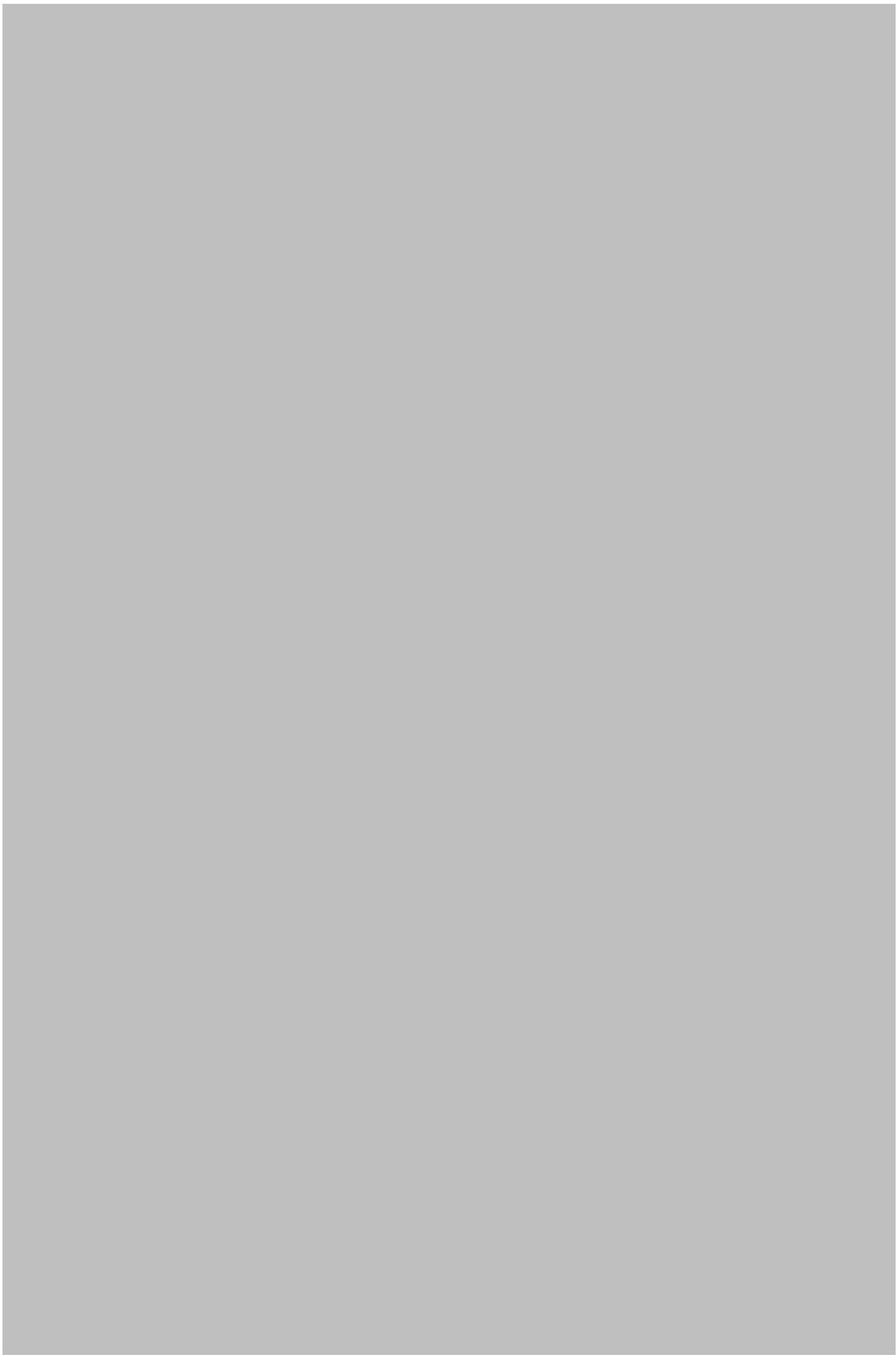








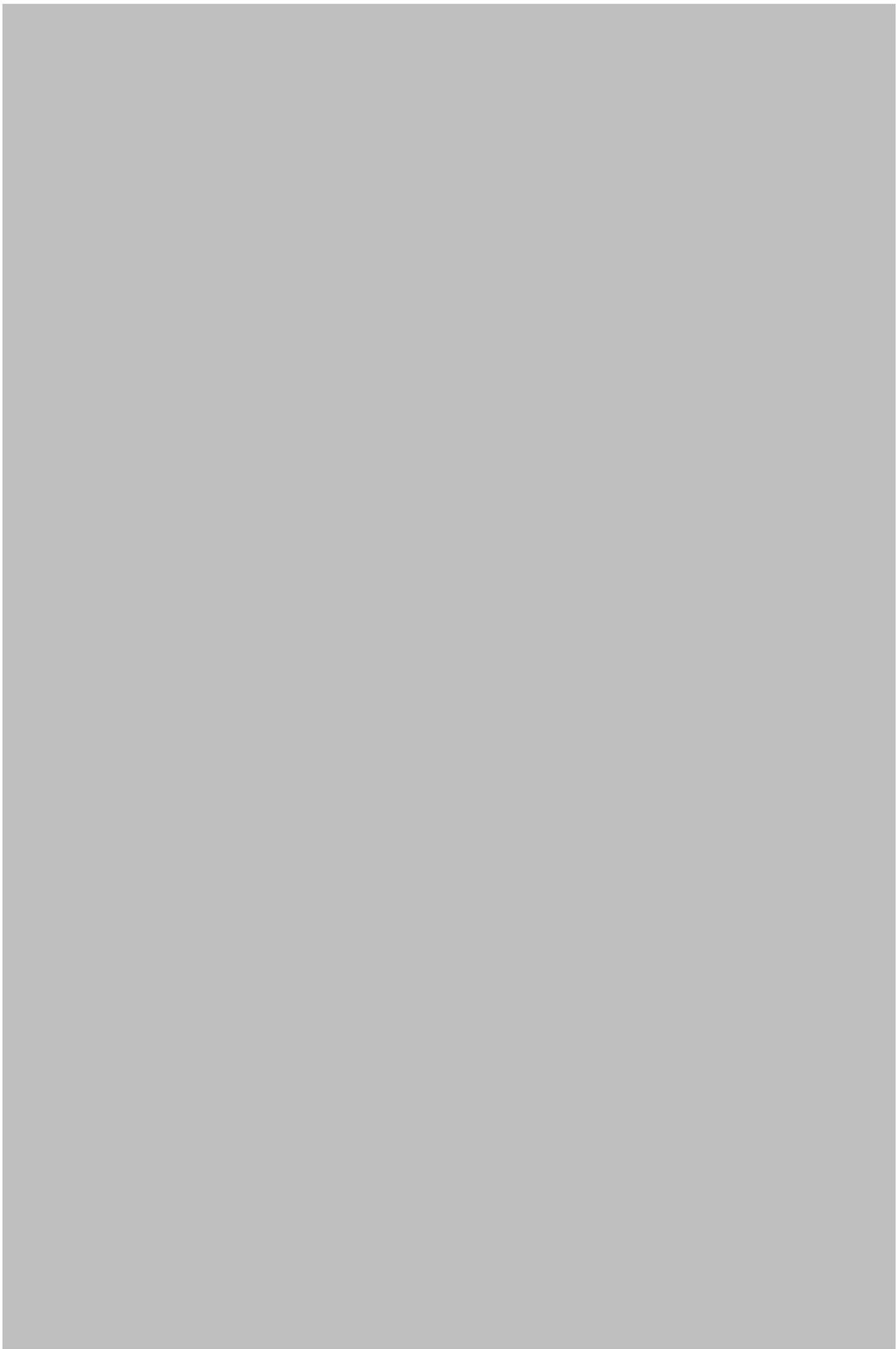


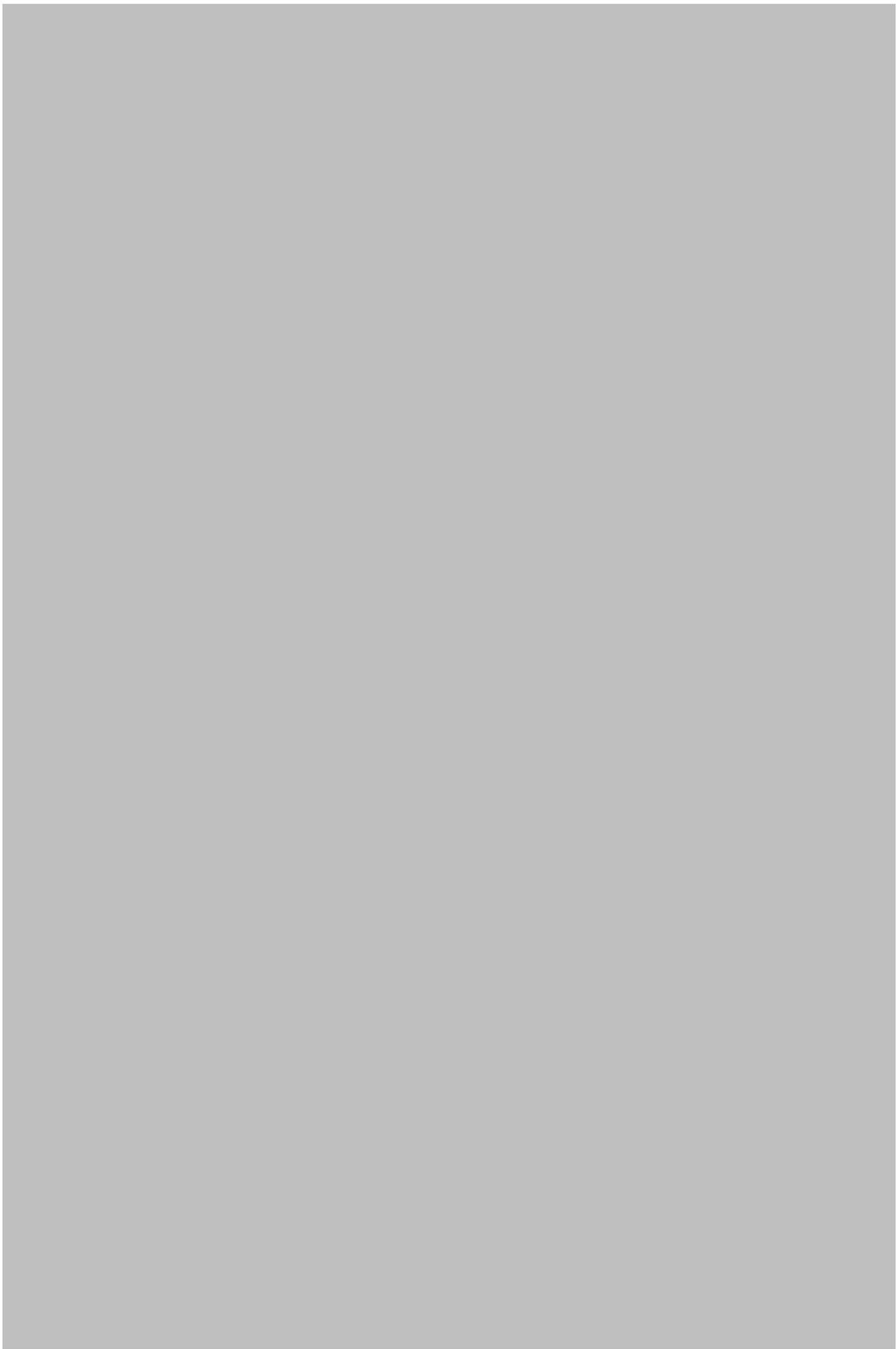














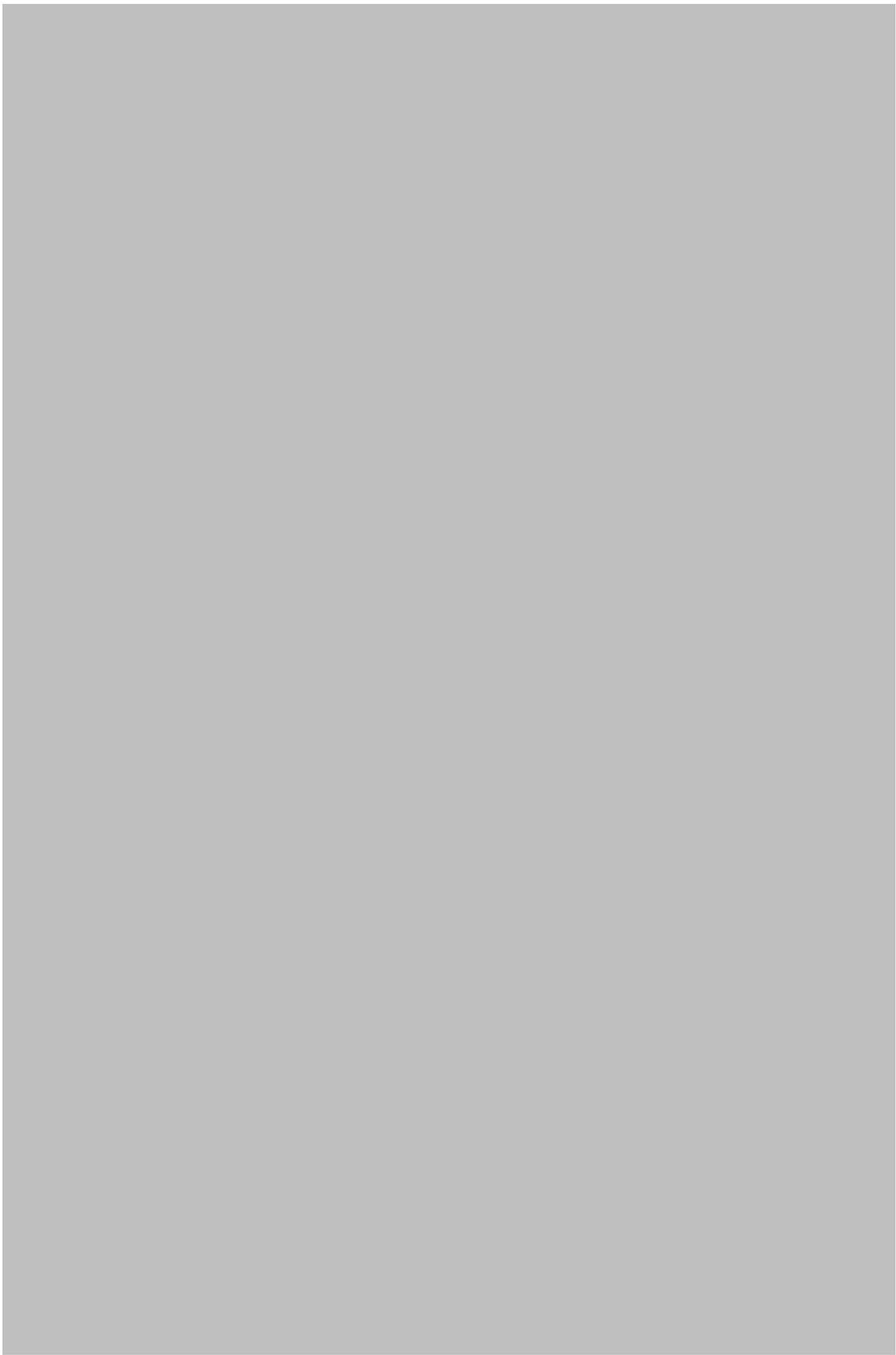












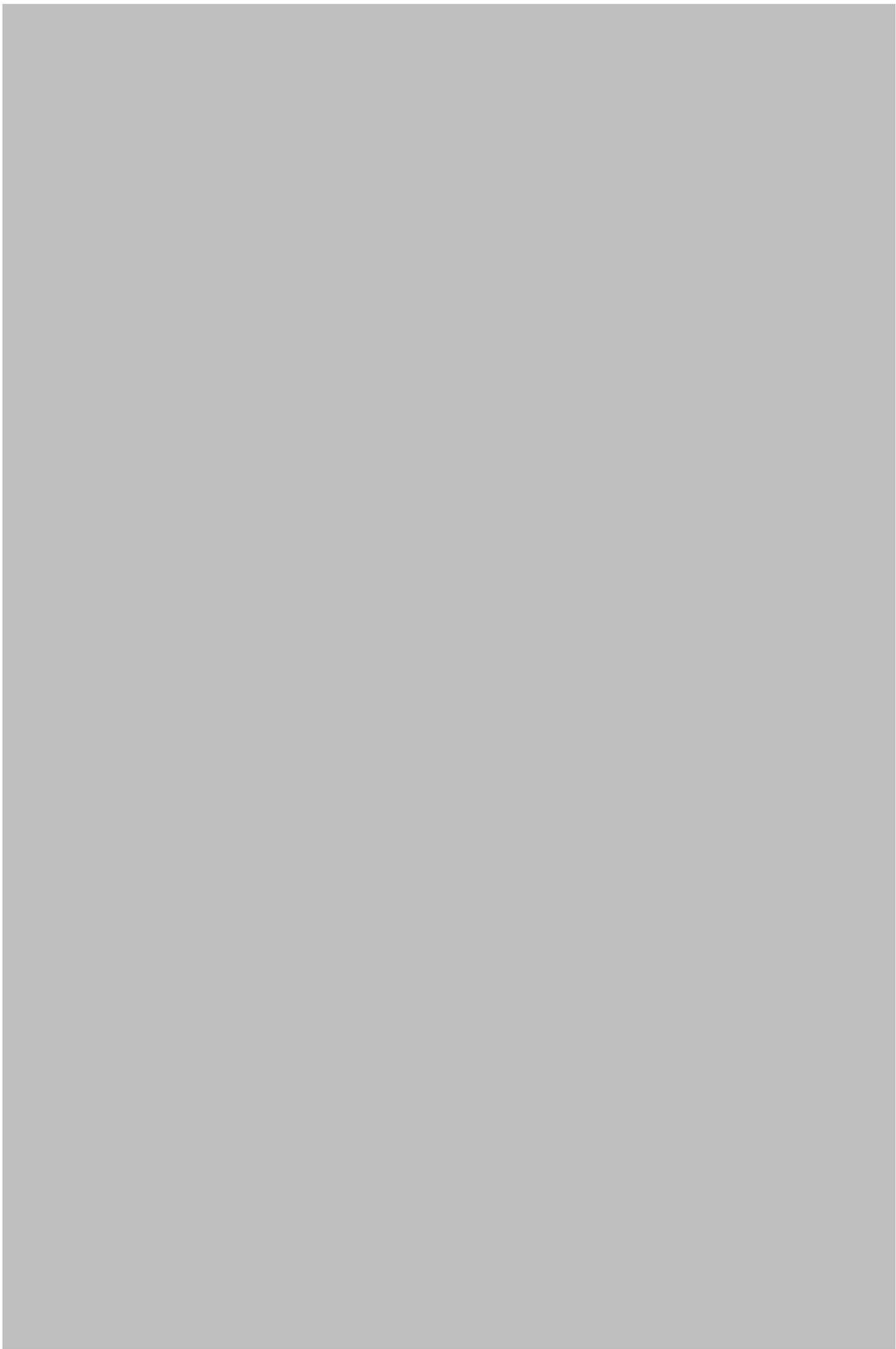












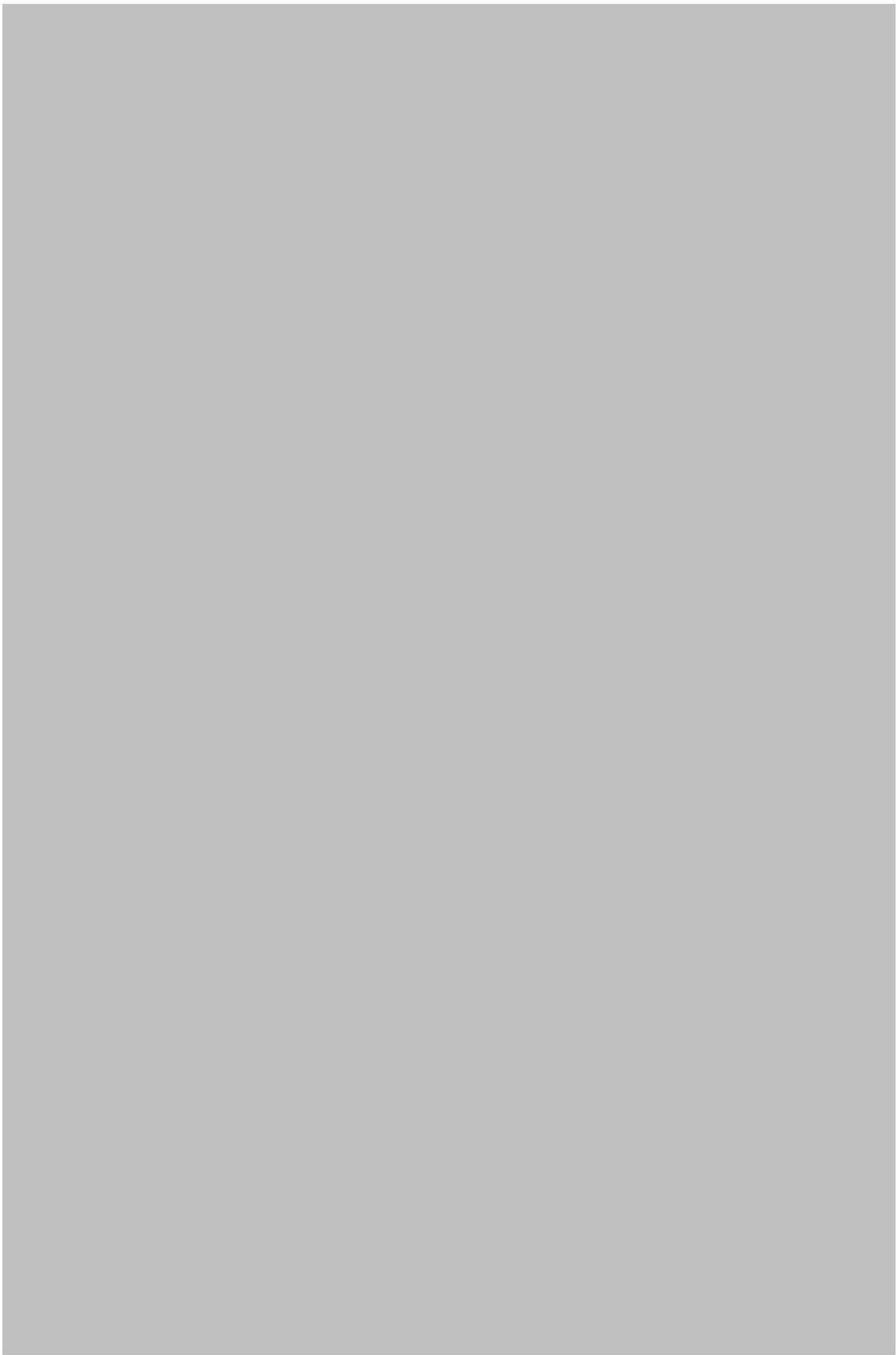














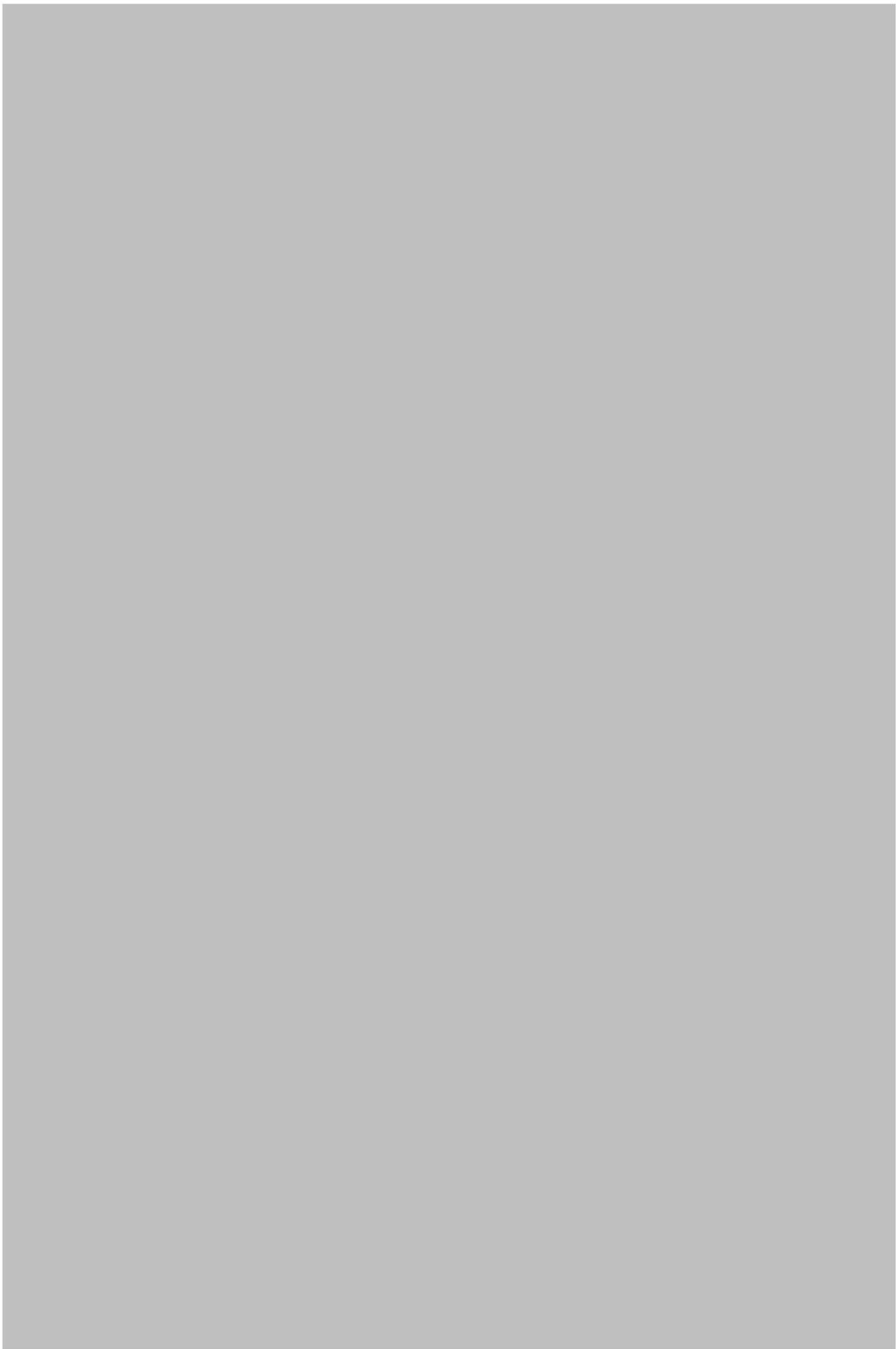


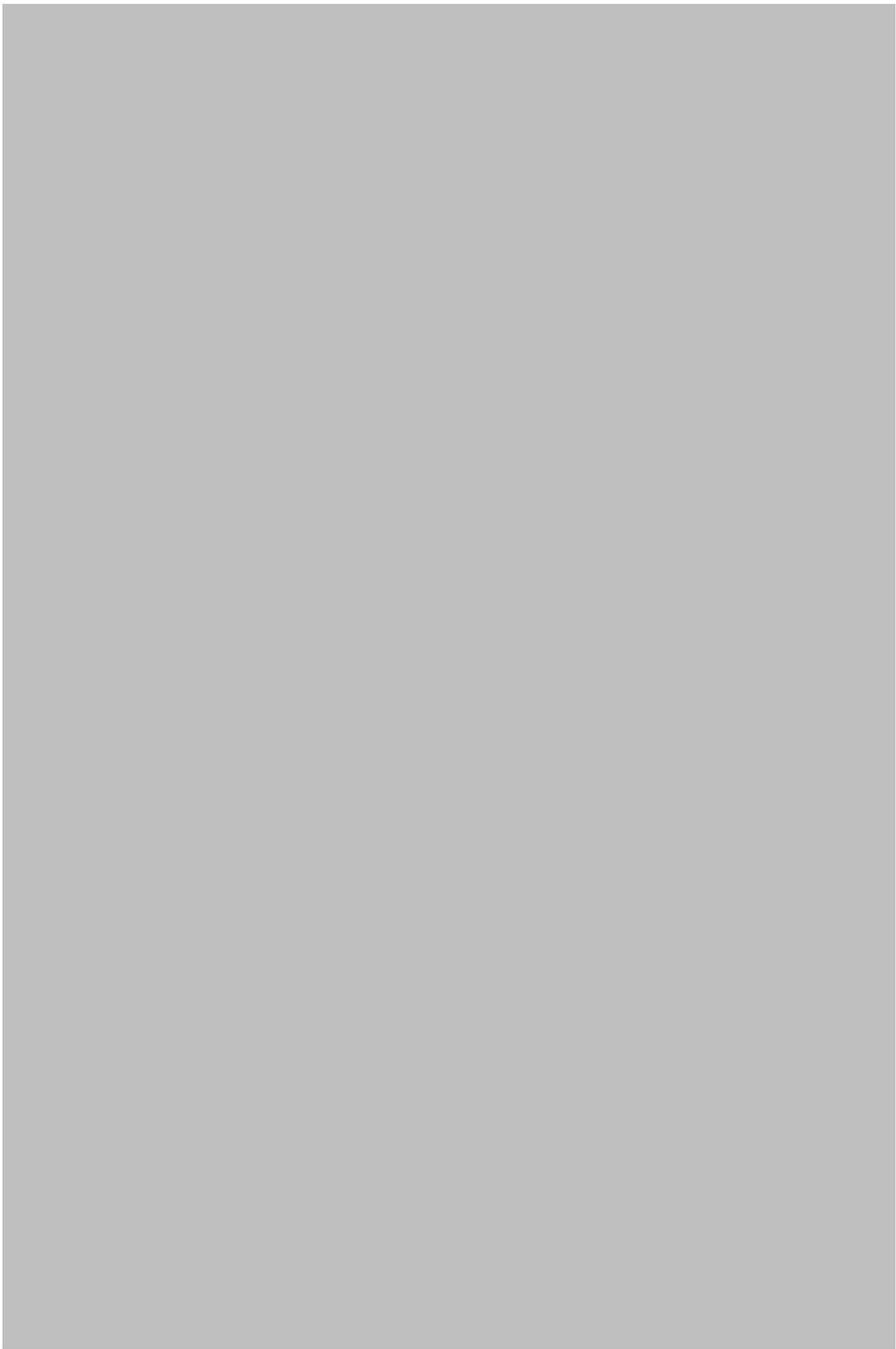


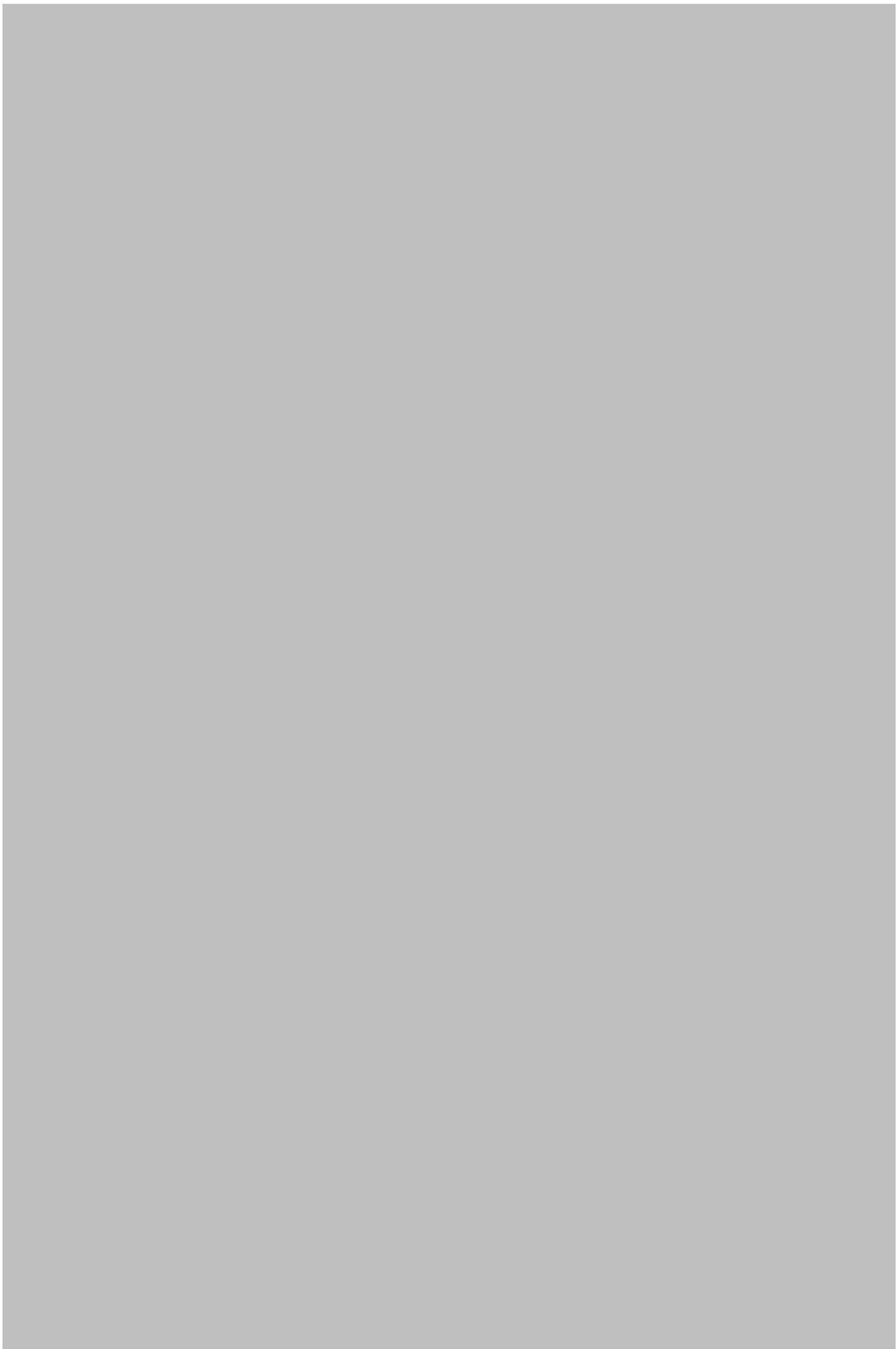




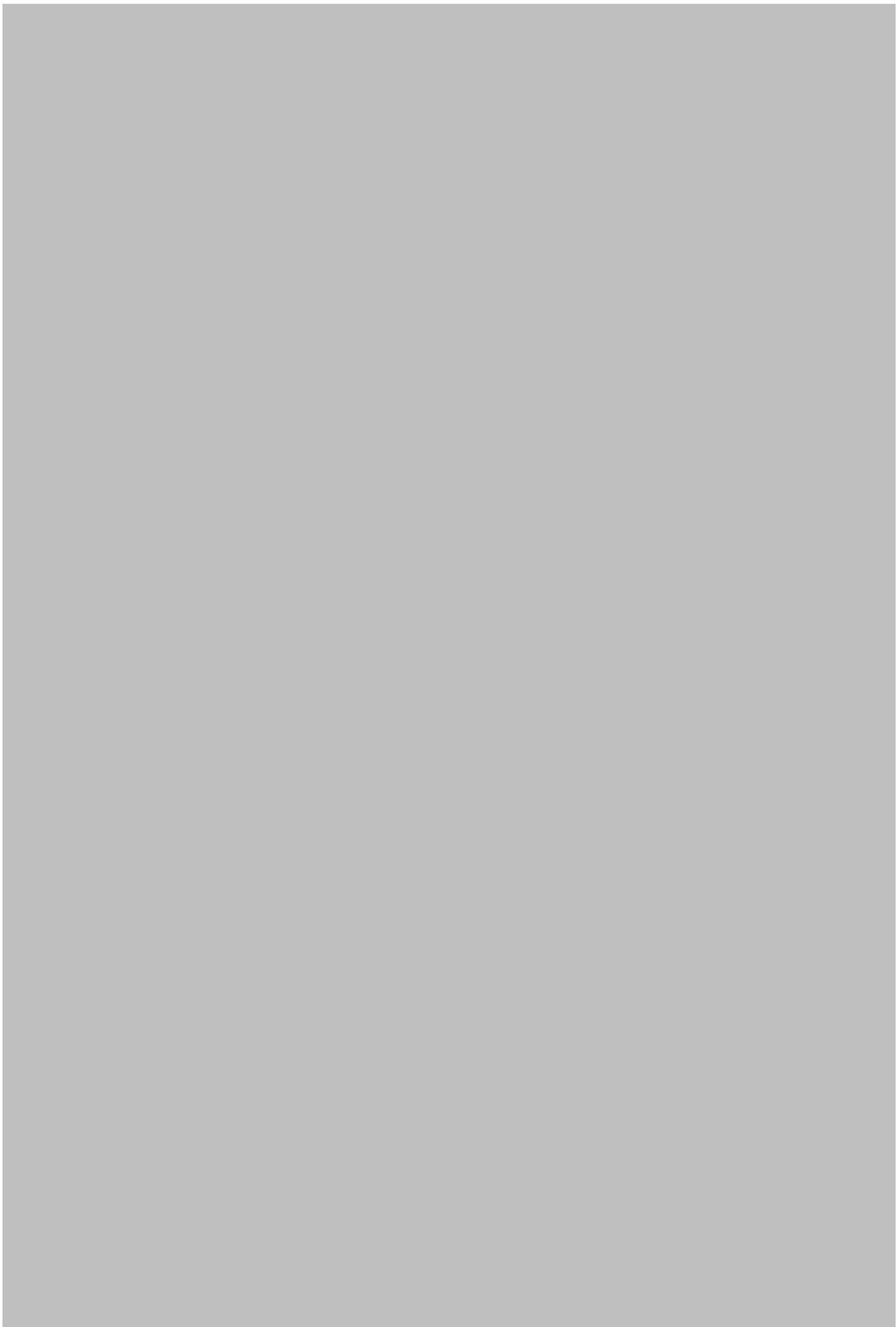


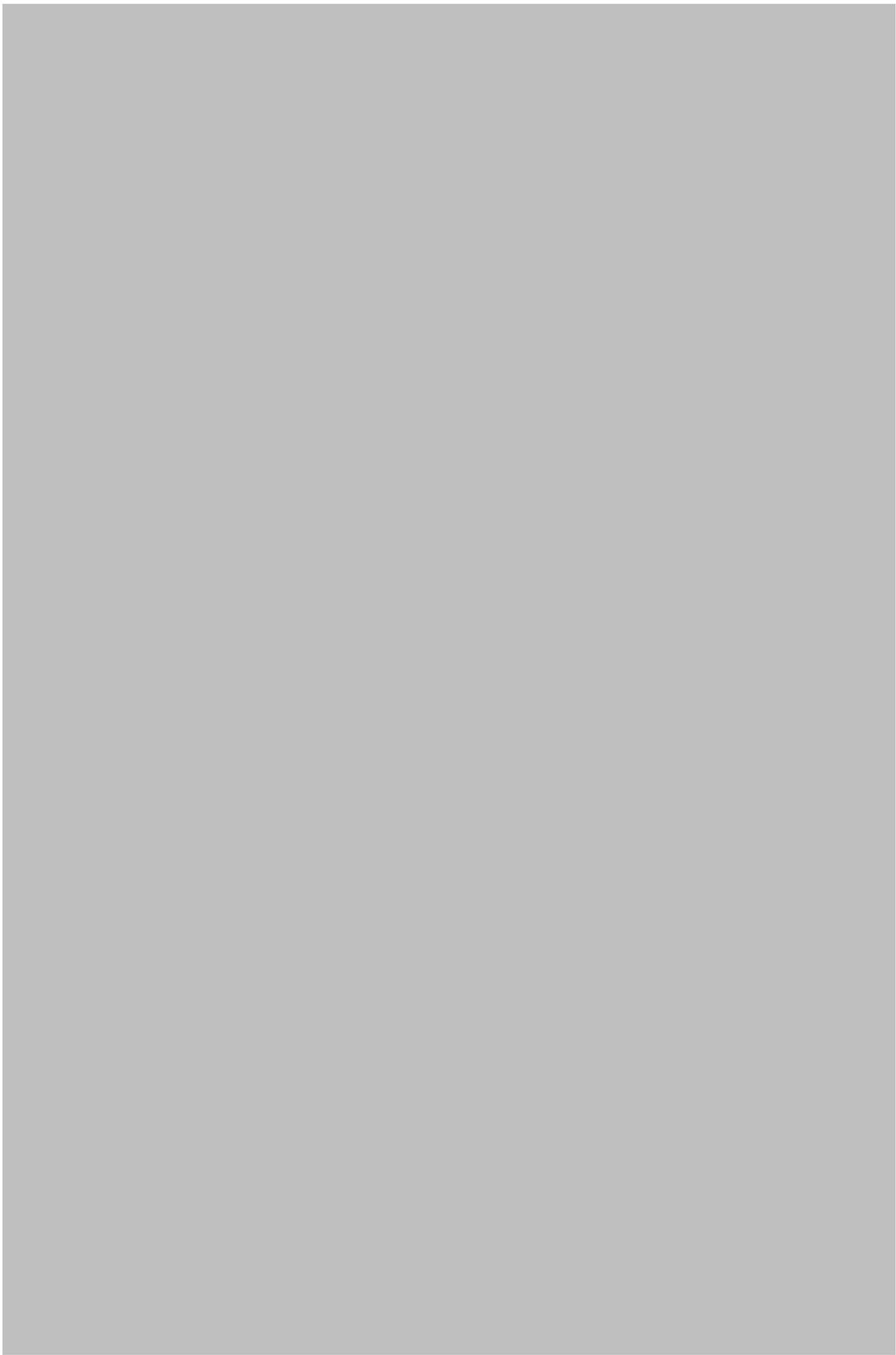






















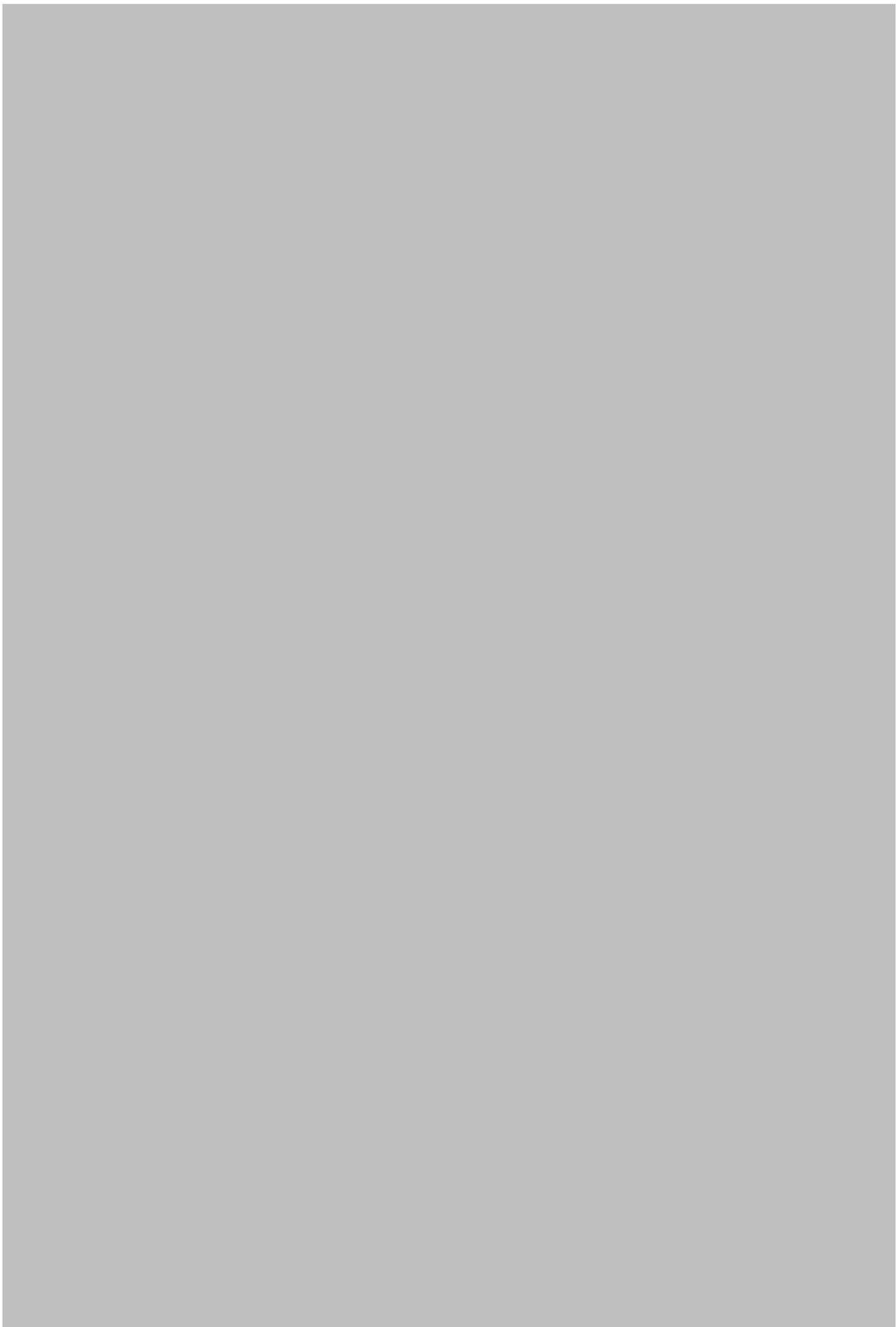


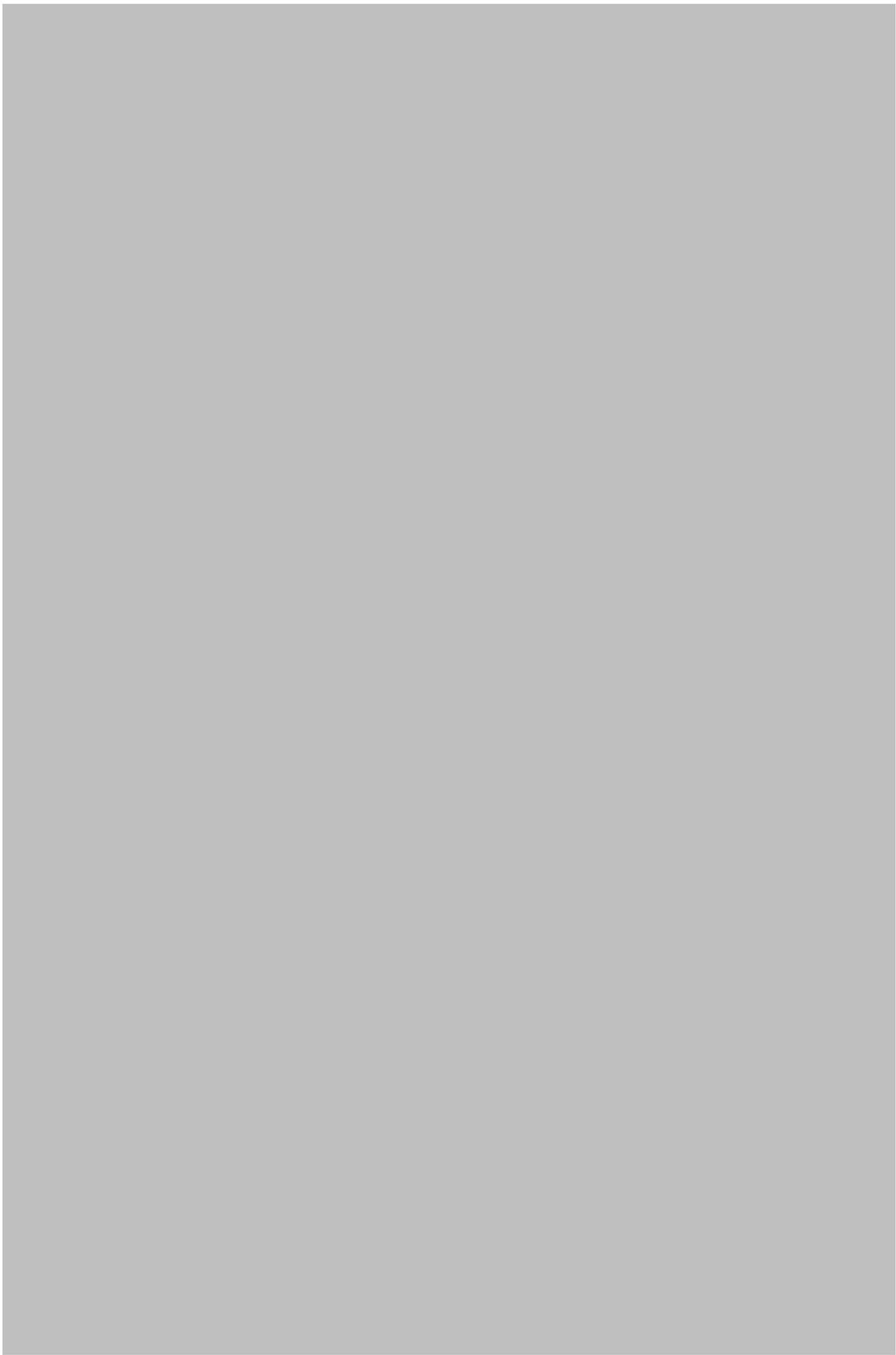














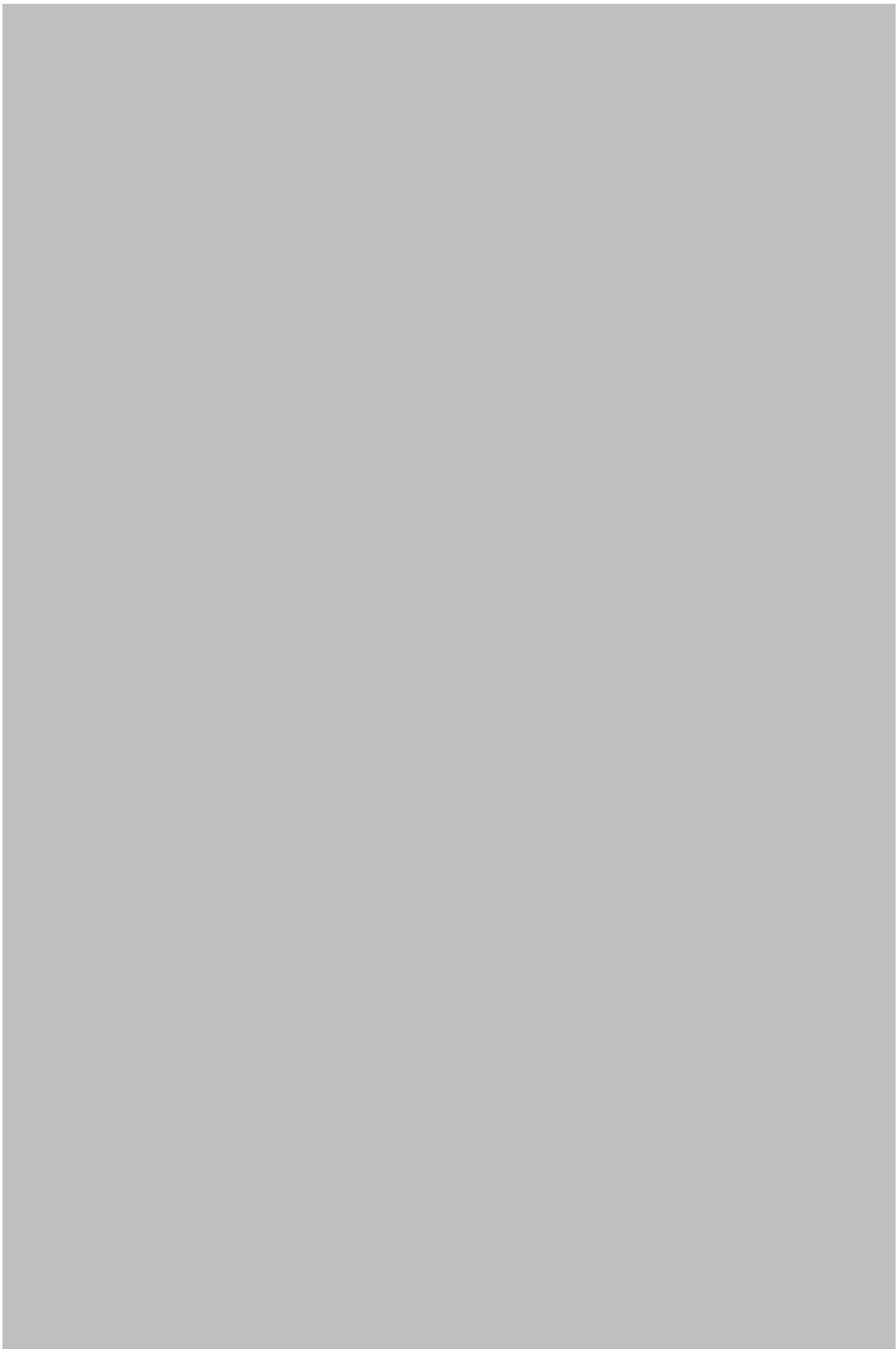


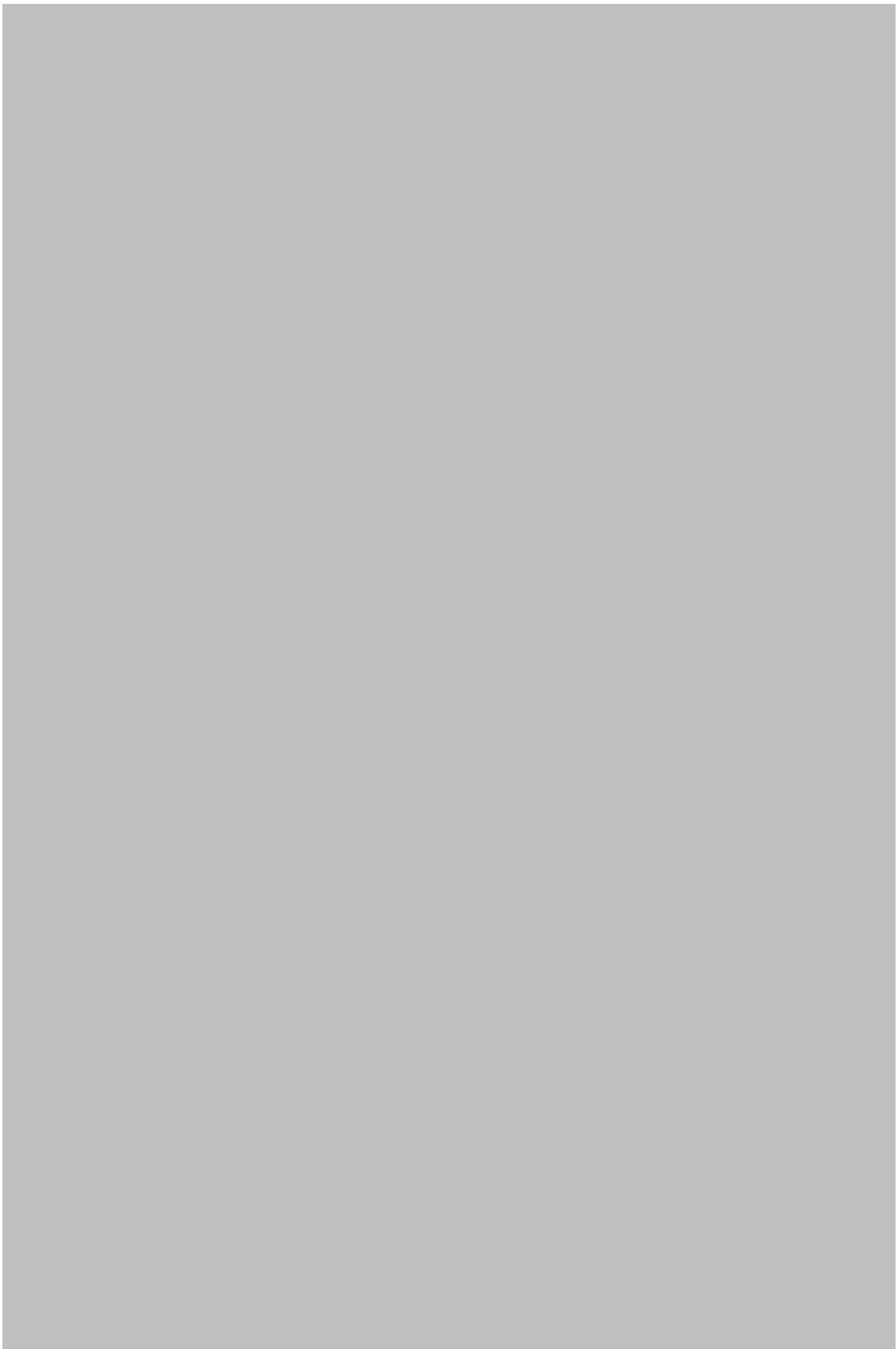


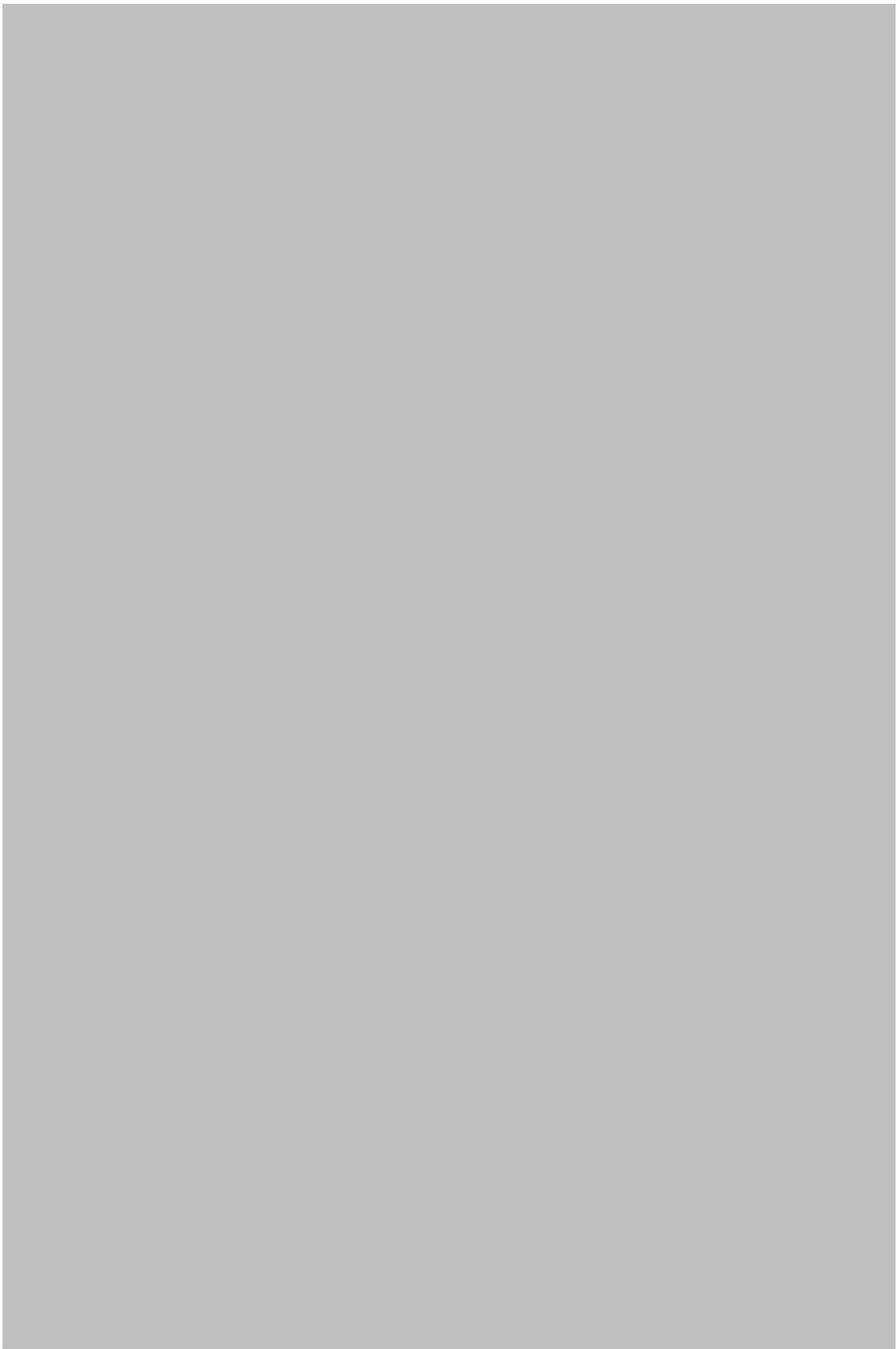






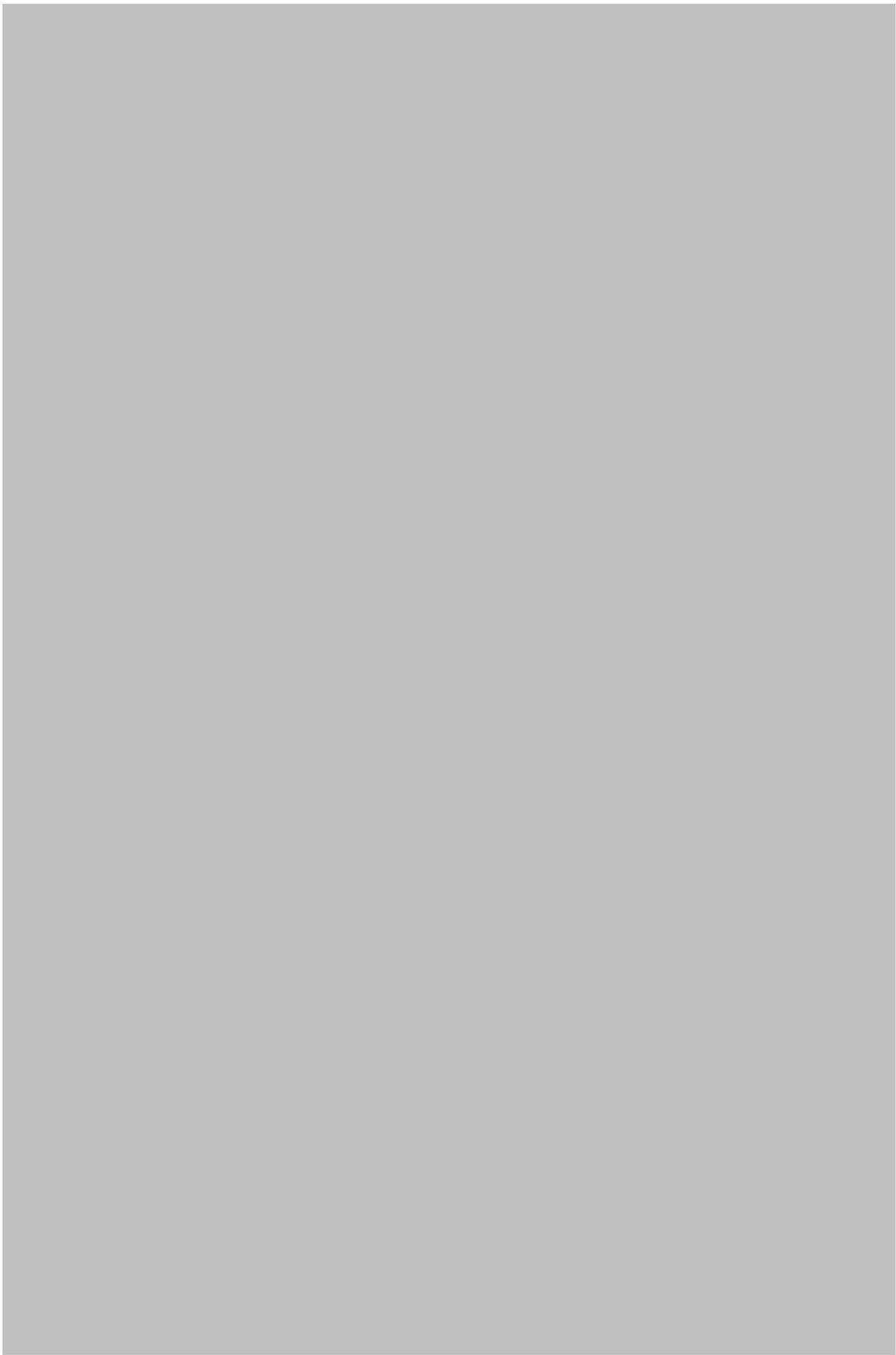


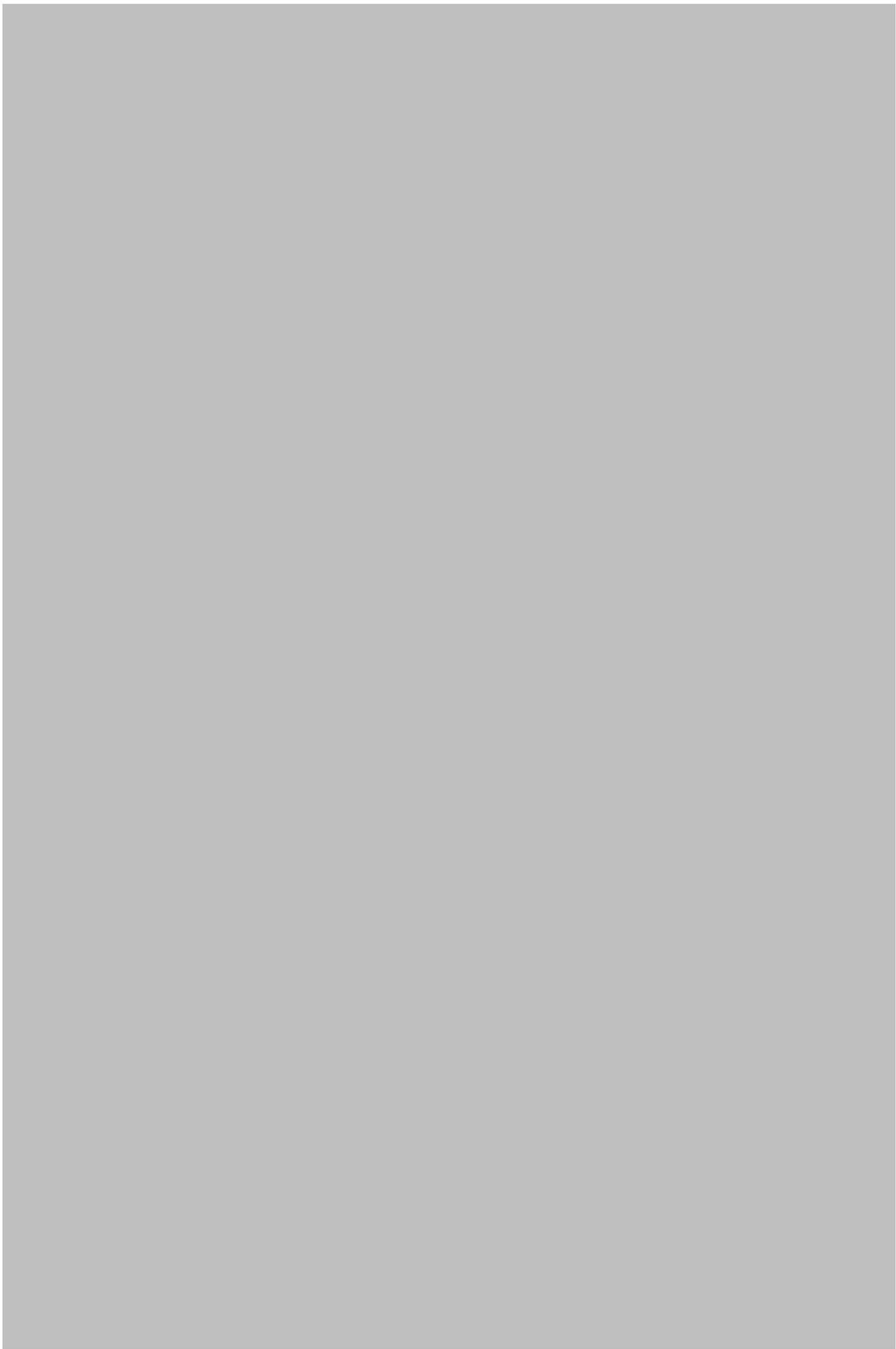


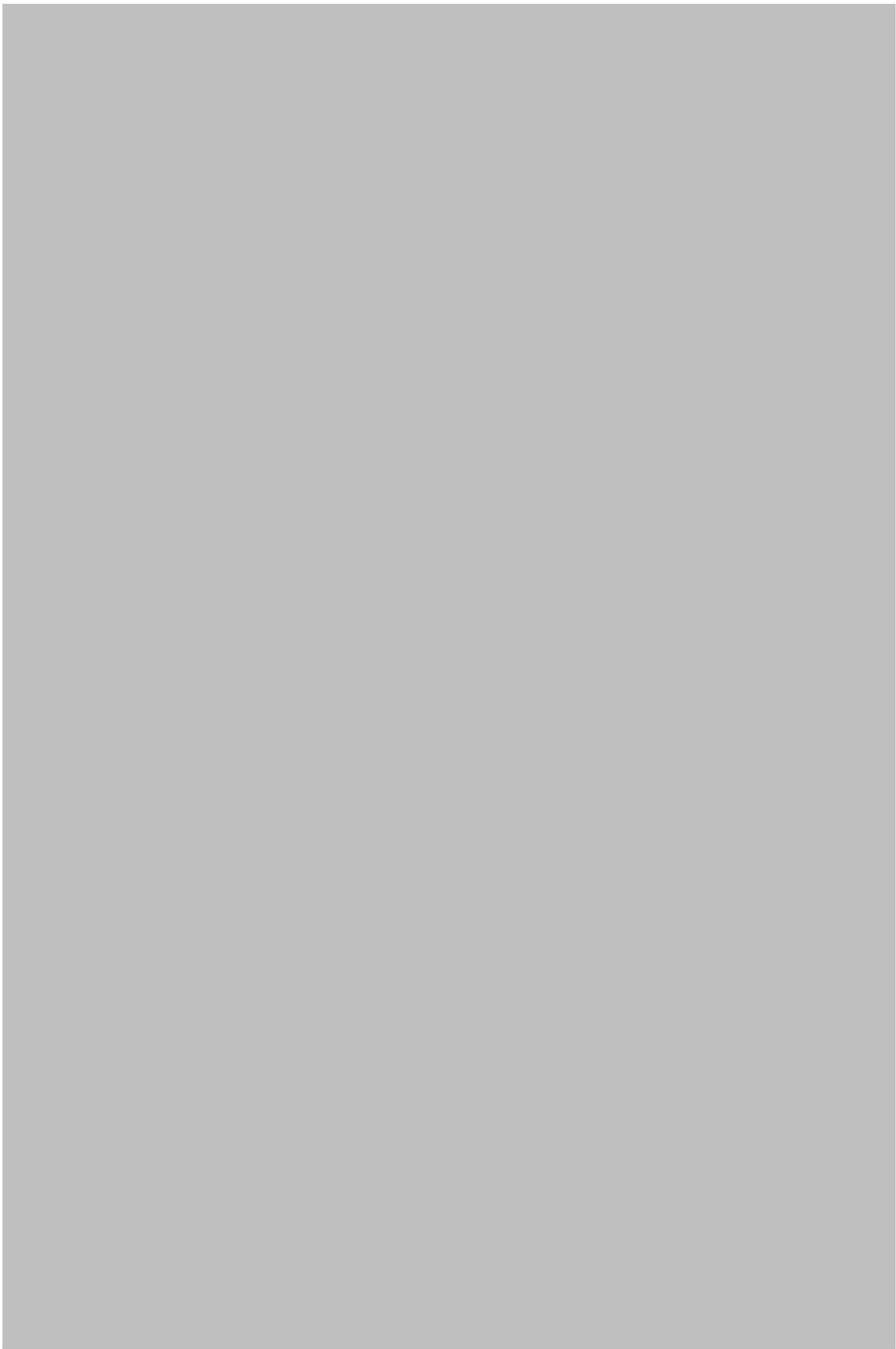


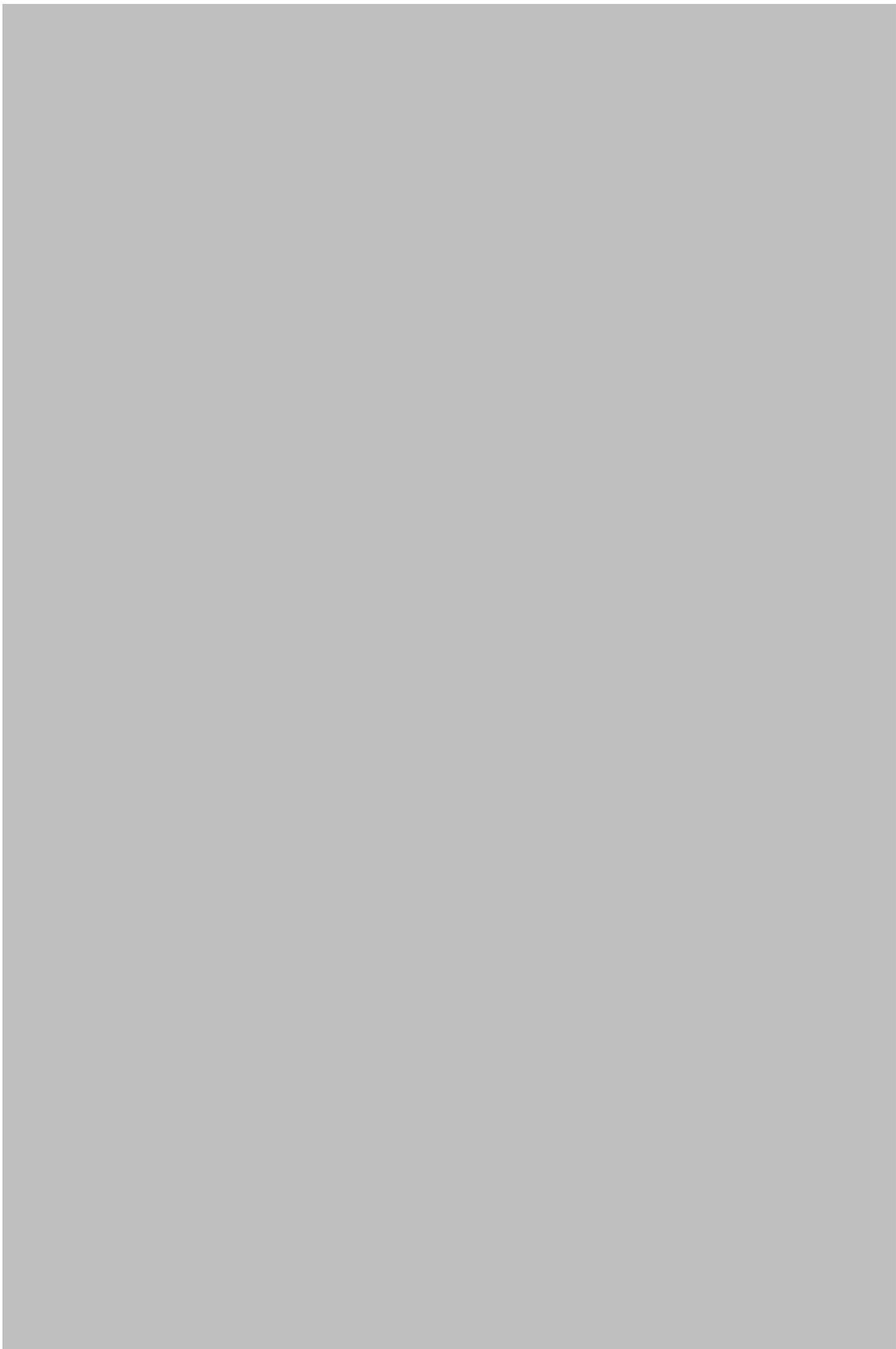


















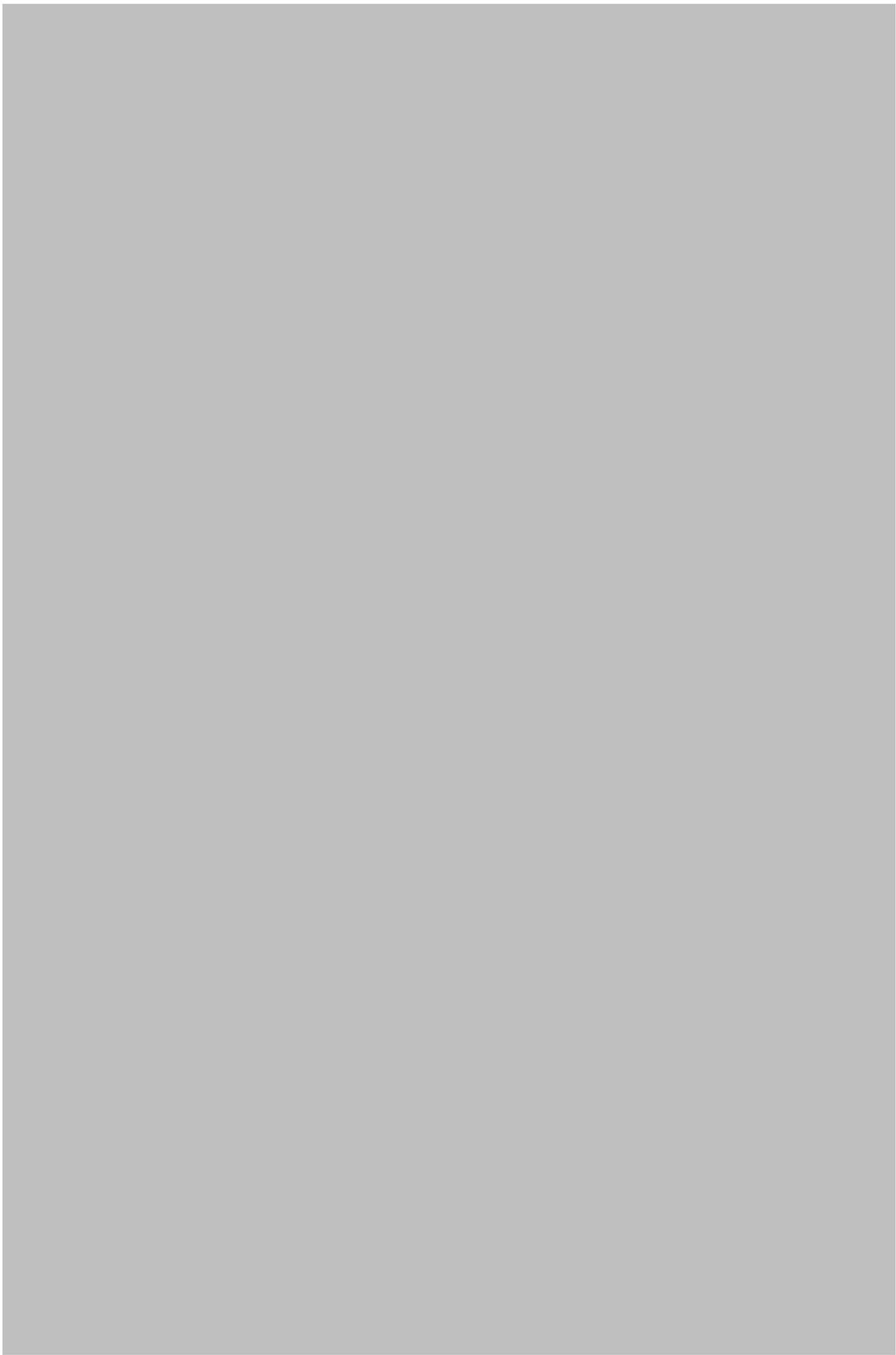




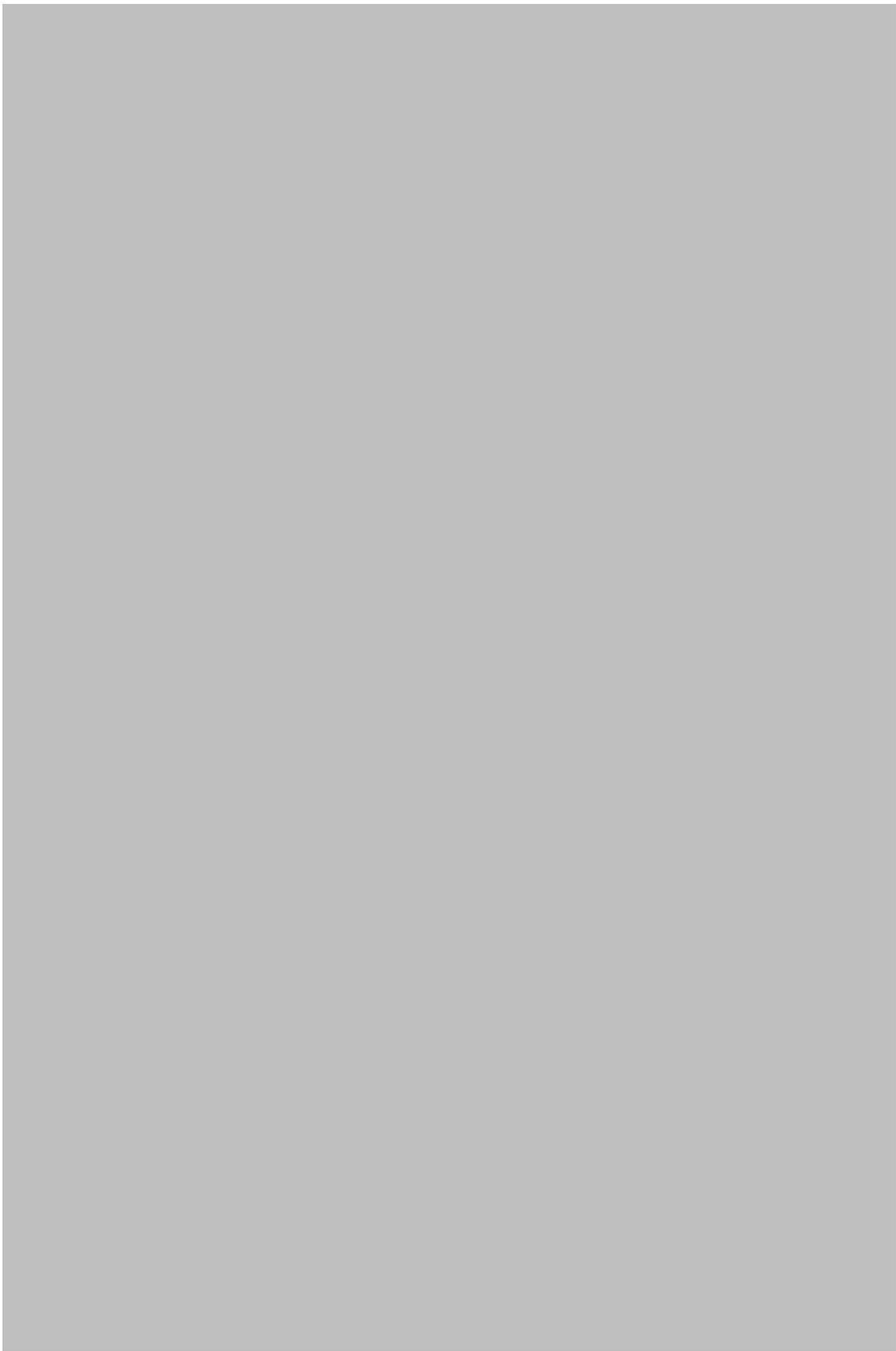




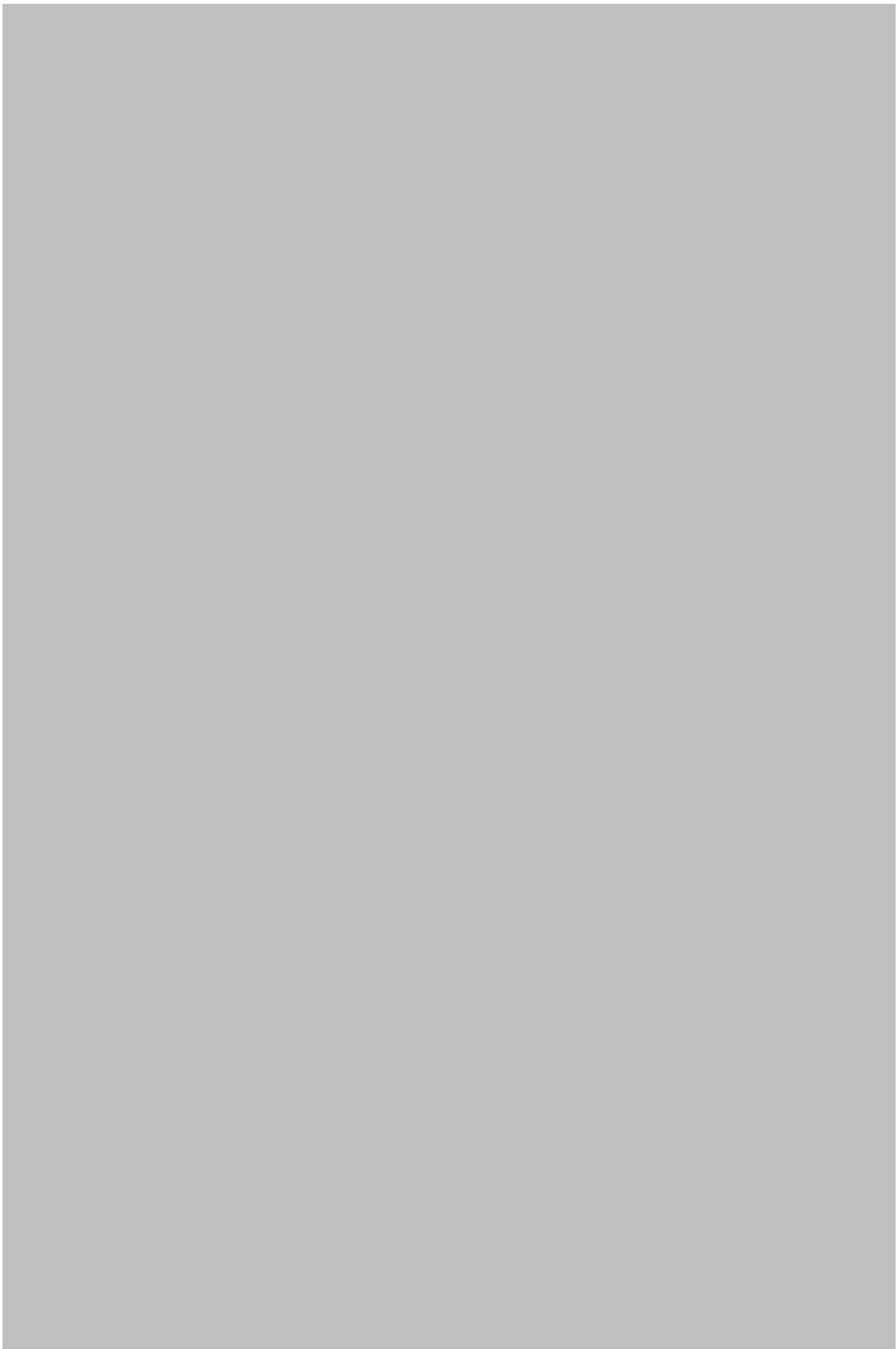




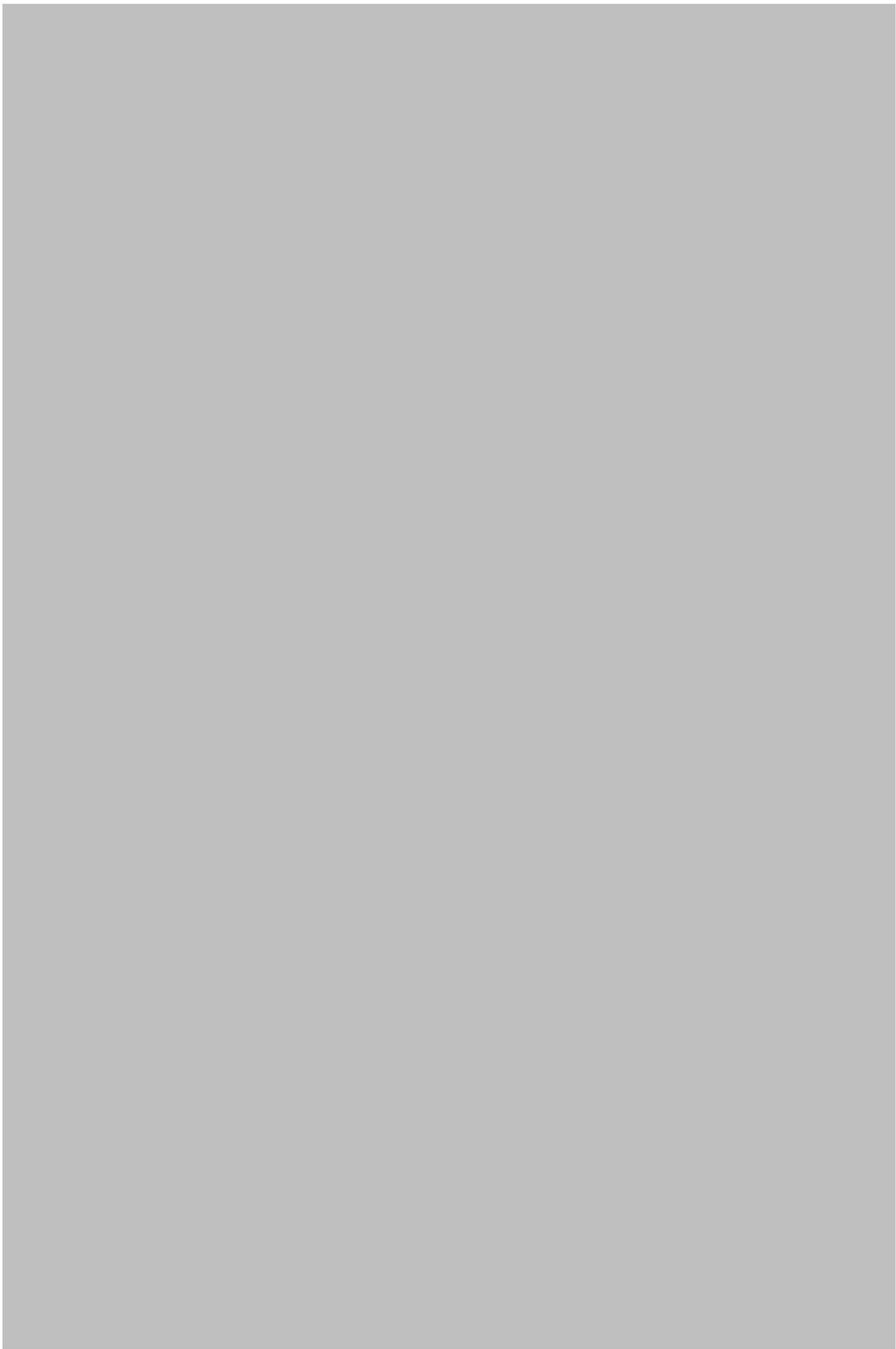












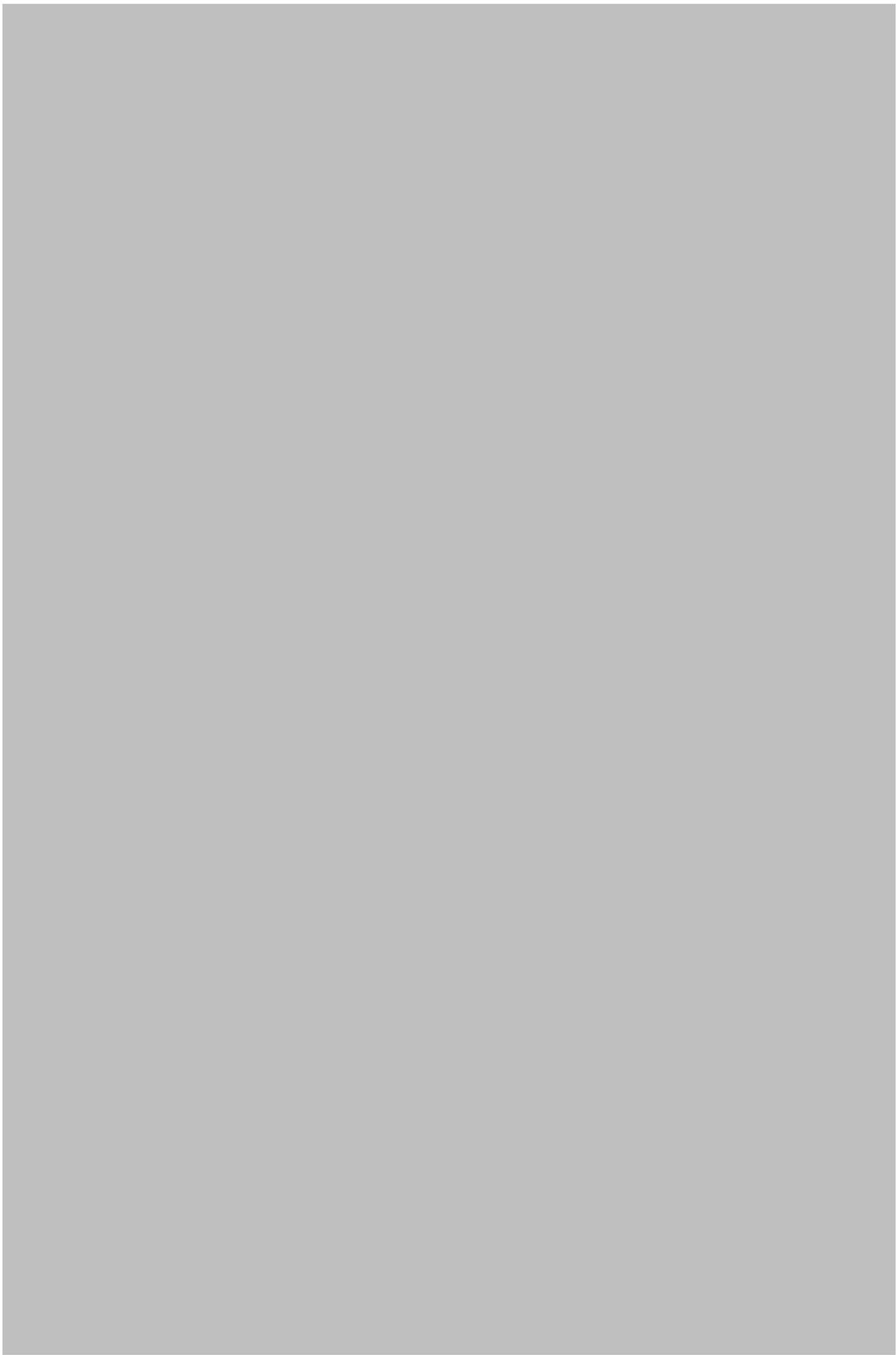


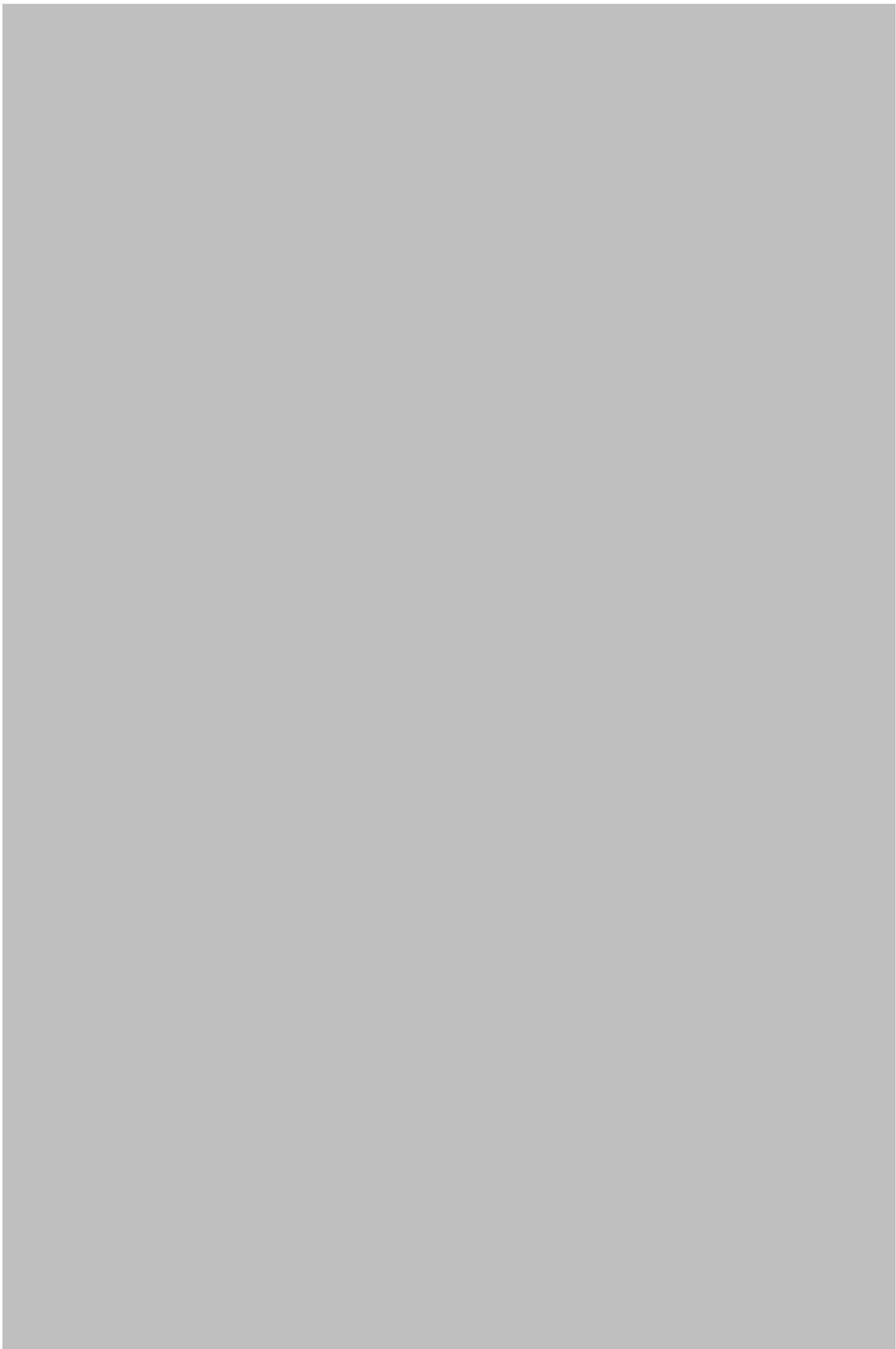


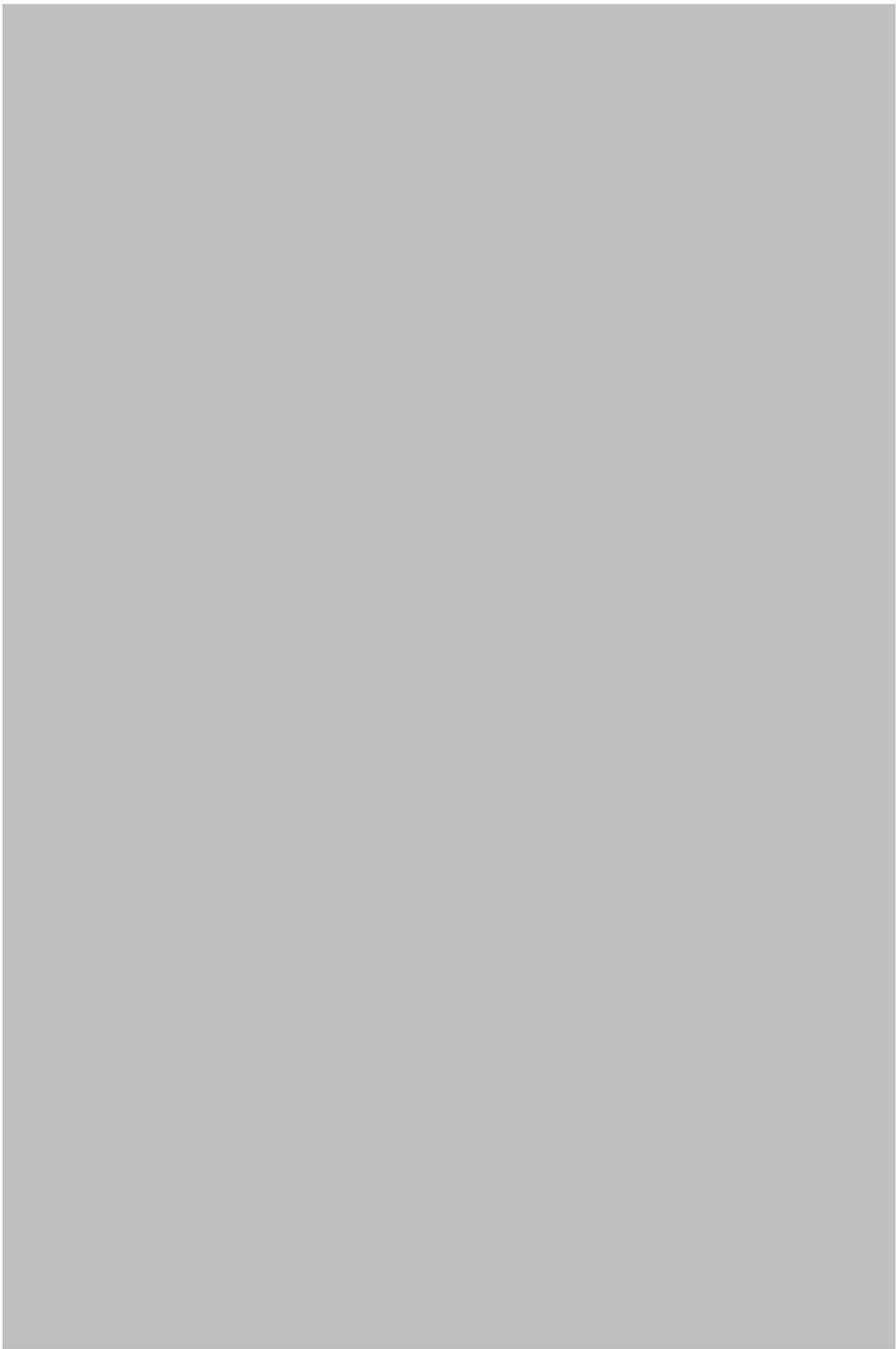


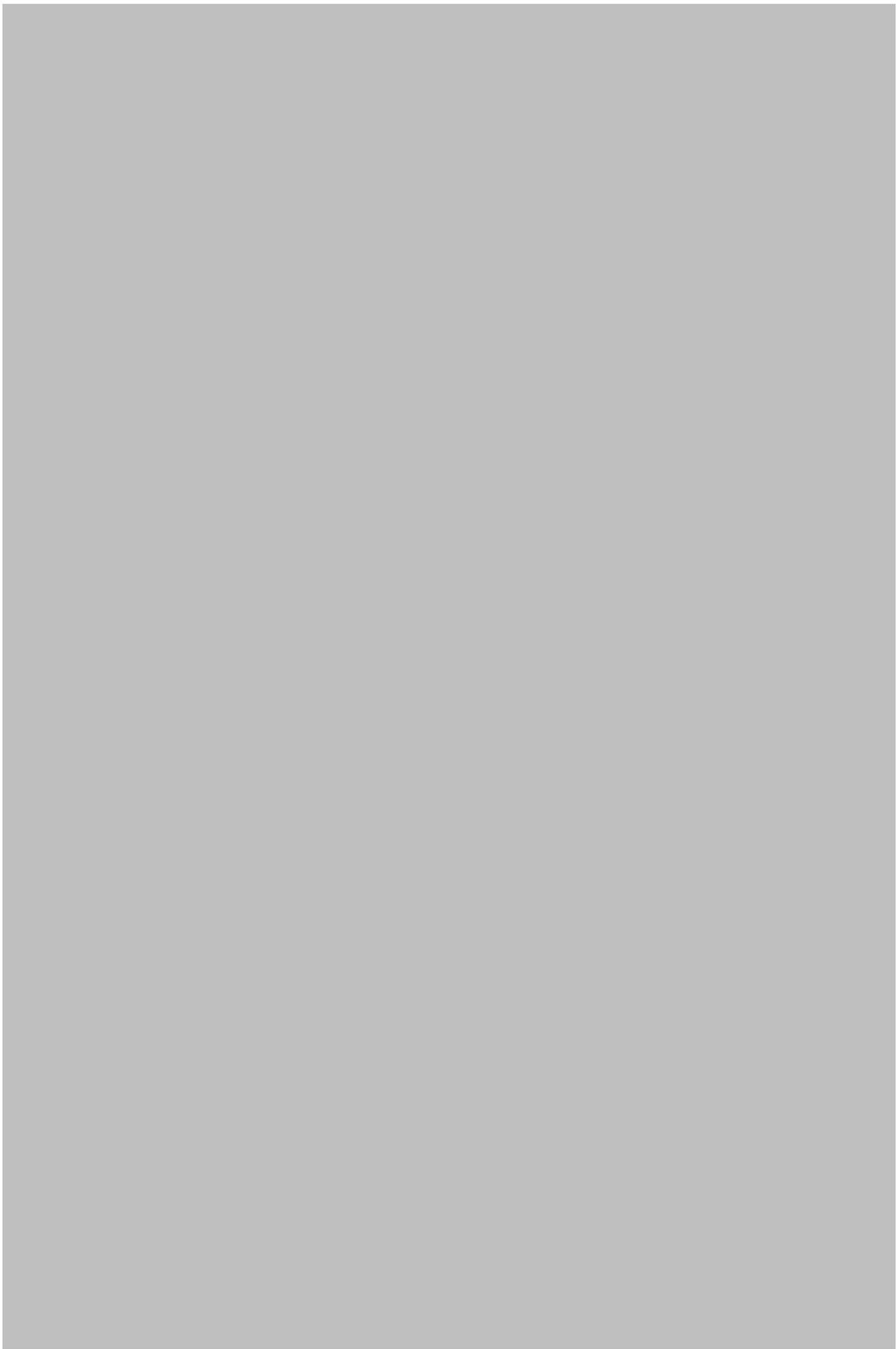


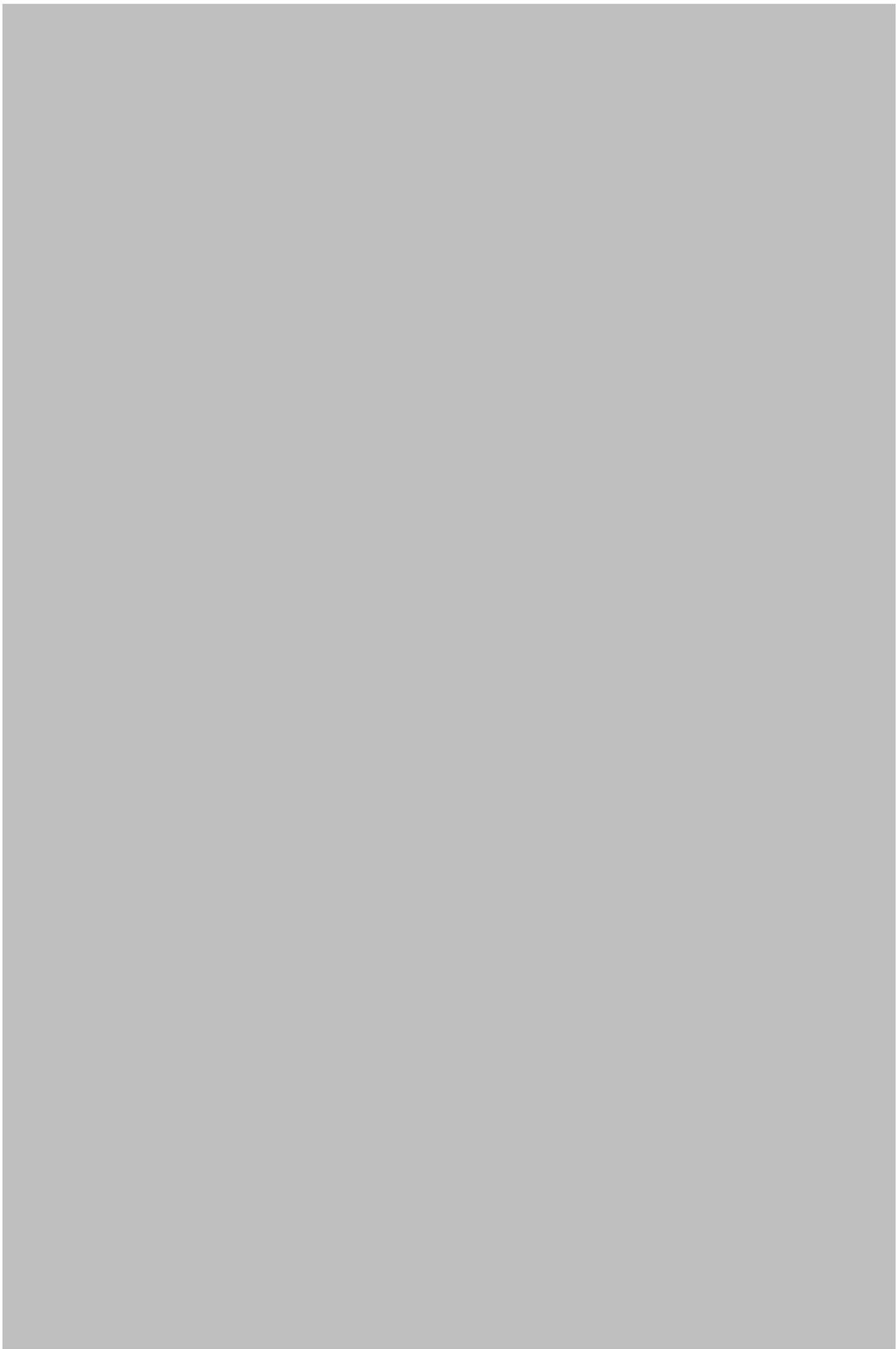


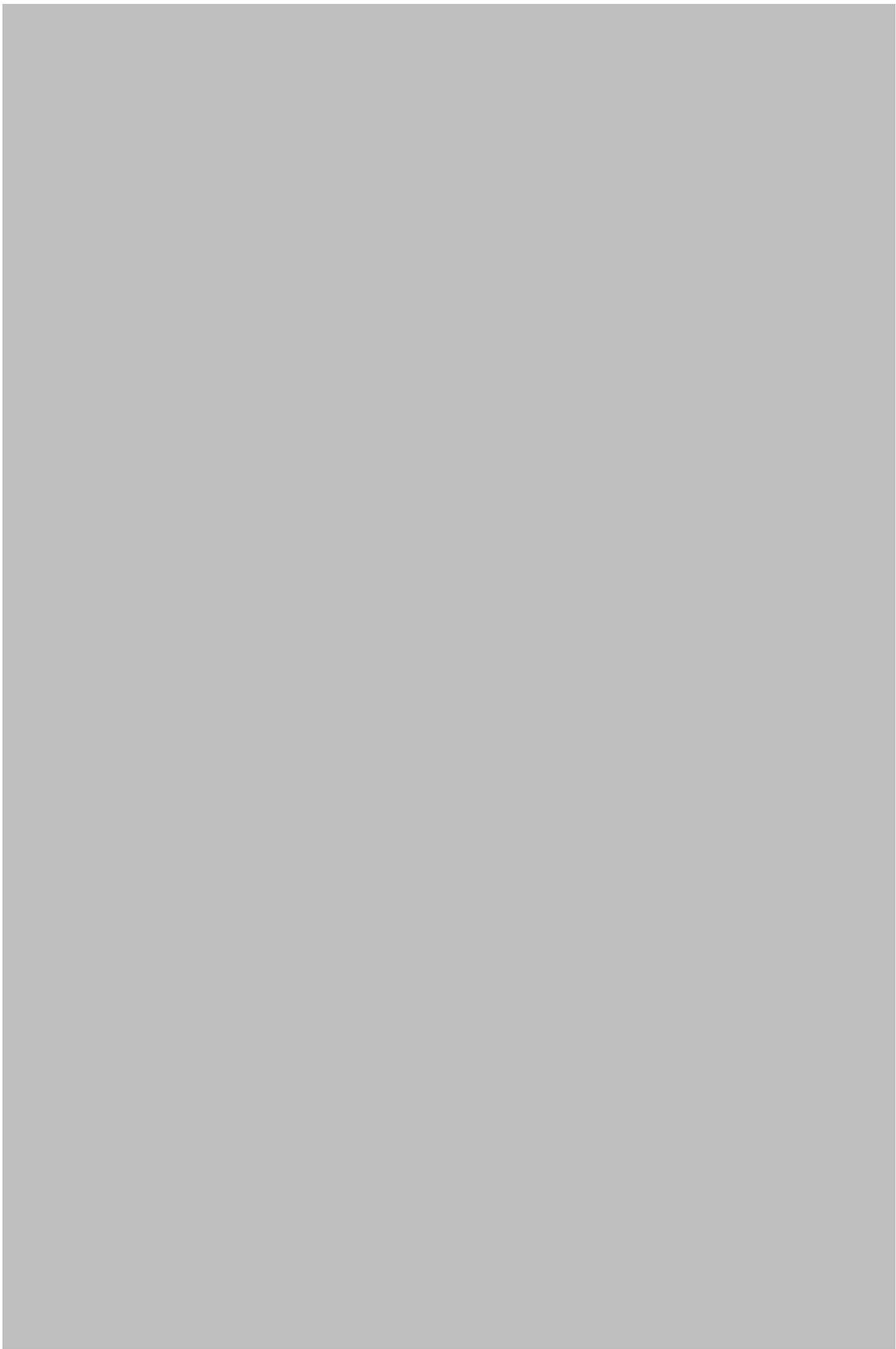




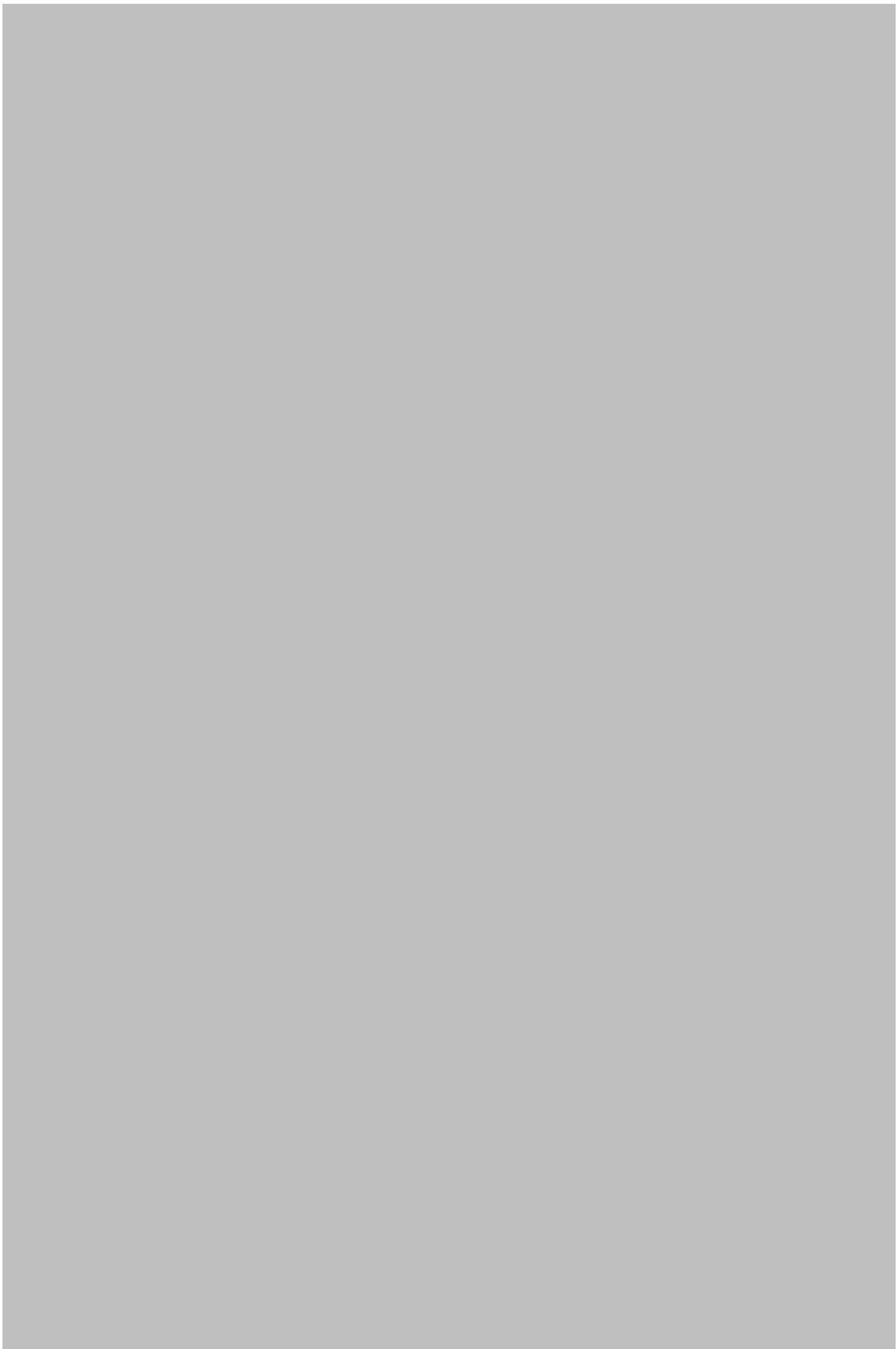


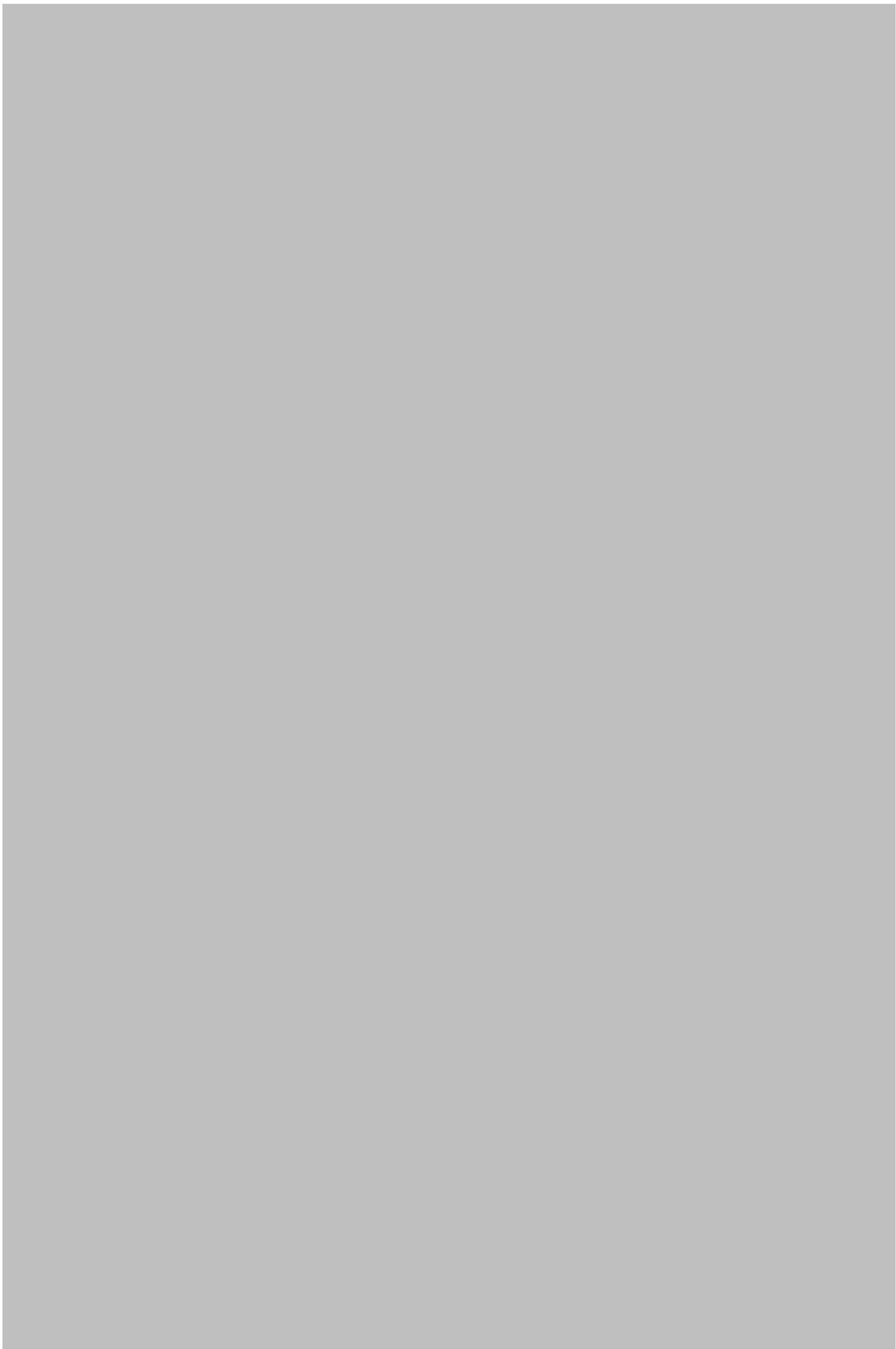












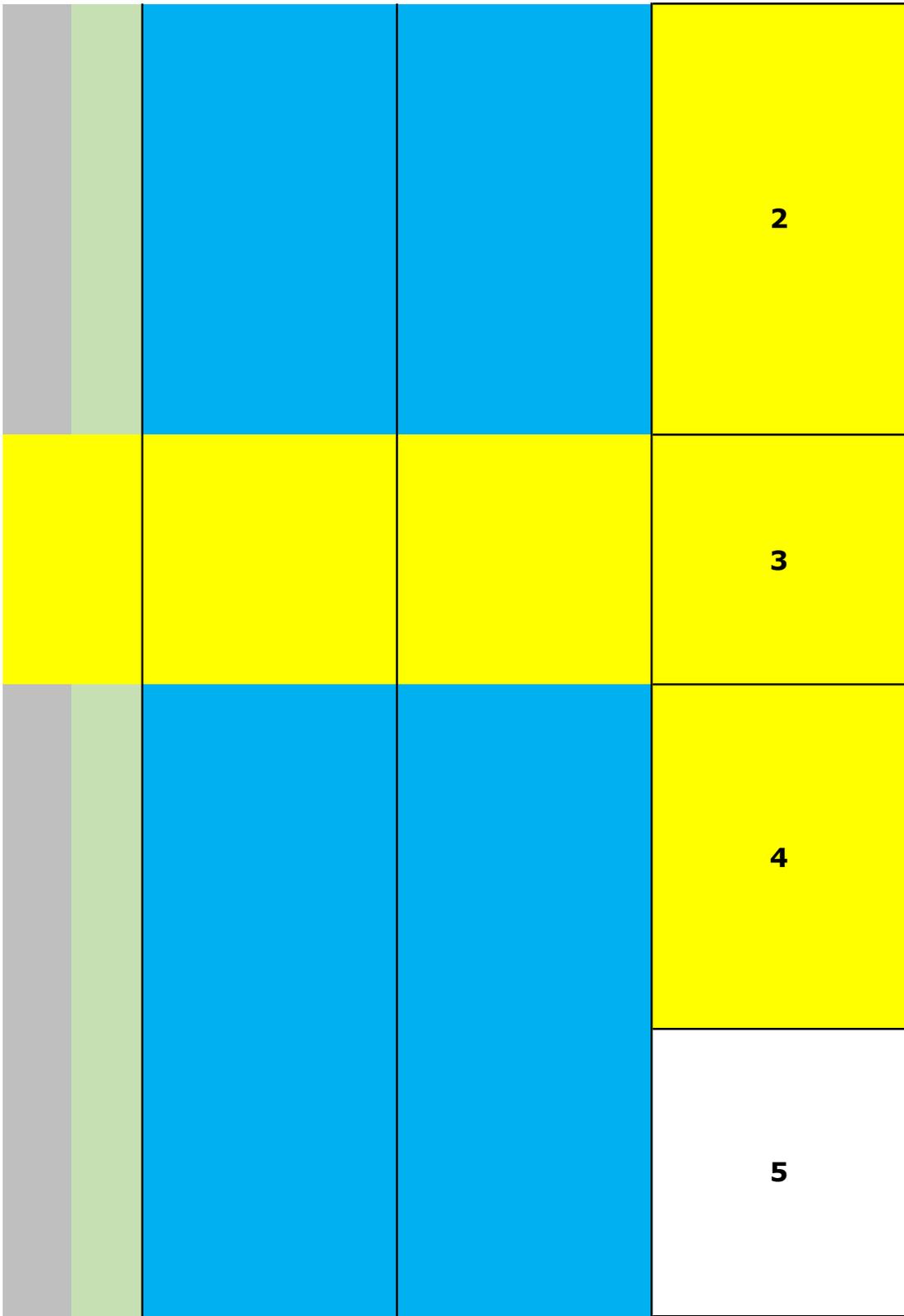


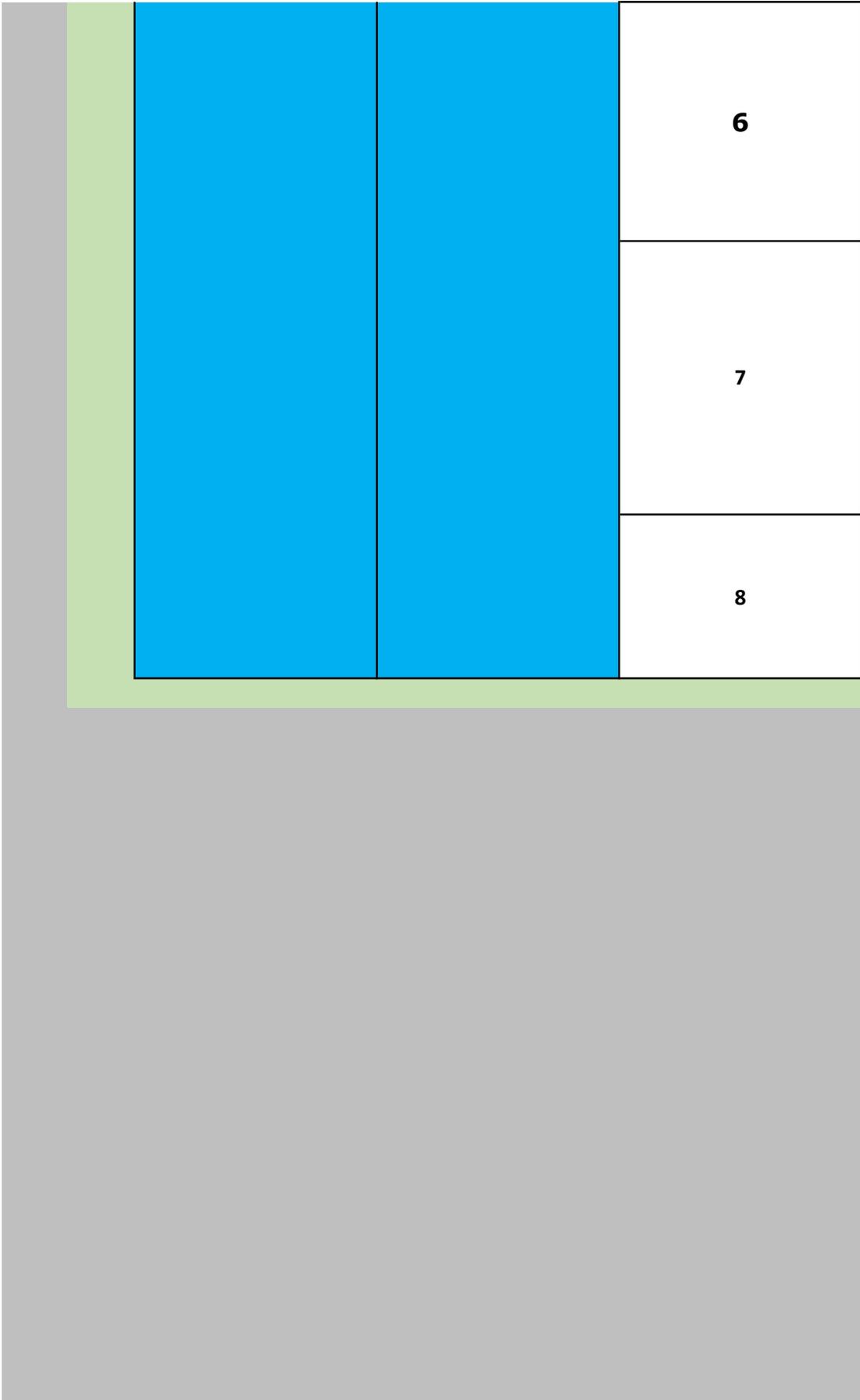






PROCESOS	DEPENDENCIA	CÓDIGO DE LA DEBILIDAD
DIRECCIÓN TERRITORIAL CAUCA - HUILA	DIRECCIÓN TERRITORIAL CAUCA - HUILA	1











DEBILIDAD

1)El Equipo Auditor durante la visita de auditoria aplica el papel de trabajo relacionado con la medición del sistema de control interno – indicadores y se solicita allegar las evidencias que soporten la gestión. Analizadas dichas evidencias con los criterios de auditoria generalmente aceptados se observa que la Dirección Territorial no posee una batería de medición que dé cuenta de la gestión gerencial que despliega en la jurisdicción Caquetá – Huila. Lo anterior no está conforme con lo dispuesto en los artículos 1º; 2º literales b), c), d), f) y g); 3º literal a); 4º literal i), j) y artículo 6º Ley 87 de 1993 y el Decreto 1499 de 2017 artículo 2.2.22.3.1 Manual Operativo numeral 7.2.1.

El Equipo Auditor considera como potenciales causas de la situación que se evidencia corresponde a la ausencia del proceso de empalme entre los dos Directores Territoriales relacionados con el sistema de medición gerencial o la falta de capacitación al personal sobre buenas prácticas y modelos de medición. Lo anterior aumenta el riesgo de lograr los resultados gerenciales de la Dirección Territorial y de la toma de decisiones sin tener información relevante y pertinente de un modelo robusto de medición.

2) El Equipo Auditor durante la visita de auditoría aplica el papel de trabajo relacionado con la medición del sistema de control interno – Riesgos. Analizadas las evidencias con los criterios de auditoría generalmente aceptados se observa que la Dirección Territorial no posee un mapa de riesgos que dé cuenta de la gestión gerencial que despliega en la jurisdicción Caquetá – Huila. Lo anterior no está conforme con lo dispuesto en los artículos 1º; 2º literales b), c), e), f), g) literal a); 4º literal i), j), k) y el artículo 6º de la Ley 87 de 1993. La Dimensión 7 del MIPG (Decreto 1499 de 2017) frente a asegurar la gestión del riesgo en la entidad y se constituyen en una debilidad del Sistema de Control Interno. El Equipo Auditor considera como potenciales causas la falta de capacitación en temas de riesgos, la falta de aplicación de mejores prácticas, falta de un tablero de control que permita realizar seguimiento a las acciones de administración del mapa de riesgos. Lo anterior aumenta el riesgo de no lograr los objetivos

3) El Equipo Auditor durante la visita de auditoría aplica el papel de trabajo relacionado con la medición del sistema de control interno – control. se observa que la Dirección Territorial posee controles, pero ellos son débiles por cuanto ellos no se articulan con otras herramientas gerenciales que permita tomar decisiones informadas para la gestión administrativa y gerencial que despliega en la jurisdicción Caquetá – Huila. considera el no cumplimiento de lo dispuesto en las Dimensiones 4 y 5 del MIPG (Decreto 1499 de 2017) y se constituyen en una debilidad del Sistema de Control Interno en virtud de lo dispuesto en el artículo 2º

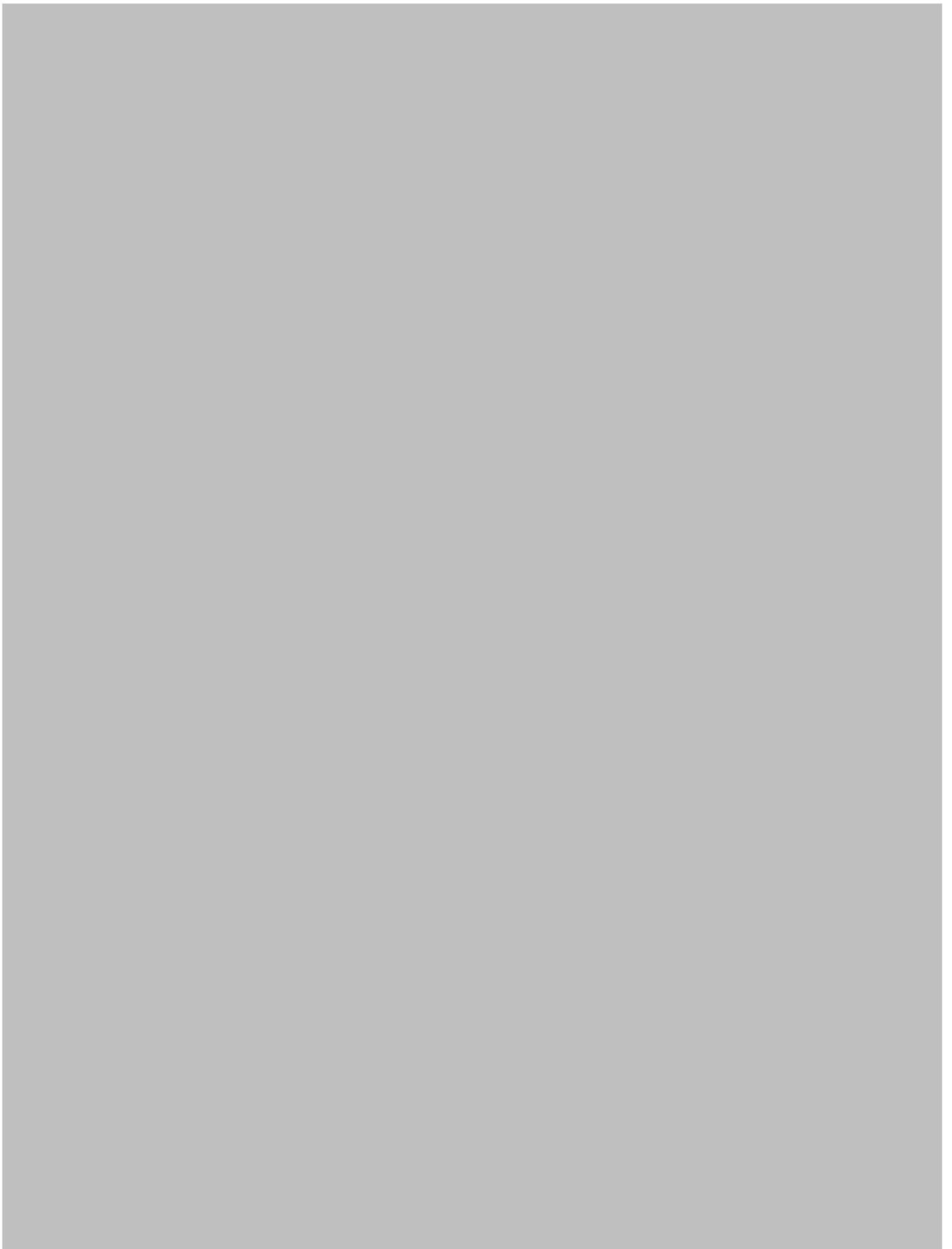
4) Debilidad del sistema de control interno en el diseño del control de los riesgos. Se evidencia que la totalidad de los controles establecidos por la Dirección Territorial Caquetá - Huila no cumplen con las variables determinadas por el DAFP en la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas”. 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 la falta de conocimiento y comprensión de la metodología de elaboración de controles a los riesgos identificados, falta de seguimiento a la ejecución de estos 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, al impacto en el logro de los objetivos

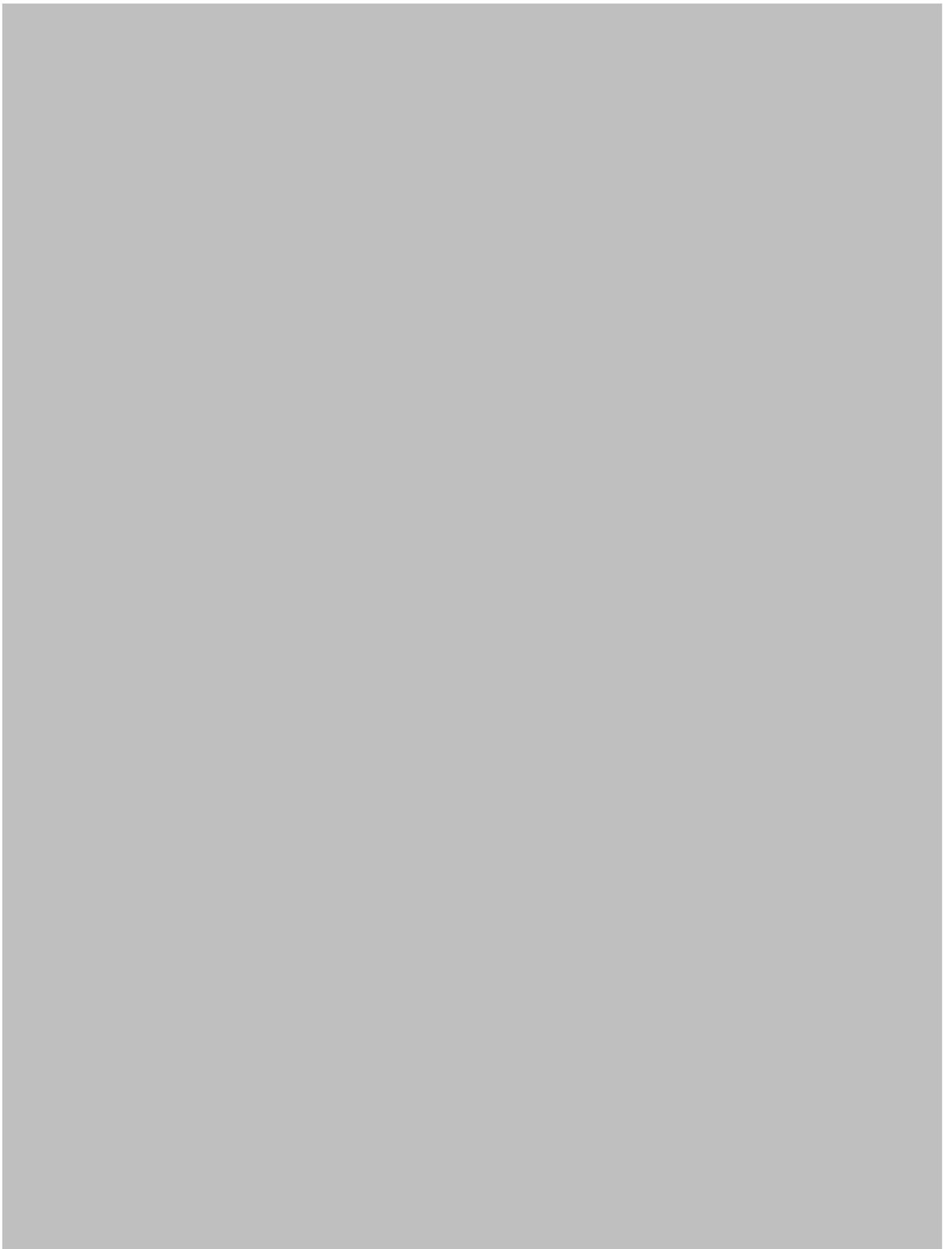
5) Debilidad del sistema de control por incumplimiento de lo planeado contra lo ejecutado, evaluación plan de acción. El Equipo Auditor examina el comportamiento de los reportes del avance de las metas del plan de acción asignadas a la Dirección Territorial Caquetá - Huila. Teniendo como parámetro de evaluación 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 5 de 20 metas, lo que corresponde a un 25.00%. 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 considera como potenciales causas las debilidades en los procesos de planeación, fallas en la proyección de metas y

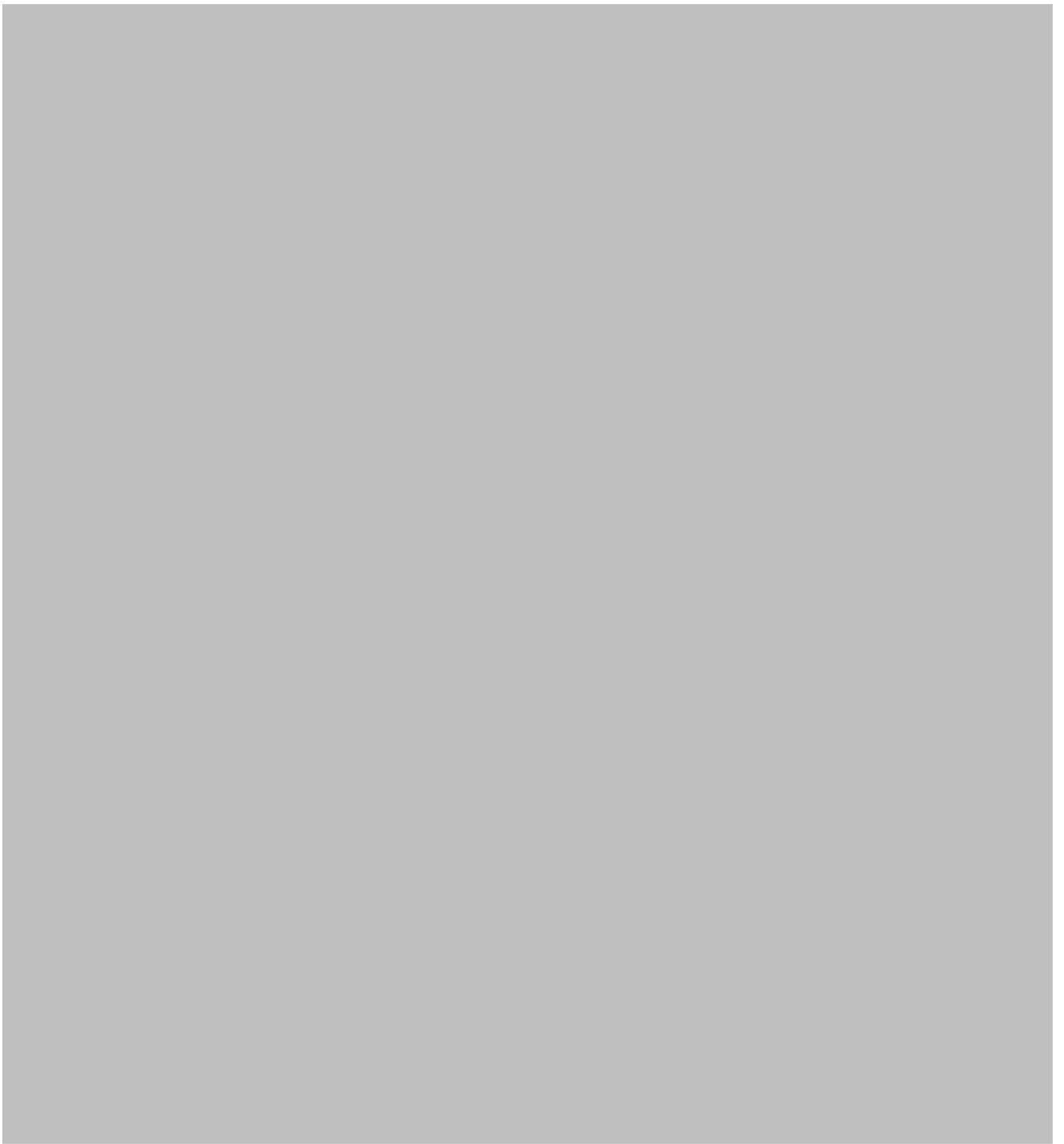
6) Debilidad del sistema de control interno en el diseño del control de los riesgos. Se evidencia que la totalidad de los controles establecidos por la Dirección Territorial Caquetá - Huila no cumplen con las variables determinadas por el DAFP en la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas". 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 considera como potenciales causas la falta de conocimiento y comprensión de la metodología de elaboración de controles a los riesgos identificados

7) El Equipo Auditor evidencia una debilidad en el sistema de control interno por incertidumbre en la información documentada y la gestión de supervisión. El ejercicio de las actividades de supervisión reviste de alta importancia para el logro de los fines establecidos en el objeto del contrato, su ejecución, liquidación y el cumplimiento de las metas institucionales. Lo anterior el Equipo Auditor determina una 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. Esto no está conforme con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993 artículos 2º literales a), b), c), e), f) y g); 4º literales b), e), i), j) y k); Ley 594 de 2000 artículo 11 y párrafo del artículo 5º del Acuerdo 002 de 2014 del Archivo General de la Nación, Ley 1474 de 2011 artículo 83 y ss. 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

8) Debilidad del sistema de control interno en el mantenimiento, protección de la información y control de equipos. Se evidencia ausencia de controles referente a la seguridad (por ejemplo, guayas de seguridad) de los equipos de cómputo portátiles, copia de seguridad de la información, borrado de la información almacenada en los equipos de cómputo cuando son reasignados a otros usuarios, alarmas contra incendio. 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







CAUSA

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.

Desconocimiento preciso en materia de control interno que permita tener claridad sobre indicadores de gerencia, indicadores de gestión y control de lo los mismos

Desconocimiento preciso en materia de control interno que permita tener claridad sobre indicadores de gerencia, indicadores de gestión y control de lo los mismos

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.

Desconocimiento de directrices exactas por parte de la OCI frente a la medición del sistema de control interno en los procesos de la territorial.

Desconocimiento de directrices exactas por parte de la OCI frente a la medición del sistema de control interno en los procesos de la territorial.

Desconocimiento de directrices exactas por parte de la OCI frente a la medición del sistema de control interno en los procesos de la territorial.

No se tiene conocimiento claro de los puntos de control de cada proceso y su respectiva clasificación, así como tampoco se conoce tableros de control que permitan hacer seguimiento al control gerencial de la DT.

No se tiene conocimiento preciso en materia de control interno ni de la metodología a seguir para realizar los controles pertinentes a la gestión de la DT.

El cambio en las metas y actividades por parte de las subdirecciones que alteran el cumplimiento en territorio de lo inicialmente proyectado.

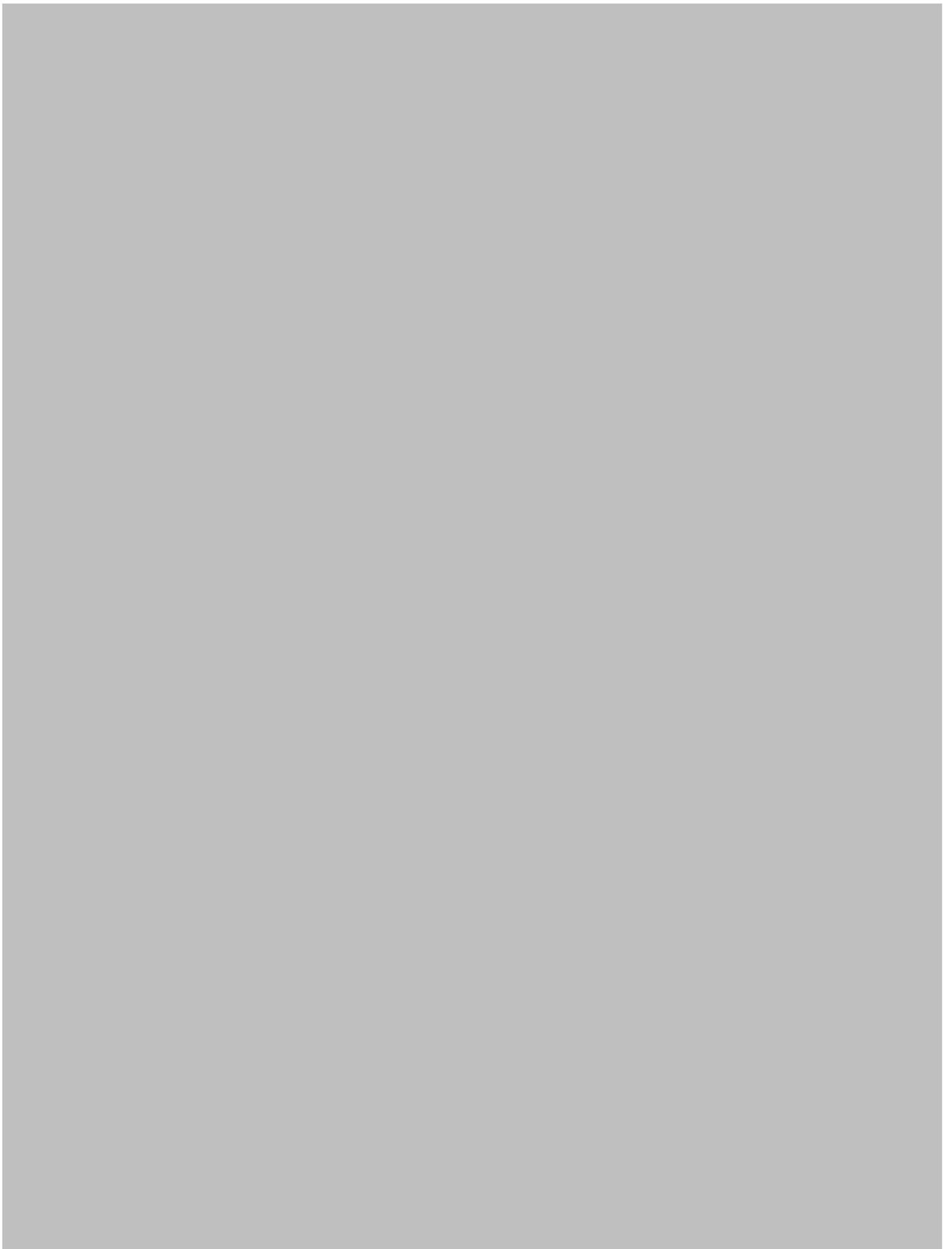
La contratación tardía de los enlaces de víctimas de los municipios que impidieron brindar las asistencias técnicas en los tiempos previstos

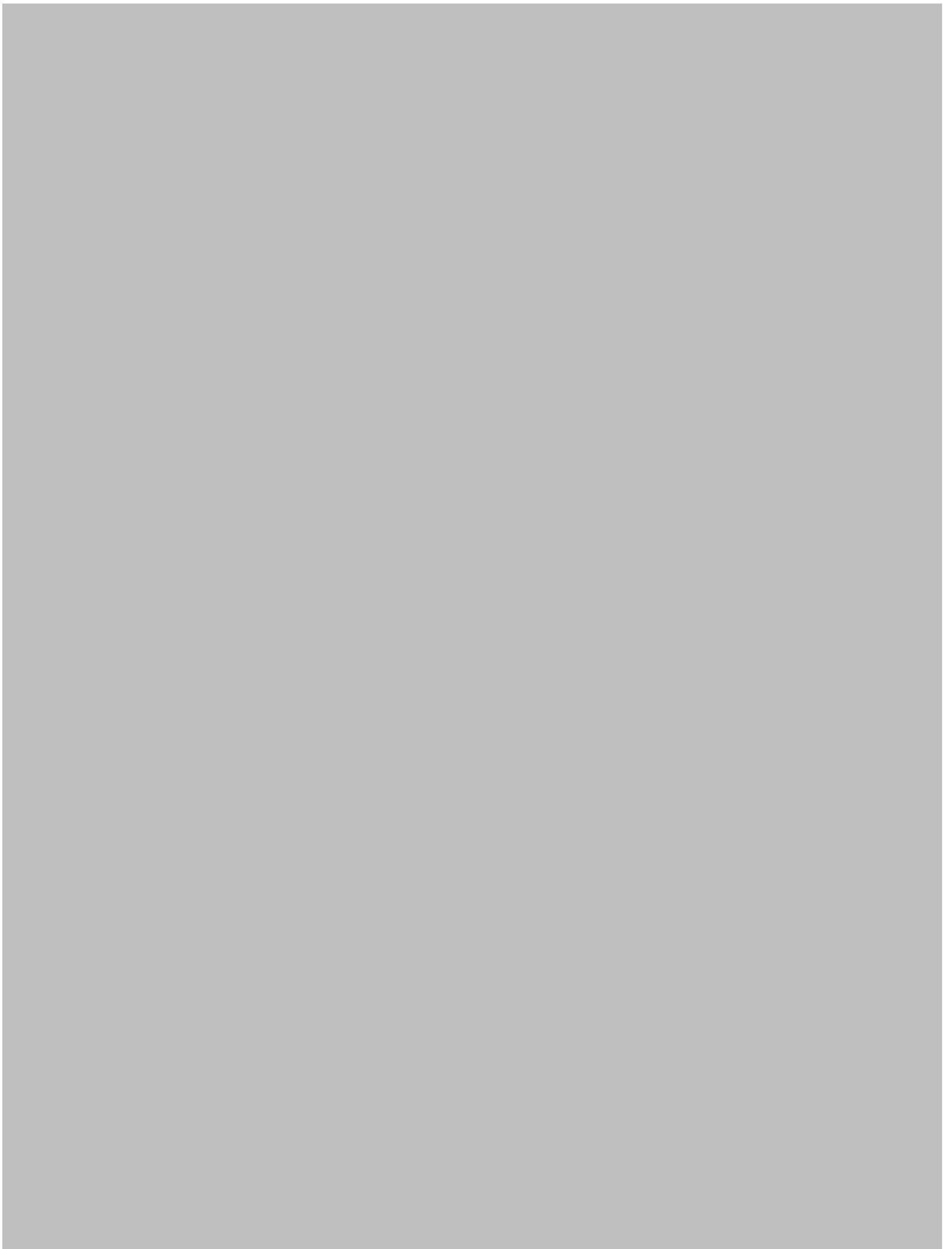
No se tiene conocimiento preciso en materia de control interno ni de la metodología a seguir para realizar los controles pertinentes a la gestión de la DT.

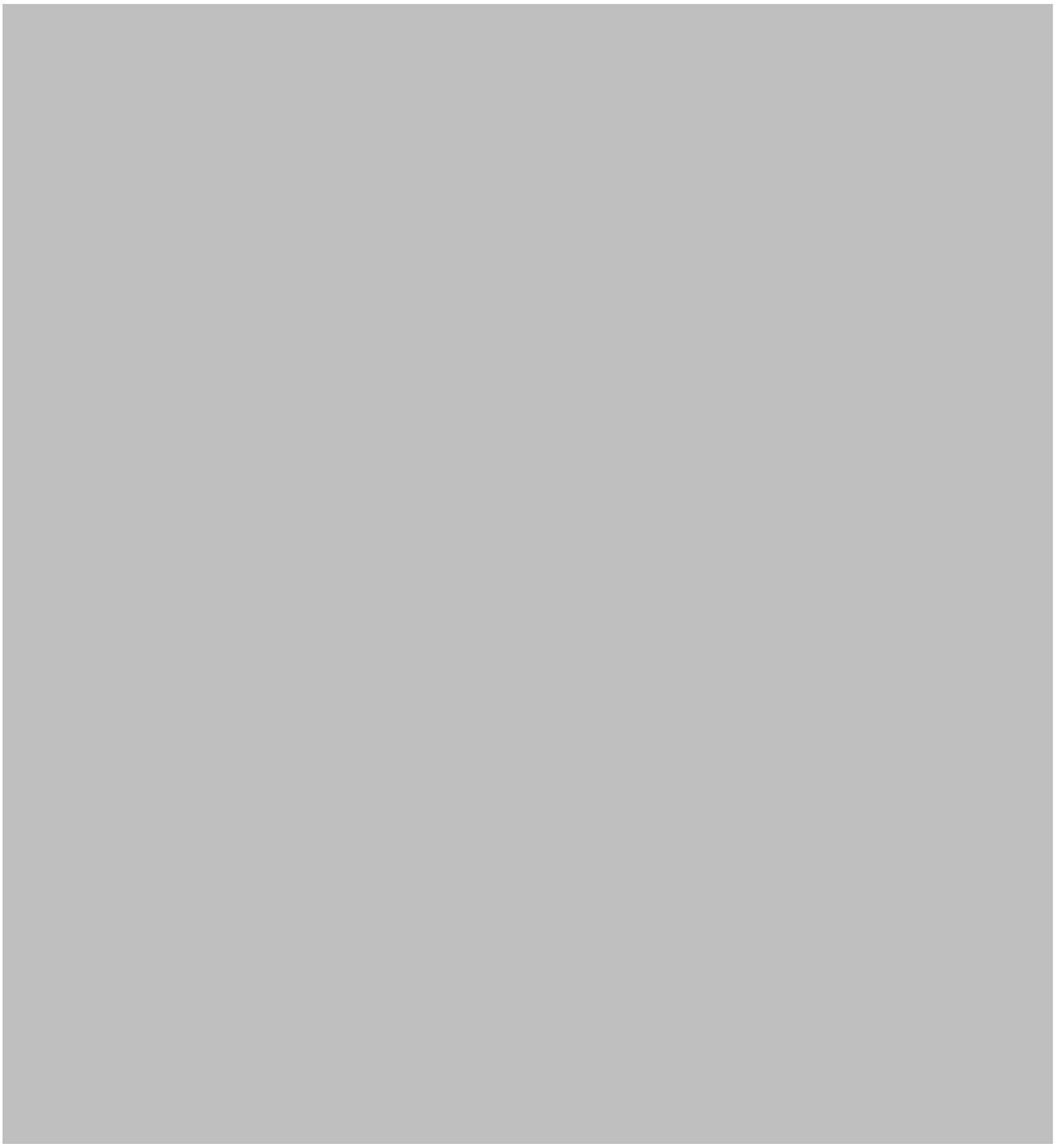
Desconocimiento de la creación de archivo local sobre el desarrollo y manejo de expedientes físicos de cada uno de los contratos.

Desconocimiento de la creación de archivo local sobre el desarrollo y manejo de expedientes físicos de cada uno de los contratos.

Falta de conocimiento en el manejo de herramientas tecnológicas para la protección de la información y uso de plataformas virtuales (nube etc).







CARACTERIZACIÓN DEL PLAN DE SEGUIMIENTO (APLICATIVO OCI)

ACCION DE MEJORA

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.

Solicitar a través de oficio a la OCi capacitación a todo el equipo de profesionales sobre buenas practicas y modelos de medición, igualmente en indicadores de gerencia, en relación al control interno

Solicitar a través de oficio a la OCi capacitación a todo el equipo de profesionales sobre buenas practicas y modelos de medición, igualmente en indicadores de gerencia, en relación al control interno

Solicitar a la OCi compartir y capacitar a los funcionarios de la DT sobre las baterías de medición o tableros de control estándar dispuestos para hacer seguimiento a la gestión gerencial en el territorio.

Solicitar capacitación a la OCI sobre medición del sistema de control interno para todos los funcionarios y contratistas de la DT

Solicitar capacitación a la OCI sobre medición del sistema de control interno para todos los funcionarios y contratistas de la DT

Solicitar a la OCI capacitación en temas de riesgos, aplicación de mejores prácticas, y elaboración de un tablero de control estándar que permita realizar seguimiento a las acciones de administración del mapa de riesgos.

Solicitar capacitación al nivel nacional sobre el manejo de un tablero de control estándar de todos los procesos que permitan hacer un seguimiento real y efectivo a la gestión administrativa y gerencial de la DT

Capacitación en diligenciamiento del tablero de control estándar diseñado por la OCI para hacer seguimiento a los riesgos y seguimiento a la gestión de la territorial.

Notificar a la OCI de los cambios (actas) que afectan las metas y/o actividades del plan de acción

Notificar a la OCI de la contratación tardía de los funcionarios municipales en cargos de aplicar la política pública de víctimas en el territorio

No se tiene conocimiento preciso en materia de control interno ni de la metodología a seguir para realizar los controles pertinentes a la gestión de la DT.

Creación de archivo local de los expedientes contractuales

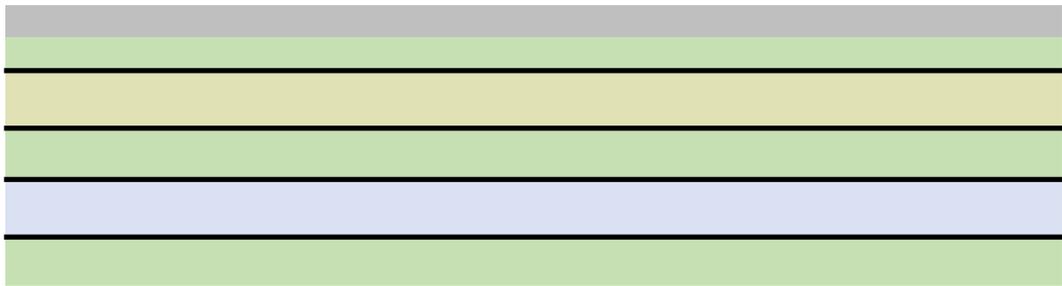
Creación de archivo local de los expedientes contractuales.

Solicitar a la OTI capacitación en el manejo de plataformas digitales y virtuales para la conservación y uso apropiado de la información.









ACTIVIDAD

Desarrollar reuniones de empalme entre las dos directoras sobre los procesos administrativos, misionales de la dirección{on territorial

Enviar oficio a la OCI solicitando capacitación al equipo de la DT Caqueta y Huila en directrices sobre indicadores de gerencia en relación con control interno.

Capacitación a funcionarios y contratistas de la DT en buenas prácticas y modelos de medición de gestión, en indicadores de gerencia y en herramientas de seguimiento o tableros de control.

Realizar mesas de trabajo y/o talleres entre la DT y la OCI para capacitar de manera práctica en el diligenciamiento de las baterías de medición y/o tableros de control.

Enviar oficio a la OCI solicitando capacitación sobre medición del sistema de control interno para todos los funcionarios y contratistas de la DT

Capacitación por parte de la OCI sobre medición del sistema de control interno- tablero de control sobre riesgos- para todos los funcionarios y contratistas de la DT

Realizar taller en el manejo de la herramienta del tablero de control en materia de riesgos a funcionarios de la DT

Solicitar a la OCI compartir y capacitar a los funcionarios de la DT sobre las baterías de medición o tableros de control estándar dispuestos para hacer seguimiento a la gestión gerencial en el territorio

Capacitación a través de mesas de trabajo o talleres prácticos sobre el diligenciamiento de tableros de control

Correo electrónico a la OCI remitiendo actas de cambio aprobadas por la OAP

Correo electrónico a la OCI informando de las novedades de contratación en los municipio

Capacitación en diligenciamiento del tablero de control estándar diseñado por la OCI para hacer seguimiento a los riesgos y seguimiento a la gestión de la territorial.

Crear carpetas por cada uno de los contratos delegados para adelantar la supervisión

Solicitar a través de correo electrónico a la OTI capacitación en manejo de plataformas tecnológicas y digitales para el manejo de la información



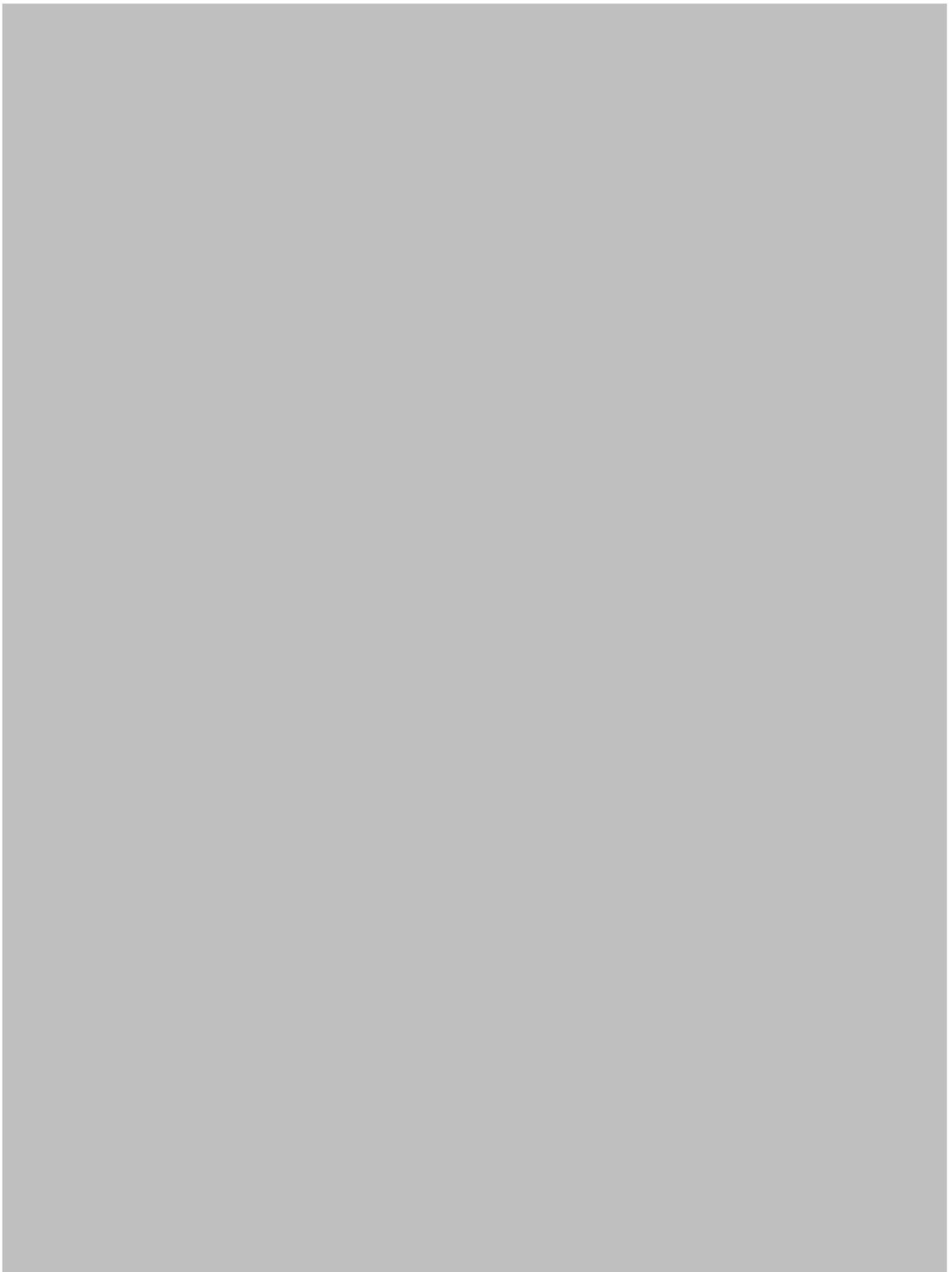


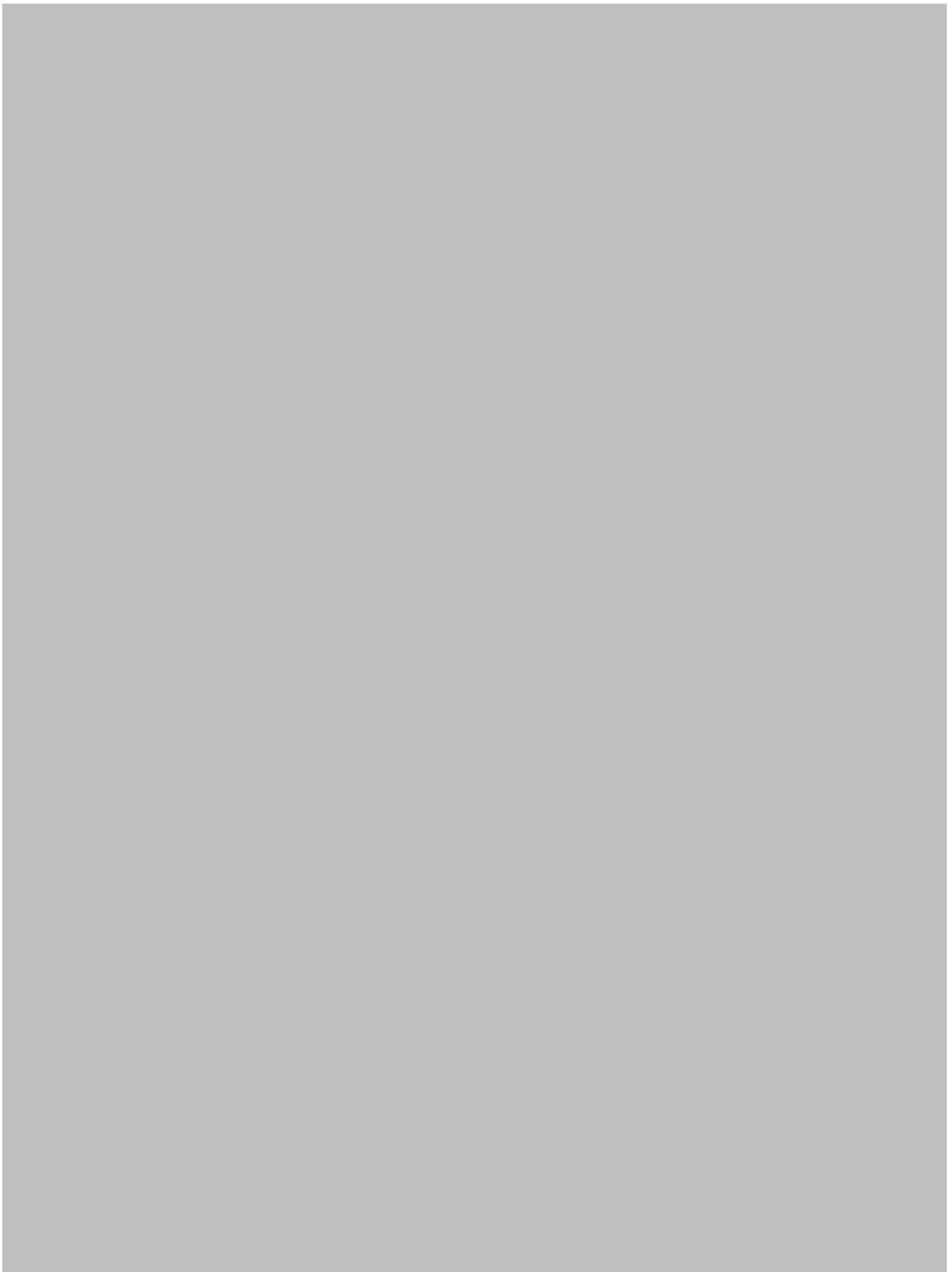


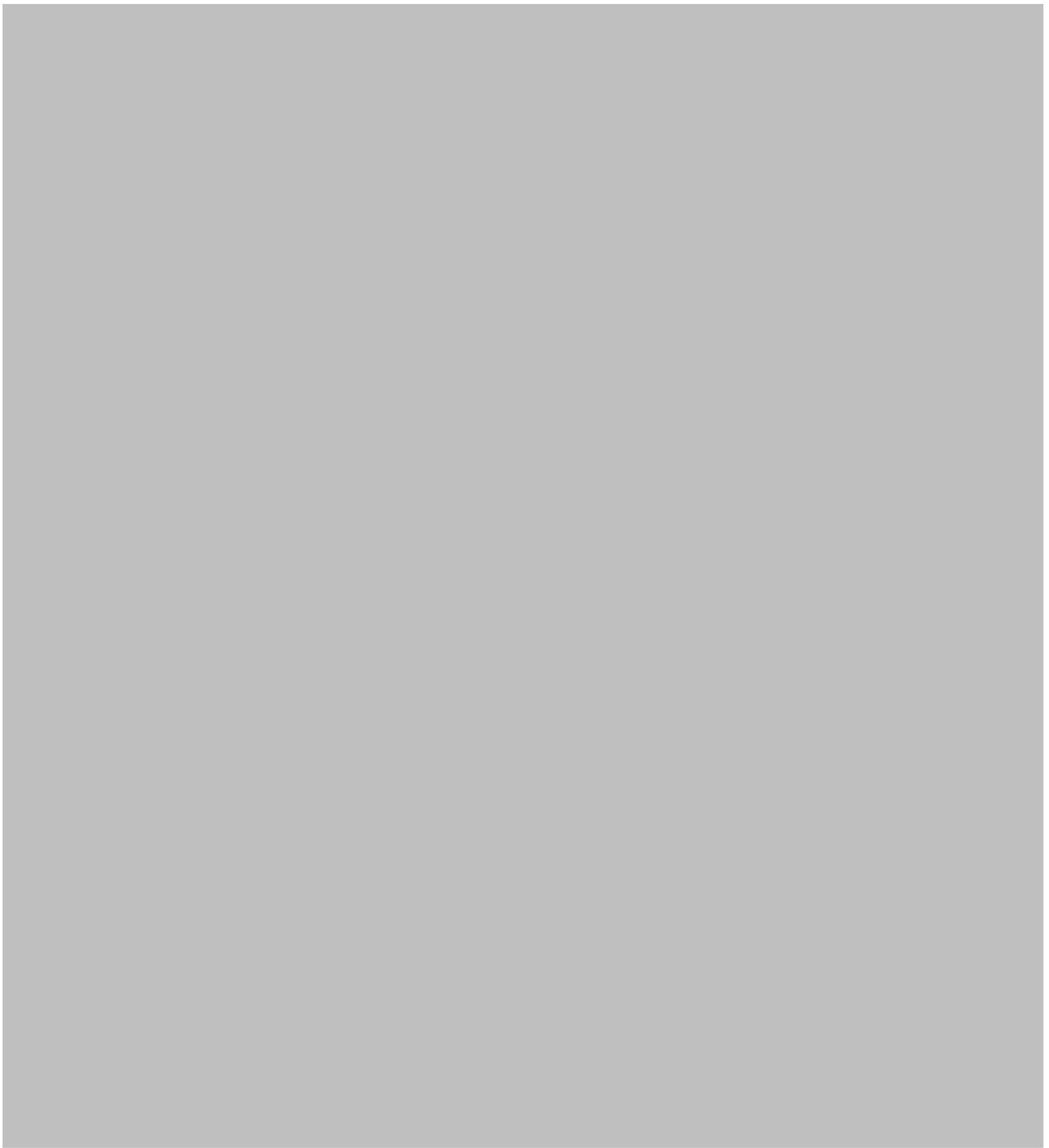
EVIDENCIA DEL AUDITADO	EVIDENCIA VERIFICADA POR EL AUDITOR
Acta empalme DTs Cqta Huila	<p>En el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, a través del aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI, se reporta el cargo de las evidencias con fecha del 25 de febrero de 2020. Según la reunión realizada el día 13 de octubre de 2021 se otorgo un periodo de subsanación hasta el día 20 de octubre de 2021; las evidencias para esta actividad fueron se reportaran mediante link</p> <p>https://unidadvictimas.sharepoint.com/sites/AUDITORIASGESTIN2019/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?e=5%3Aafec938e9d2e4b5b8273342bf2071d12&at=9&FolderCTID=0x012000560E32E193C5A24D9EFE11CC080E5CA1&id=%2Fsites%2FAUDITORIASGESTIN2019%2FDocumentos%20compartidos%2FGeneral%2F2021%2F59%2E243%5FInformes%20de%20Auditor%20ADes%20de%20Control%20de%20C</p>
Solicitud oficio capacitación medicion OCI	<p>En el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, a través del aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI, se reporta el cargue de las evidencias con fecha del 25 de febrero de 2020. Según la reunión realizada el día 13 de octubre de 2021 se otorgo un periodo de</p>
Solicitud oficio capacitación medicion OCI	<p>En el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, a través del aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI, se reporta el cargue de las evidencias con fecha del 25 de febrero de 2020. Según la reunión realizada el día 13 de octubre de 2021 se otorgo un periodo de</p>
Solicitud oficio capacitación medicion OCI	<p>En el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, a través del aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI, se reporta el cargue de las evidencias con fecha del 25 de febrero de 2020. Según la reunión realizada el día 13 de octubre de 2021 se otorgo un periodo de subsanación hasta el día 20 de octubre de 2021; las</p>

oficio solicitud de capacitacion al jefe de la oci correo solicitud de capacitación al jefe de la oci Monitoreo Mapa de riesgos	En el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, a través del aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI, se reporta el cargue de las evidencias con fecha del 9 de agosto de 2020. Según la reunión realizada el día 13 de octubre de 2021 se otorgo un periodo de
oficio solicitud de capacitacion al jefe de la oci correo solicitud de capacitación al jefe de la oci Monitoreo Mapa de riesgos	En el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, a través del aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI, se reporta el cargue de las evidencias con fecha del 9 de agosto de 2020. Según la reunión realizada el día 13 de octubre de 2021 se otorgo un periodo de
ACTA DE REUNION SOCIALIZACION METODOLOGIA DE RIESGOS 2020 - 8 de junio 2020	En el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, a través del aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI, se reporta el cargue de las evidencias con fecha del 9 de agosto de 2020. Según la reunión realizada el día 13 de octubre de 2021 se otorgo un periodo de
oficio solicitud de capacitación al jefe de la oci - 18 de febrero de 2020 oficio solicitud de capacitación al jefe de la oci - 20 de febrero de 2020	En el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, a través del aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI, se reporta el cargue de las evidencias con fecha del 20 de febrero de 2020. Según la reunión realizada el día 13 de octubre de 2021 se otorgo un periodo de subsanación hasta el día 20 de octubre de 2021; las evidencias para esta actividad se reportaran mediante link
acta de seguimiento 25-06-2020 plan de mejoramiento dt caquetá huila acta de reunion oap - oci. - 23 de enero de 2020 correo seguimiento a plan gerencial - 24 de julio de 2020	En el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, a través del aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI, se reporta el cargue de las evidencias con fecha del 7 de agosto de 2020. Según la reunión realizada el día 13 de octubre de 2021 se otorgo un periodo de subsanación hasta el día 20 de octubre de 2021; las evidencias para esta actividad se reportaran mediante link https://unidadvictimas.sharepoint.com/sites/AUDITORIASGESTIN2019/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?e=5%3Aafec938e9d2e4b5b8273342bf2
correo solicitud de acta de cambios n 10 del 1 de abril de 2020 correo indicadores plan de acción susceptibles de cambio 30 de marzo de 2020	En el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, a través del aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI, se reporta el cargue de las evidencias con fecha del 1 de abril de 2020. Según la reunión realizada el día 13 de octubre de 2021 se otorgo un periodo de
correo solicitud de acta de cambios n 10 del 1 de abril de 2020 correo indicadores plan de acción susceptibles de cambio 30 de marzo de 2020	En el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, a través del aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI, se reporta el cargue de las evidencias con fecha del 1 de abril de 2020. Según la reunión realizada el día 13 de octubre de 2021 se otorgo un periodo de

<p>acta de actualizacion mapa de riesgos junio 16 y 19 de 2020 lista de asistencia actualización mapa de riesgos dt caqueta huila 16 de junio de 2020 correo mapa de riesgos actualizado 2020 fecha del 27 de julio de 2020 acta socializacion metodologia mana</p>	<p>En el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, a través del aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI, se reporta el cargue de las evidencias con fecha del 8 de junio de 2020. Según la reunión realizada el día 13 de octubre de 2021 se otorgo un periodo de subsanación hasta el día 20 de octubre de 2021; las evidencias para esta actividad se reportaran mediante link</p>
<p>link carpeta contratos contratistas dt caqueta huila 2020 y 2021 pantallazo archivo contratos 2020 pantallazo archivo contratos 2021</p>	<p>En el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, a través del aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI, se reporta el cargue de las evidencias con fecha del 8 de junio de 2020. Según la reunión realizada el día 13 de octubre de 2021 se otorgo un periodo de</p>
<p>link carpeta contratos contratistas dt caqueta huila 2020 y 2021 pantallazo archivo contratos 2020 pantallazo archivo contratos 2022</p>	<p>En el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, a través del aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI, se reporta el cargue de las evidencias con fecha del 8 de junio de 2020. Según la reunión realizada el día 13 de octubre de 2021 se otorgo un periodo de</p>
<p>evidencia capacitacion en herramientas colaborativas fecha 20 de octubre de 2021 oficio remitido a la oti solicitud de capacitacion 19 de octubre de 2021</p>	<p>En el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno, a través del aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI, se reporta el cargue de las evidencias con fecha del 19 de octubre de 2021 Según la reunión realizada el día 13 de octubre de 2021 se otorgo un periodo de subsanación hasta el día 20 de octubre de 2021: las</p>







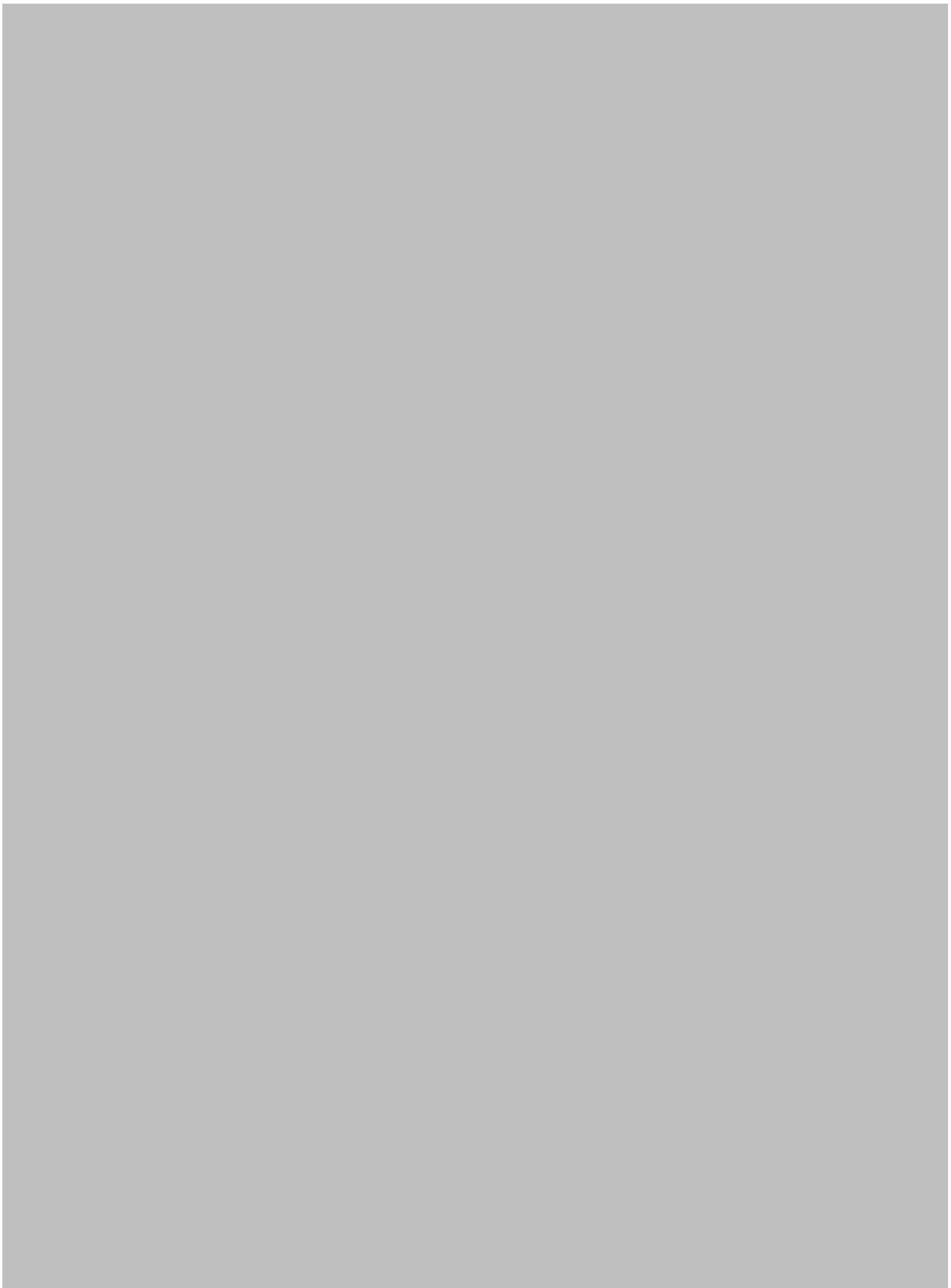
SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO - PROCESO DE REPARACION INTEGRAL

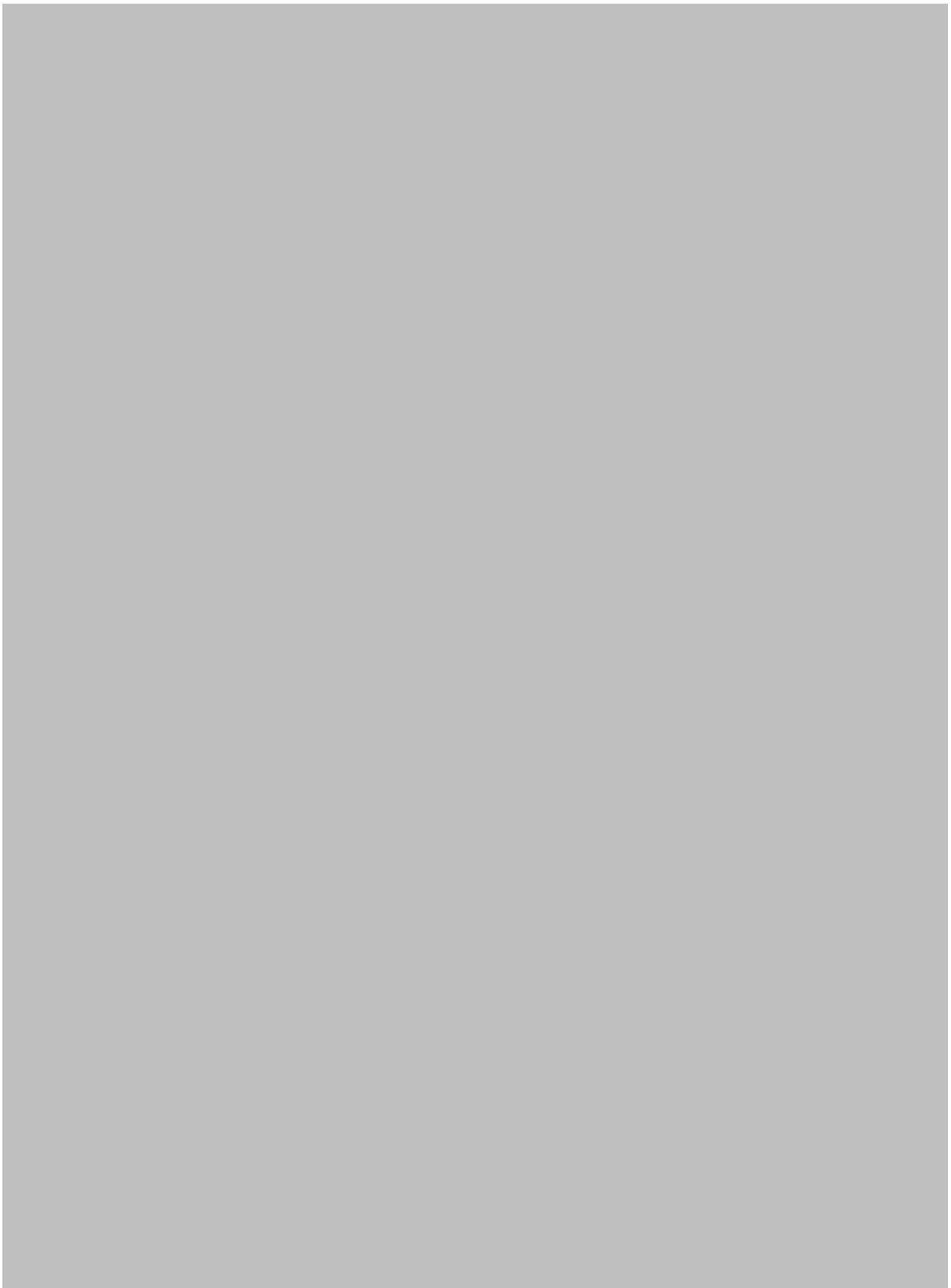
FECHA INICIO	FECHA FINAL
lunes, 20 de enero de 2020	jueves, 20 de febrero de 2020
lunes, 3 de febrero de 2020	lunes, 10 de febrero de 2020
sábado, 1 de febrero de 2020	domingo, 31 de mayo de 2020
sábado, 1 de febrero de 2020	domingo, 31 de mayo de 2020

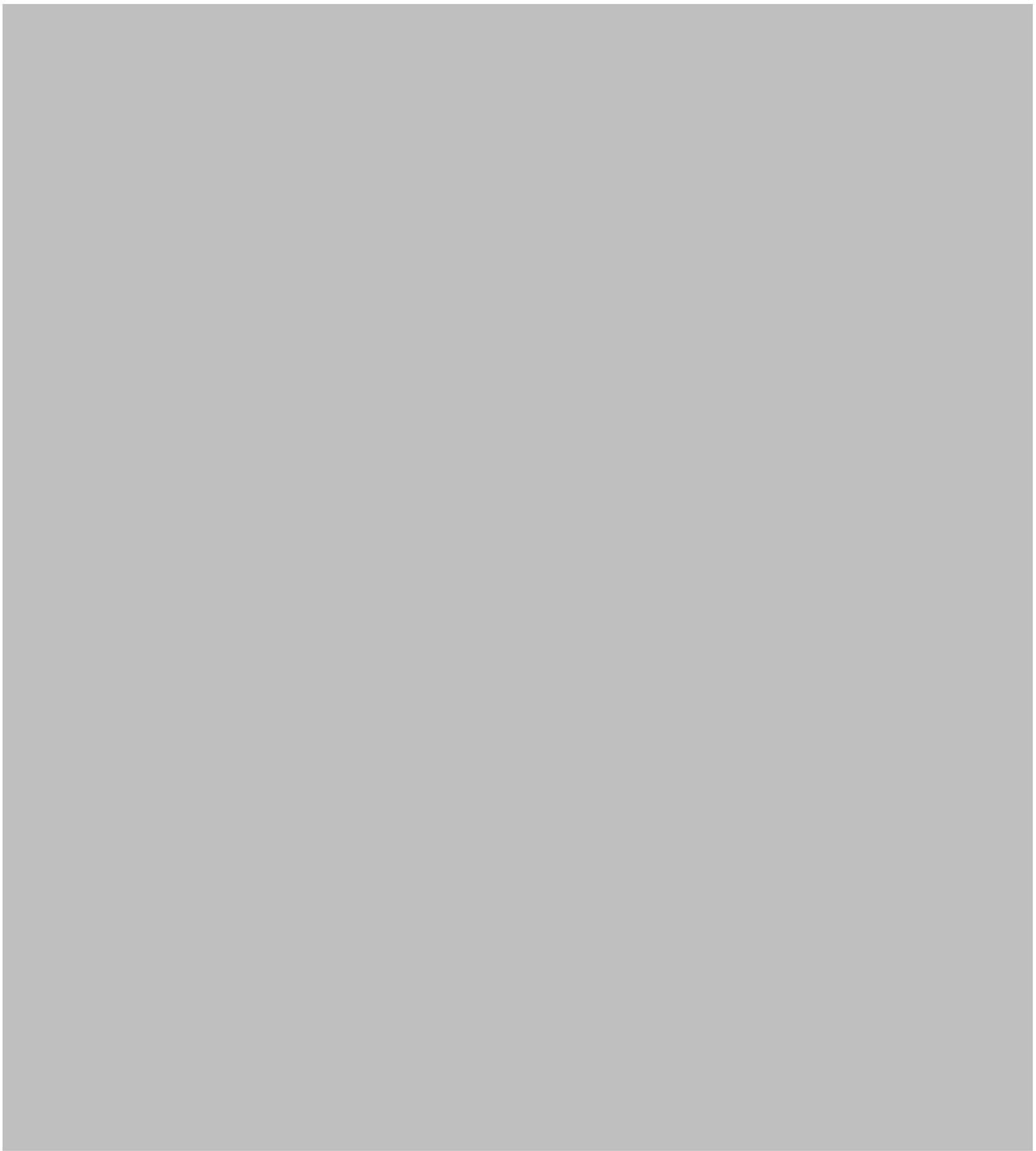
sábado, 1 de febrero de 2020	lunes, 10 de febrero de 2020
sábado, 1 de febrero de 2020	domingo, 31 de mayo de 2020
sábado, 1 de febrero de 2020	martes, 30 de junio de 2020
sábado, 1 de febrero de 2020	domingo, 31 de mayo de 2020
sábado, 1 de febrero de 2020	martes, 30 de junio de 2020
sábado, 1 de febrero de 2020	viernes, 30 de octubre de 2020
sábado, 1 de febrero de 2020	lunes, 1 de junio de 2020

sábado, 1 de febrero de 2020	martes, 30 de junio de 2020
lunes, 20 de enero de 2020	lunes, 15 de junio de 2020
lunes, 20 de enero de 2020	jueves, 23 de enero de 2020
domingo, 1 de marzo de 2020	martes, 30 de junio de 2020









CRITERIOS DE CUMPLIMIENTO

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 en la ejecución de la actividad
NO	SI	NO	Parcial
SI	SI	NO	NO
SI	SI	SI	NO
NO	NO	NO	NO

NO	NO	NO	Parcial
NO	NO	NO	Parcial
NO	NO	NO	Parcial
NO	NO	SI	NO
NO	NO	SI	SI
SI	NO	SI	SI
SI	NO	NO	Parcial

SI	NO	NO	Parcial
SI	SI	SI	Parcial
SI	SI	SI	Parcial
SI	SI	SI	NO









VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO D

5- Evidencias adicionales		1	2	3	4	5
Evaluar la columna S	NO	0	5	0	20	0
Evaluar la columna S	NO	35	5	0	0	0
Evaluar la columna S	NO	35	5	15	0	0
Evaluar la columna S	NO	0	0	0	0	0

5- Evidencias adicionales	SI	0	0	0	20	25
5- Evidencias adicionales	SI	0	0	0	20	25
5- Evidencias adicionales	SI	0	0	0	20	25
Evaluar la columna S	NO	0	0	15	0	0
NO	NO	0	0	15	45	0
NO		35	0	15	45	0
Evaluar la columna S	NO	35	0	0	20	0

Evaluar la columna S	SI	35	0	0	20	25
Evaluar la columna S	NO	35	5	15	20	0
Evaluar la columna S	NO	35	5	15	20	0
Evaluar la columna S	NO	35	5	15	0	0









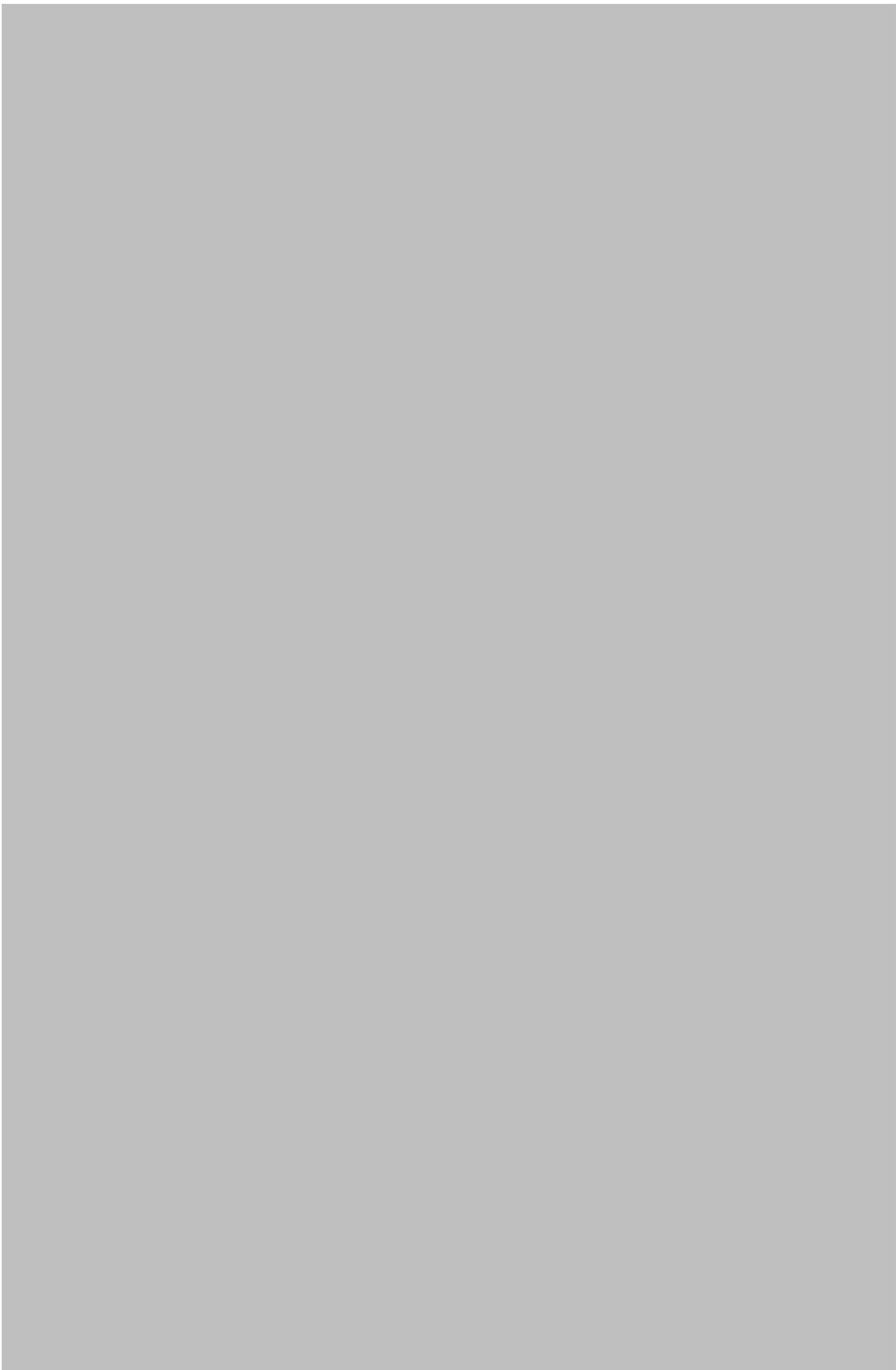
DE LOS CRITERIOS	ESTADO
-------------------------	---------------

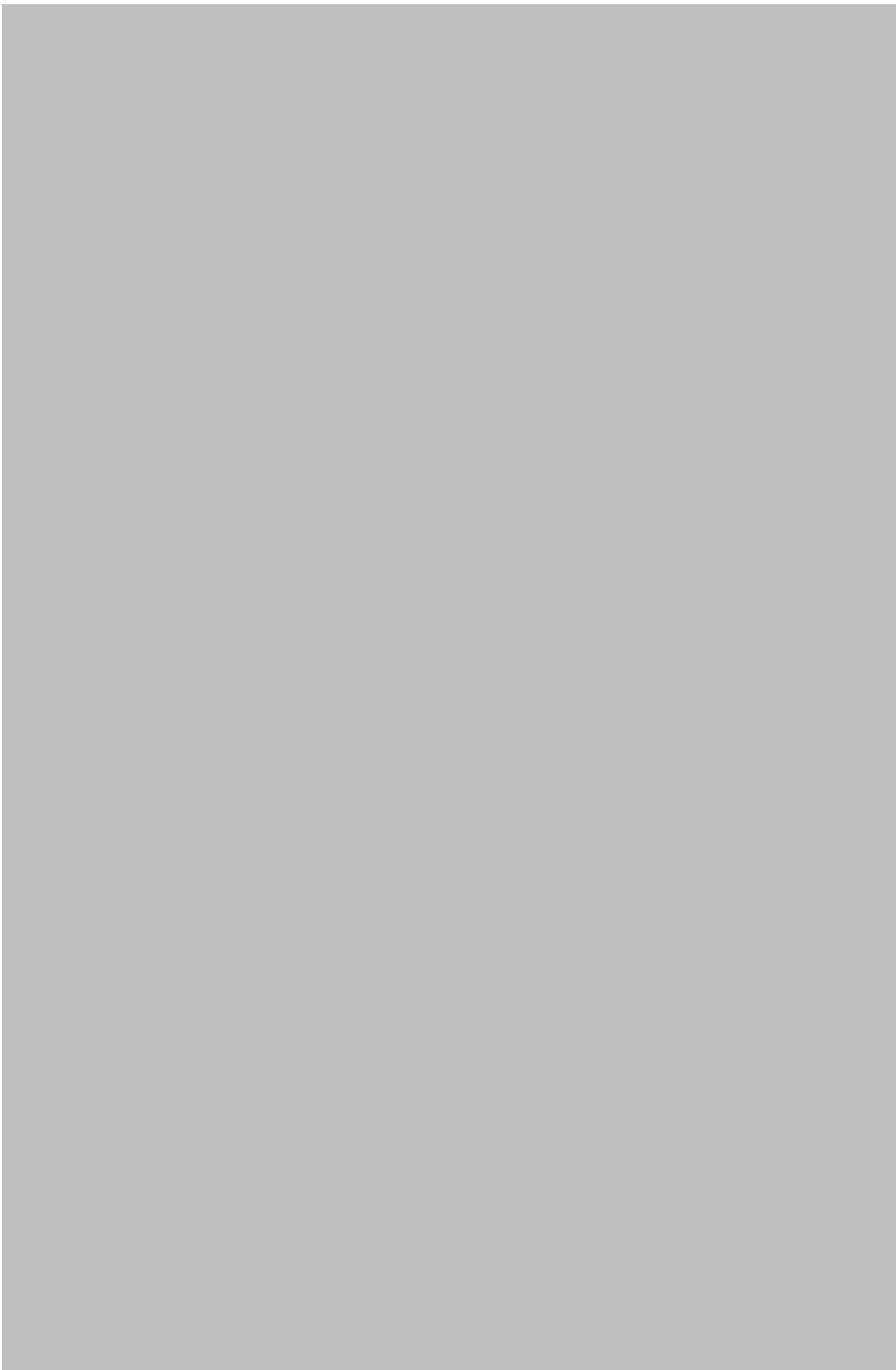
Nivel de cumplimiento	Porcentaje de cumplimiento	ESTADO DE CUMPLIMIENTO	ZONA DE SOLIDEZ
25	25%	Reformulada	Bajo
40	40%	Reformulada	
55	55%	Reformulada	
0	0%	Reformulada	

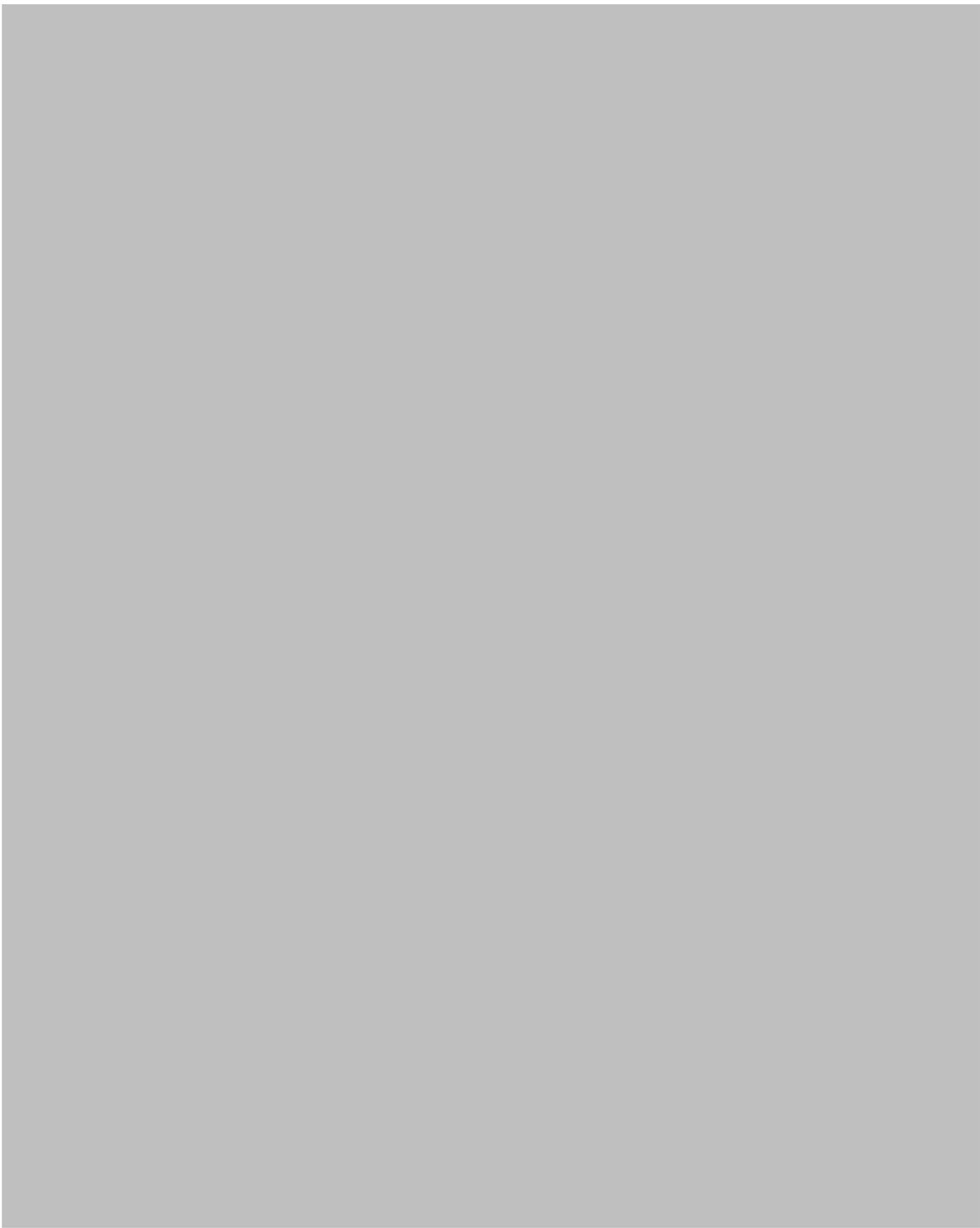
45	45%	Reformulada	Bajo
45	45%	Reformulada	
45	45%	Reformulada	
15	15%	Reformulada	Bajo
60	60%	Reformulada	Bajo
95	95%	Cerrada	Medio
55	55%	Reformulada	

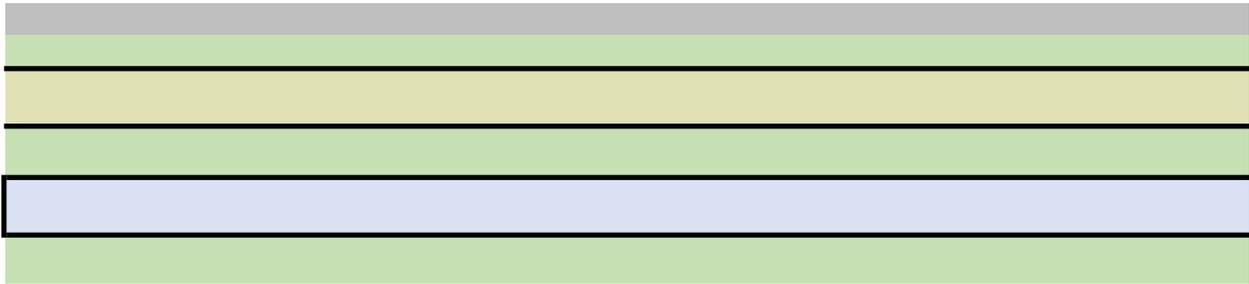
80	80%	Cerrada	Medio
75	75%	Cerrada	Medio
75	75%	Cerrada	
55	55%	Reformulada	Bajo











1- Las causa busca eliminar la debilidad	2- La actividad se relaciona con la causa descrita	3- La actividad propende por eliminar la debilidad
Reformular por que la causa no se relaciona con la debilidad	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
Cumplida	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
Cumplida	Cumplida	Cumplida
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

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
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
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
Reformular por que la causa no se relaciona con la debilidad	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Cumplida
Reformular por que la causa no se relaciona con la debilidad	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Cumplida
Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Cumplida
Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador

Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
Cumplida	Cumplida	Cumplida
Cumplida	Cumplida	Cumplida
Cumplida	Cumplida	Cumplida







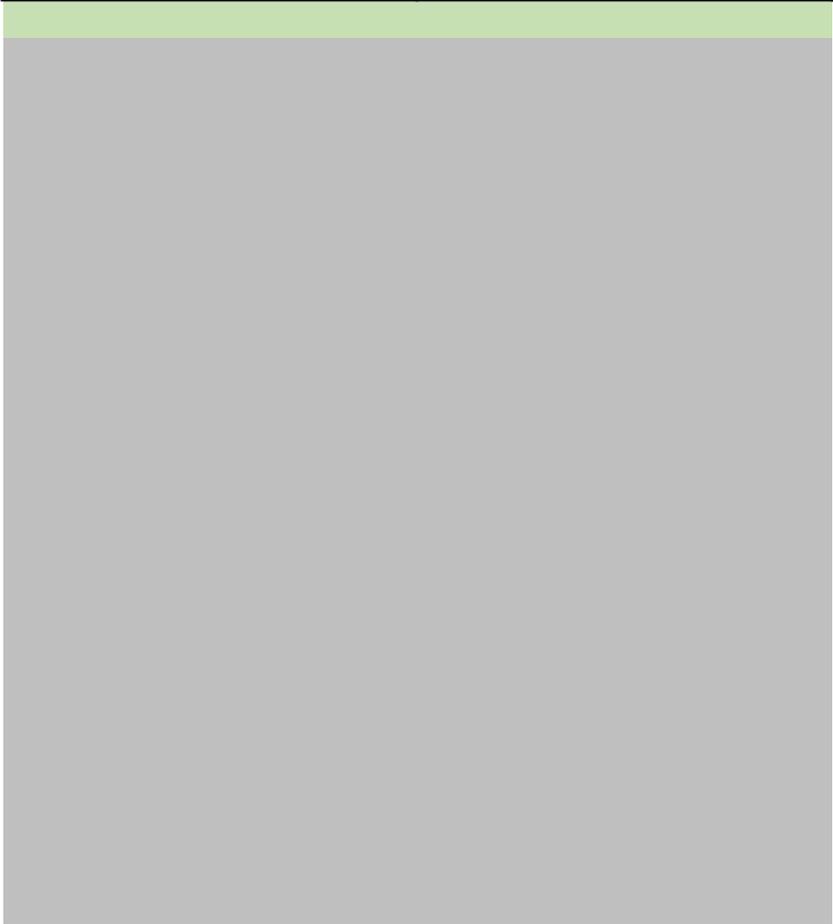


RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS

4- La evidencia prueba total integridad la ejecución de la actividad	5- Evidencias adicionales
Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar las evidencias adicionales si 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
Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar las evidencias adicionales si 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

Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Cumplida
Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Cumplida
Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	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
Cumplida	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

Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	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
Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar las evidencias adicionales si 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









CRITERIOS DEL EVALUADOR

Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoría 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-OCI se reporta el cargo 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 Caqueta y Huila Yhina Paola Lombana. los cuales se tomaron como temas (Funcionamiento estructural y funcional de la Direccion Territorial) y en consideracion no se definieron acciones relativas y pertinentes a dar solucion a la debilidad identificada en la auditoria del sistema de control interno en el aplicativo -OCI en la auditoria A-14.
5. Los criterios anteriormente analizados y evaluados están con una escala de valoración de cumplimiento del 25% con una zona de solidez alta; lo que implica que estaría en un ESTADO DE REFORMULACIÓN.

Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoría 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.

Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoría 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.

Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoría 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

Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoría de 11/12/2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 127 (292) 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.

Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoría de 11/12/2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 127 (293) 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.

Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoría de 11/12/2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 127 (295) 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.

Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoría de 11/12/2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 127 (295) 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.

3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI se reporta el cargue de las

Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoría de 11/12/2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 127 (295) 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.

3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI se reporta el cargue de las evidencias con corte al 20 de octubre de 2021.

4. De acuerdo con las EVIDENCIAS analizadas y evaluadas: acta de seguimiento 25 de junio 2020, plan de mejoramiento dt caquetá huila acta de reunion oap - oci. - 23 de enero de 2020 correo seguimiento a plan

Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoría de 11/12/2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 130 (298) 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.

Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoría de 11/12/2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 130 (298) 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.

Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoria de 11/12/2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 131 (300) 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 NO cumple y NO se relaciona con la CAUSA descrita y NO pretende eliminar la DEBILIDAD.
3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI se reporta el cargue de las

Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoria de 11/12/2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 132 (302) 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:

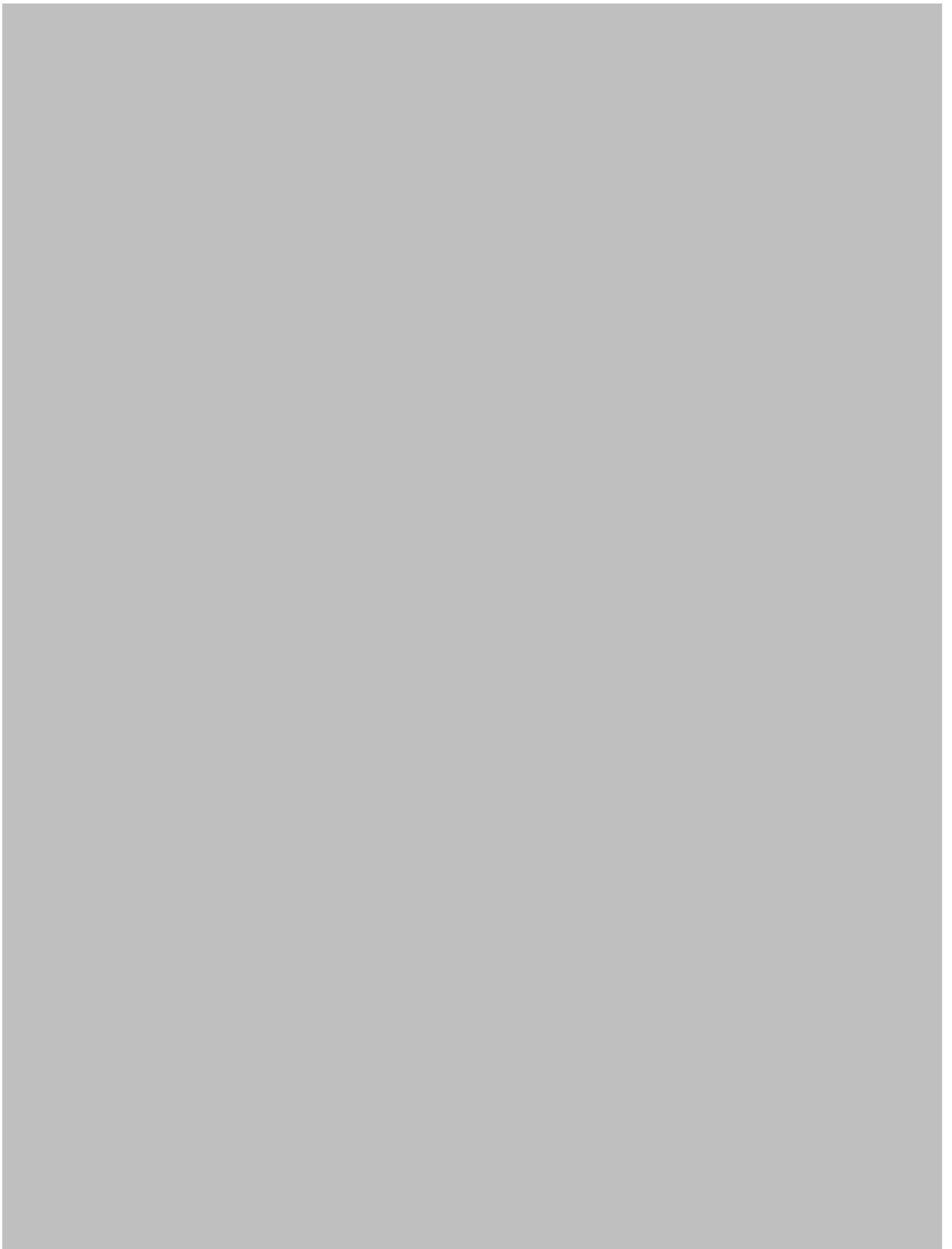
1. Analizada y evaluada la CAUSA No.1 , la cual se relaciona con la DEBILIDAD.

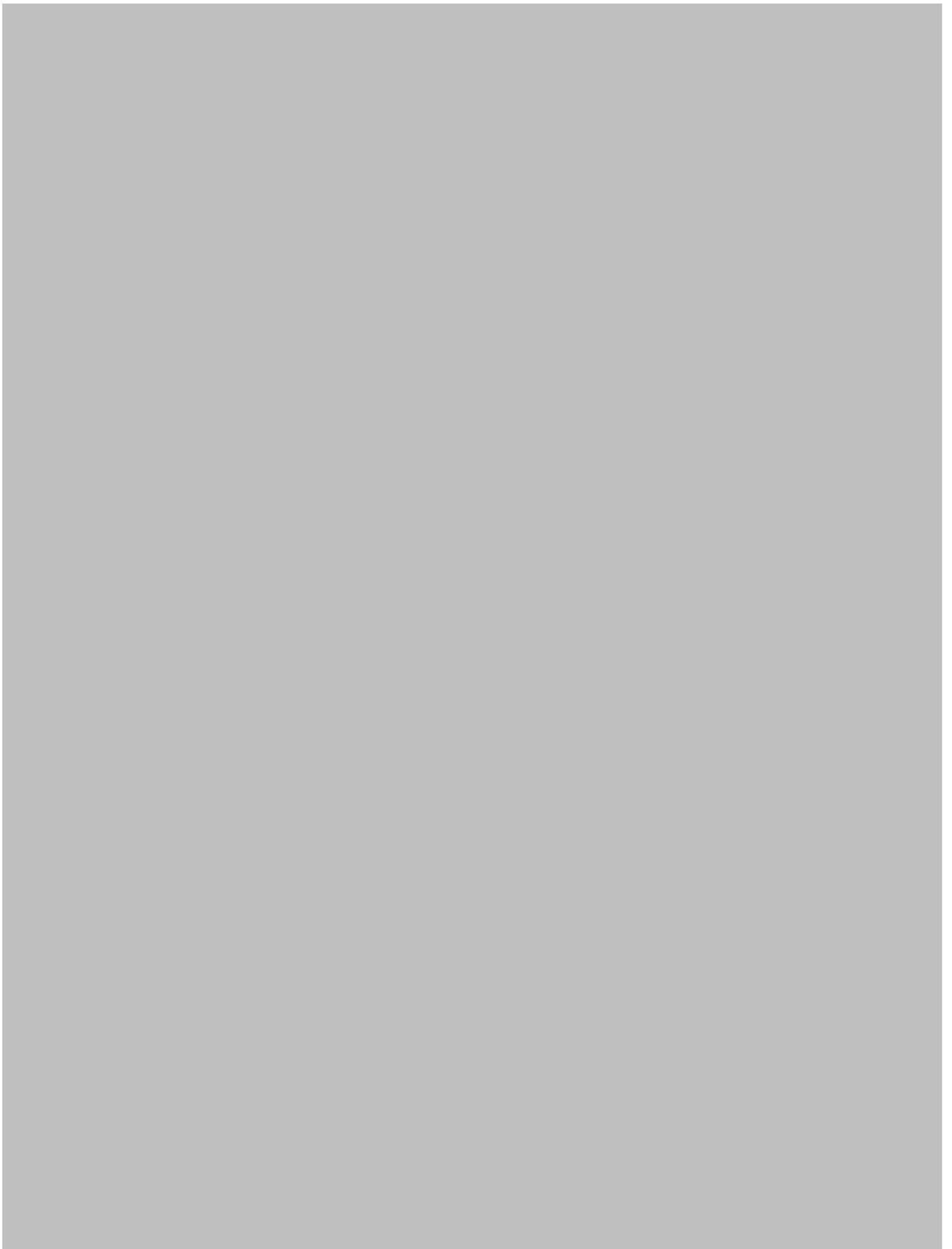
Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoria de 11/12/2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 132 (301) asociada al cumplimiento de los requerimientos normativos y de gestión del Sistema de Control Interno; el equipo Auditor en la evaluación de seguimiento determino las siguientes conclusiones:

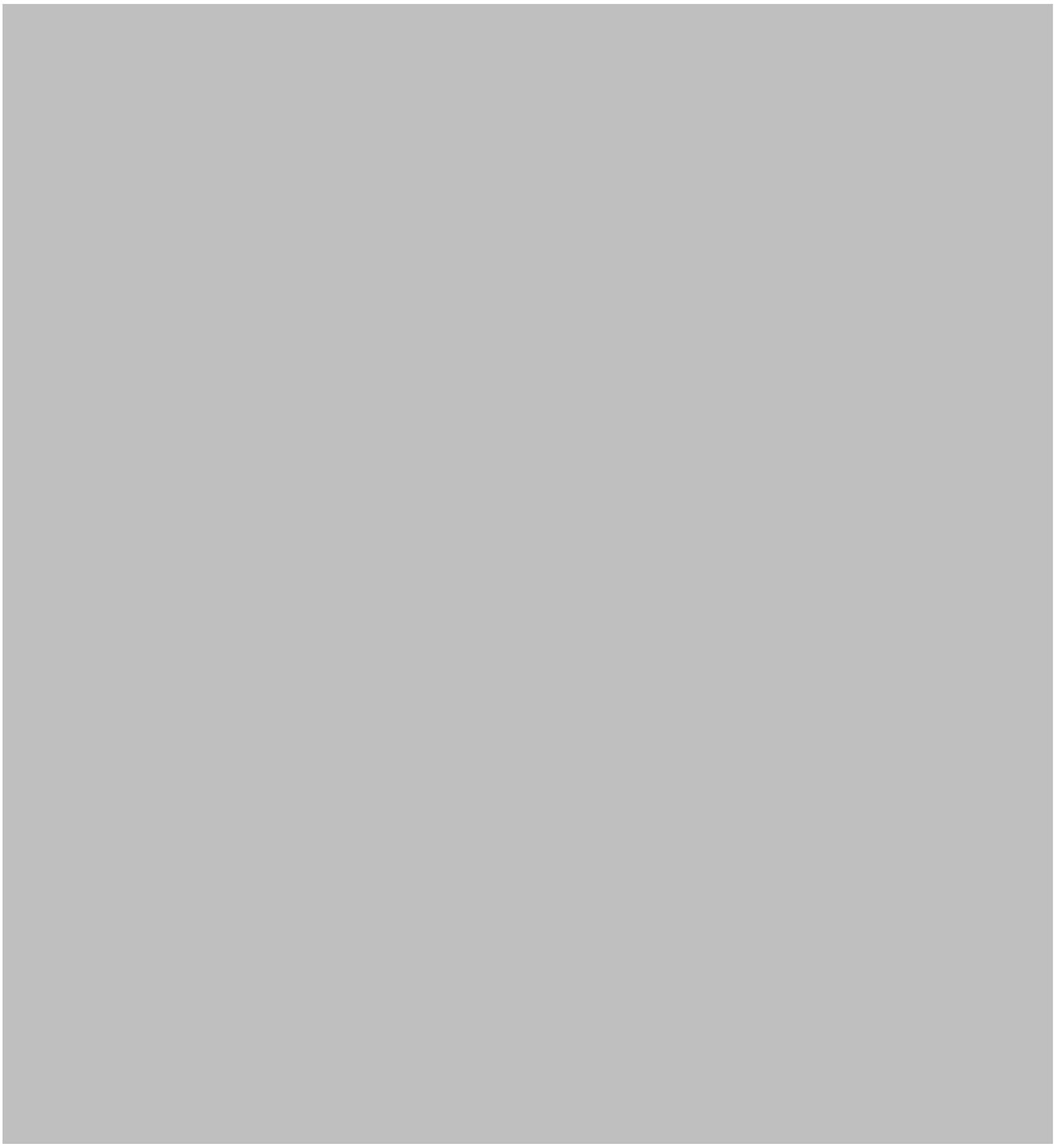
1. Analizada y evaluada la CAUSA No.1 , la cual se relaciona con la DEBILIDAD.

Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoria de 11/12/2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 133 (345) 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:

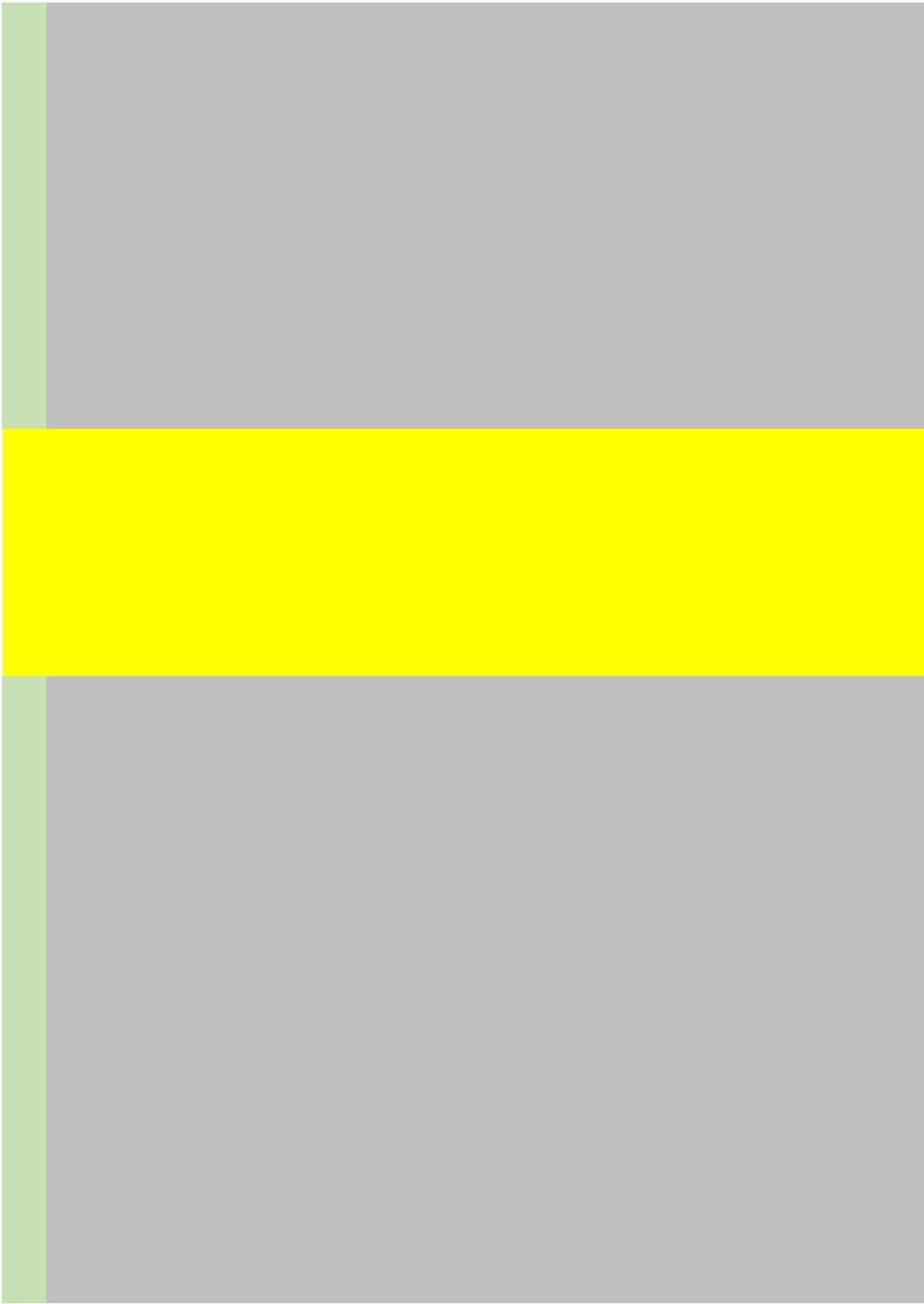
1. Analizada y evaluada la CAUSA No.1 , la cual se relaciona con la DEBILIDAD.
2. Analizada y evaluada la ACTIVIDAD No. 1 la cual cumple y se relaciona con la CAUSA descrita y pretende











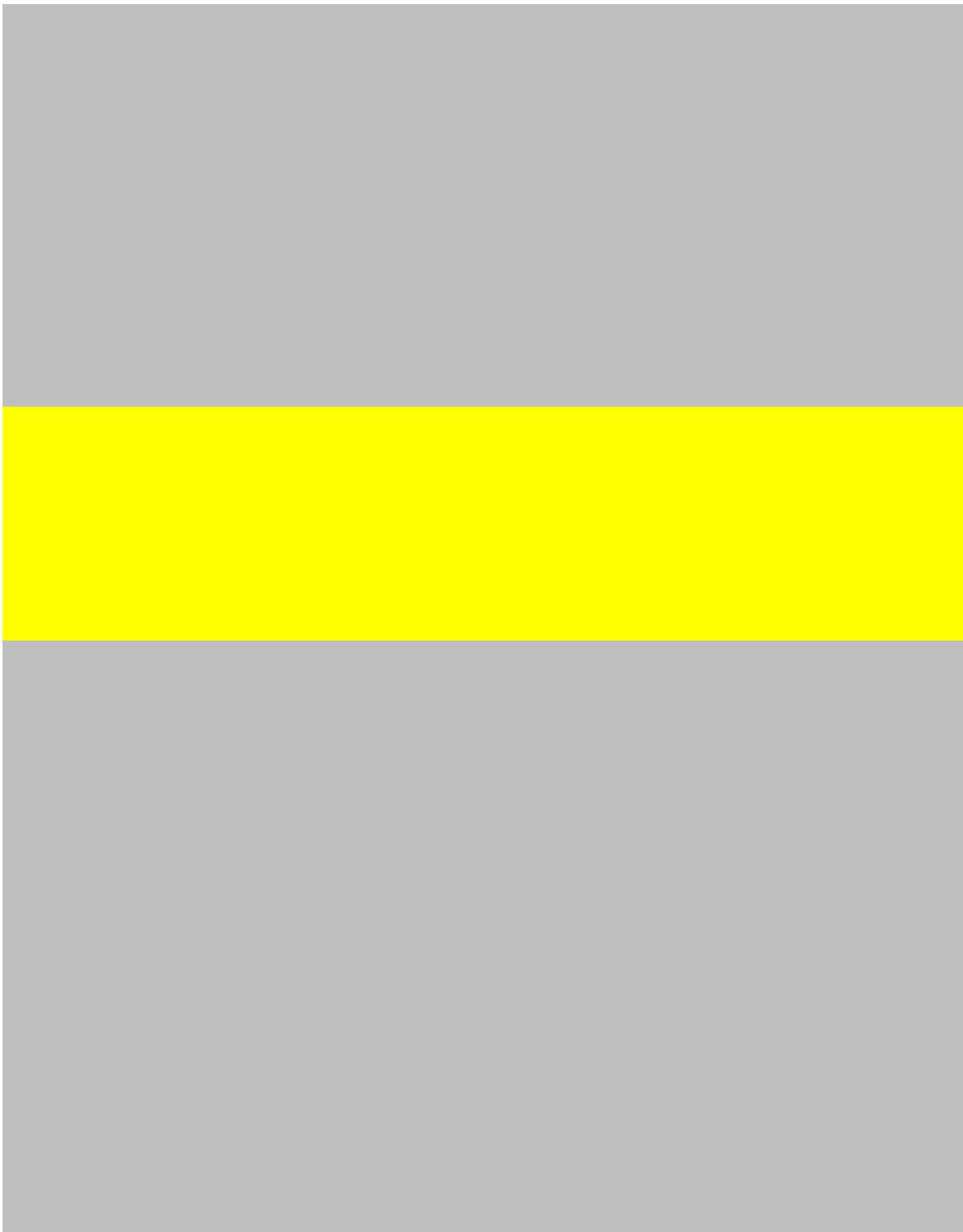














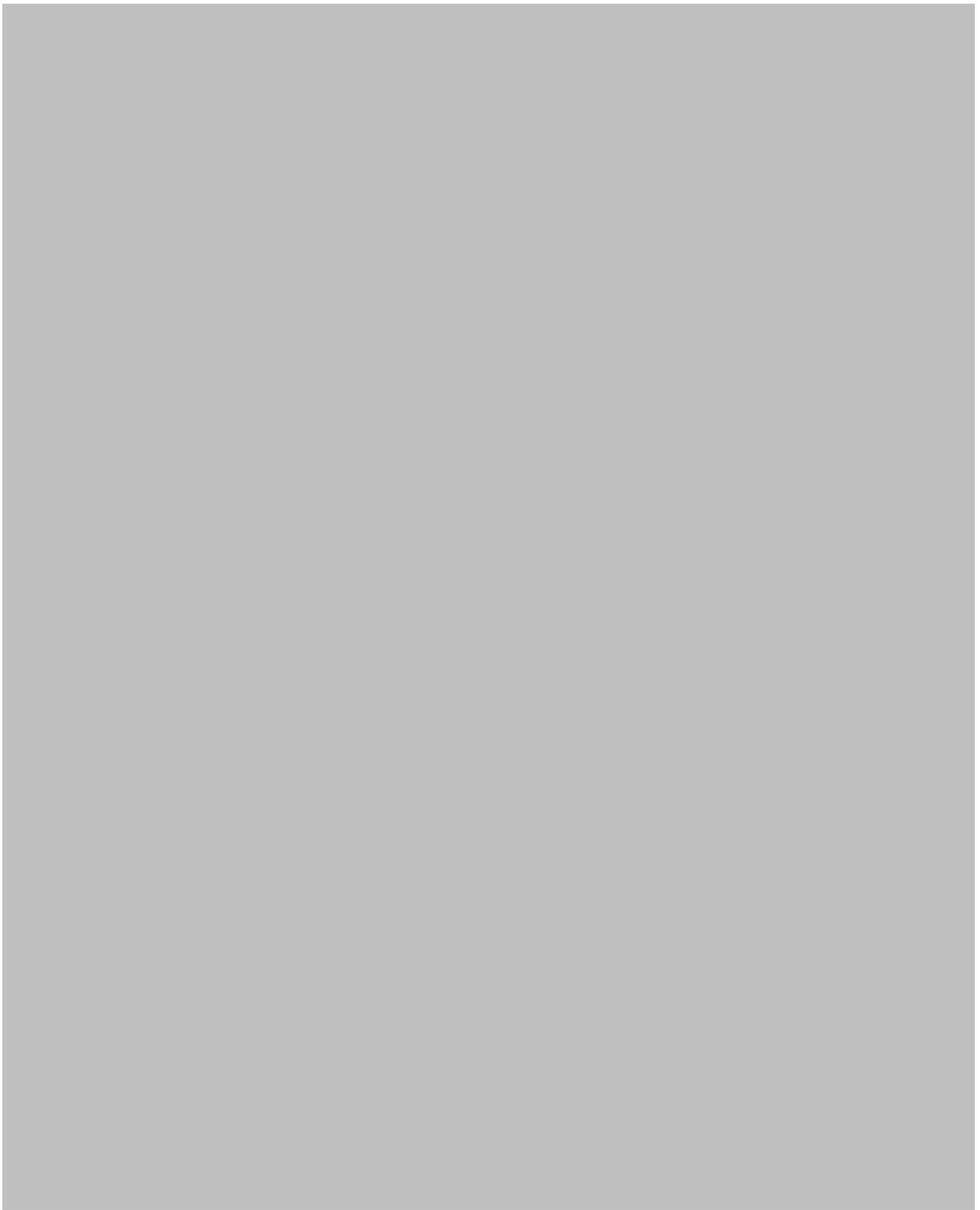


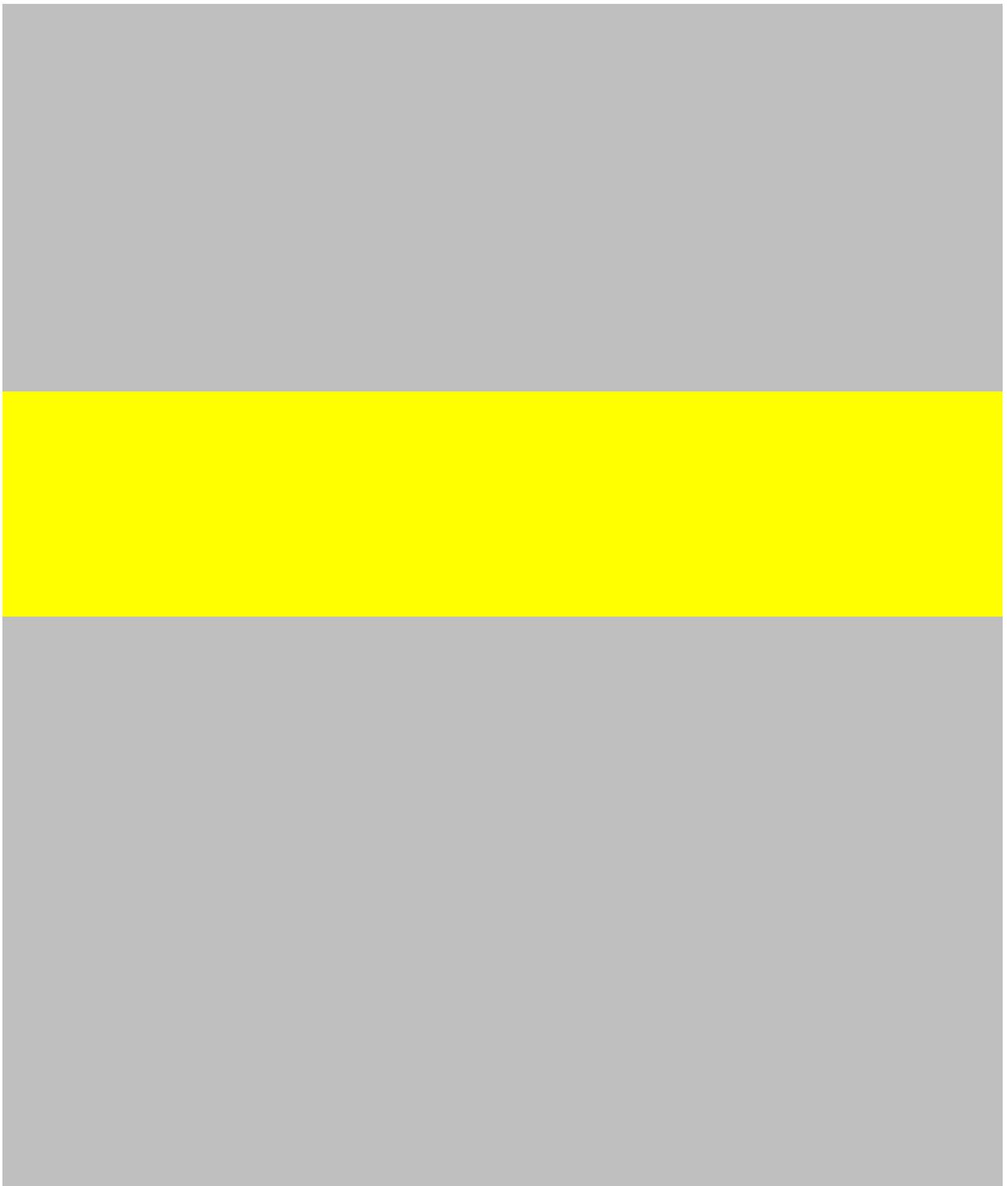


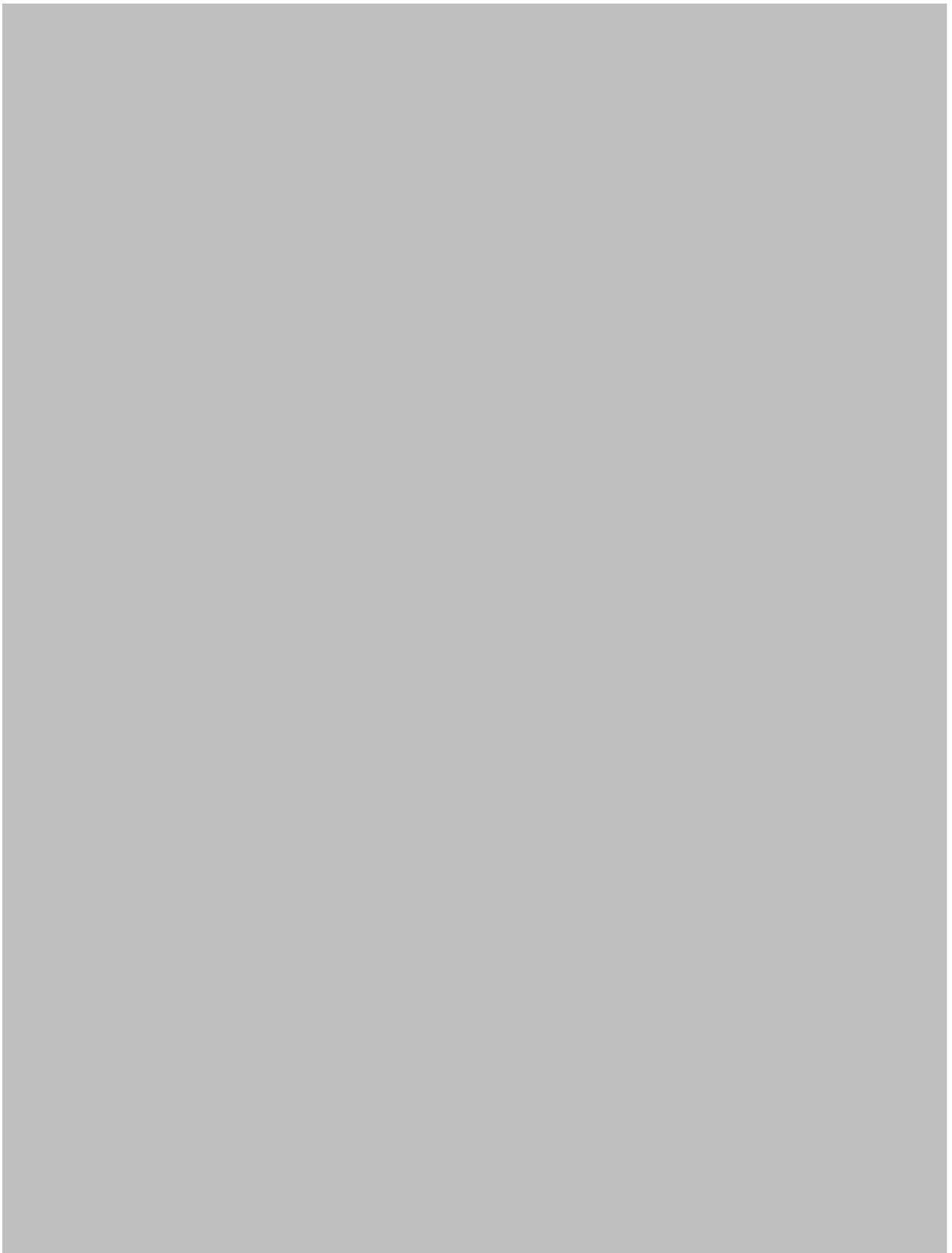
1- Las causa
busca eliminar
la debilidad

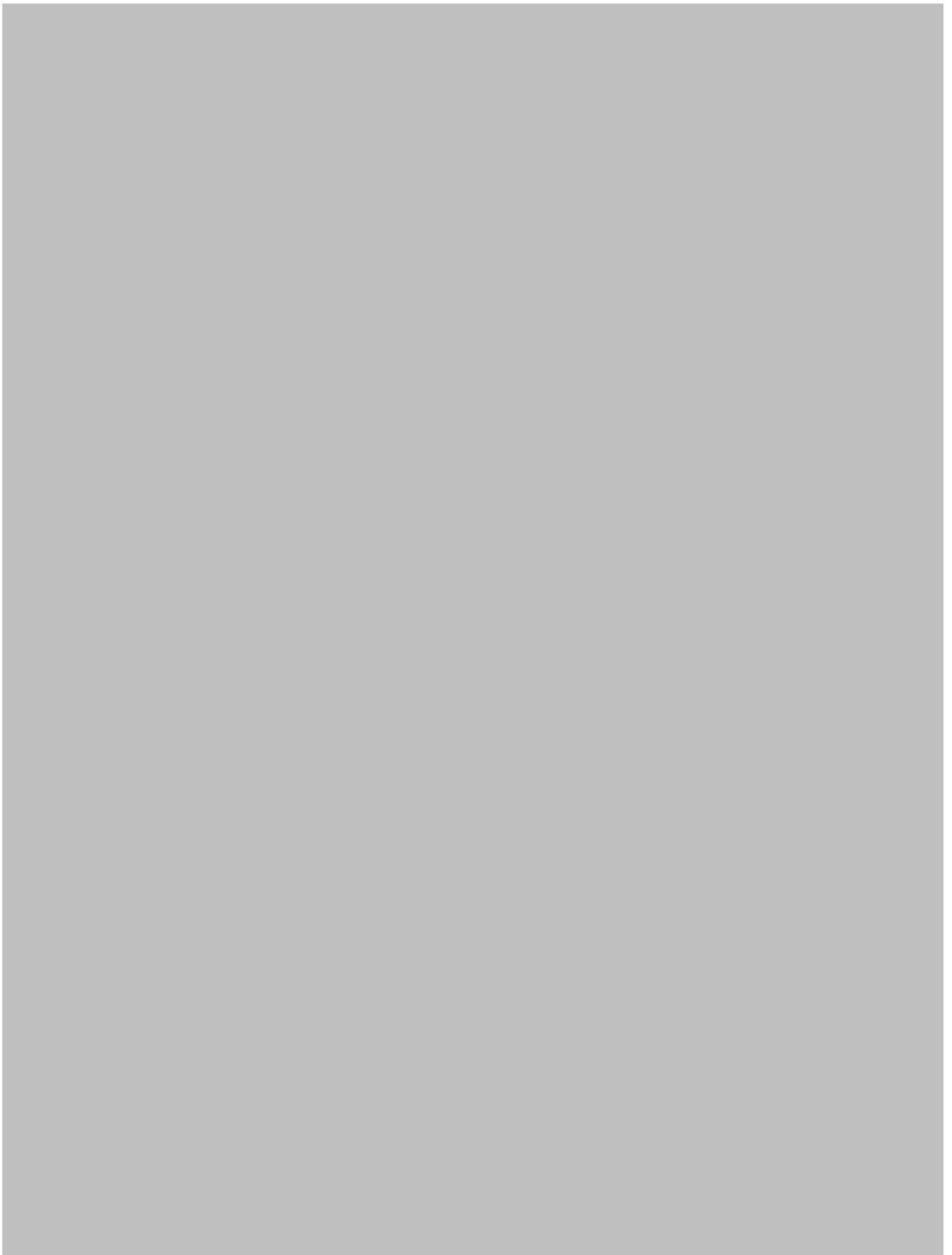
SI

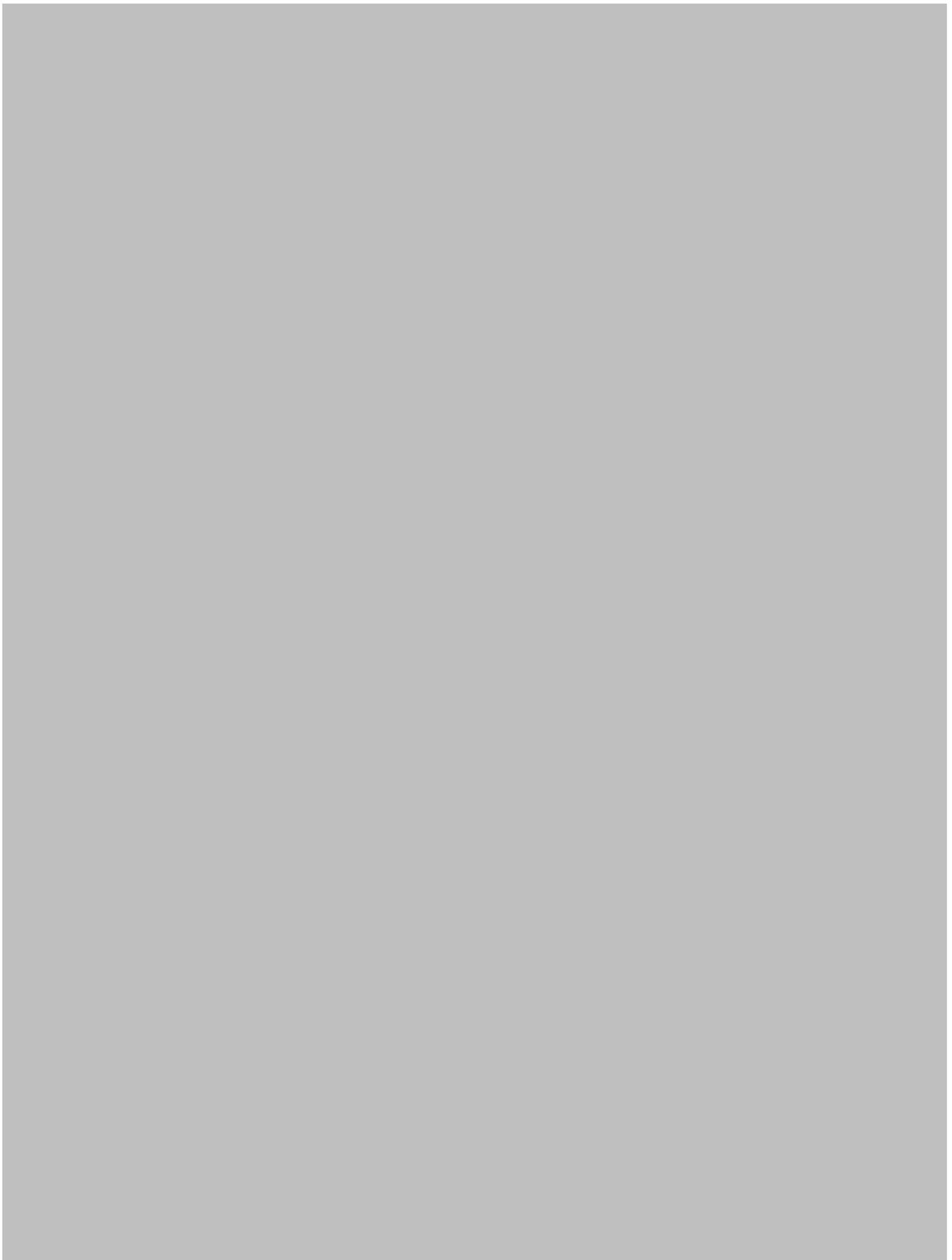
NO







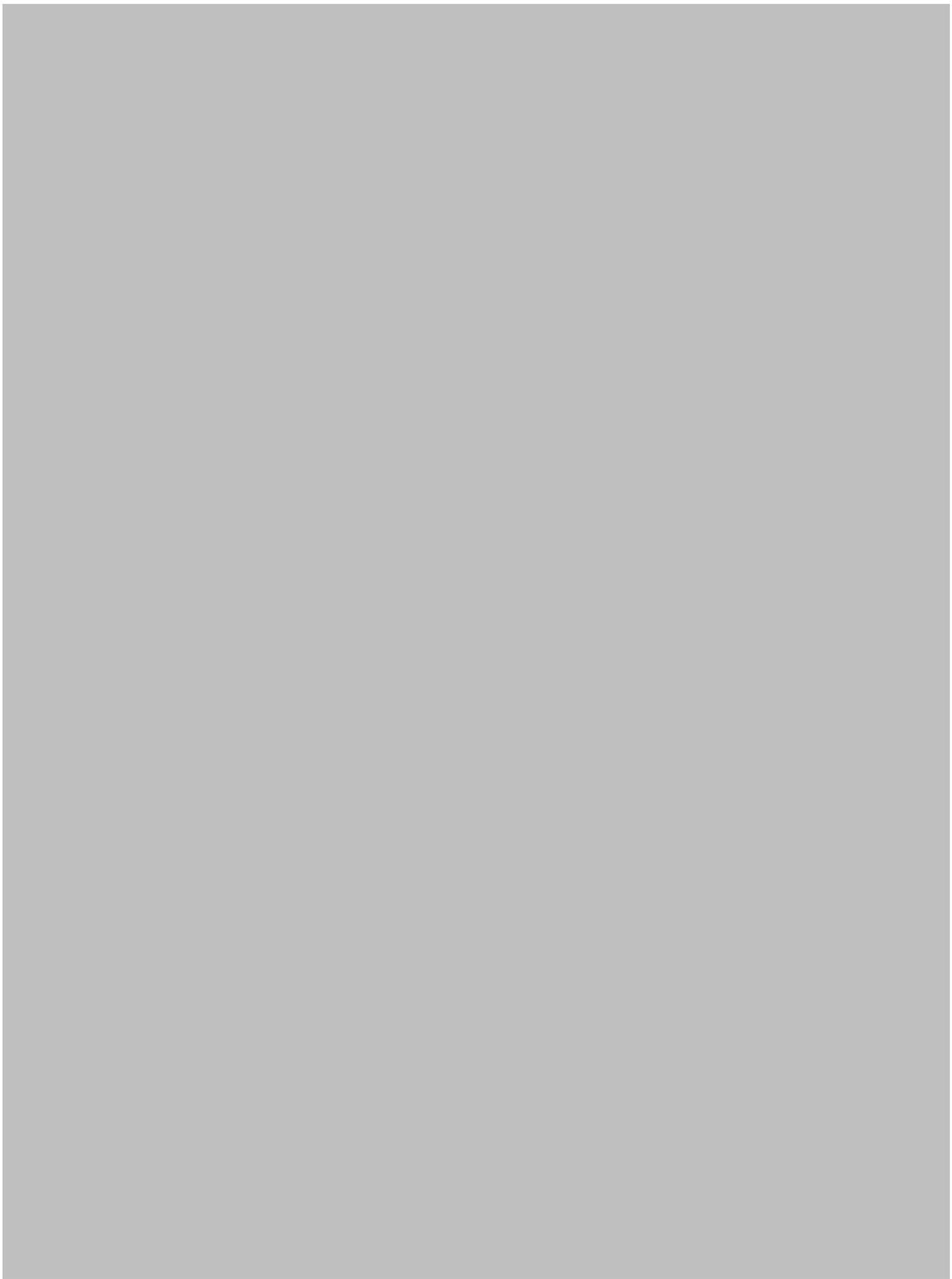


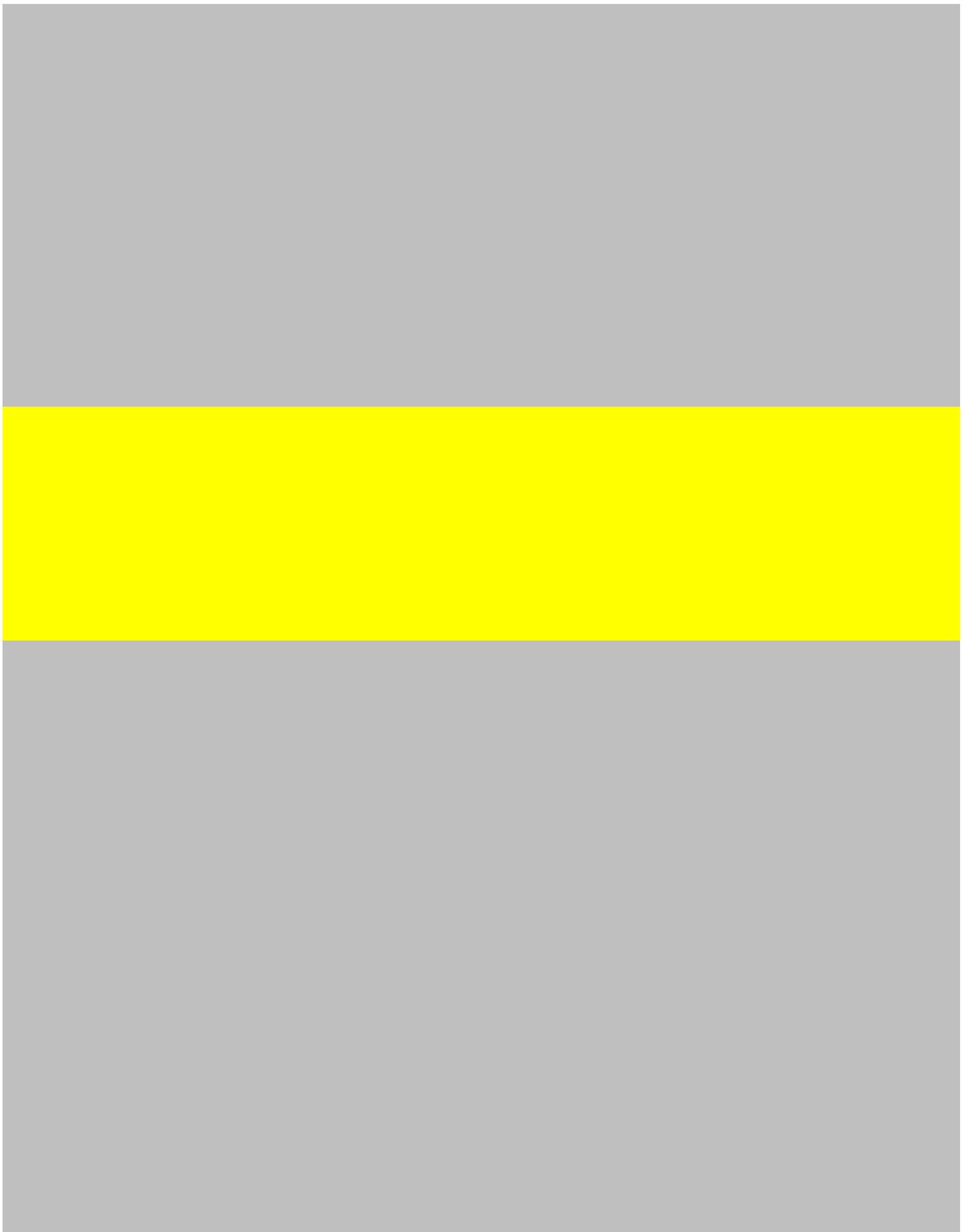


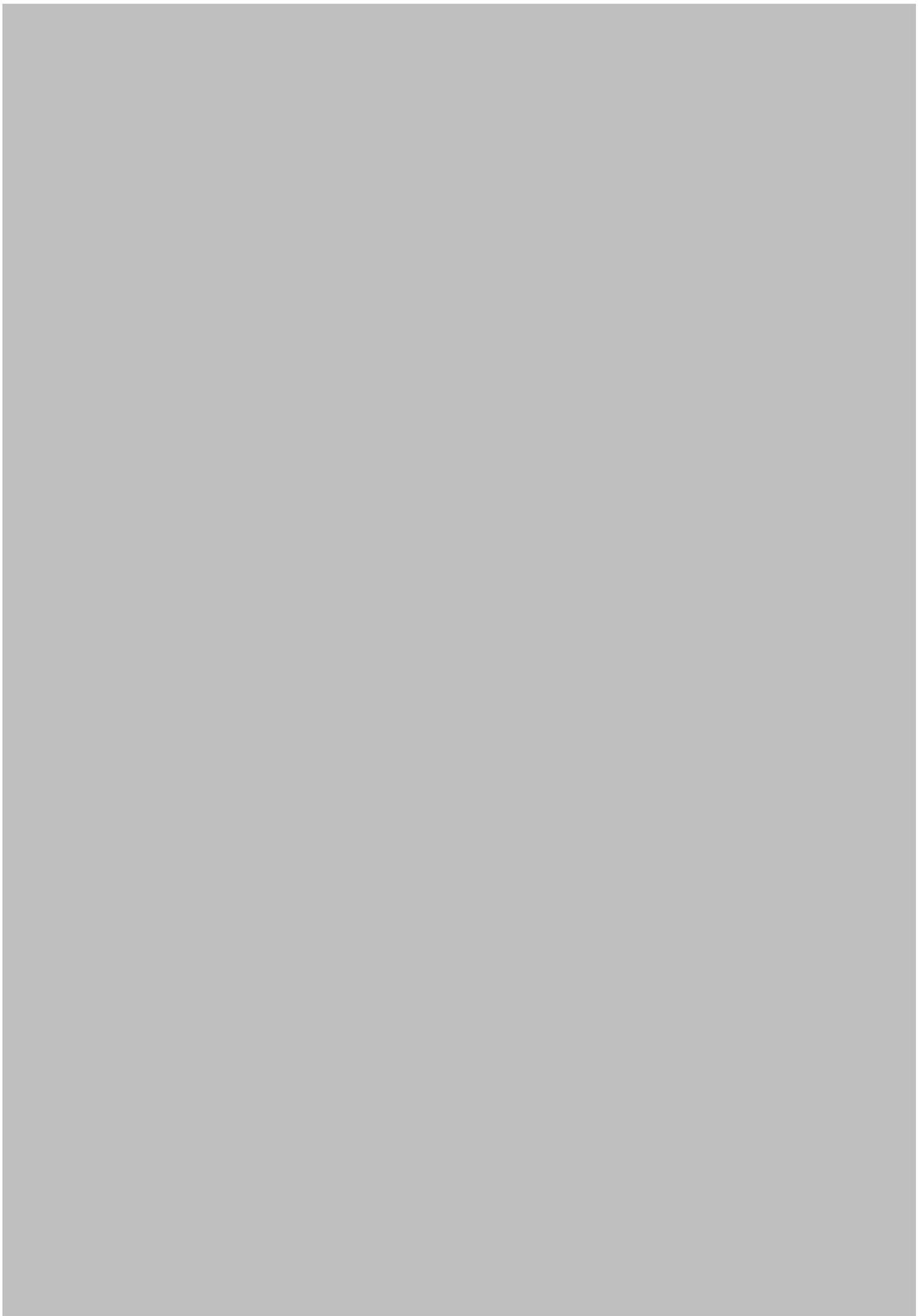
Escala	2- La actividad se relaciona con la causa descrita	Escala	3- La actividad propende por eliminar la debilidad	Escala	4- La evidencia prueba total integridad la ejecución de la actividad	Escala
35	SI	5	SI	15	SI	45
0	NO	0	NO	0	Parcial	20

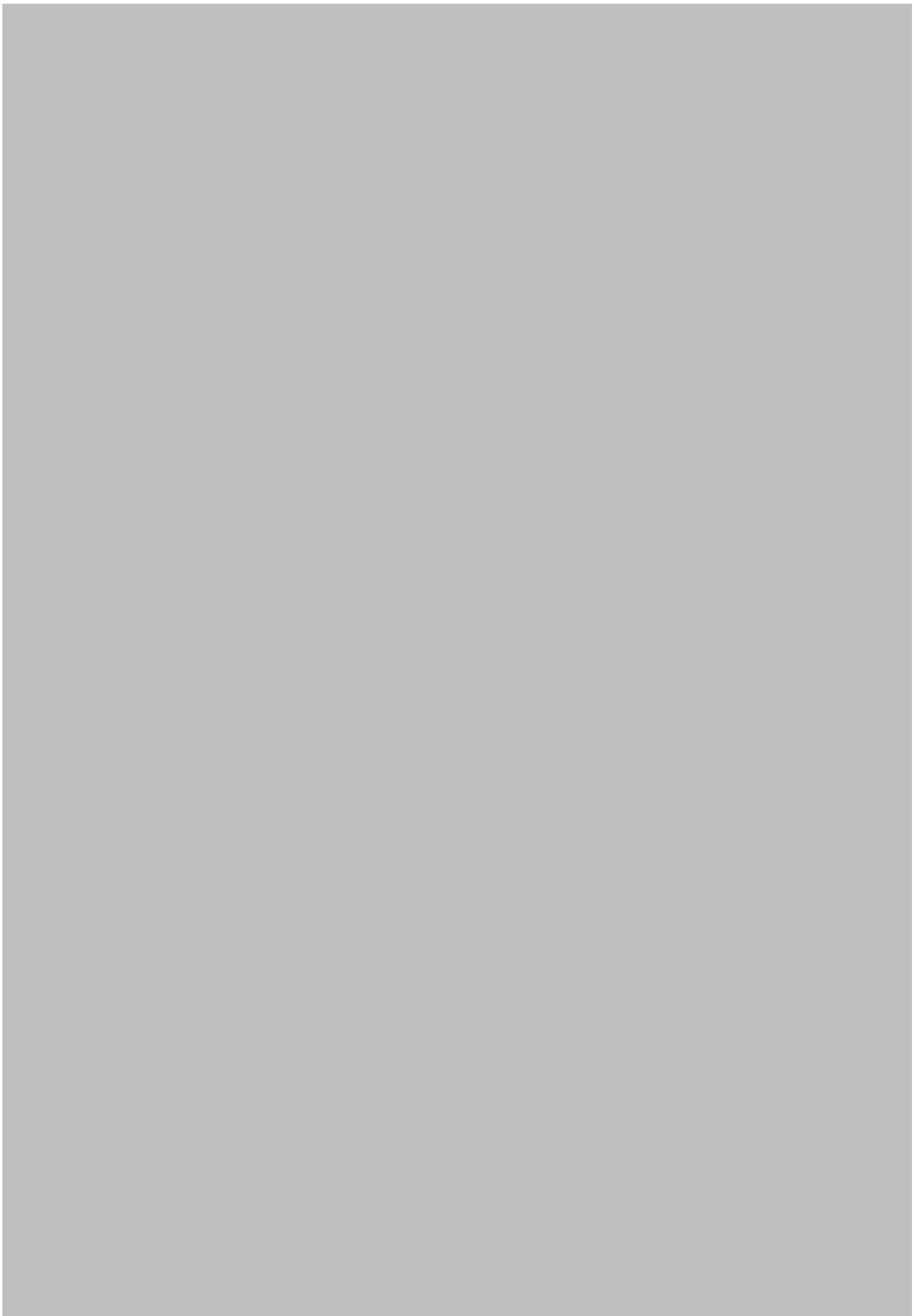
NO

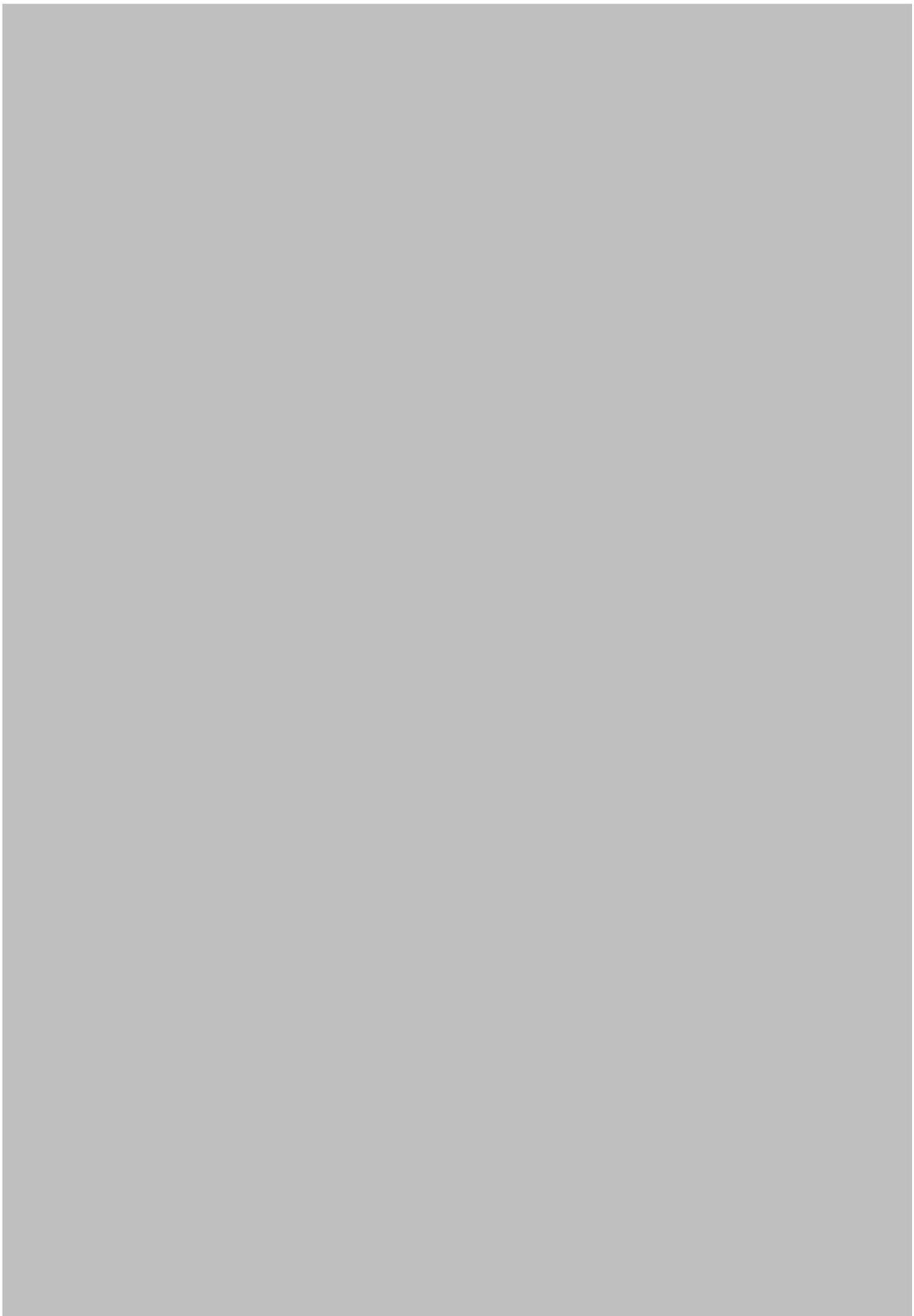
0





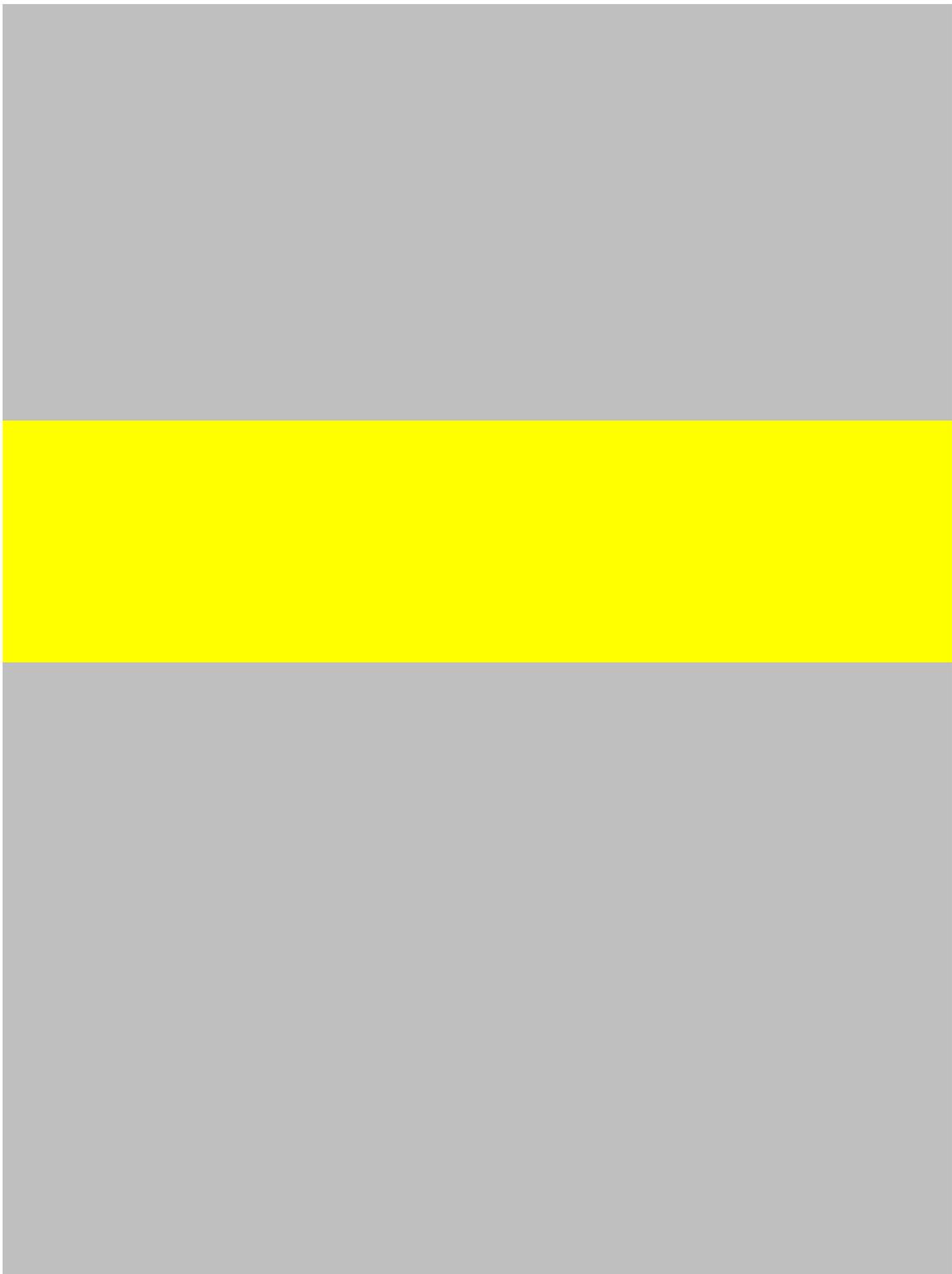






5- La evidencia requiere actividades adicionales	Escala
SI	25
NO	0





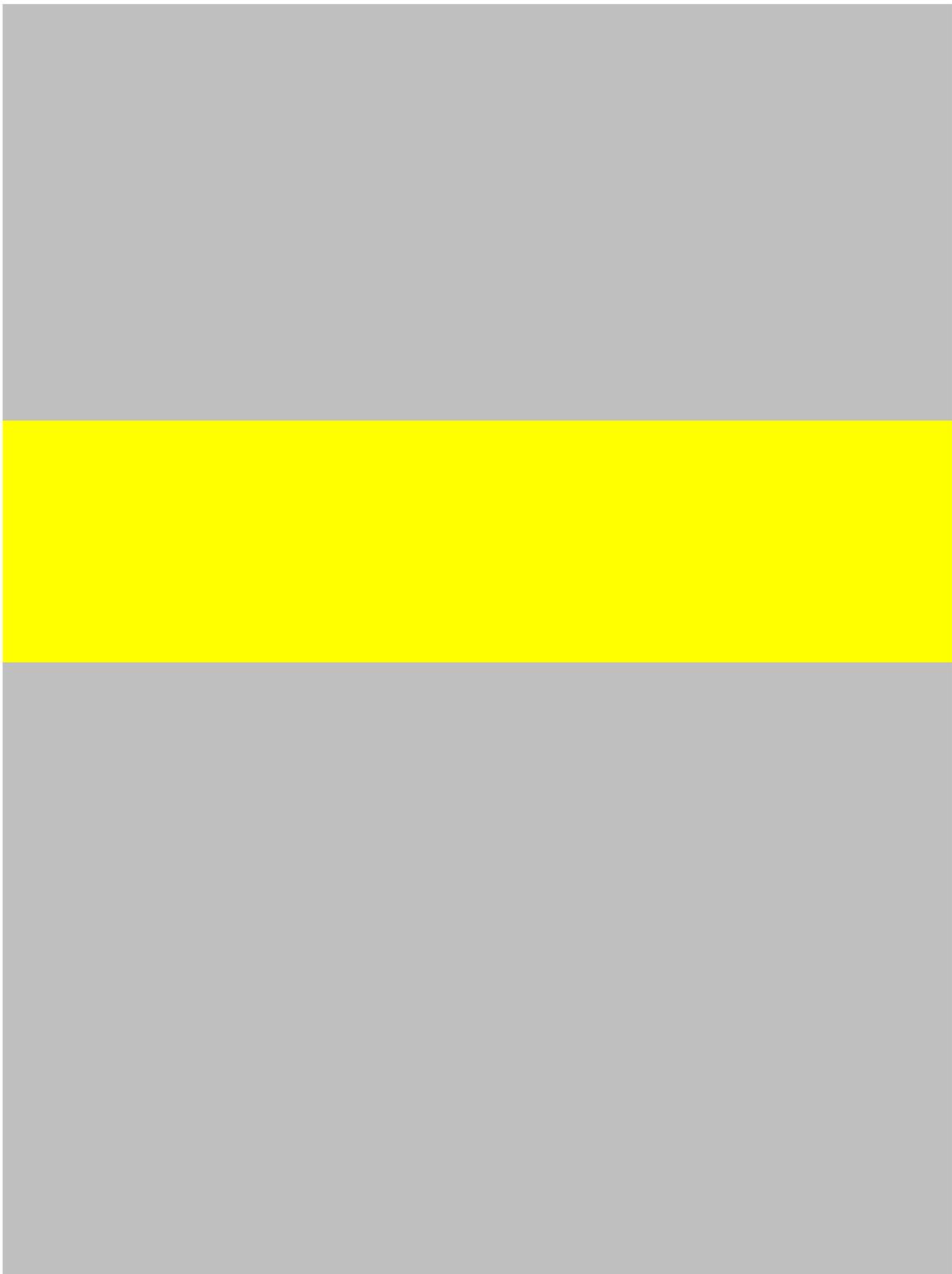












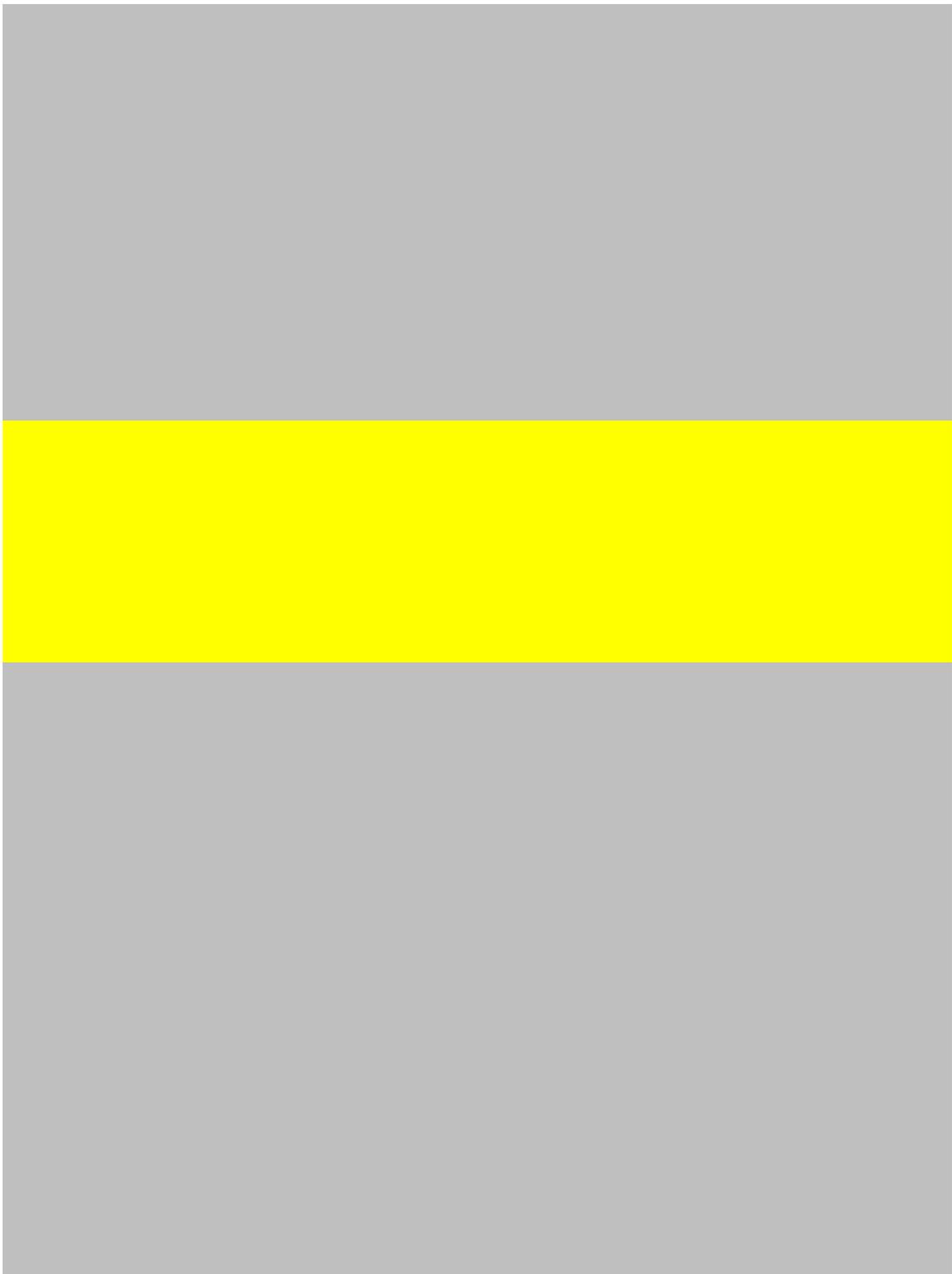




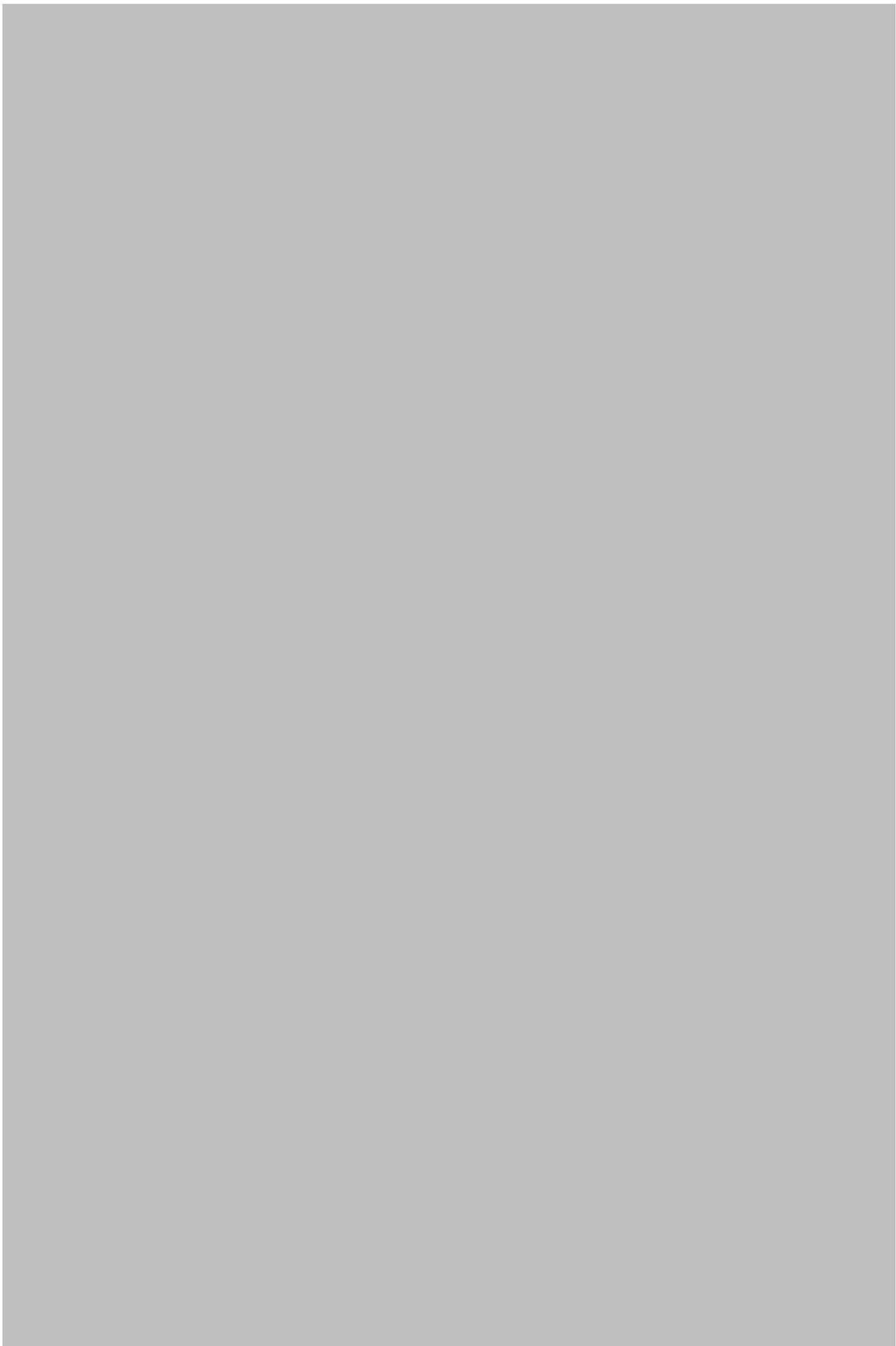








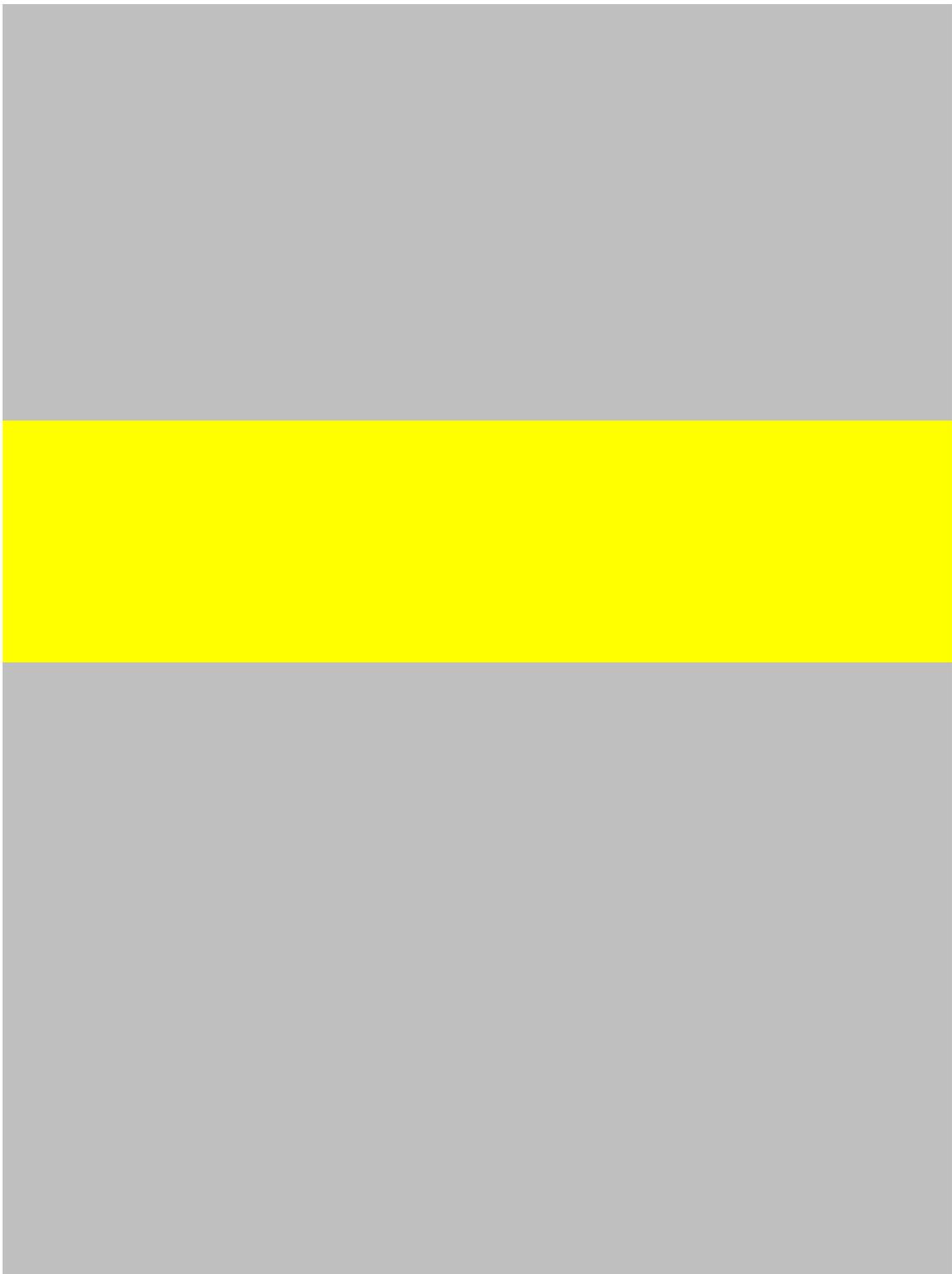












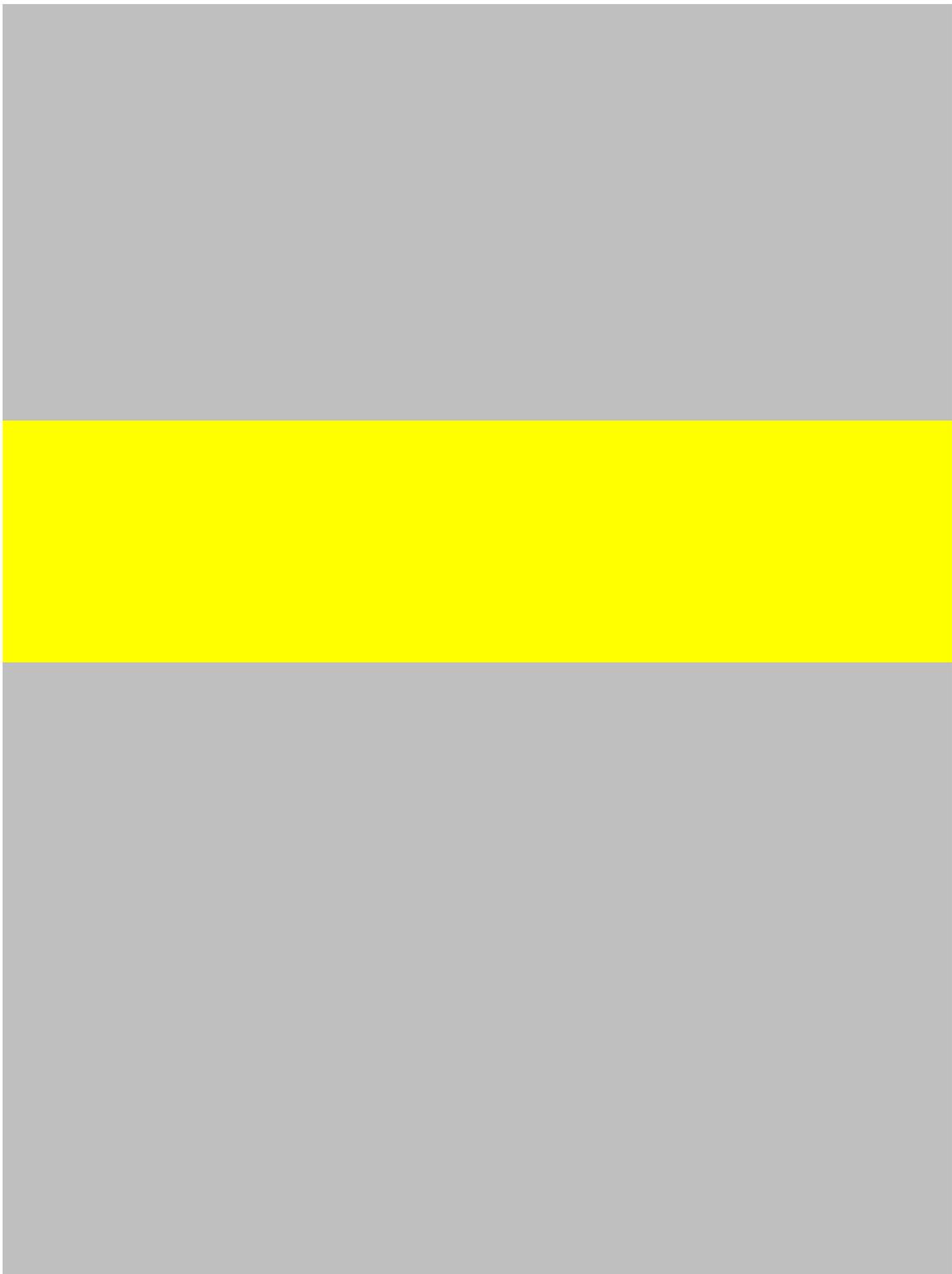




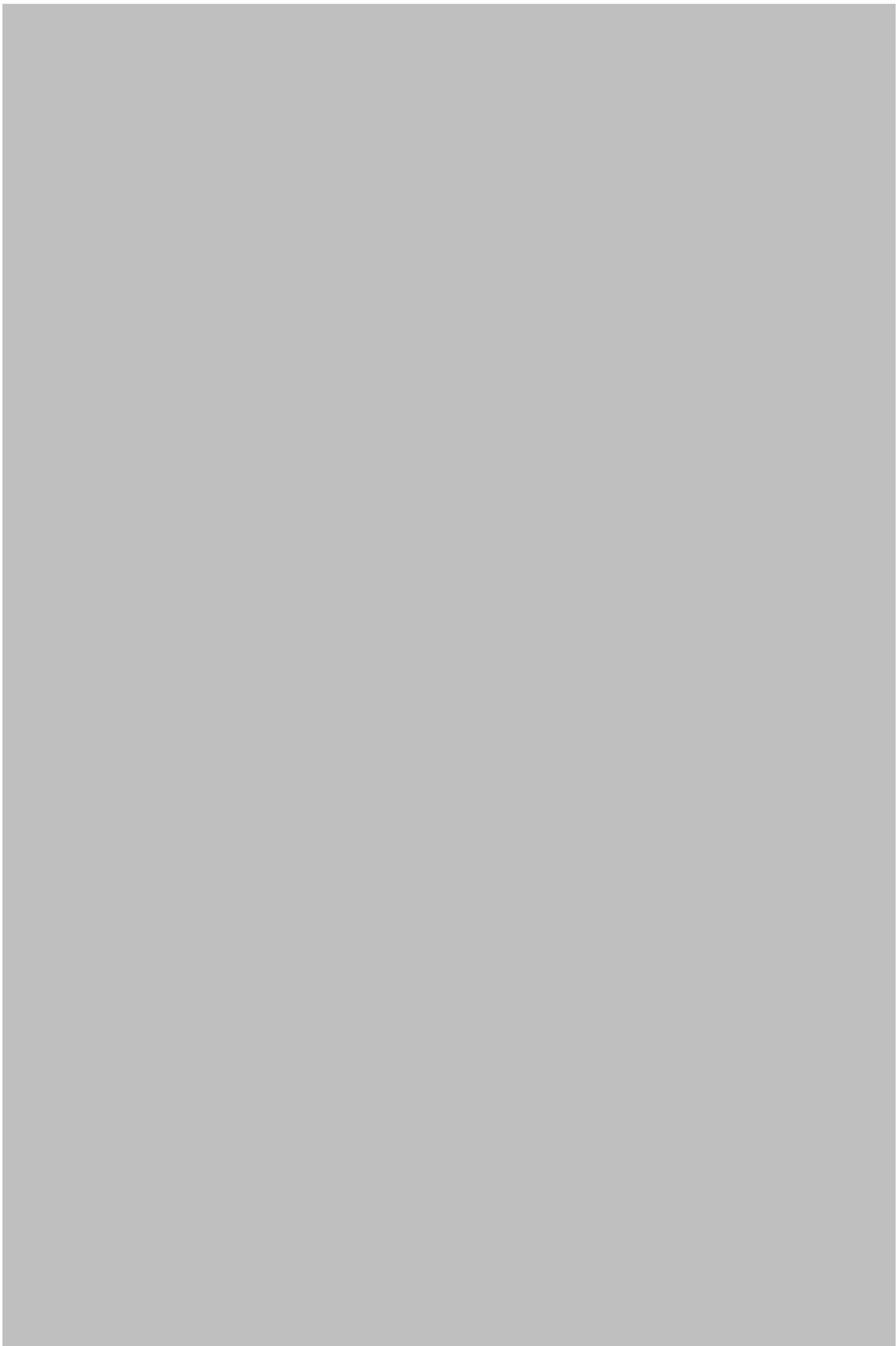


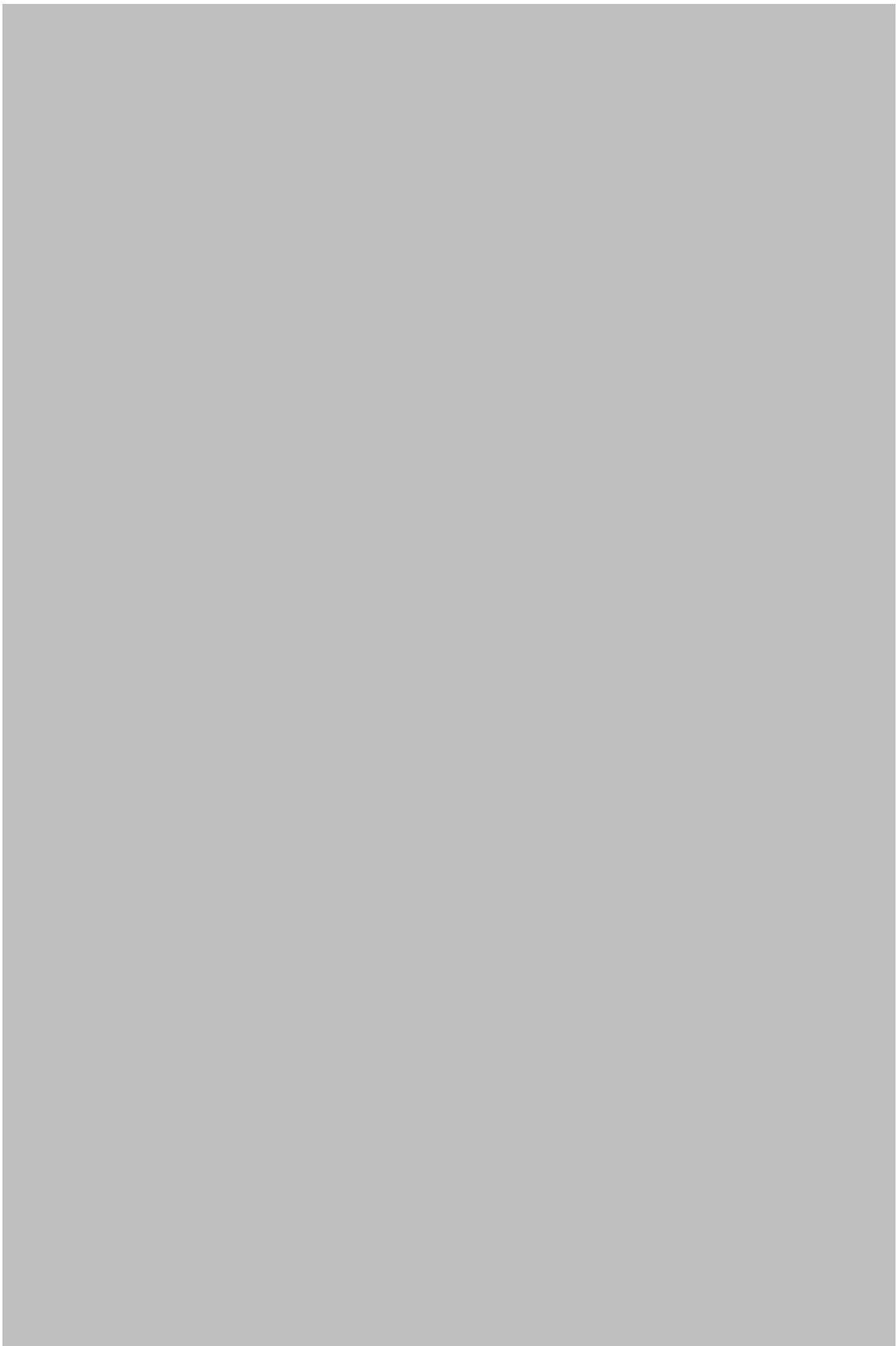






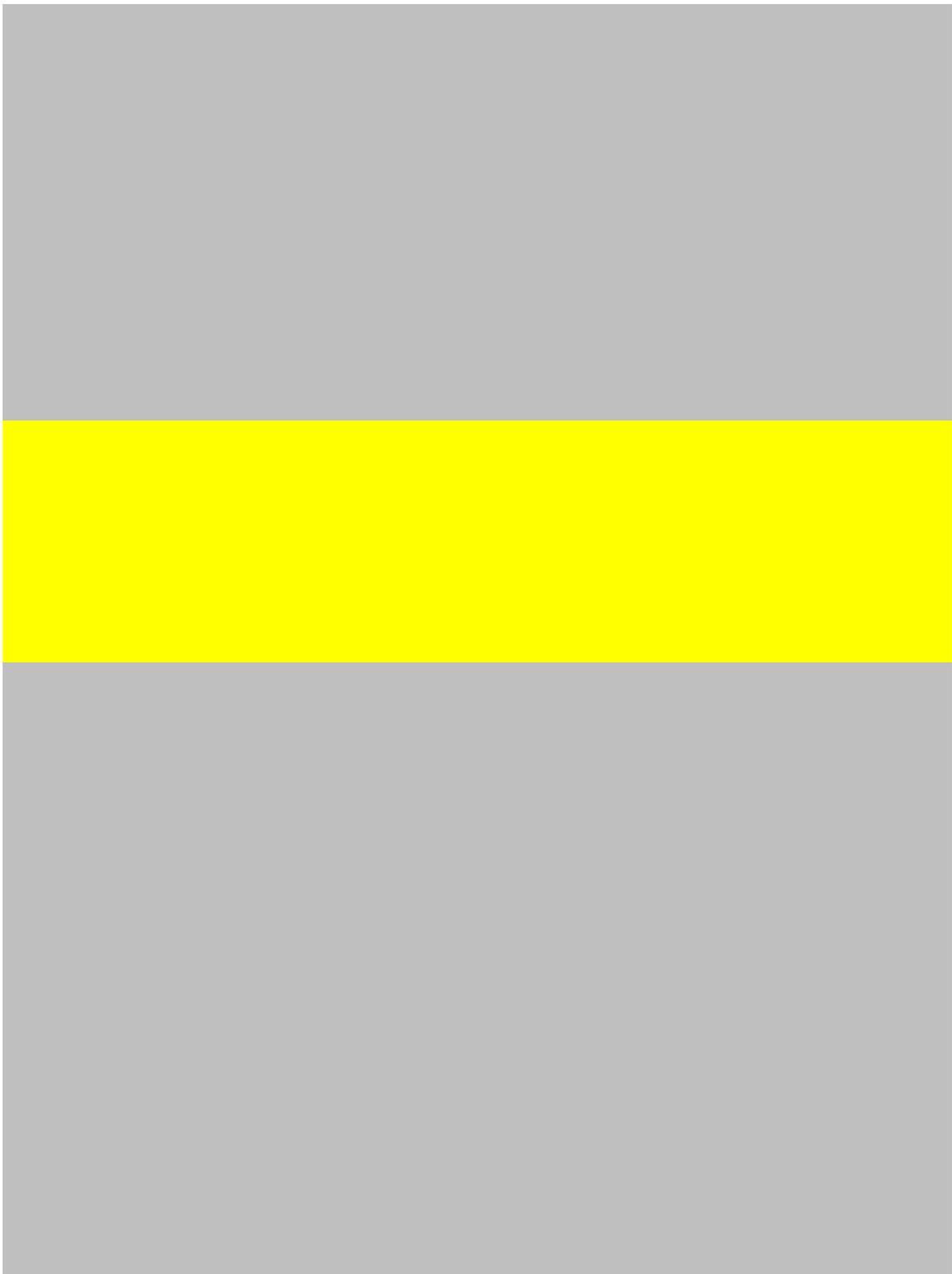






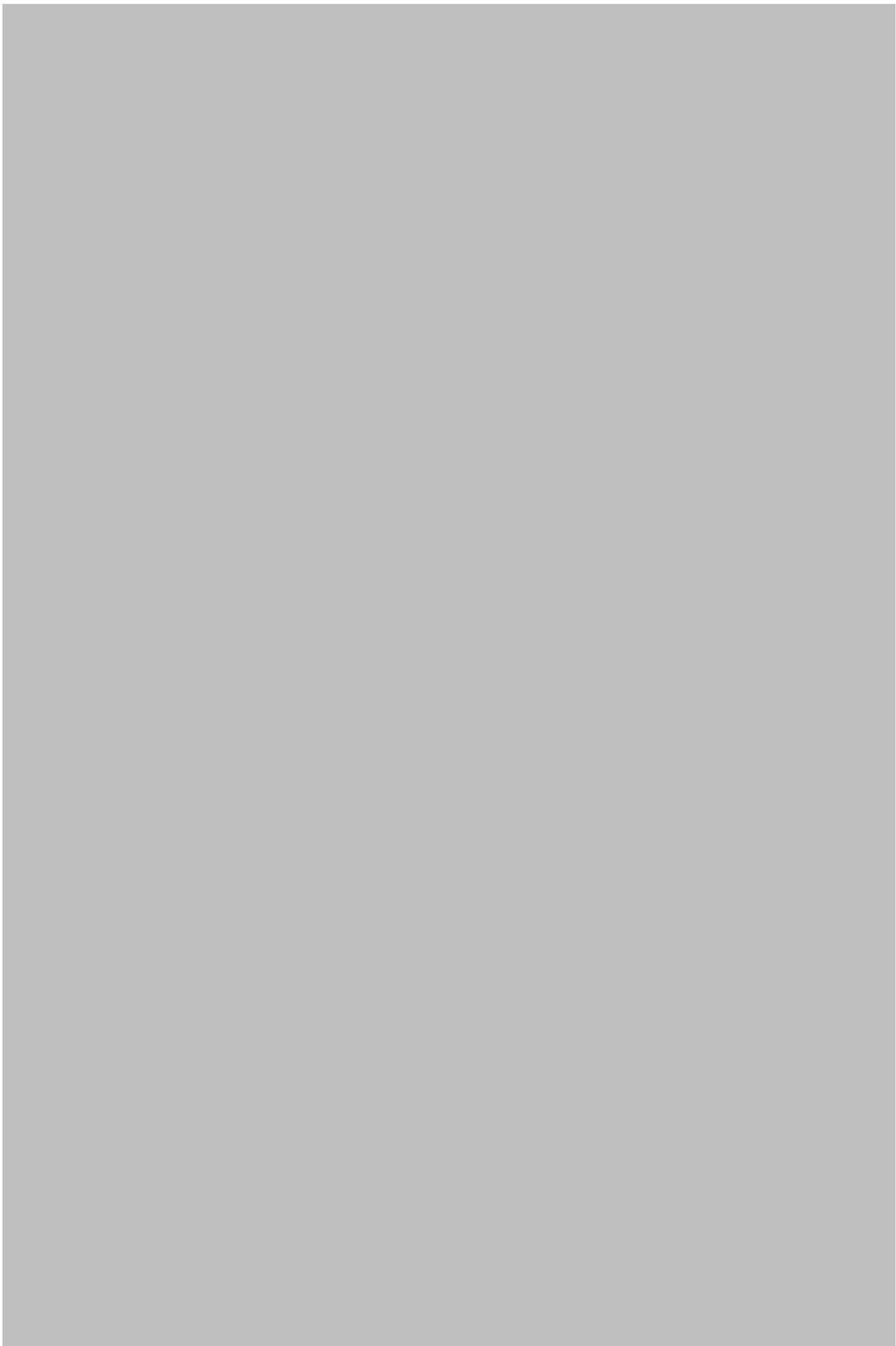






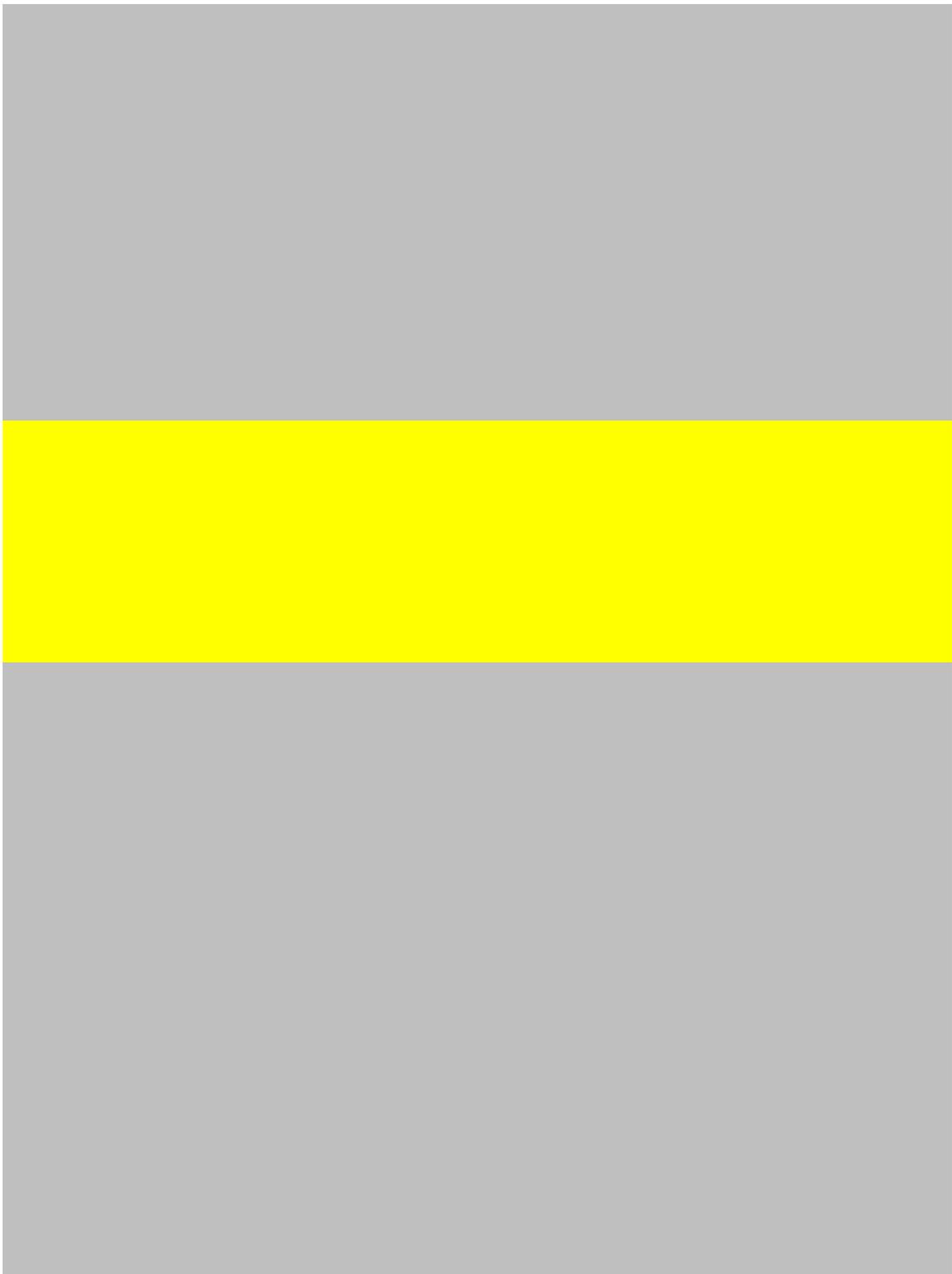










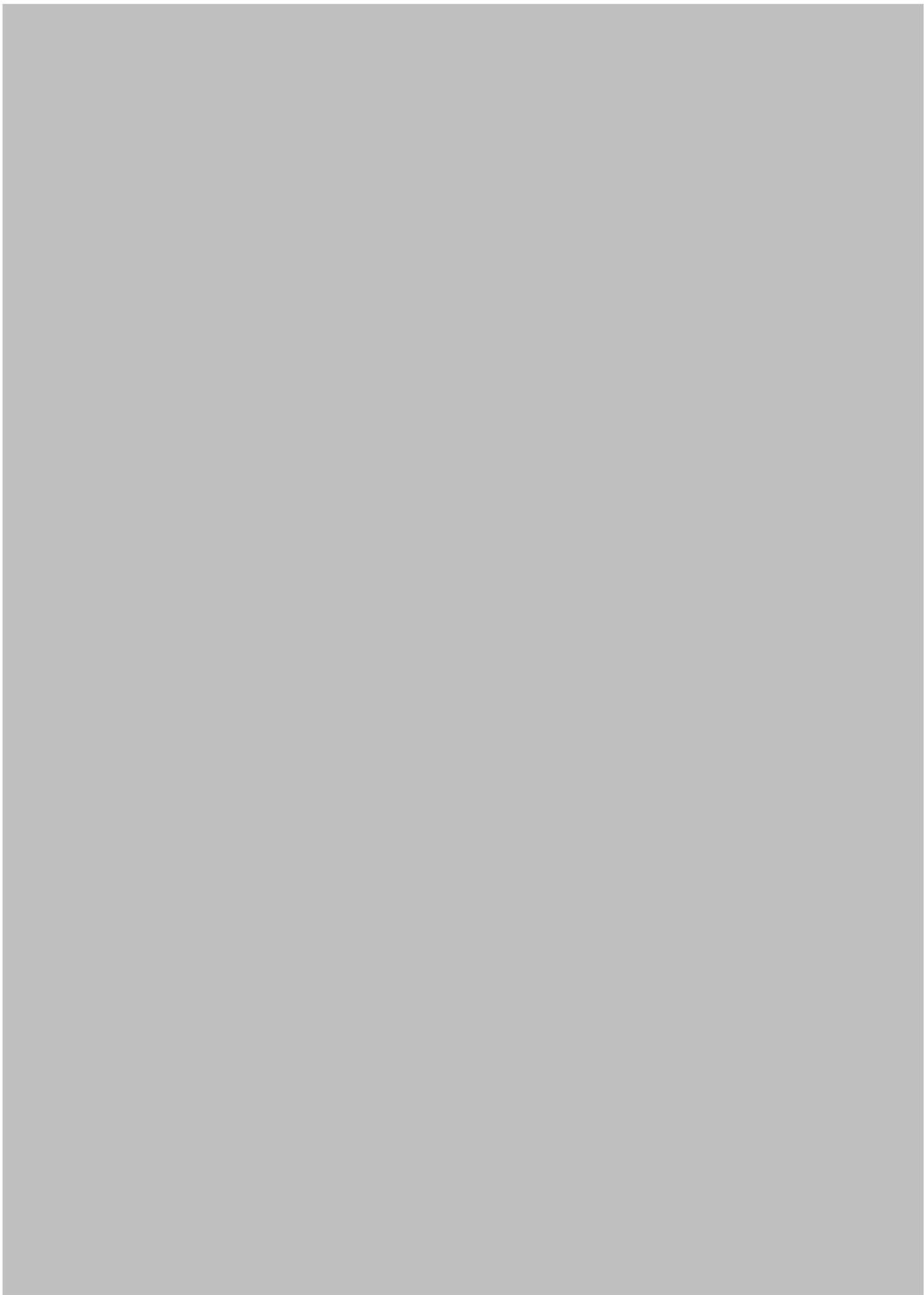


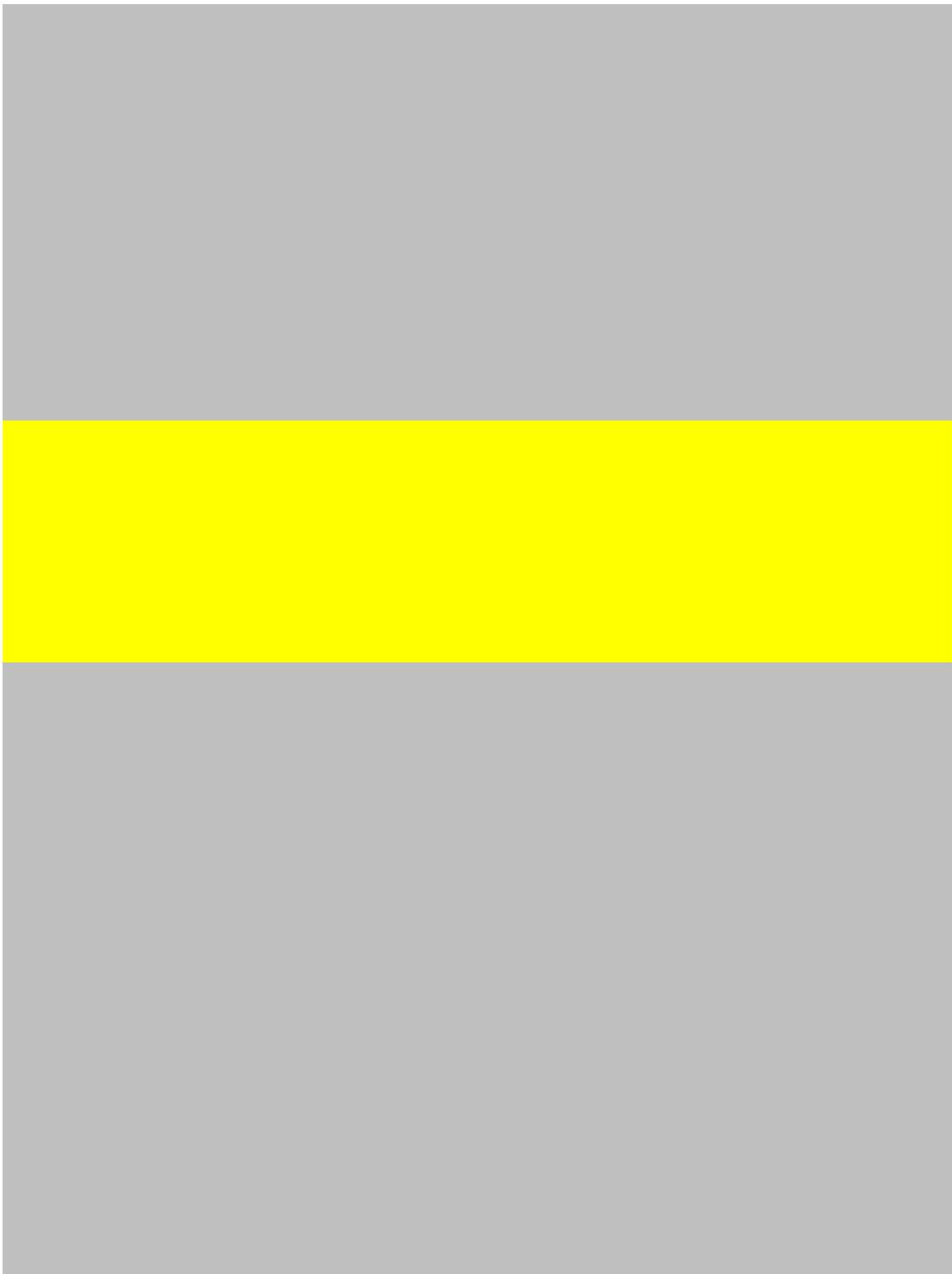




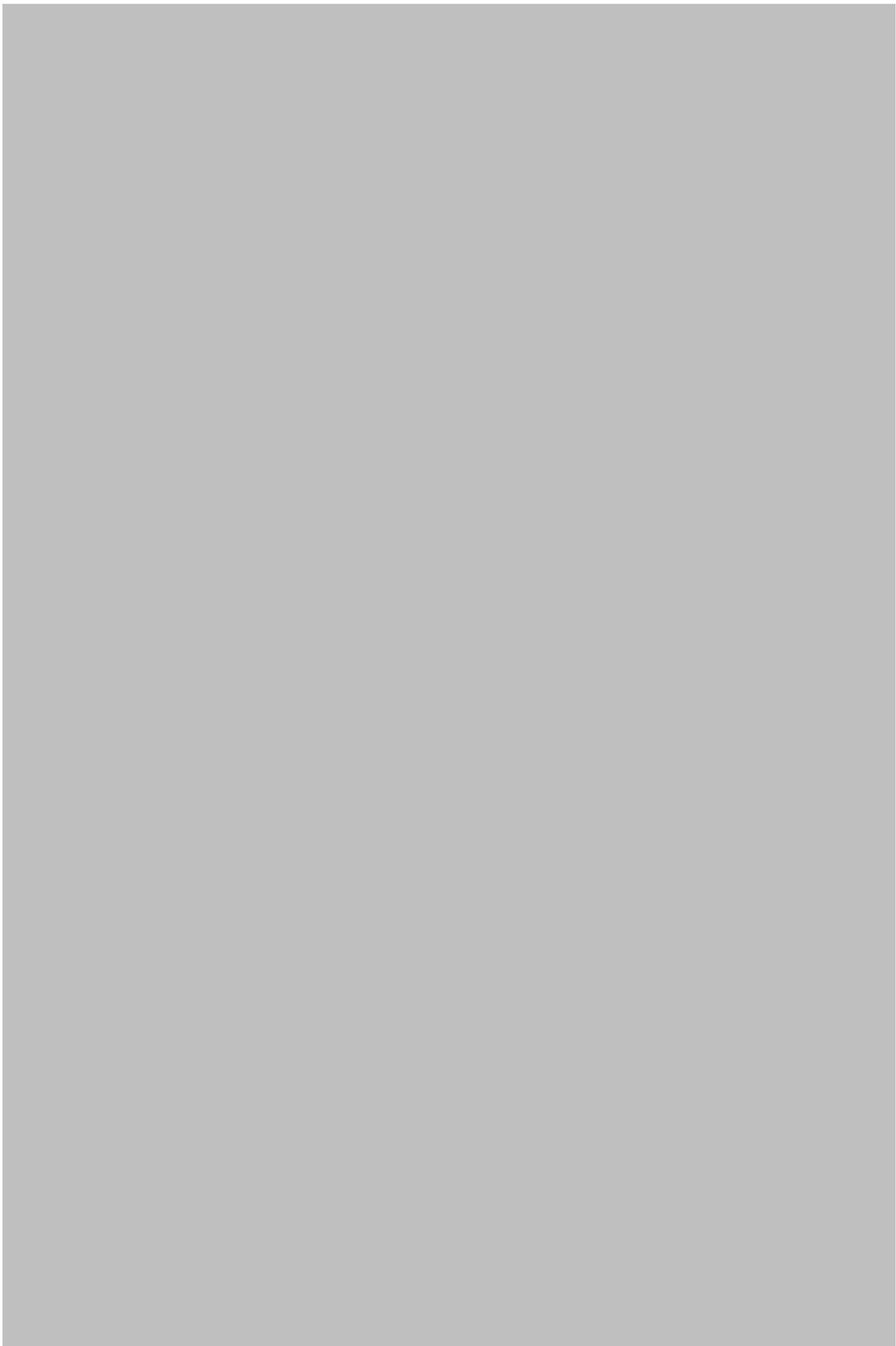


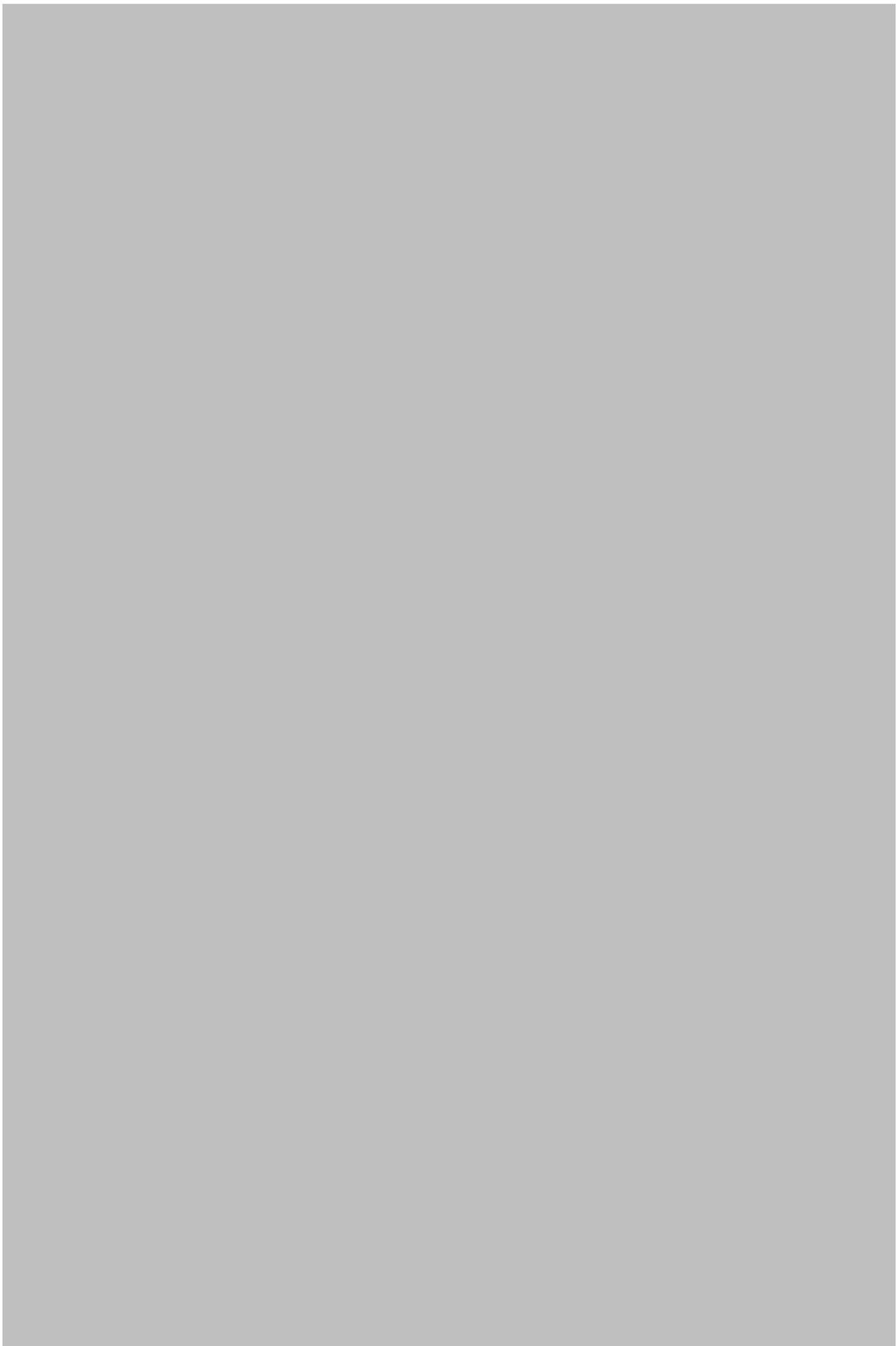






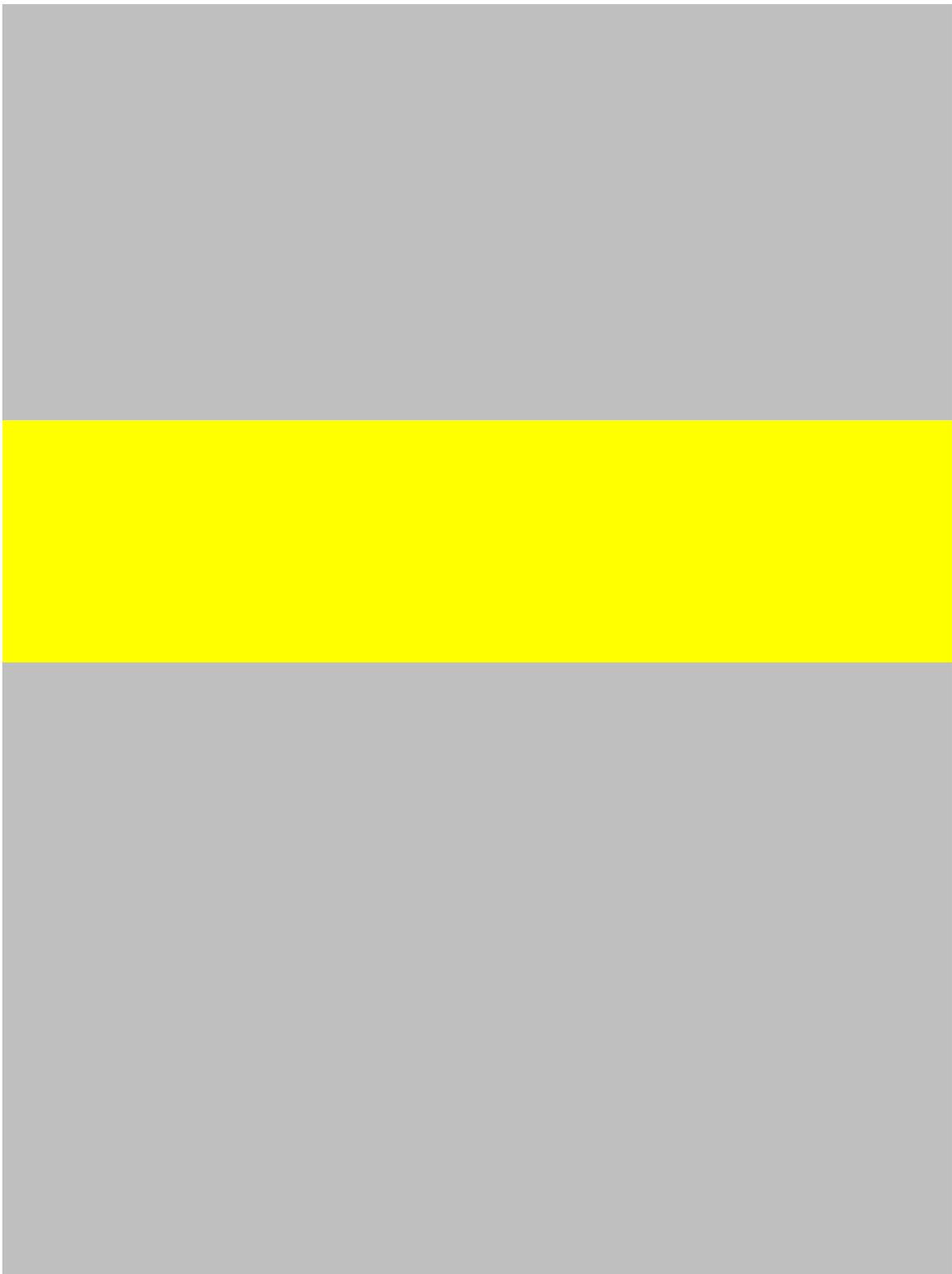












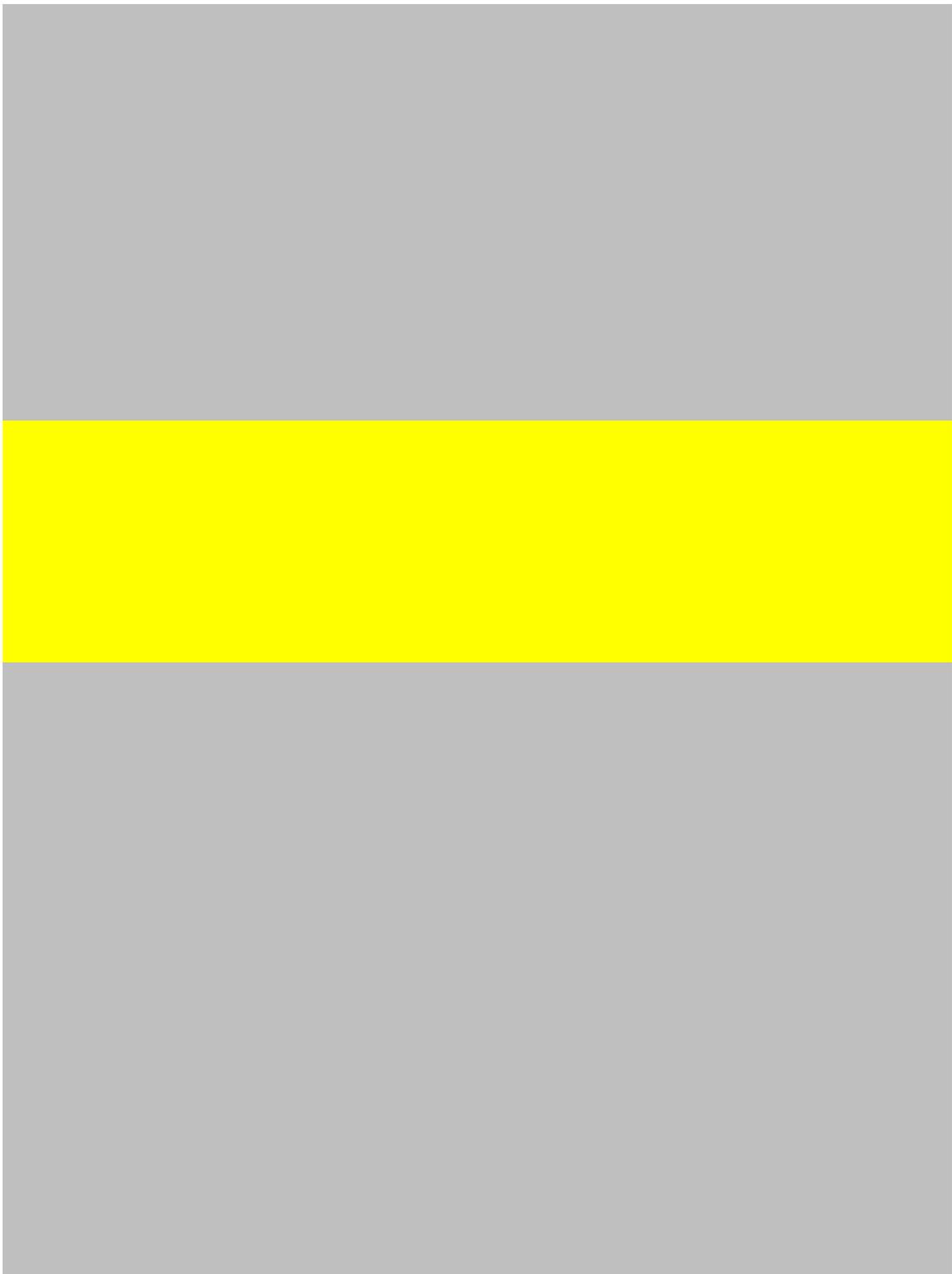












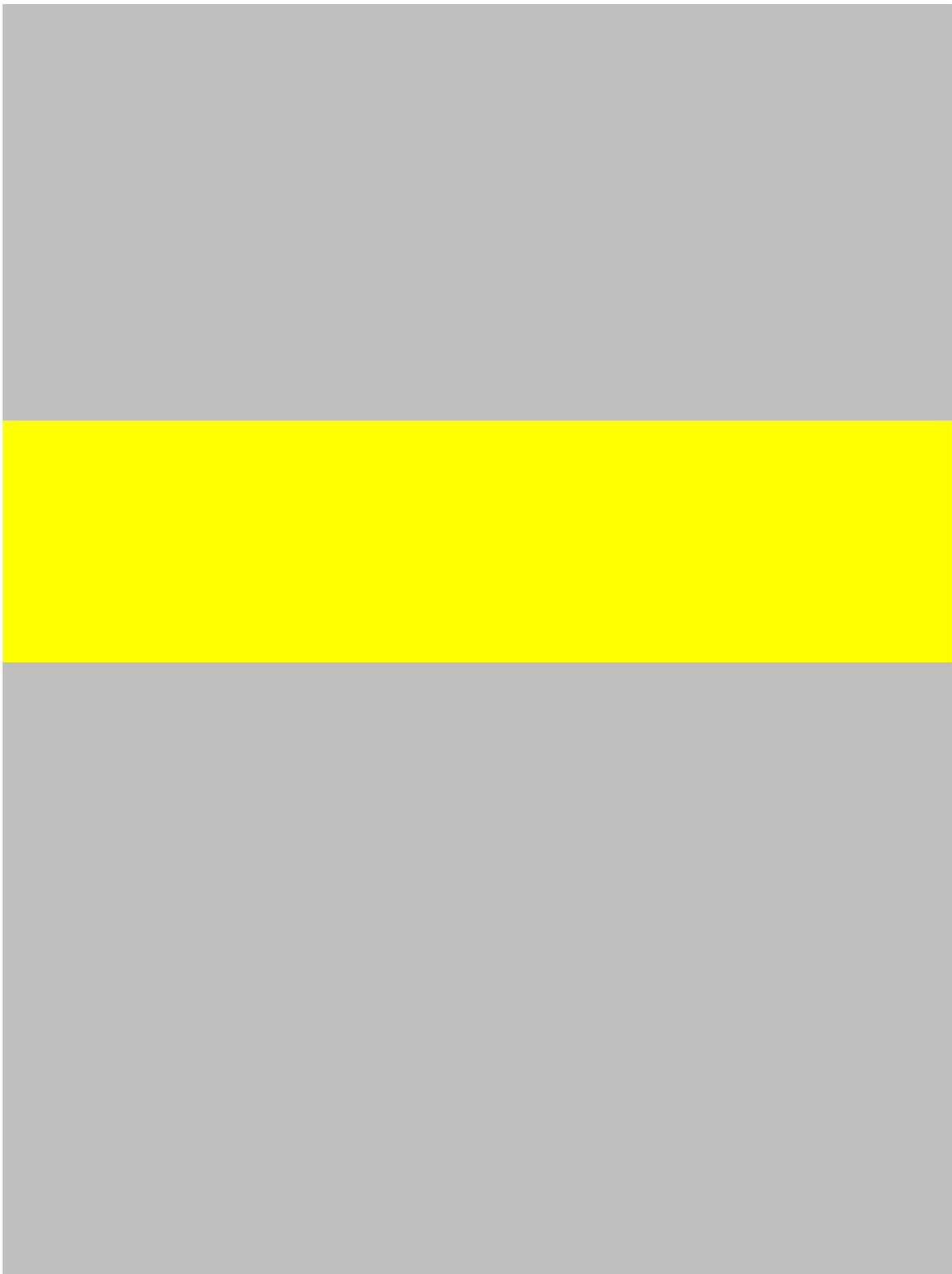


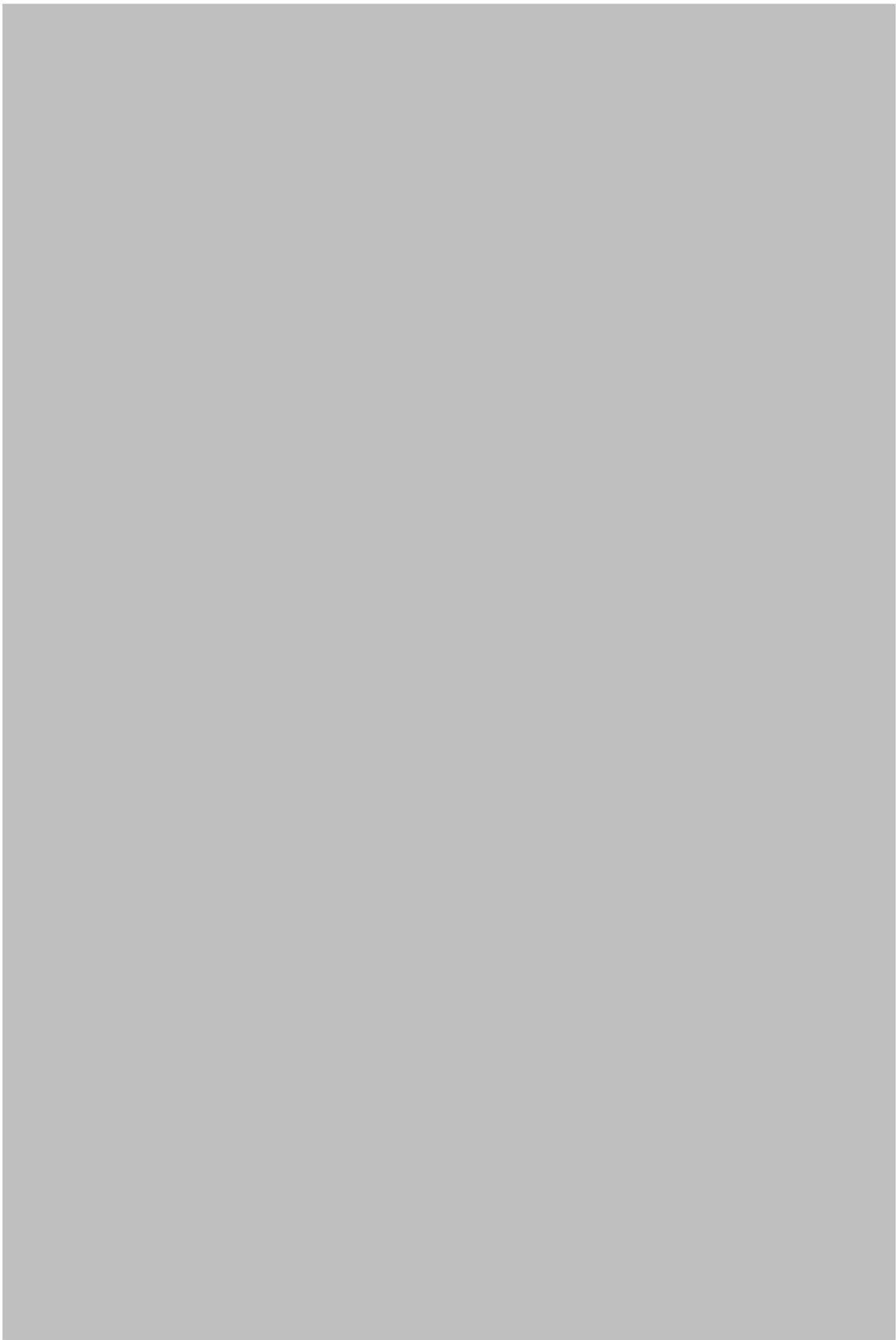










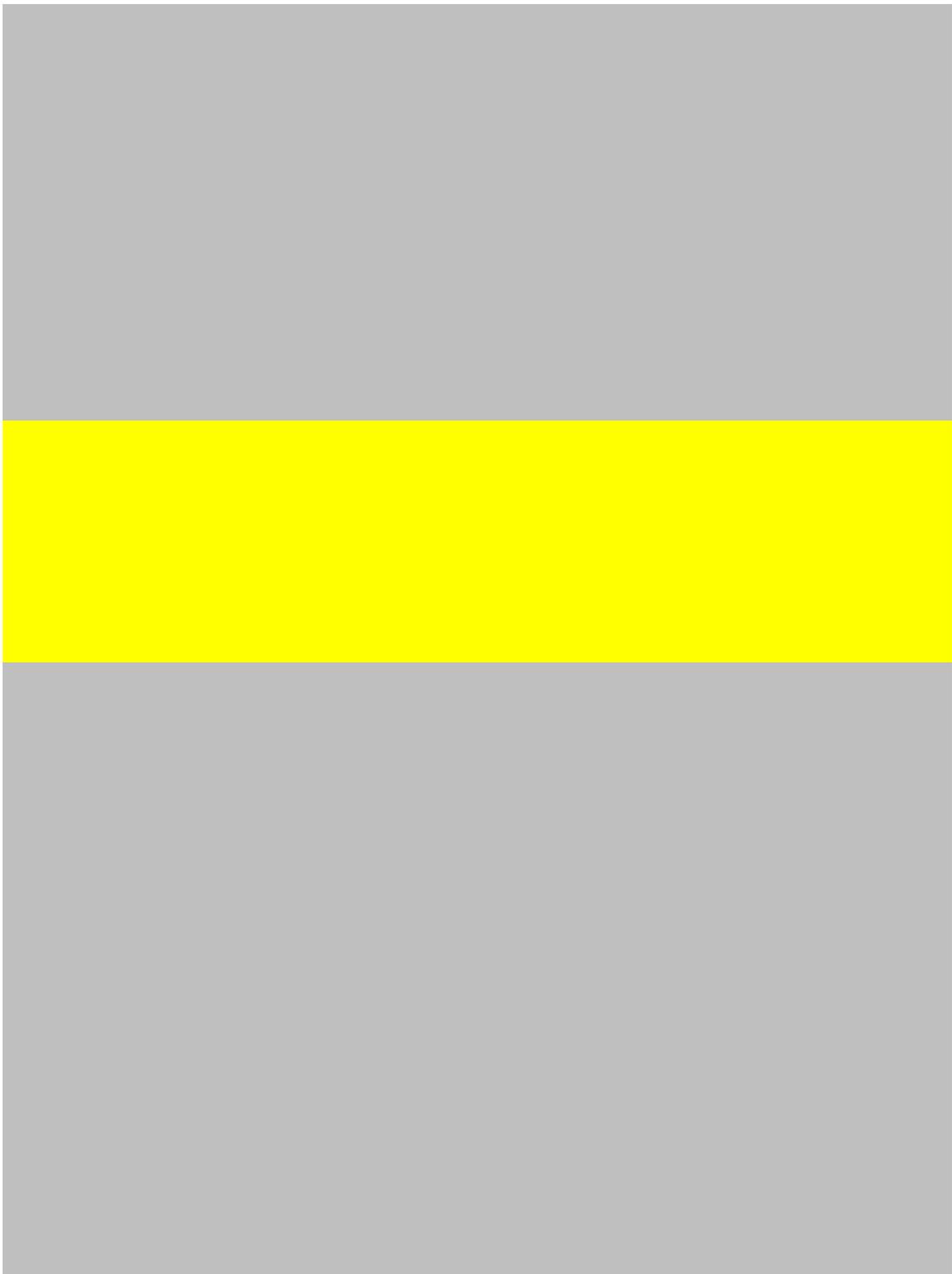




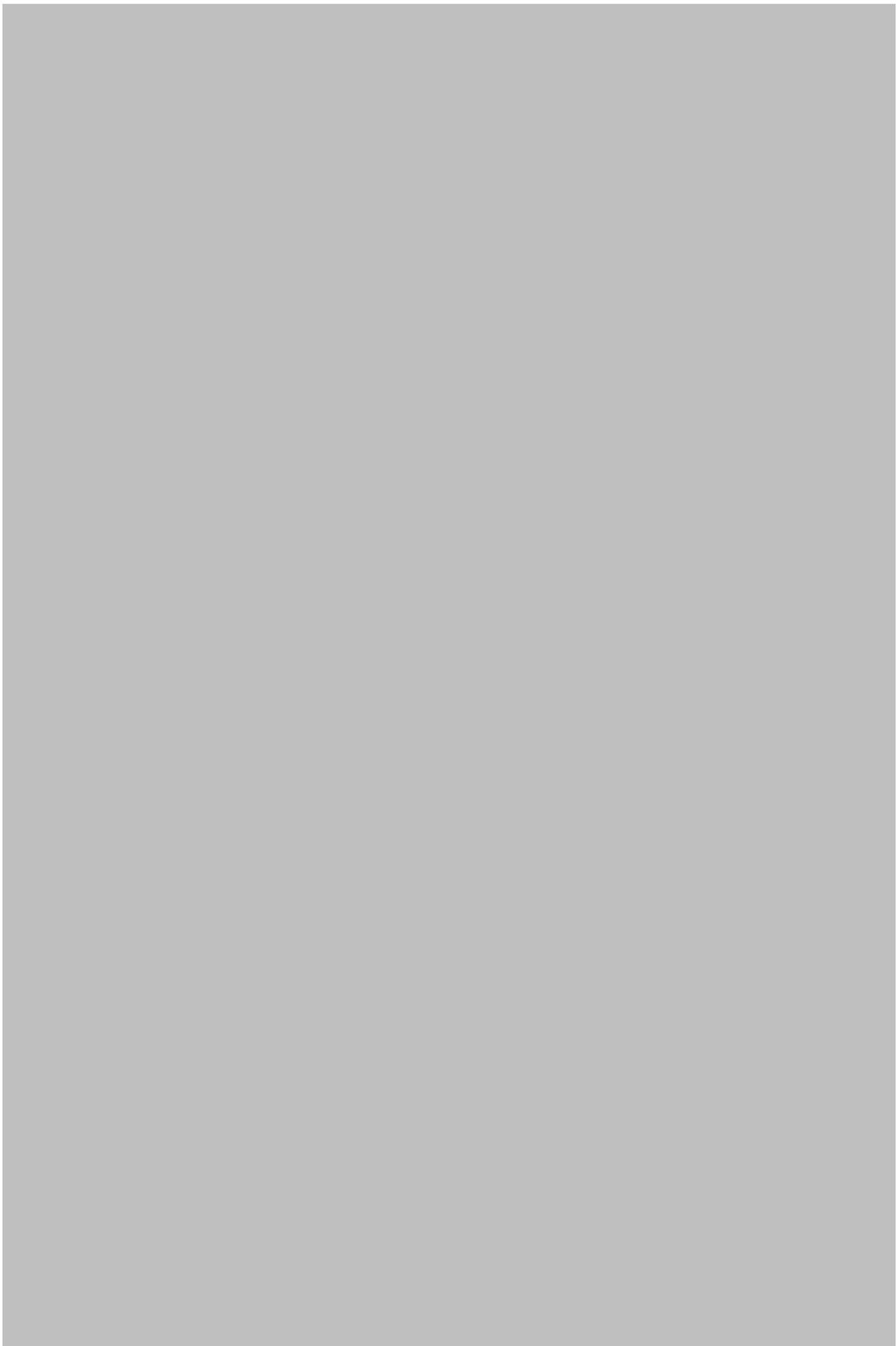






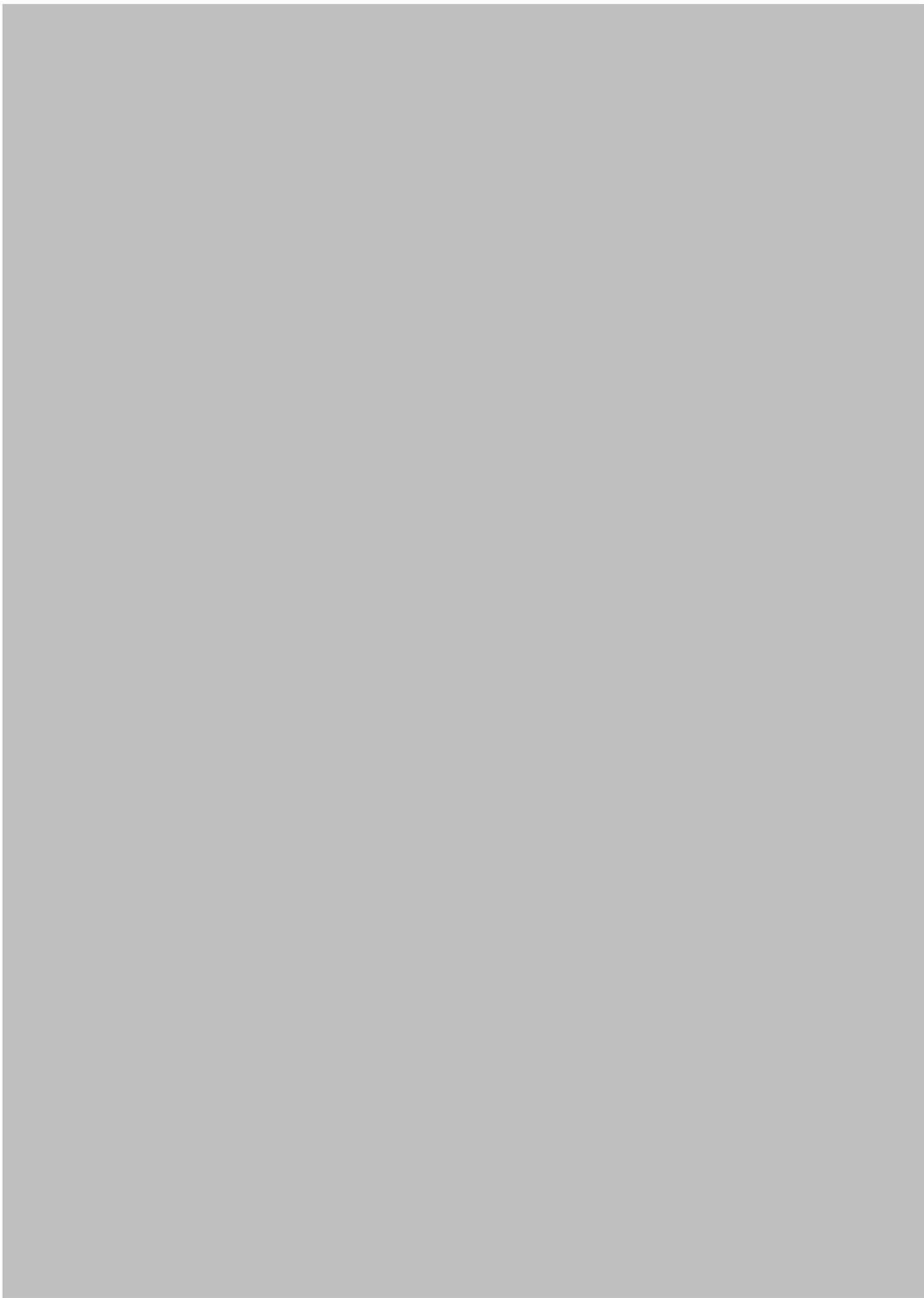


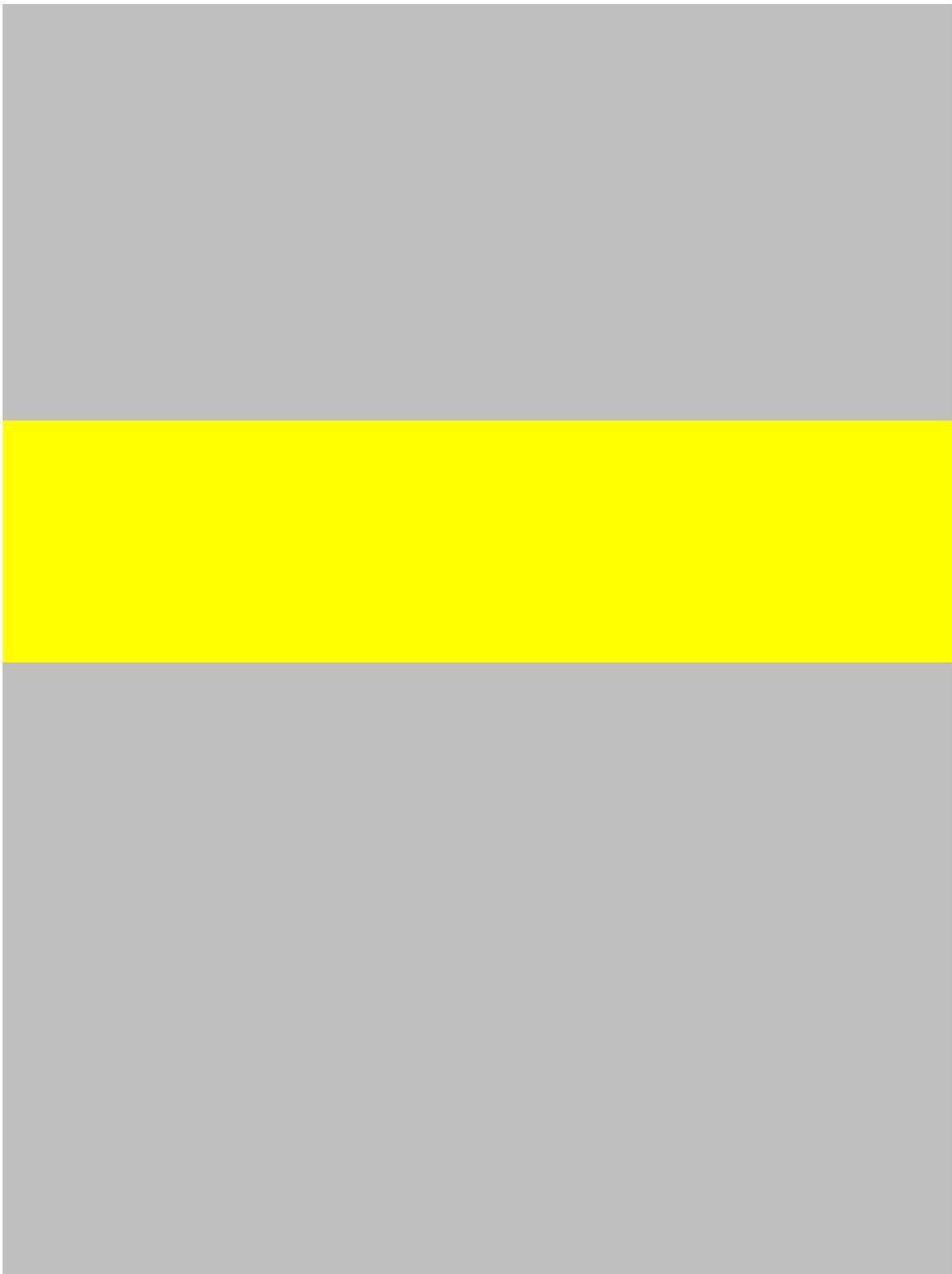


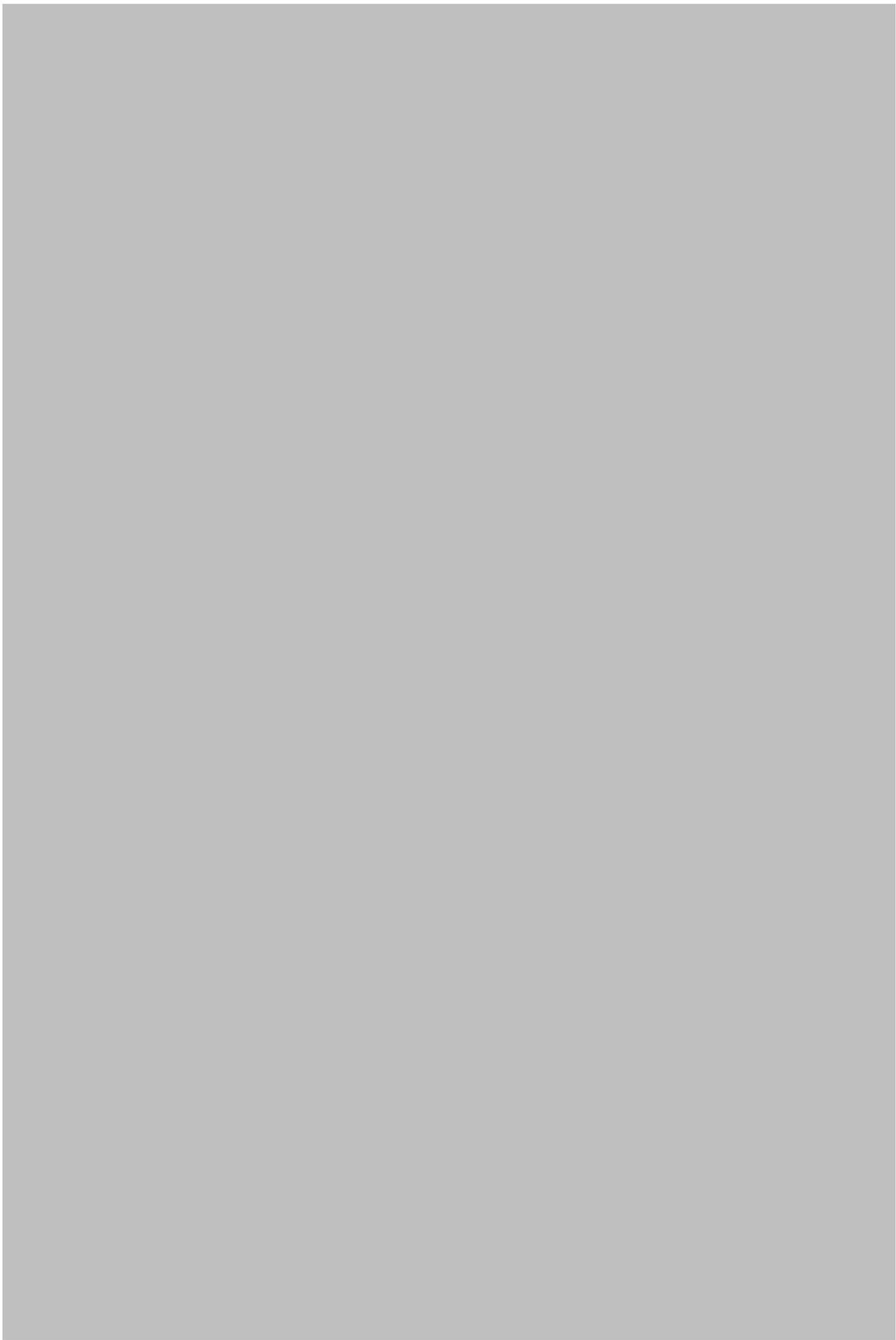


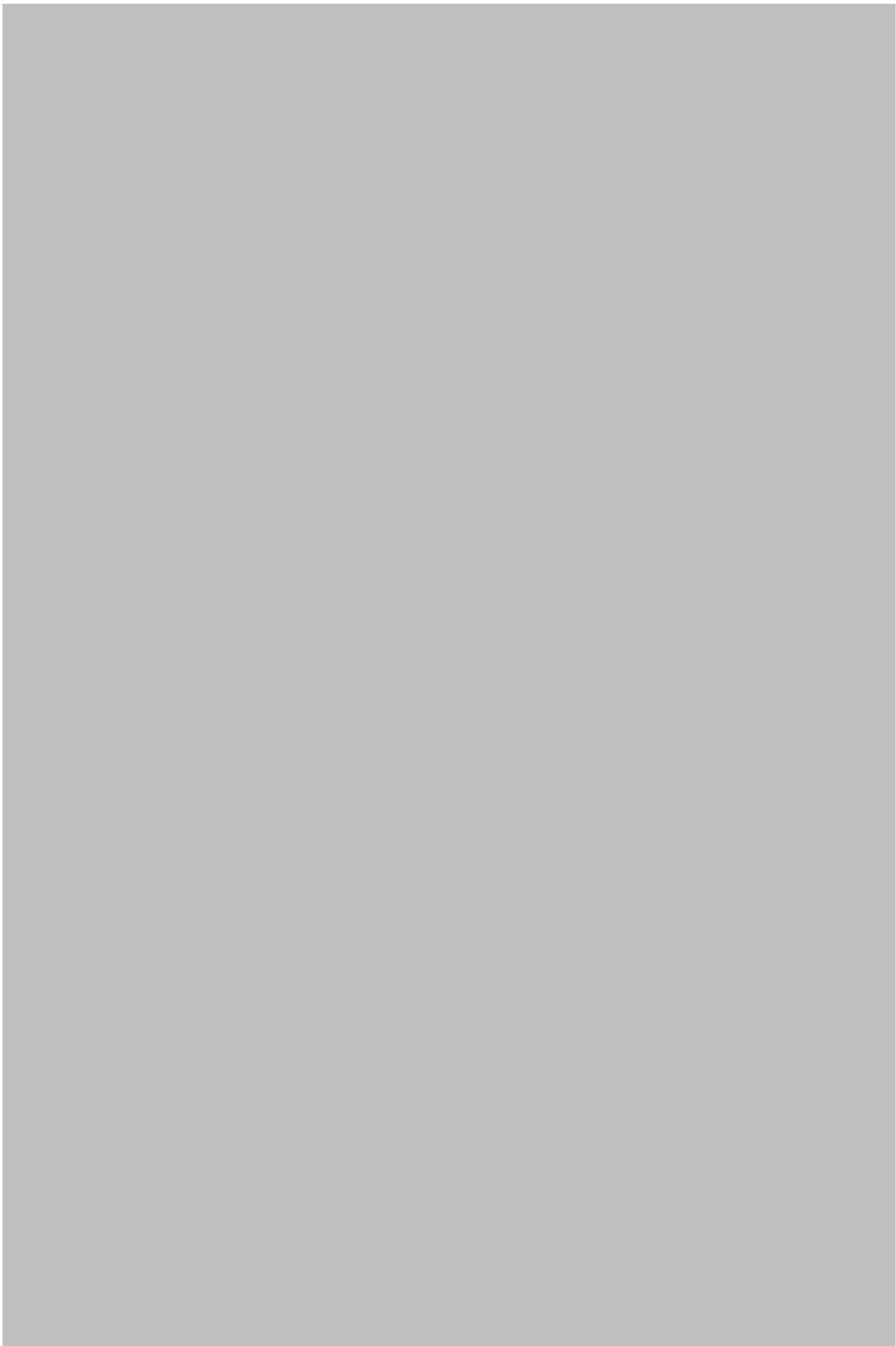


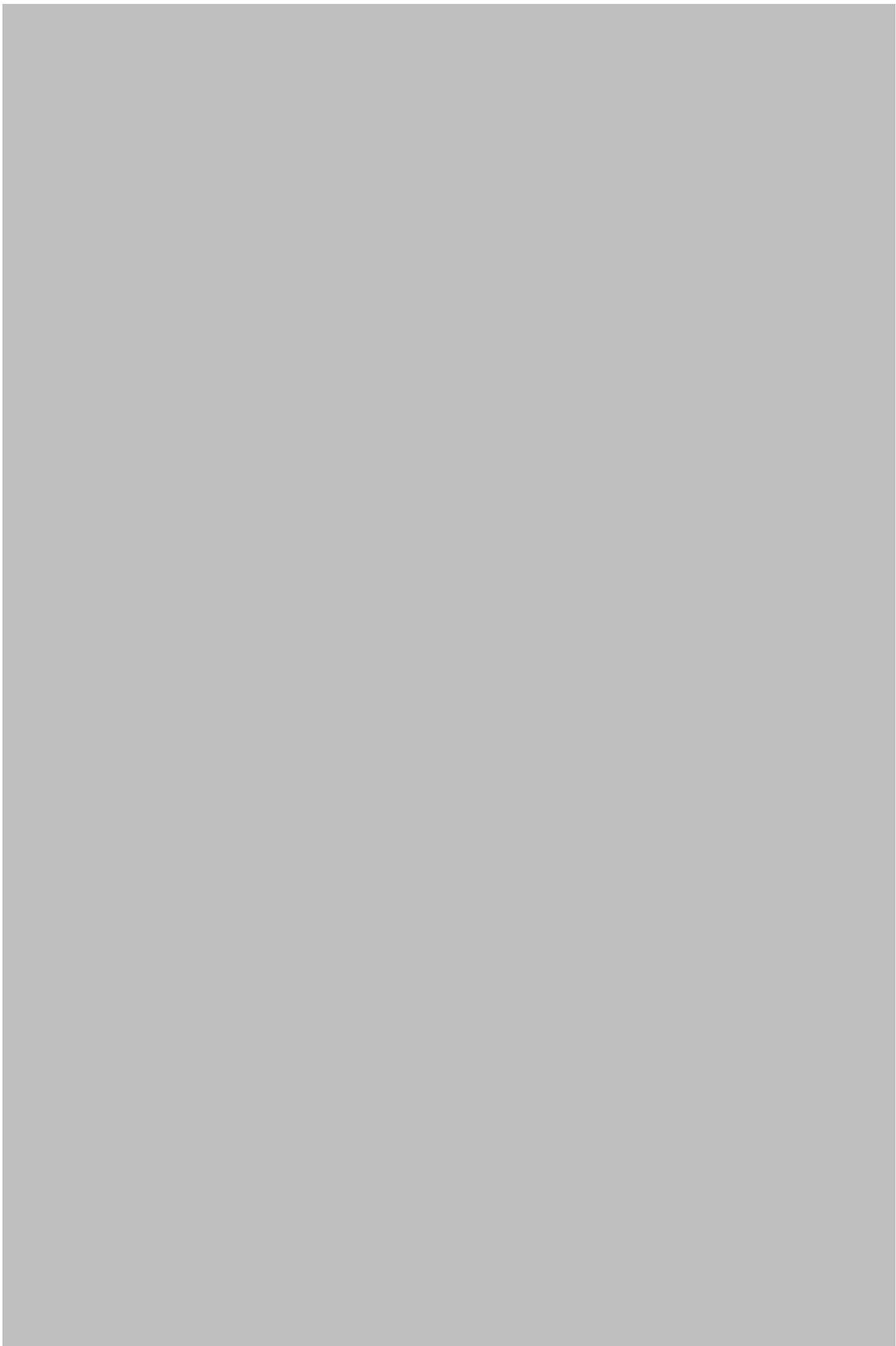






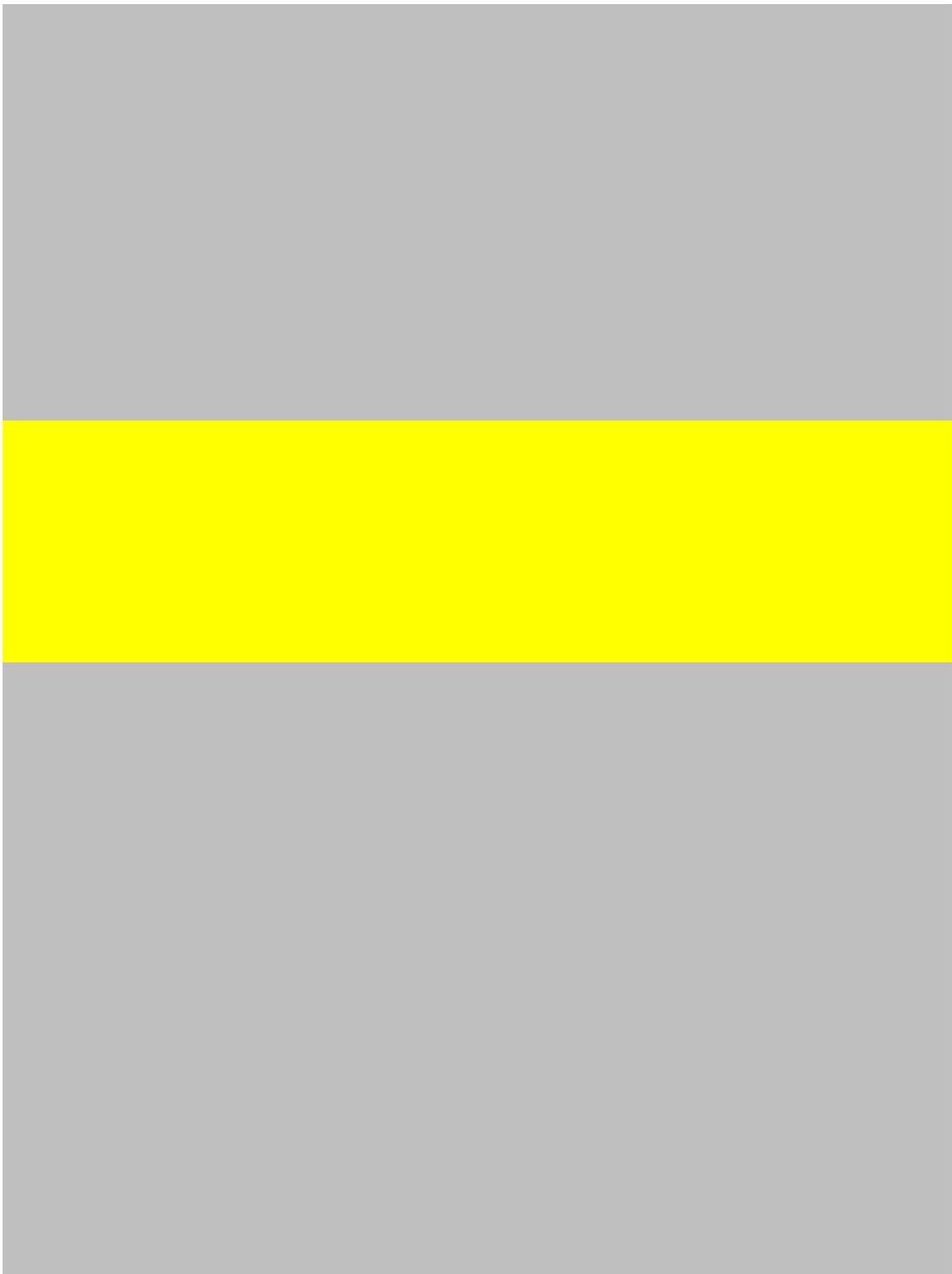




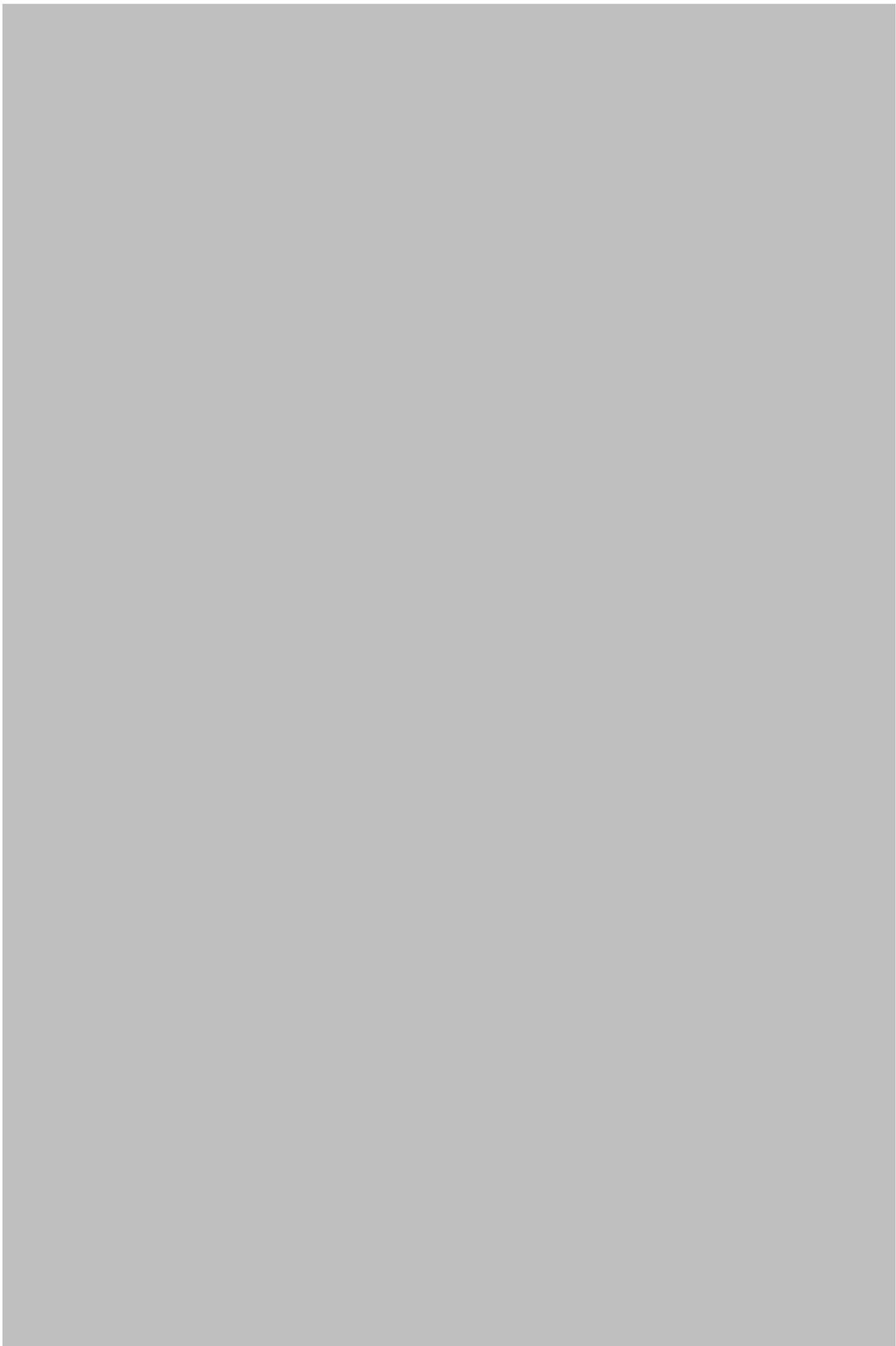






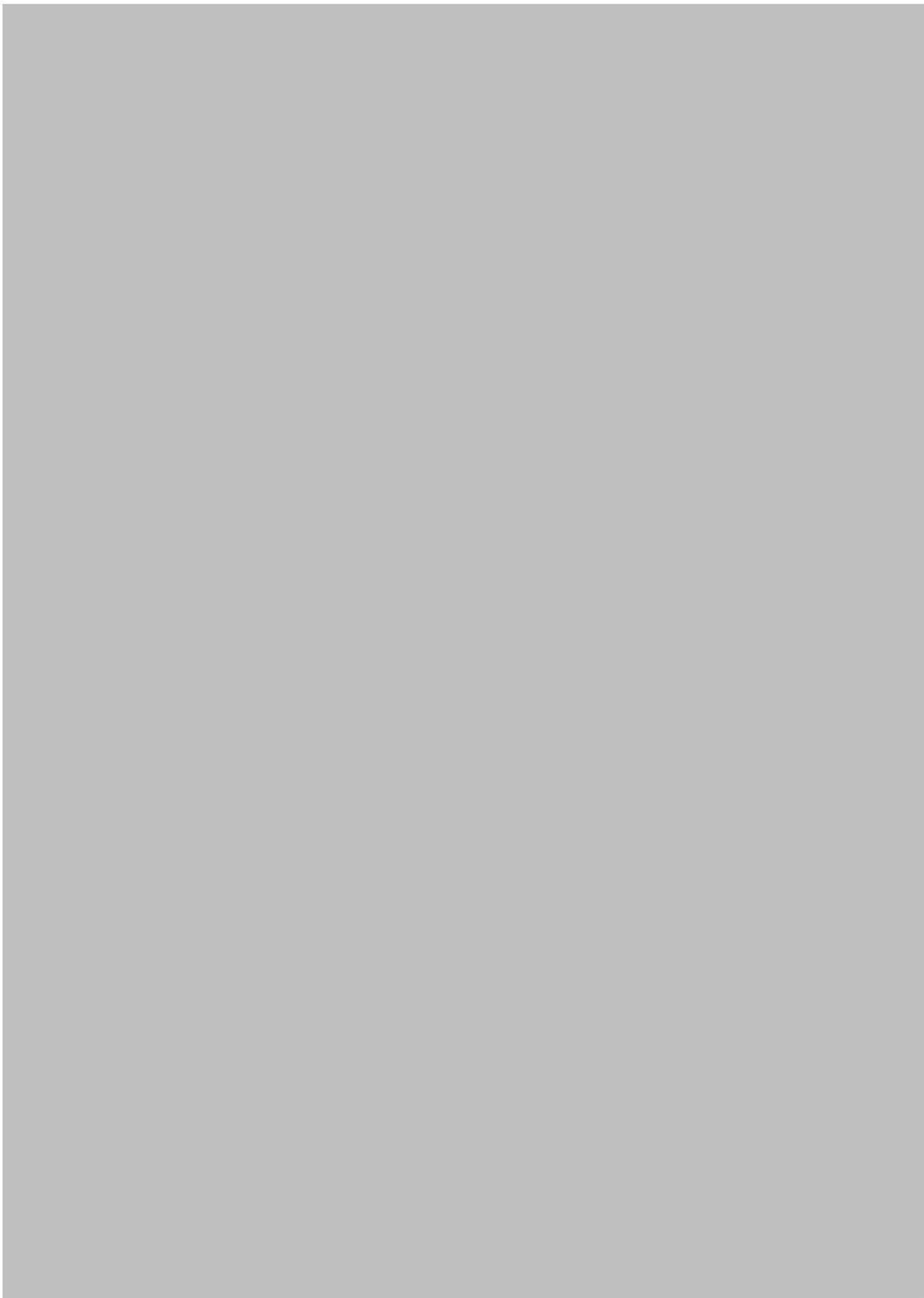


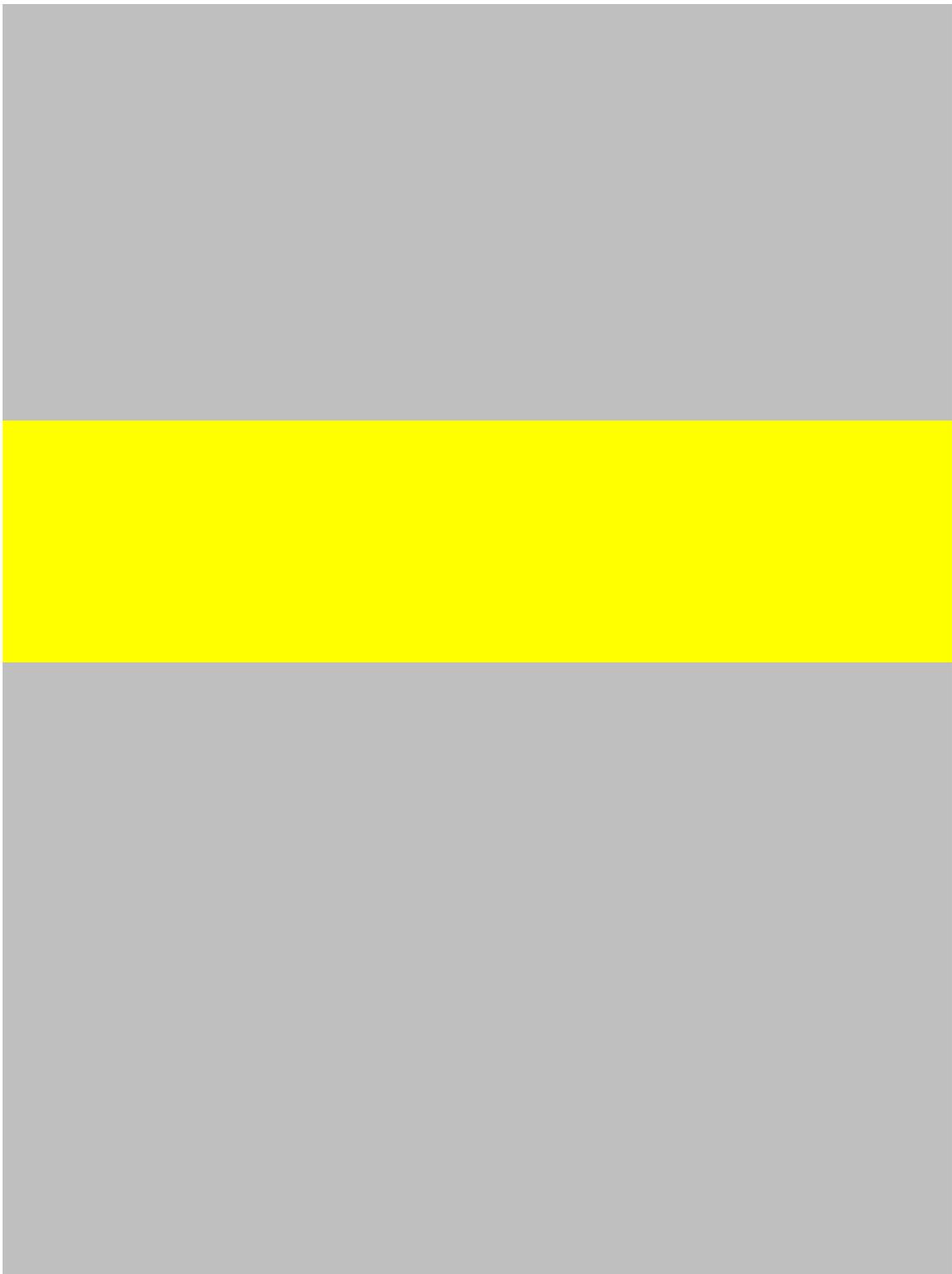






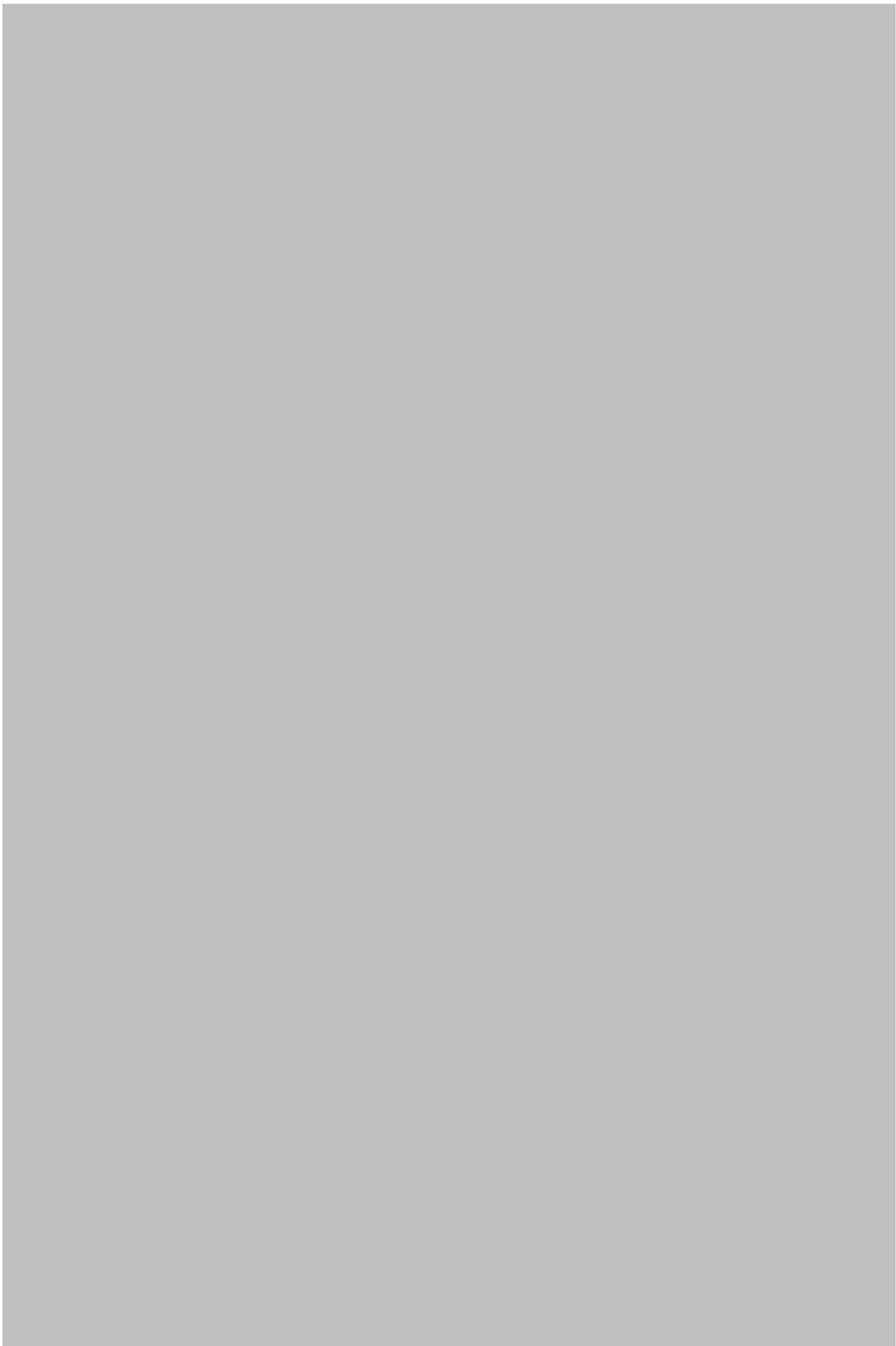






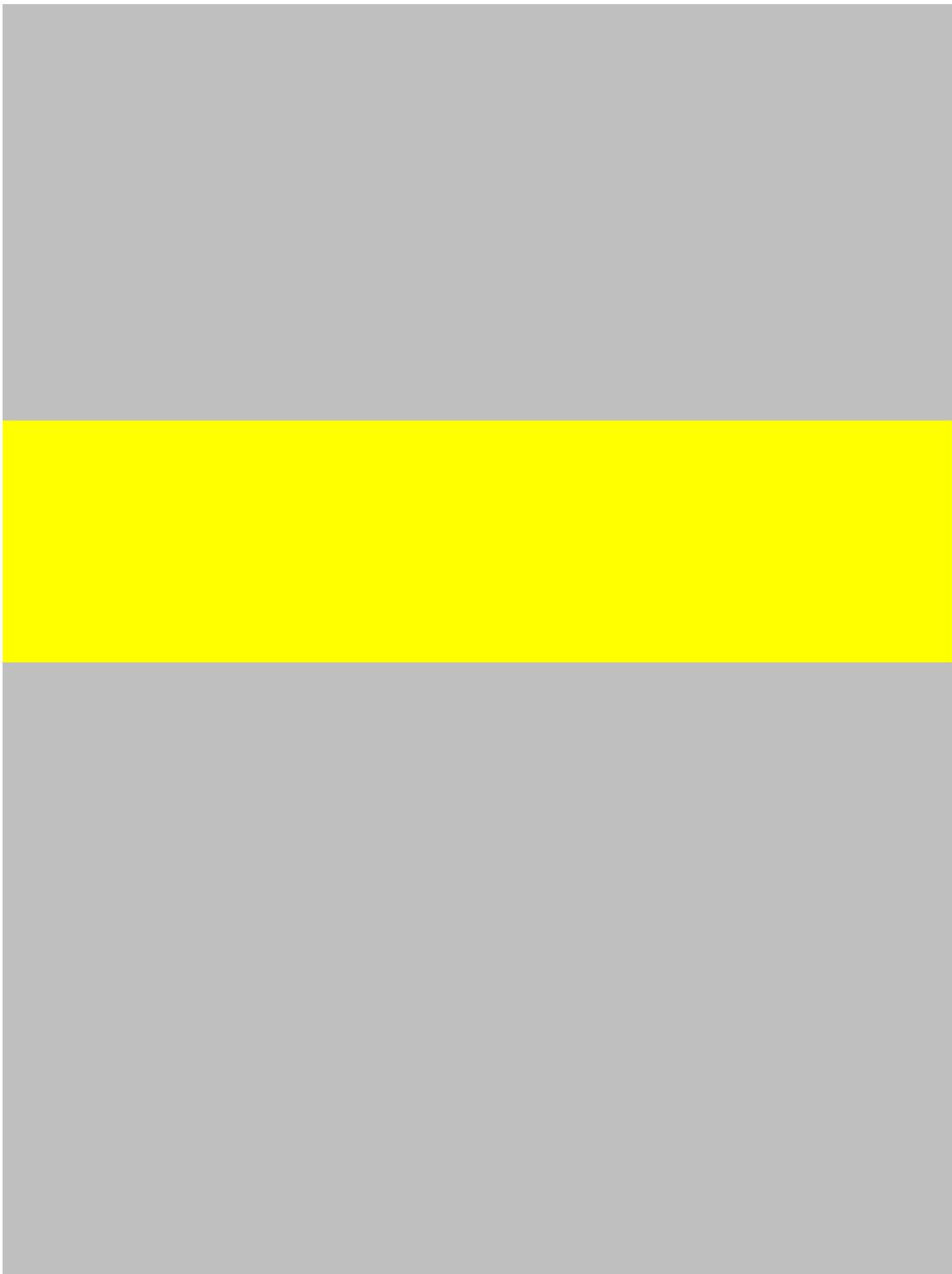






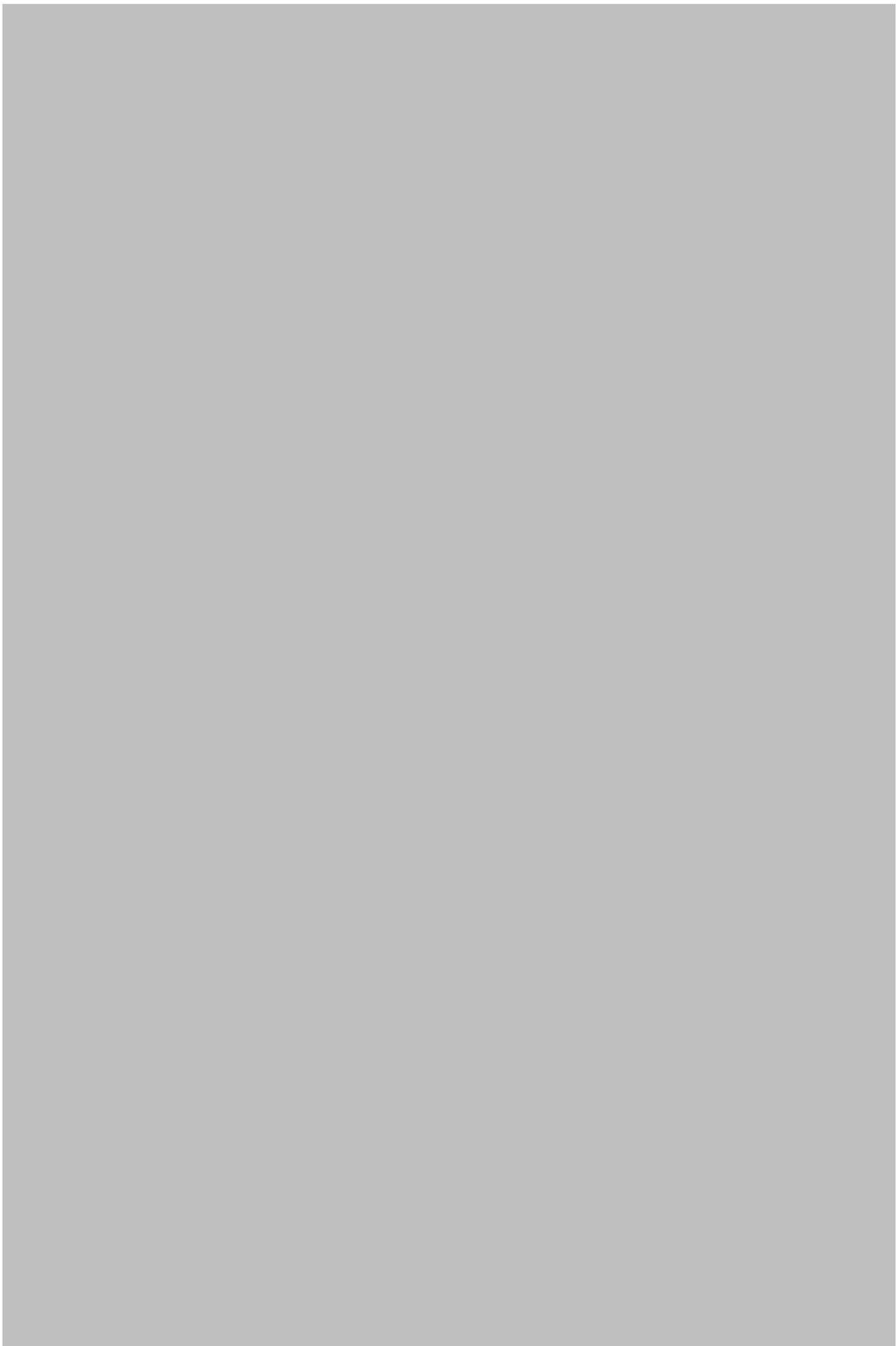






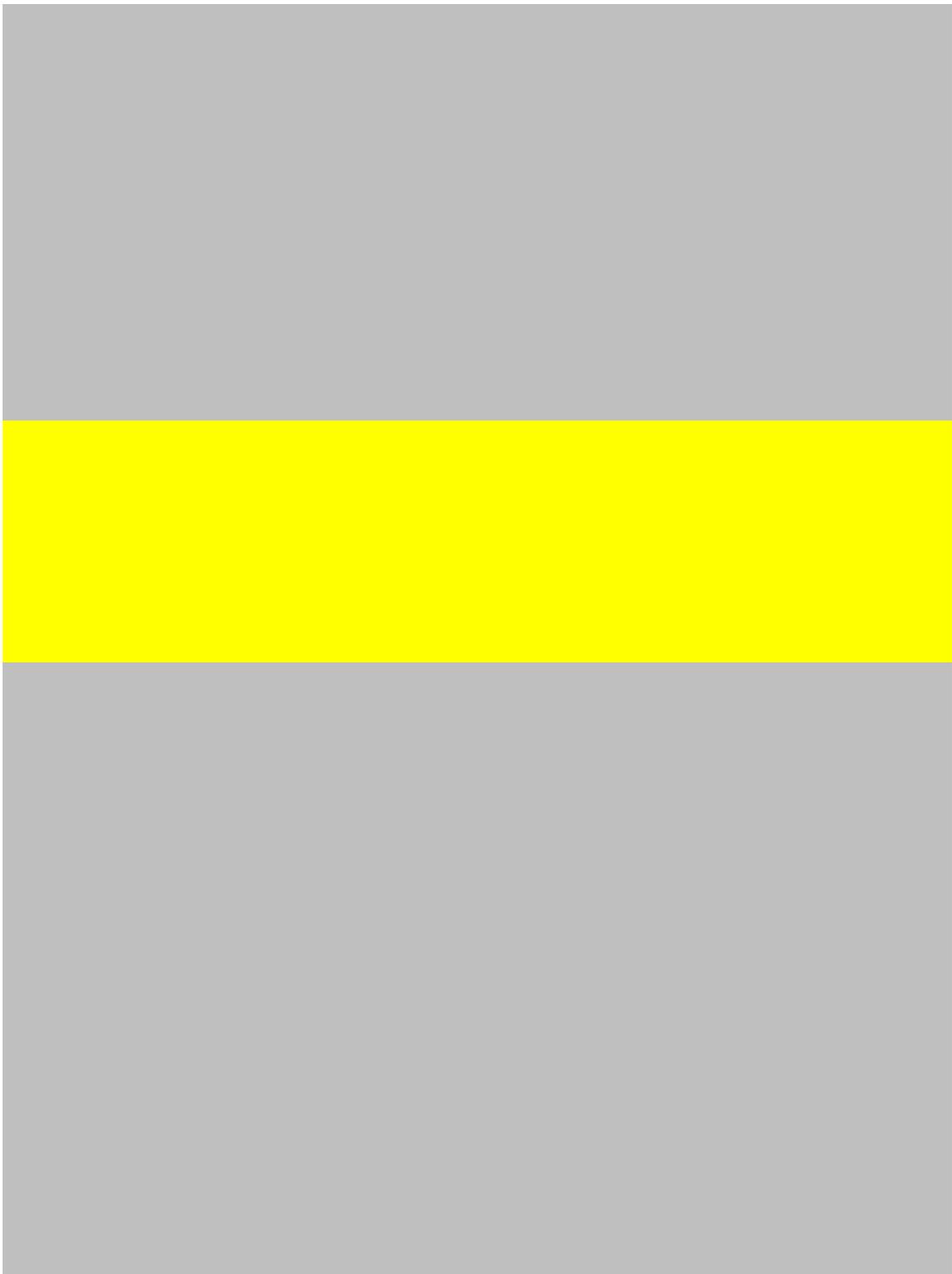


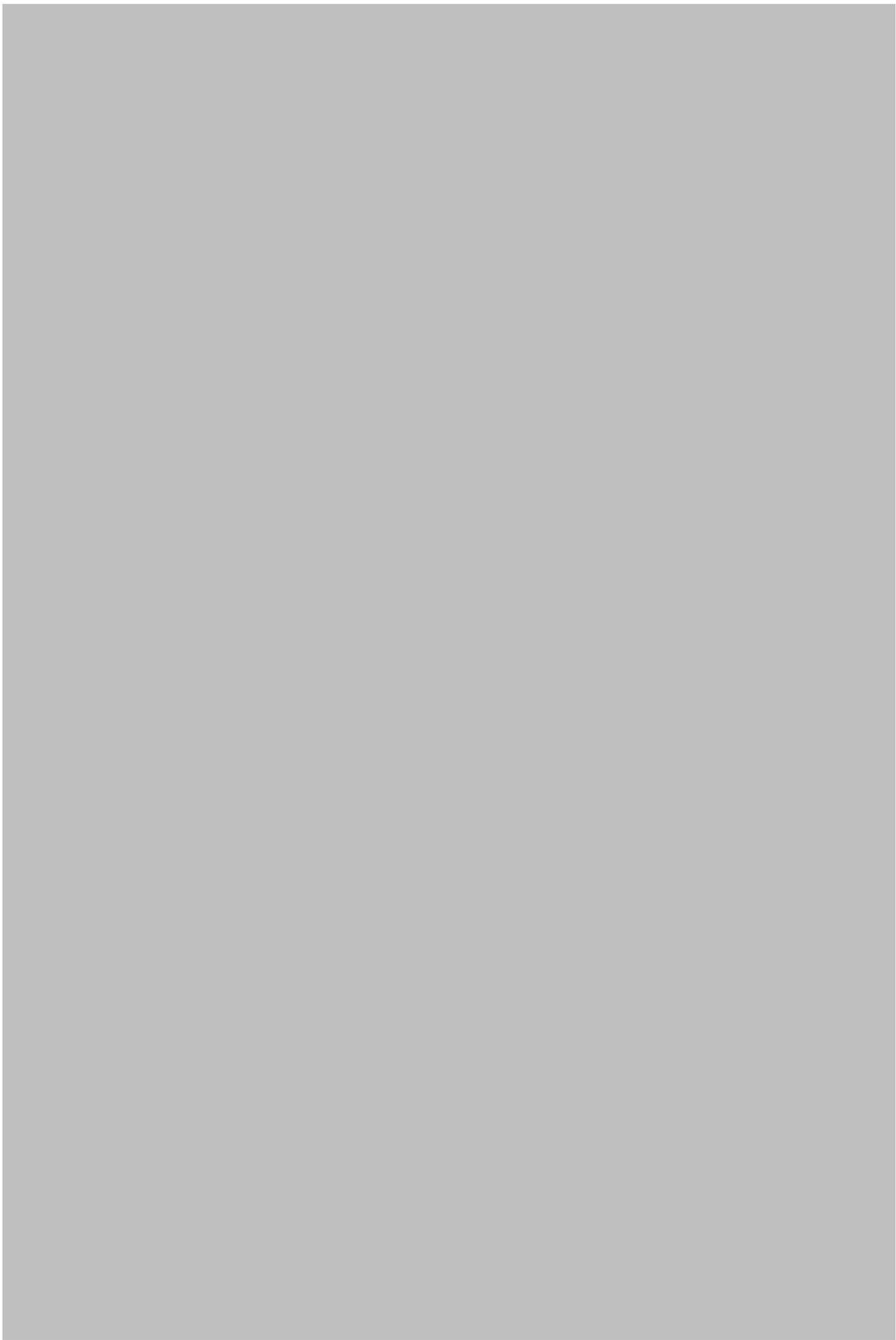


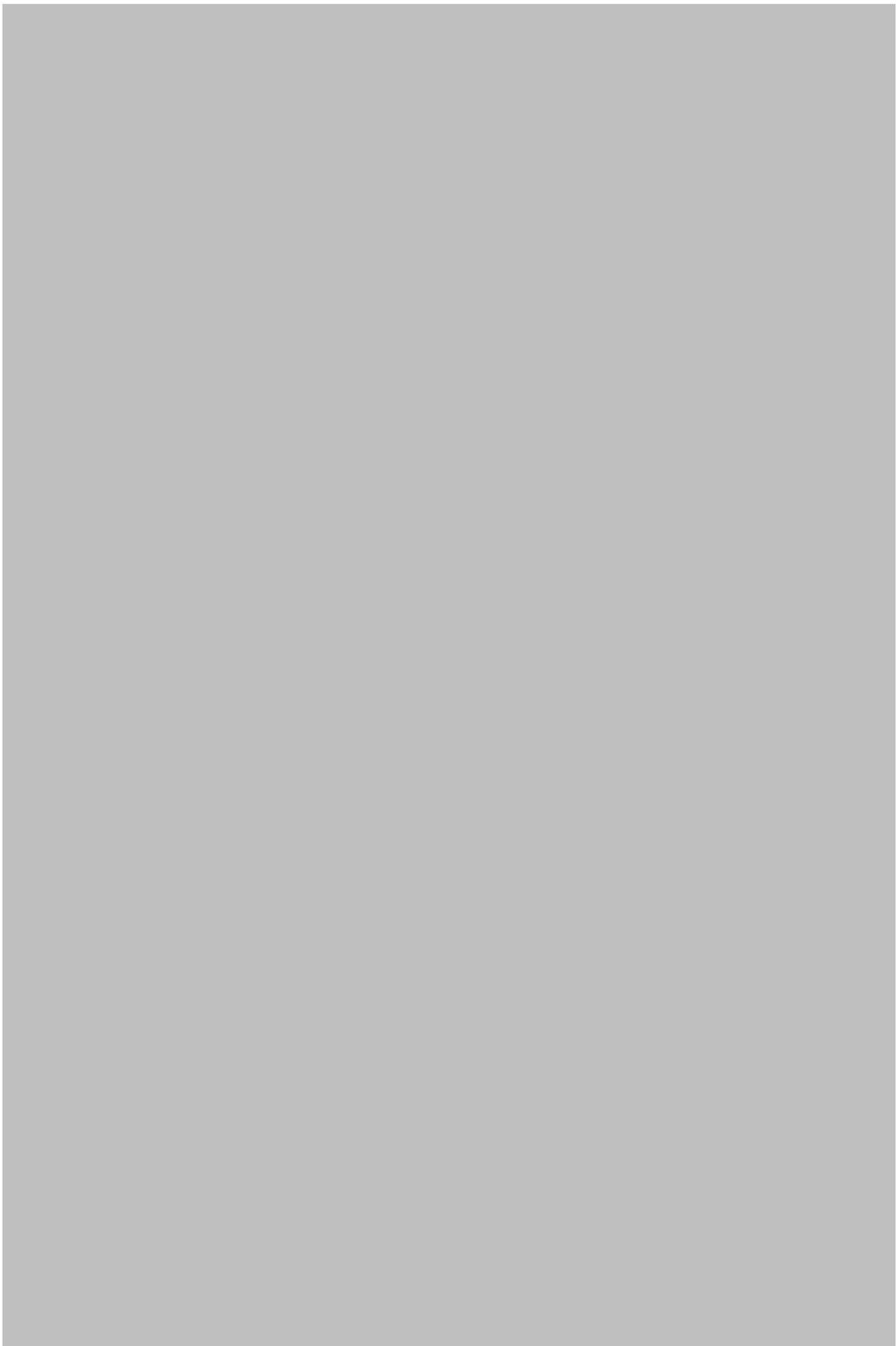


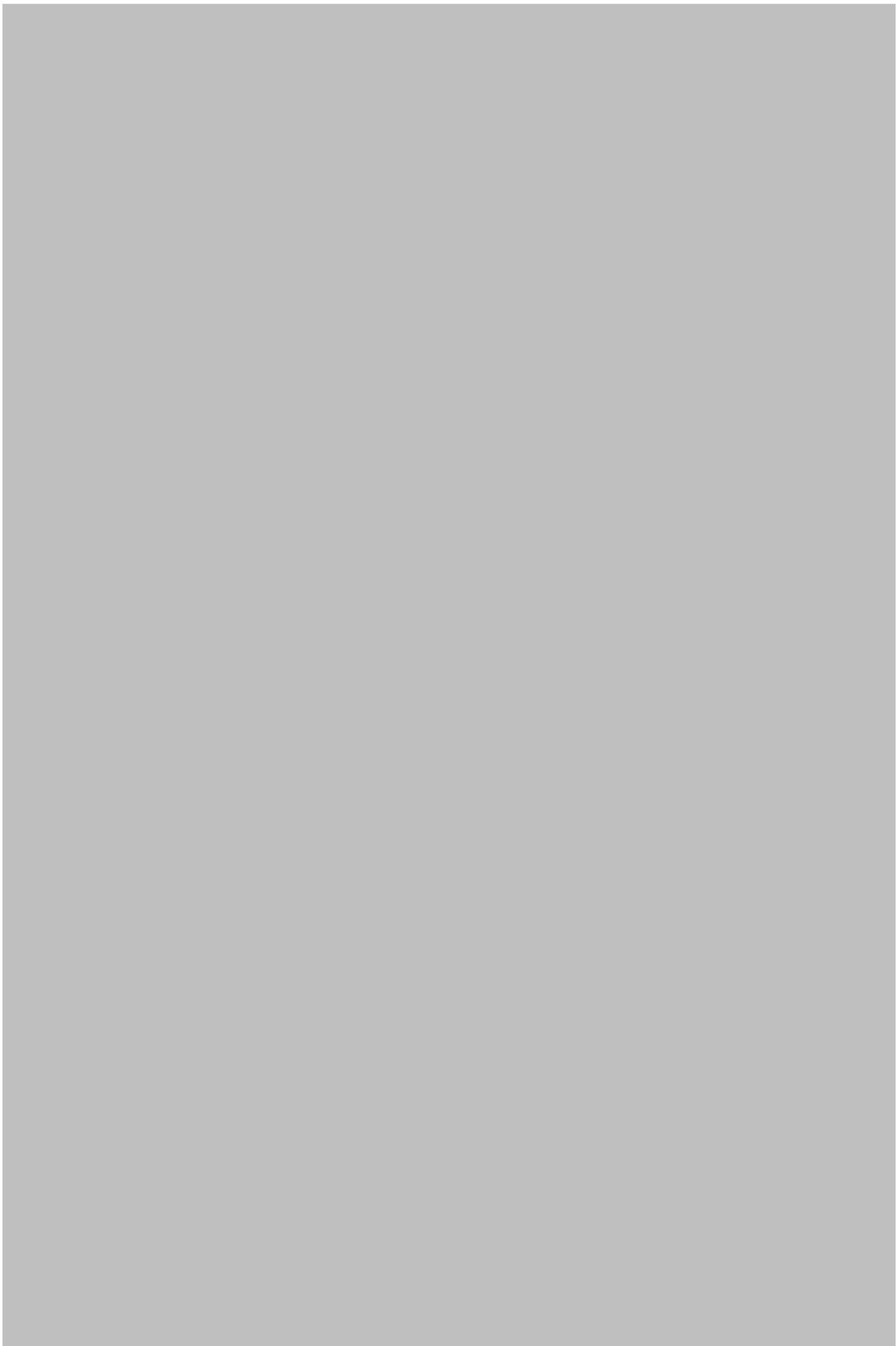




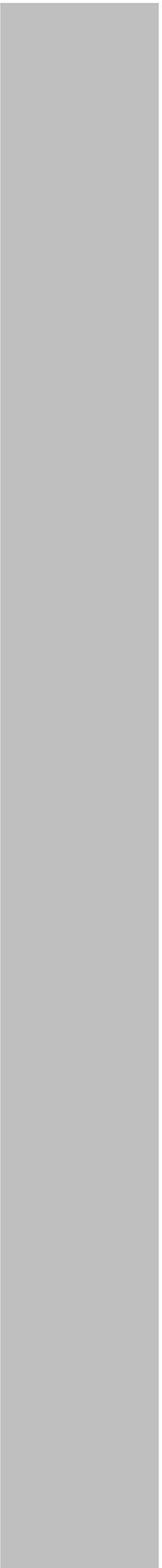


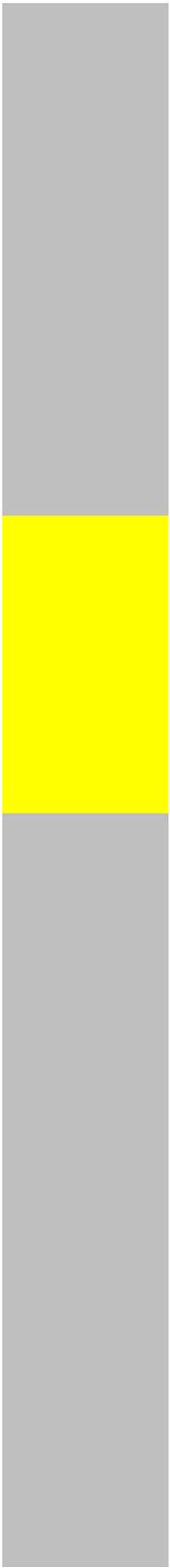


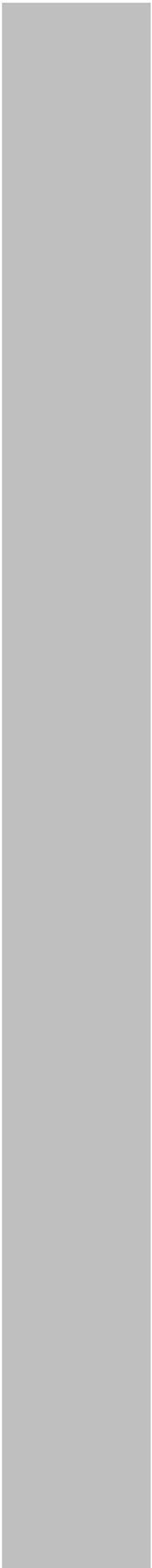












Debilidad	Causas
1	La desvinculación de la Directora saliente Lucrecia Murcia fue por declaratoria de insubsistencia, lo cual no permitió que se realizara el proceso de empalme con la directora (E) Sandra Jhovana Bello.
	Desconocimiento preciso en materia de control interno que permita tener claridad sobre indicadores de gerencia, indicadores de gestión y control de lo los mismos
	Desconocimiento preciso en materia de control interno que permita tener claridad sobre indicadores de gerencia, indicadores de gestión y control de lo los mismos
	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.
	Desconocimiento de directrices exactas por parte de la OCI frente a la medición del sistema de control interno en los procesos de la territorial.



2

Desconocimiento de directrices exactas por parte de la OCI frente a la medición del sistema de control interno en los procesos de la territorial.

Desconocimiento de directrices exactas por parte de la OCI frente a la medición del sistema de control interno en los procesos de la territorial.

3

No se tiene conocimiento claro de los puntos de control de cada proceso y su respectiva clasificación, así como tampoco se conoce tableros de control que permitan hacer seguimiento al control gerencial de la DT.

4

No se tiene conocimiento preciso en materia de control interno ni de la metodología a seguir para realizar los controles pertinentes a la gestión de la DT.

5

El cambio en las metas y actividades por parte de las subdirecciones que alteran el cumplimiento en territorio de lo inicialmente proyectado.

	La contratación tardía de los enlaces de víctimas de los municipios que impidieron brindar las asistencias técnicas en los tiempos previstos
6	No se tiene conocimiento preciso en materia de control interno ni de la metodología a seguir para realizar los controles pertinentes a la gestión de la DT.
7	Desconocimiento de la creación de archivo local sobre el desarrollo y manejo de expedientes físicos de cada uno de los contratos.
	Desconocimiento de la creación de archivo local sobre el desarrollo y manejo de expedientes físicos de cada uno de los contratos.
8	Falta de conocimiento en el manejo de herramientas tecnológicas para la protección de la información y uso de plataformas virtuales (nube etc).



CONSOLIDADO SEGUIMIENTO PROCESO DE SEGUIMIENTO AUDITORIA C

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
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
Cumplida	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
Cumplida	Cumplida	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
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
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

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
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
Reformular por que la causa no se relaciona con la debilidad	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
Reformular por que la causa no se relaciona con la debilidad	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Cumplida	Cumplida
Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Cumplida	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 si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
Cumplida	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
Cumplida	Cumplida	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
Cumplida	Cumplida	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador
Cumplida	Cumplida	Cumplida	Verificar si se requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador





BAQUETA - HUILA

5- Evidencias adicionales	Estado de Cumplimiento	Zona de solidez
Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Reformulada	Bajo
Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Reformulada	
Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Reformulada	
Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Reformulada	
Cumplida	Reformulada	

Cumplida	Reformulada	Bajo
Cumplida	Reformulada	
Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Reformulada	Bajo
Cumplida	Reformulada	Bajo
Cumplida	Cerrada	Medio

Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Reformulada	Medio
Cumplida	Cerrada	Medio
Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Cerrada	Medio
Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Cerrada	
Verificar las evidencias adicionales si requiere reformulación de acuerdo al criterio del evaluador	Reformulada	Bajo



CRITERIOS DEL EVALUADOR

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-OCI se reporta el cargo 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 Caqueta y Huila Yhina Paola Lombana. los cuales se tomaron como temas (Funcionamiento estructural y funcional de la Direccion Territorial) y en consideracion no se definieron acciones relativas y pertinentes a dar sulucion a la

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-OCI se reporta el cargo de las evidencias con corte al 20 de octubre de 2021.

4. De acuerdo con las EVIDENCIAS analizadas y evaluadas: Solicitud oficio capacitacion medicion OCI - con fecha de 18 de febrero 2020; con objetivo Reunión de capacitacion sistema de control interno. los cuales se tomaron como temas (bateria de medicion y sistema de control interno - riesgos) y en consideracion no se definieron acciones relativas y pertinentes a dar sulucion a la debilidad identificada en la

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-OCI 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 capacitacion medicion OCI - con fecha de 18 de febrero 2020; con objetivo Reunión de capacitacion sistema de control interno. los cuales se tomaron como temas (bateria de medicion y sistema de control interno - riesgos) y en consideracion no se definieron acciones relativas y pertinentes a dar sulucion a la debilidad identificada en la

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.
3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI 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 capacitacion medicion OCI - con fecha de 18 de febrero 2020; con objetivo Reunión de capacitacion sistema de control interno. los cuales se tomaron como temas (bateria de medicion y sistema de

Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoria de 11/12/2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 127 (292) 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.
3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI 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 capacitacion medicion OCI - con fecha de 18 de febrero 2020; con objetivo Reunión de capacitacion sistema de control interno. los cuales se tomaron como temas (bateria de medicion y sistema de

Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoria de 11/12/2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 127 (293) 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.
3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI 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 OCI - con fecha de 18 de febrero 2020; con objetivo Reunión de capacitación sistema de control interno. los cuales se tomaron como temas (bateria de medición y sistema de

Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoria de 11/12/2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 127 (295) 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.
3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI se reporta el cargue de las evidencias con corte al 20 de octubre de 2021.
4. De acuerdo con las EVIDENCIAS analizadas y evaluadas: ACTA DE REUNION SOCIALIZACION METODOLOGIA DE RIESGOS 2020 - con fecha de 8 de junio 2020 ; con objetivo Socialización al equipo de trabajo Metodología de administración de riesgos. los cuales se tomaron

Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoria de 11/12/2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 127 (295) 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.
3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI se reporta el cargue de las evidencias con corte al 20 de octubre de 2021.
4. De acuerdo con las EVIDENCIAS analizadas y evaluadas: oficio solicitud de capacitación al jefe de la oci - 18 de febrero de 2020 oficio solicitud de capacitación al jefe de la oci - 20 de febrero de 2020 y en consideracion NO se definieron acciones relativas y

Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoria de 11/12/2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 127 (295) 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.
3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI se reporta el cargue de las evidencias con corte al 20 de octubre de 2021.
4. De acuerdo con las EVIDENCIAS analizadas y evaluadas: acta de seguimiento 25 de junio 2020, plan de mejoramiento dt caquetá huila acta de reunion oap - oci. - 23 de enero de 2020 correo seguimiento a plan gerencial - 24 de julio de 2020 en consideracion se definieron

Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoria de 11/12/2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 130 (298) 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 NO se relaciona con la CAUSA descrita pero pretende eliminar la DEBILIDAD.
3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI se reporta el cargue de las evidencias con corte al 20 de octubre de 2021.
4. De acuerdo con las EVIDENCIAS analizadas y evaluadas: correo solicitud de acta de cambios n 10 del 1 de abril de 2020, correo indicadores plan de acción susceptibles de cambio de fecha 30 de marzo de 2020, correo acta de cambios n 40 de fecha 2 de julio de 2020 y correo acta de cambios n 36 de fecha 11 de junio de 2020 en consideracion se definieron acciones relativas y pertinentes a dar solución

Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoria de 11/12/2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 130 (298) 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 pero NO pretende eliminar la DEBILIDAD.
3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI se reporta el cargue de las evidencias con corte al 20 de octubre de 2021.
4. De acuerdo con las EVIDENCIAS analizadas y evaluadas: correo solicitud de acta de cambios n 10 del 1 de abril de 2020, correo indicadores plan de acción susceptibles de cambio de fecha 30 de marzo de 2020, correo acta de cambios n 40 de fecha 2 de julio de 2020 y correo acta de cambios n 36 de fecha 11 de junio de 2020; en consideracion NO se definieron acciones relativas y pertinentes a dar

Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoria de 11/12/2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 131 (300) 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 NO cumple y NO se relaciona con la CAUSA descrita y NO pretende eliminar la DEBILIDAD.
3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI se reporta el cargue de las evidencias con corte al 20 de octubre de 2021.
4. De acuerdo con las EVIDENCIAS analizadas y evaluadas: acta de actualización mapa de riesgos de +junio 16 y 19 de 2020, lista de asistencia actualización mapa de riesgos dt caqueta huila 16 de junio de 2020, correo mapa de riesgos actualizado 2020 fecha del 27 de

Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoria de 11/12/2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 132 (302) 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-OCI se reporta el cargue de las evidencias con corte al 20 de octubre de 2021.
4. De acuerdo con las EVIDENCIAS analizadas y evaluadas: link carpeta contratos contratistas dt caqueta huila 2020 y 202, pantallazo archivo contratos 2020 y

pantallazo archivo contratos 2021, ya que el diseño de las actividades estan parcialmente (faltan actividades de capacitacion para el

Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoria de 11/12/2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 132 (301) 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:

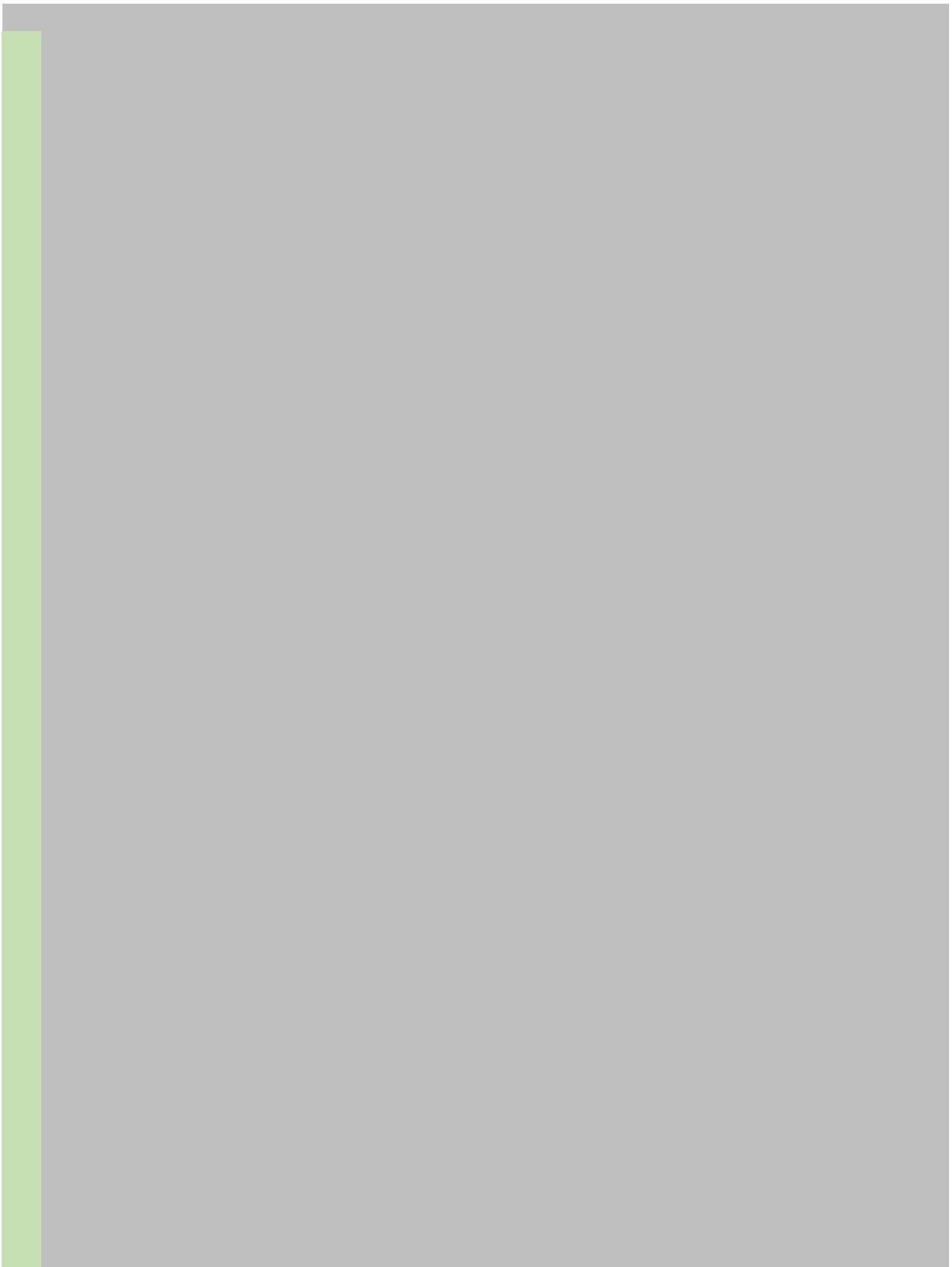
1. Analizada y evaluada la CAUSA No.1 , la cual se relaciona con la DEBILIDAD.
2. Analizada y evaluada la ACTIVIDAD No. 1, la cual cumple y se relaciona con la CAUSA descrita y pretende eliminar la DEBILIDAD.
3. Analizada y evaluada las EVIDENCIAS, en el aplicativo Plan de Mejoramiento-OCI se reporta el cargue de las evidencias con corte al 20 de octubre de 2021.
4. De acuerdo con las EVIDENCIAS analizadas y evaluadas: link carpeta contratos contratistas dt caqueta huila 2020 y 202, pantallazo archivo contratos 2020 y

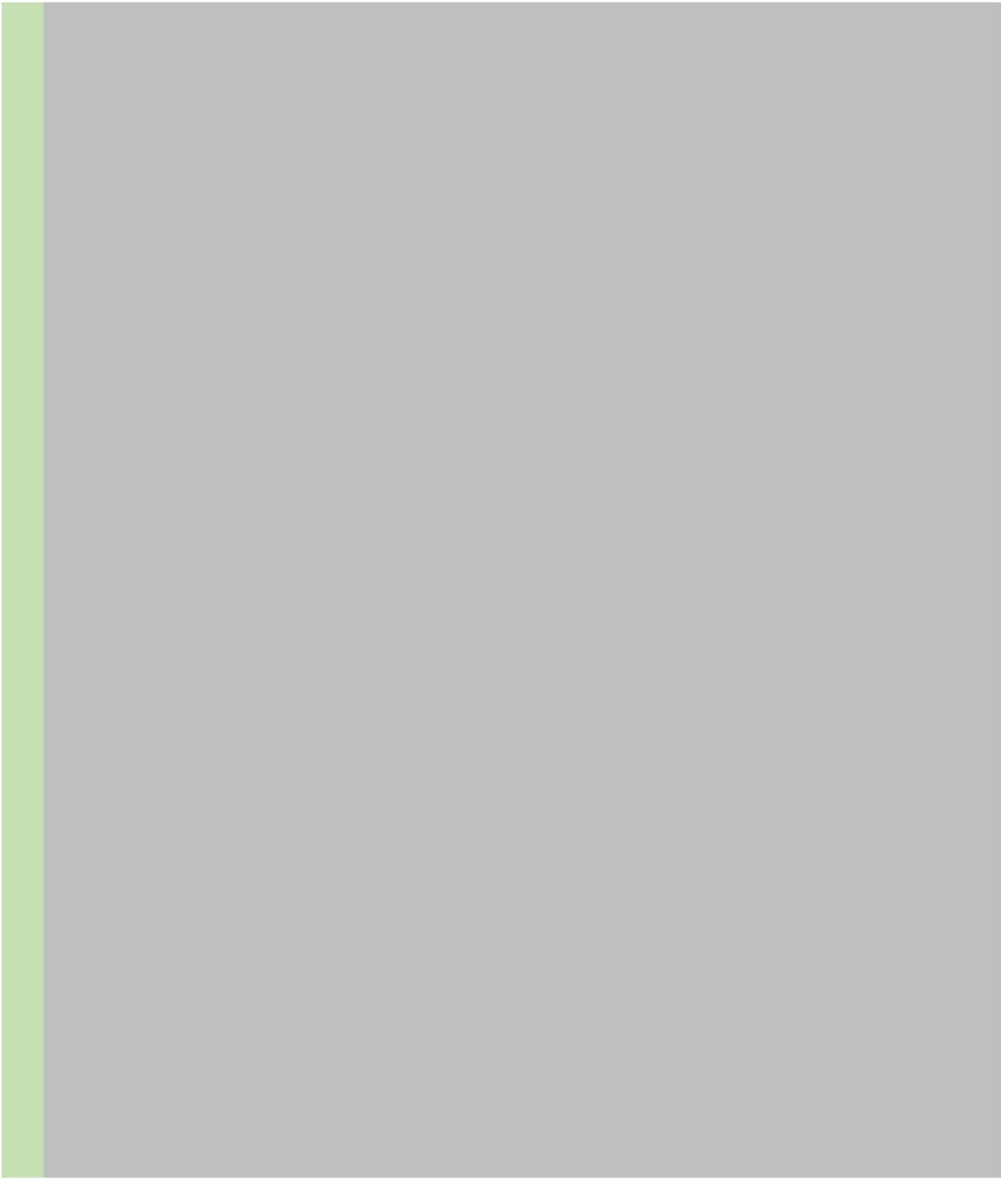
pantallazo archivo contratos 2021, ya que el diseño de las actividades estan parcialmente (faltan actividades de capacitacion para el

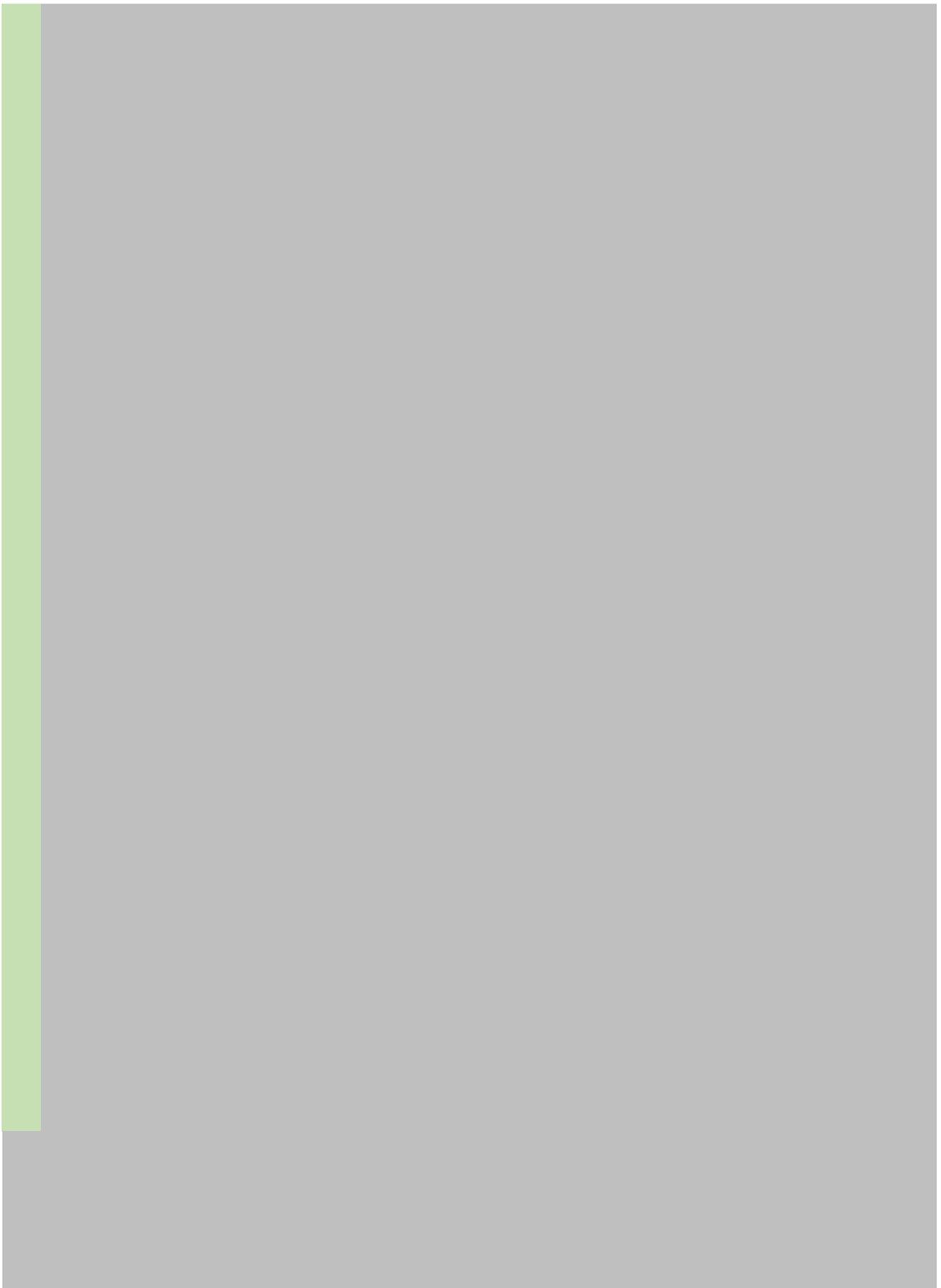
Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoria de 11/12/2019 para eliminar la Debilidad - Hallazgo No. 133 (345) asociada al cumplimiento de los requerimientos normativos y de gestión del Sistema de Control Interno; el equipo Auditor en la evaluación de seguimiento determino 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-OCI se reporta el cargue de las evidencias la cuales fueron elaborados en la vigencia 2021 y no corresponden a las fechas planificadas en el plan de mejoramiento con cierre 30 de junio de 2020
4. De acuerdo con las EVIDENCIAS analizadas y evaluadas: evidencia capacitacion en herramientas colaborativas fecha 20 de octubre de 2021 y oficio remitido a la oti solicitud de capacitacion 19 de octubre de 2021, ya que el diseño de las actividades estan dirigidas a la oficina de control interno y la debilidad identificada en la auditoria del sistema de control interno en el aplicativo -OCI en la auditoria A-

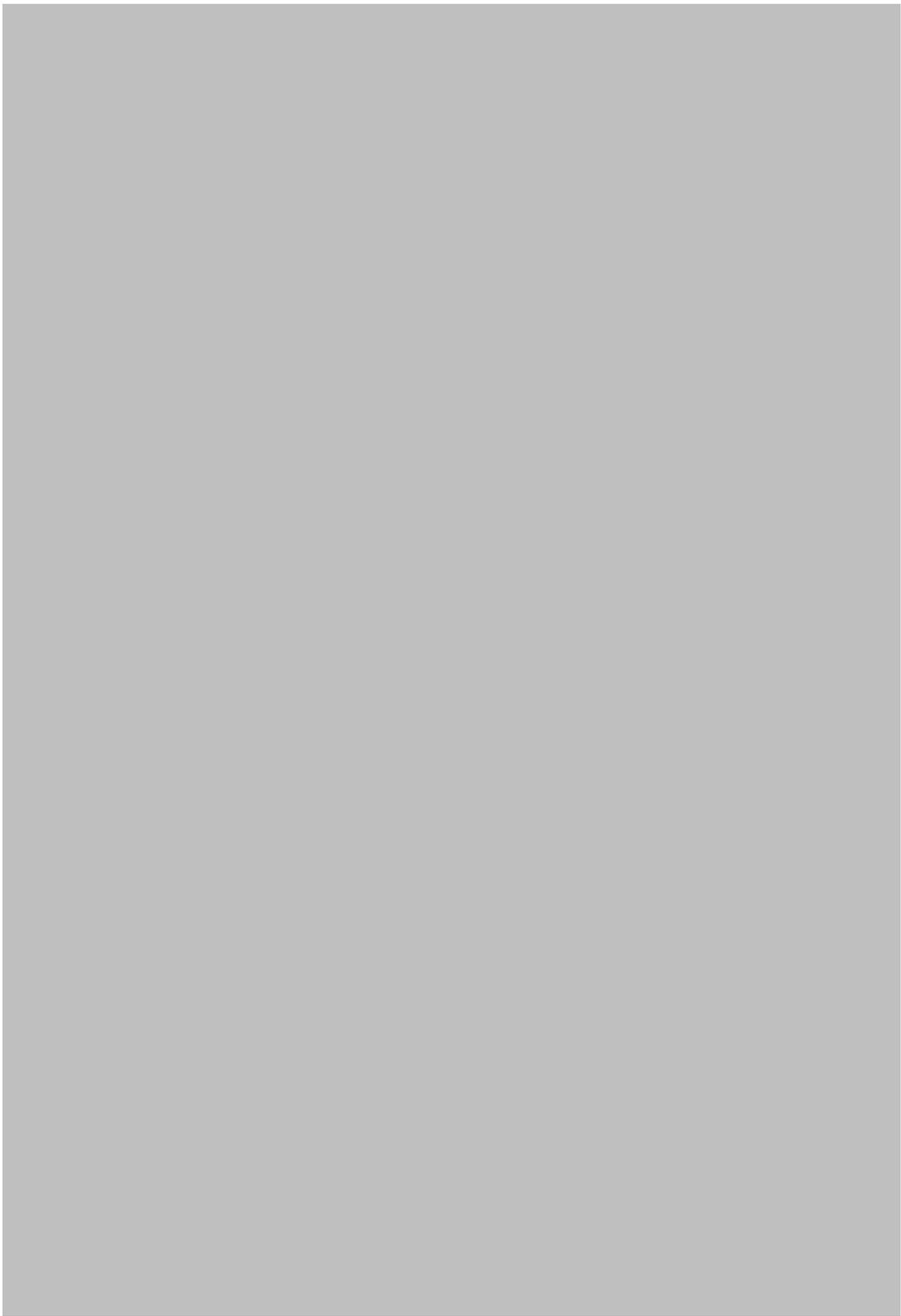


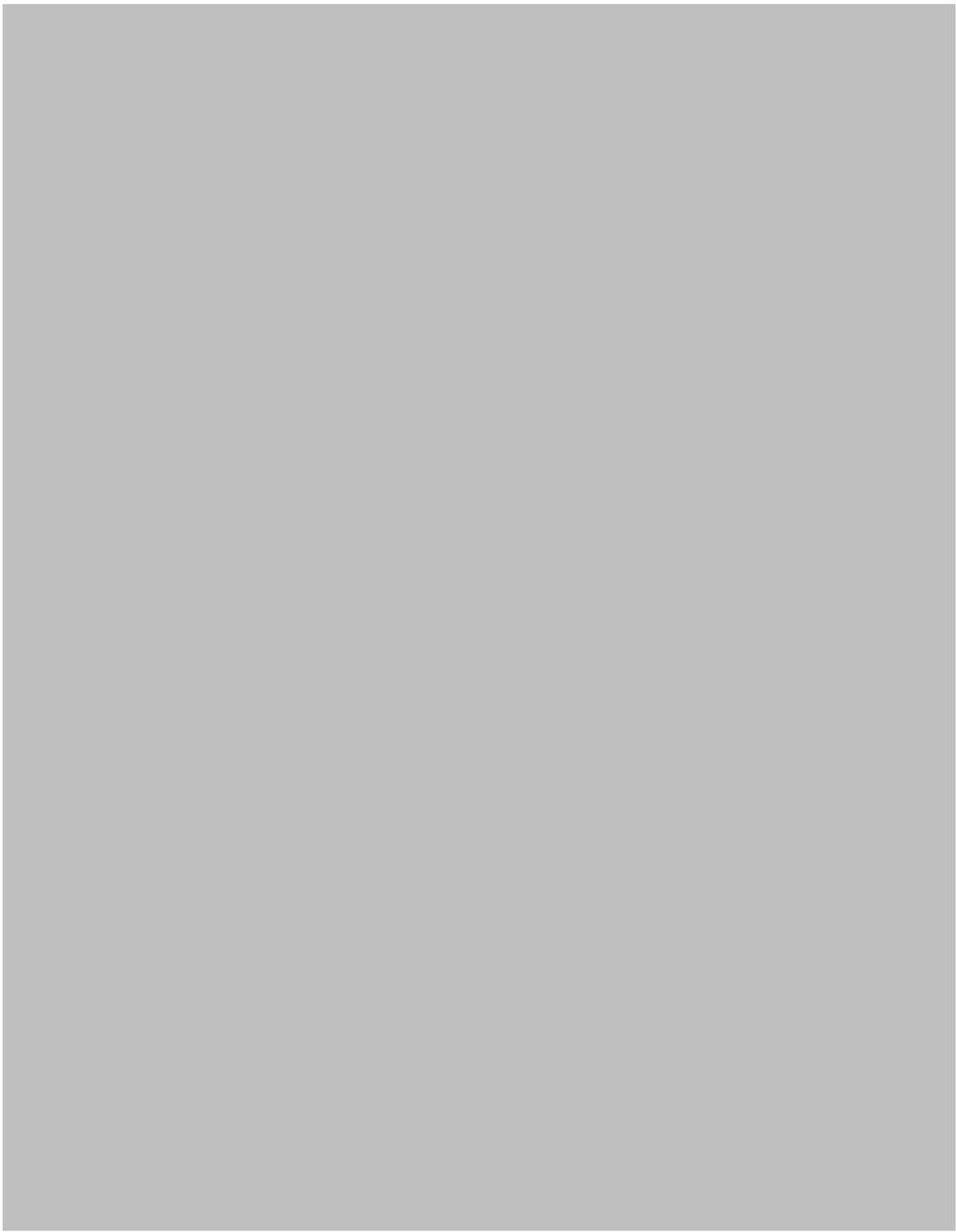






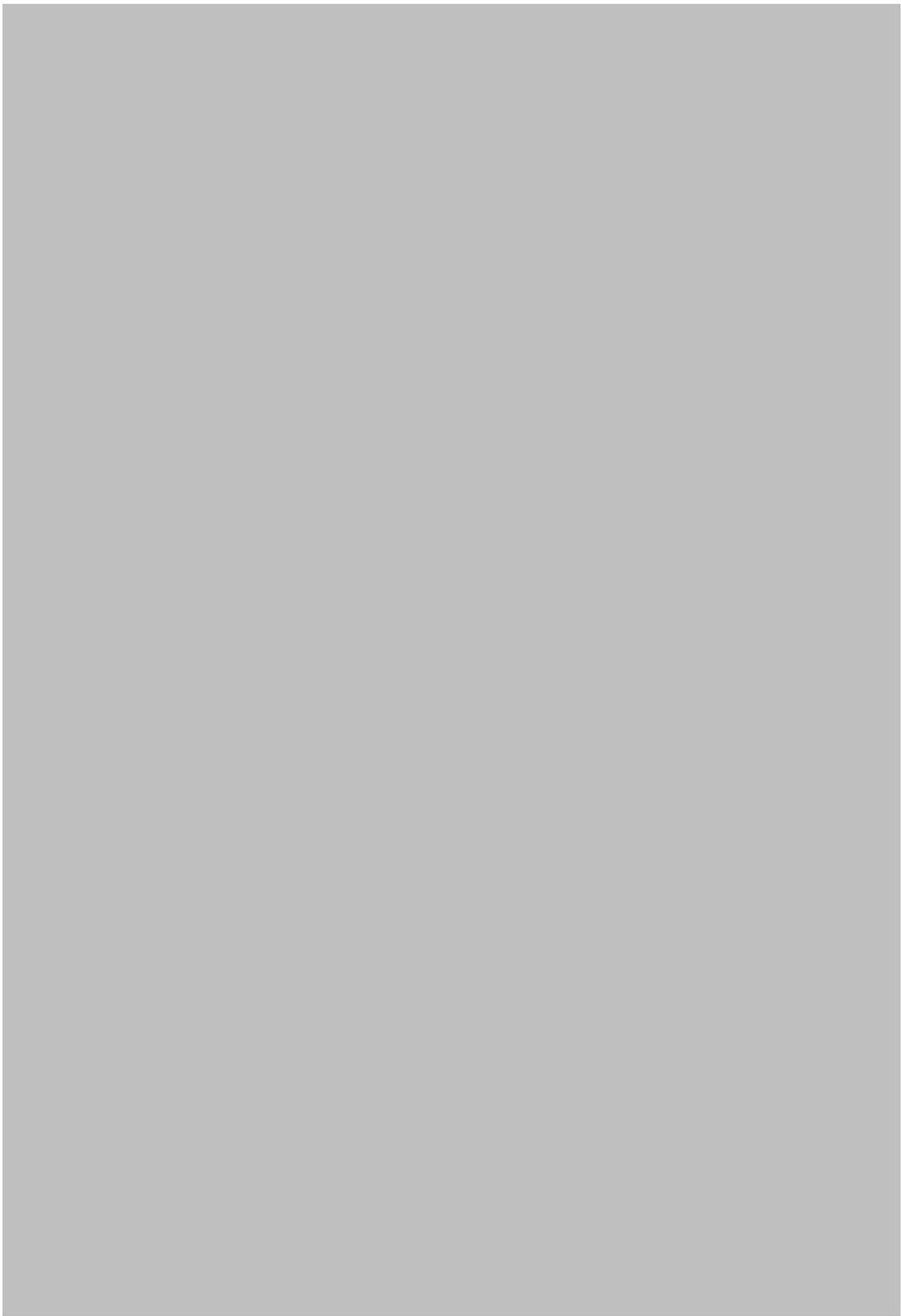


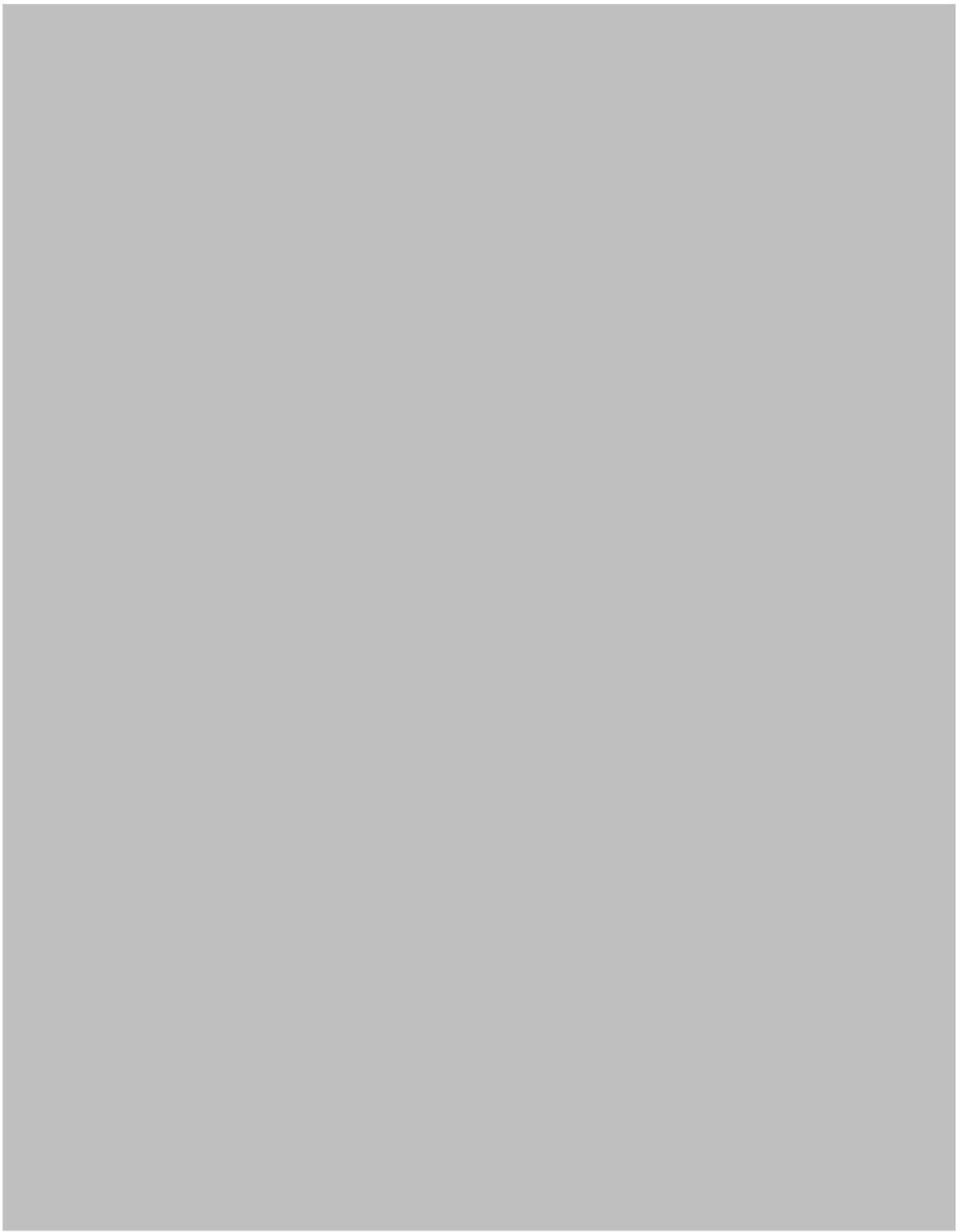






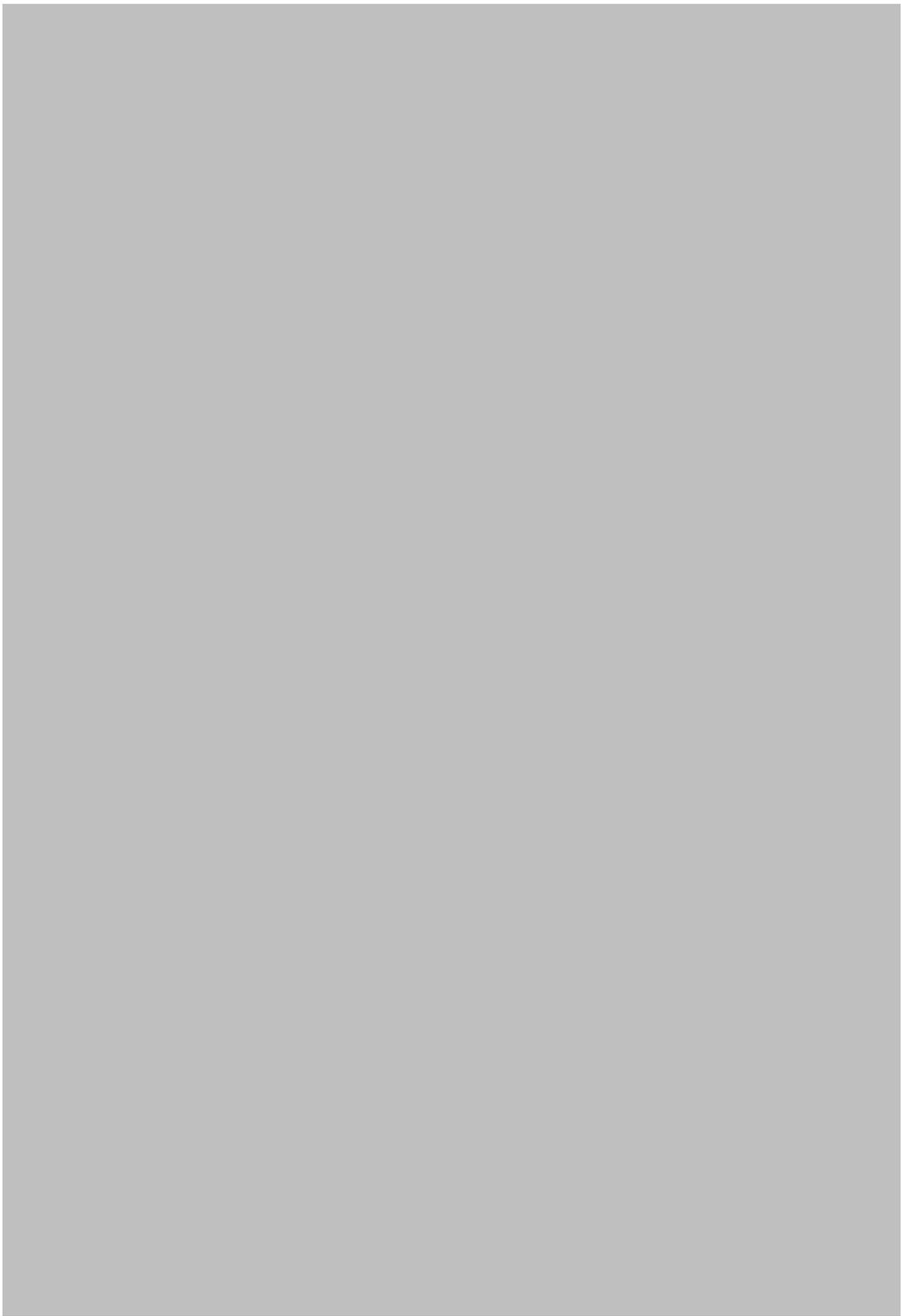


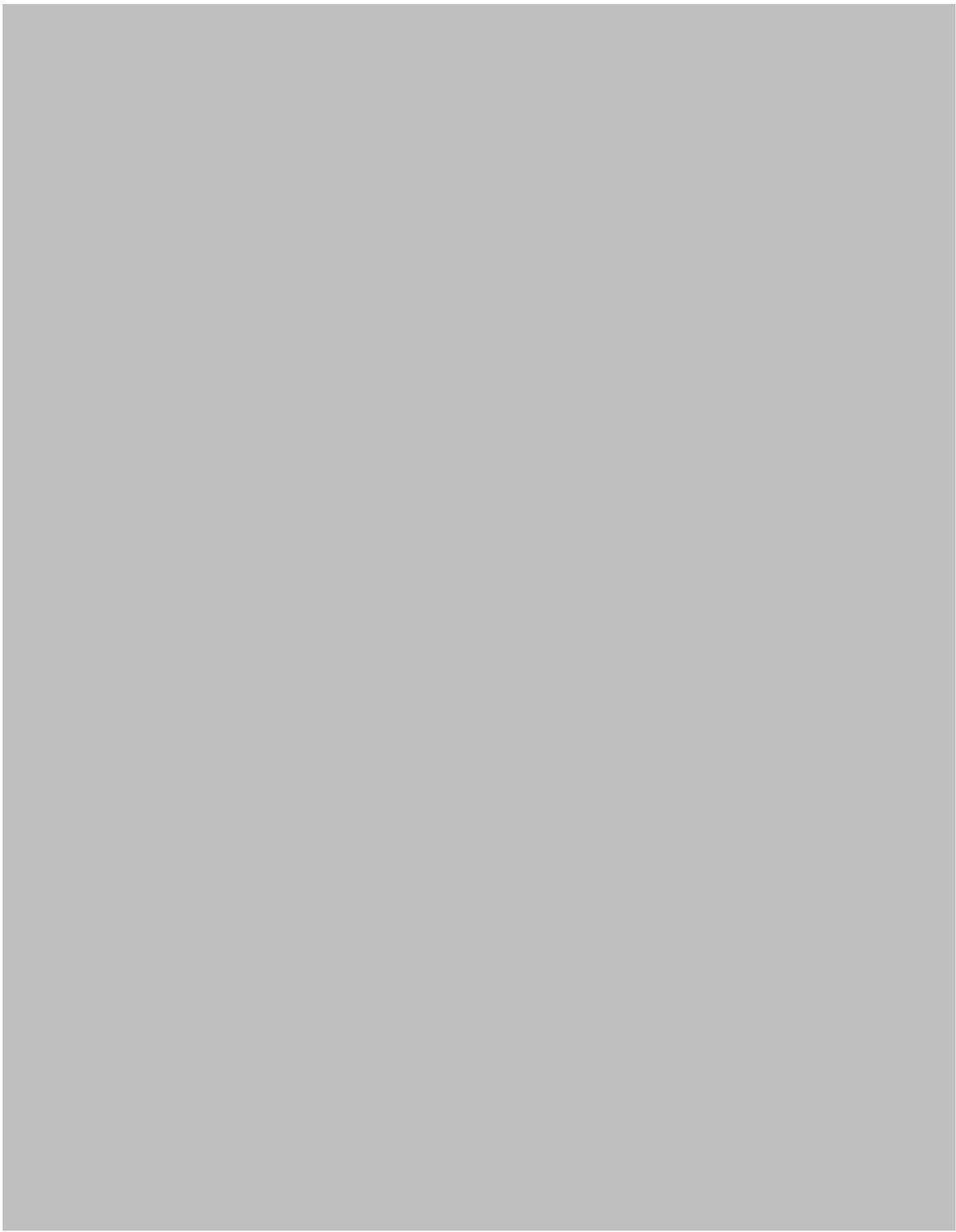






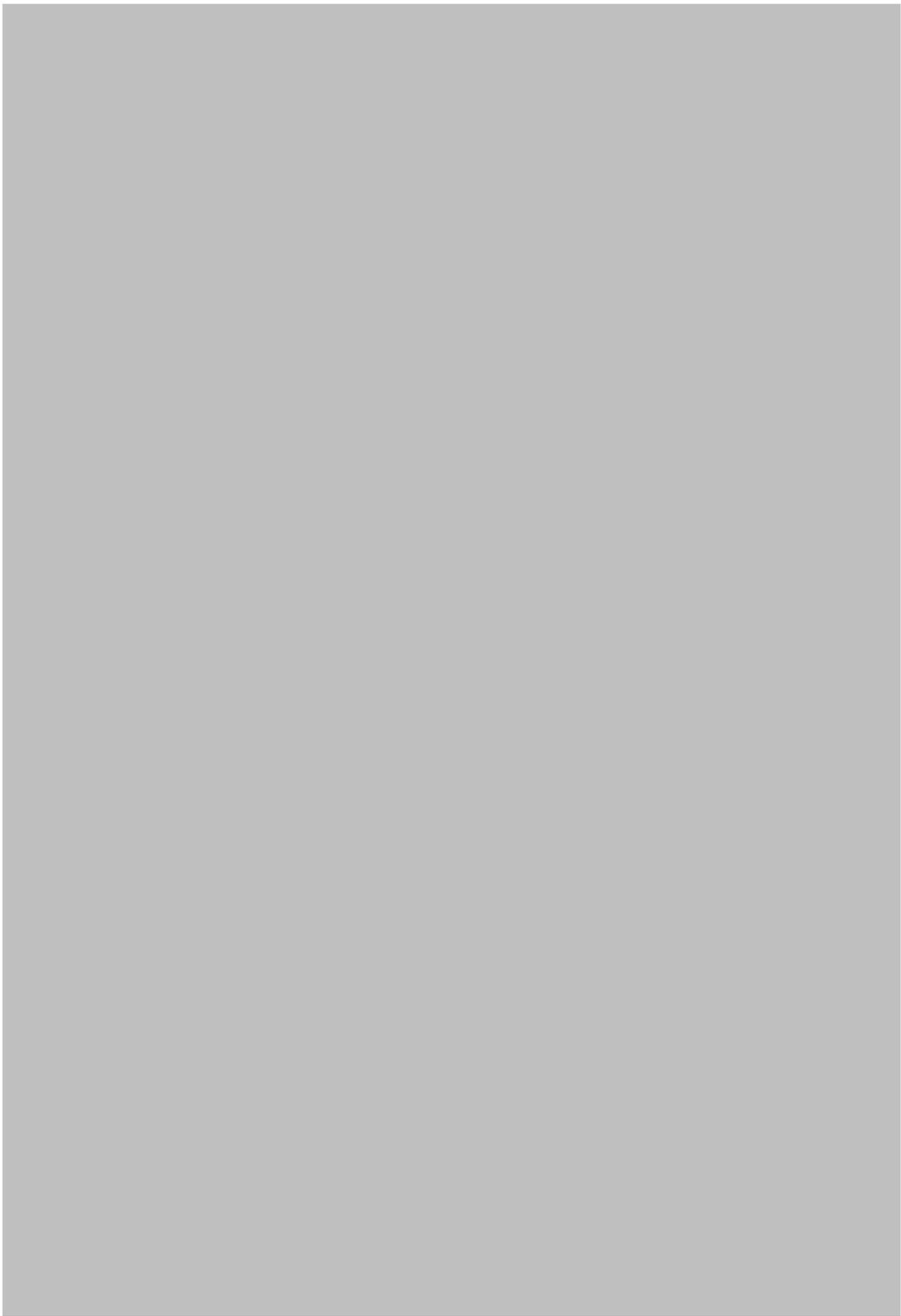


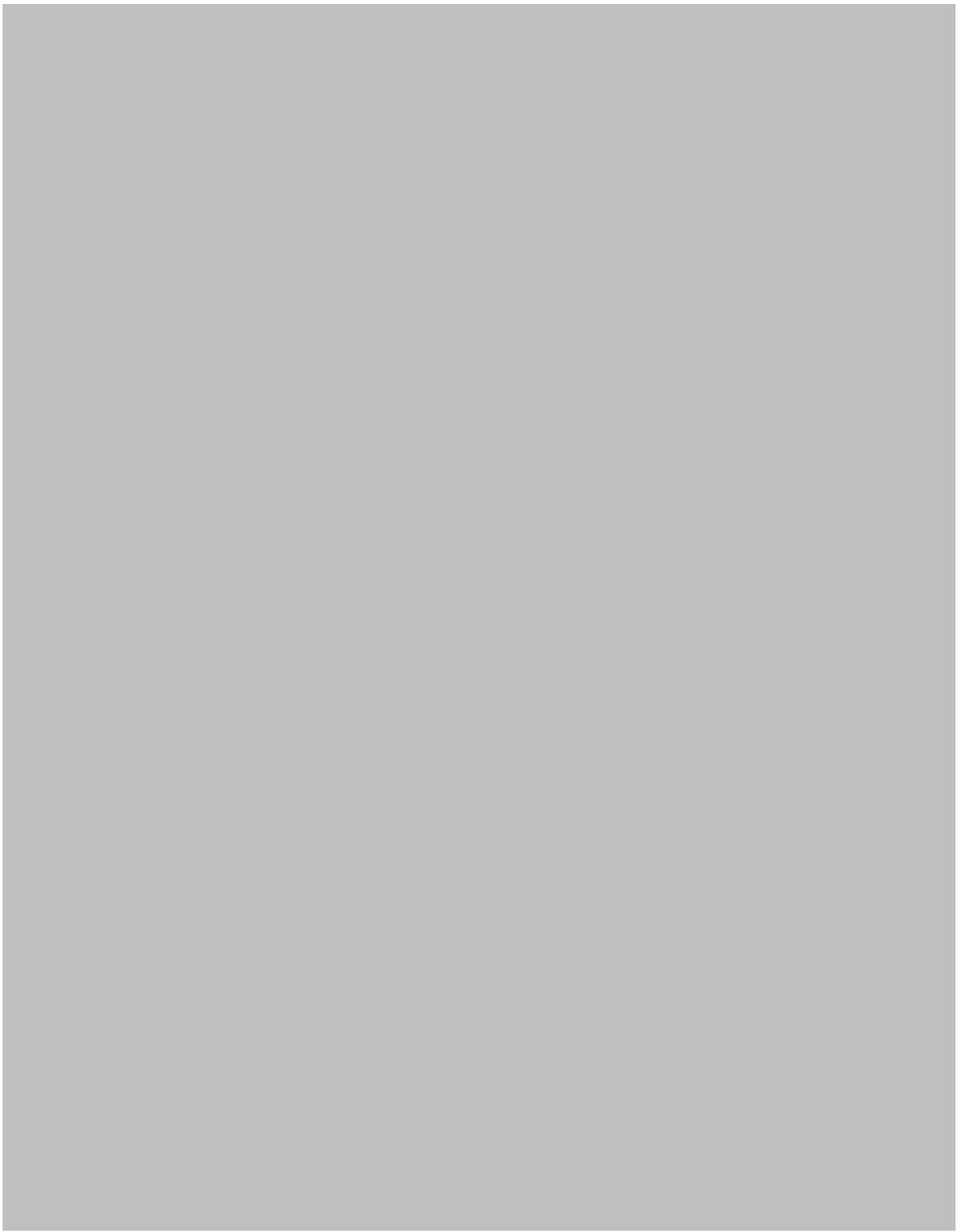






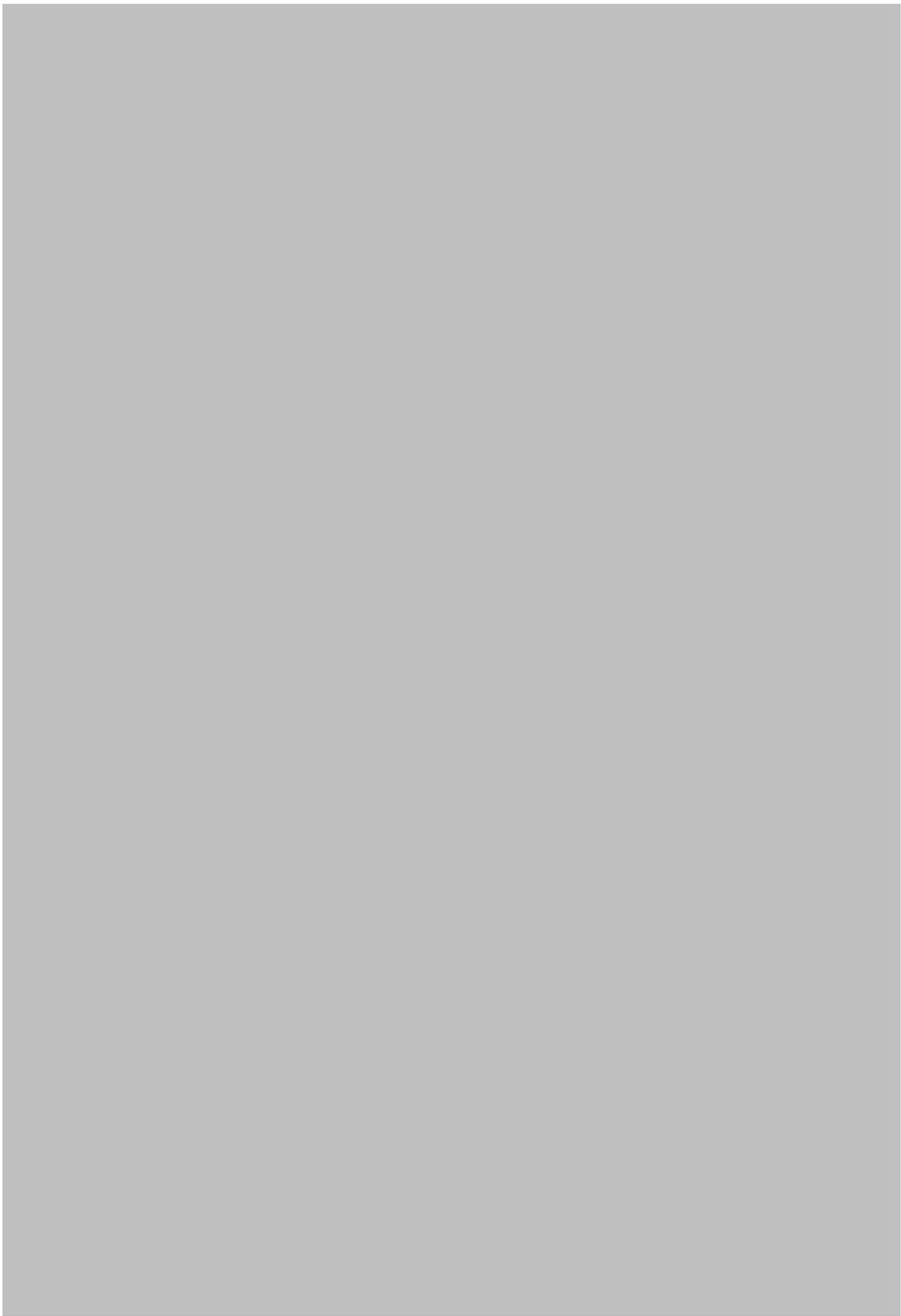


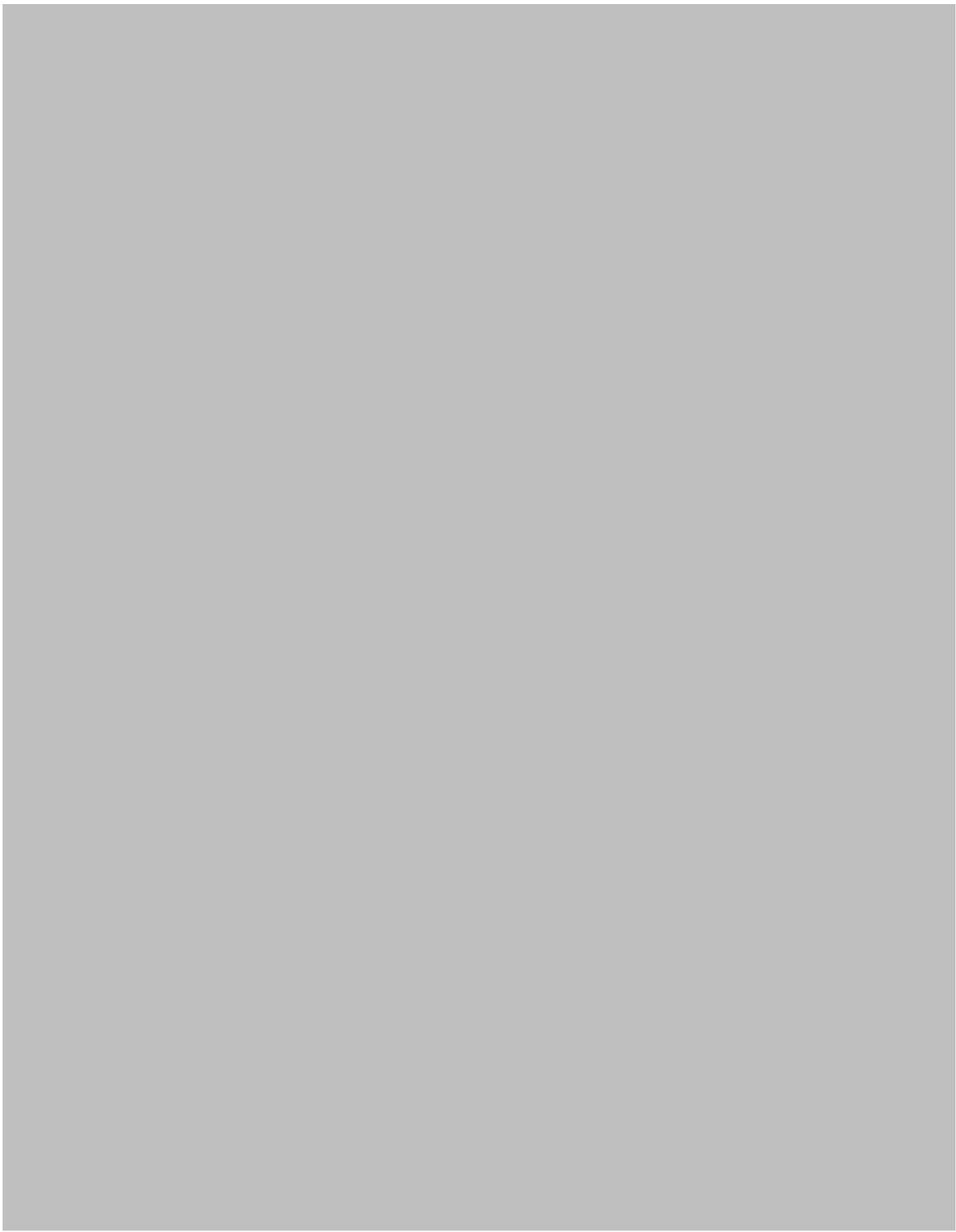






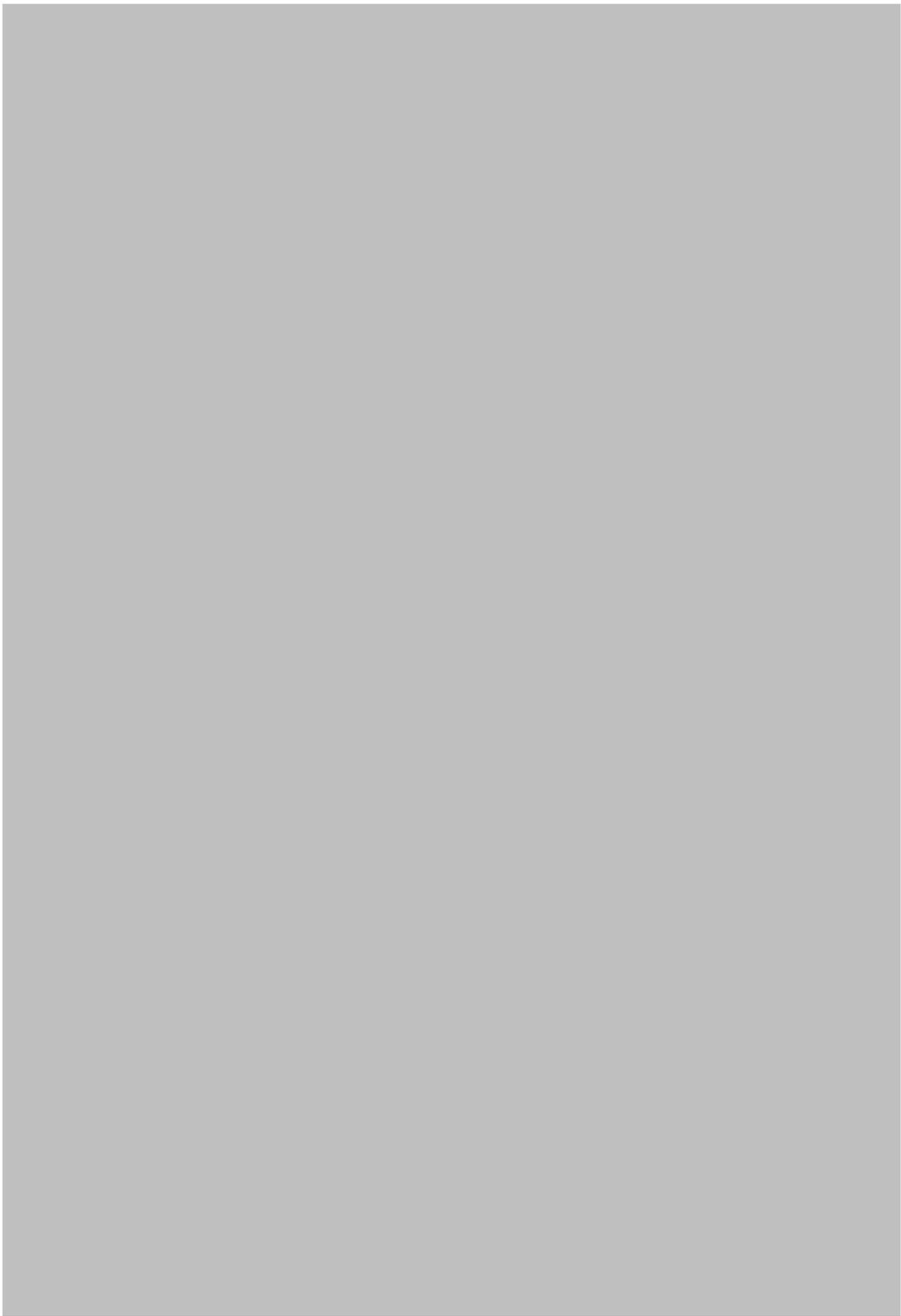








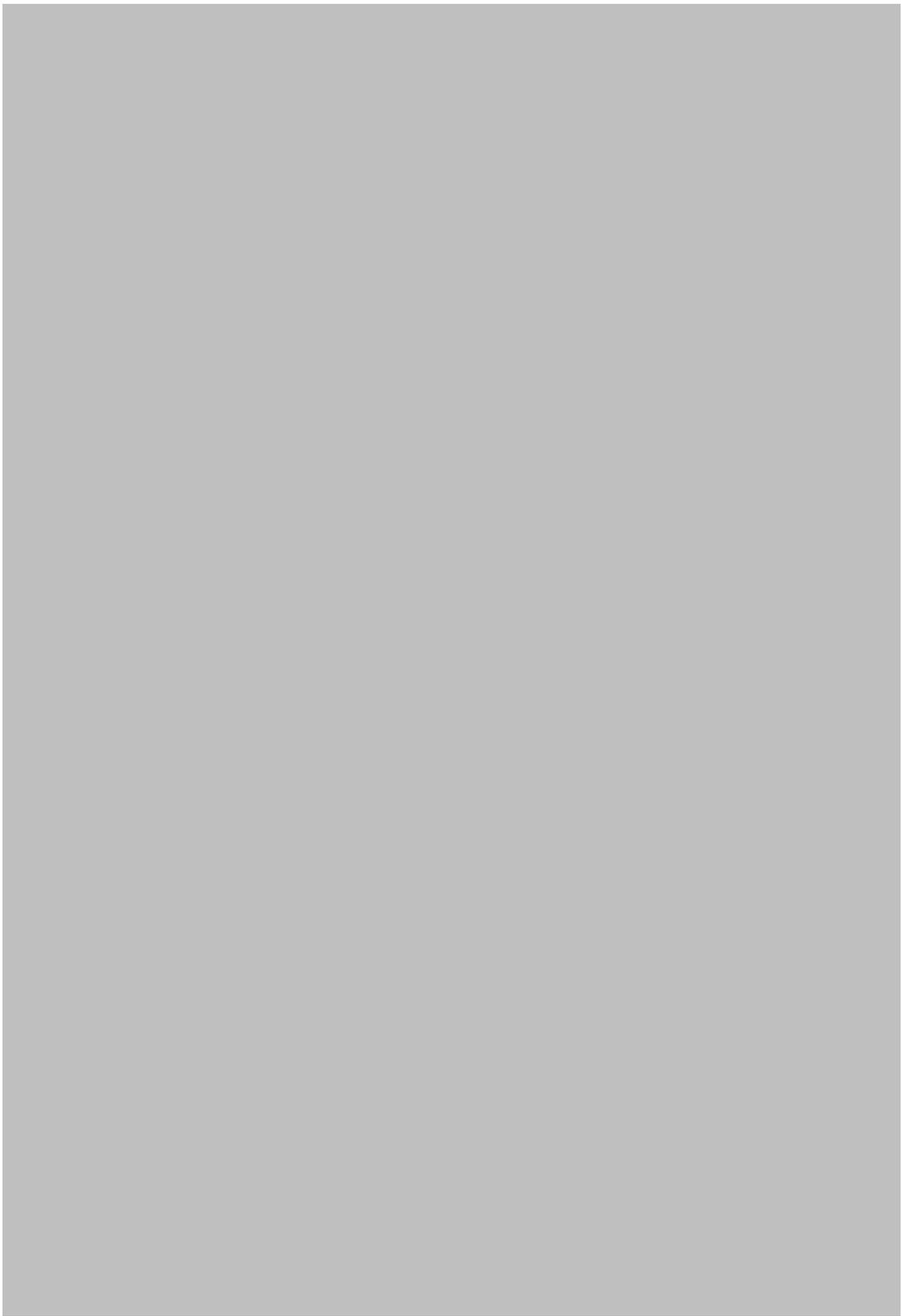


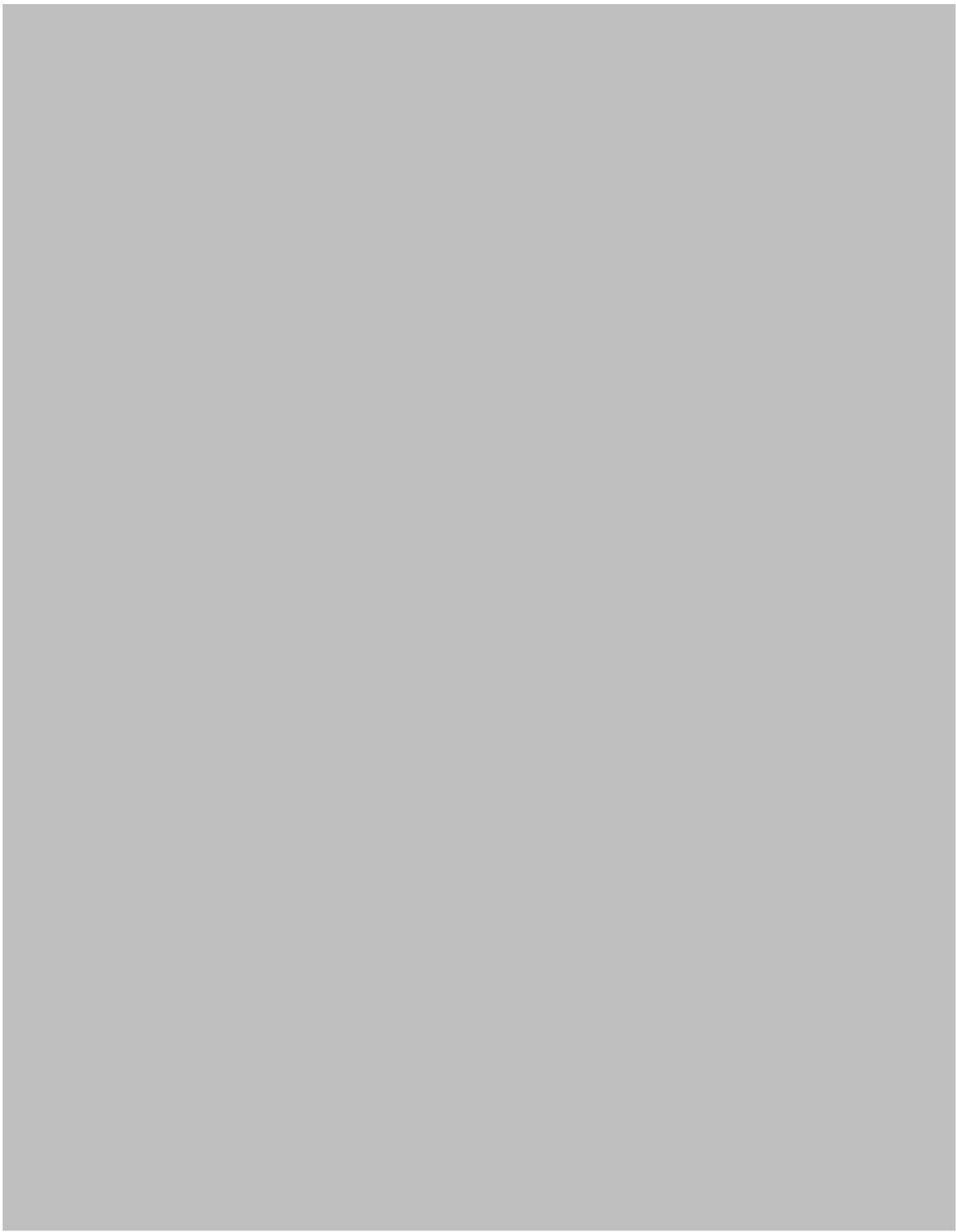






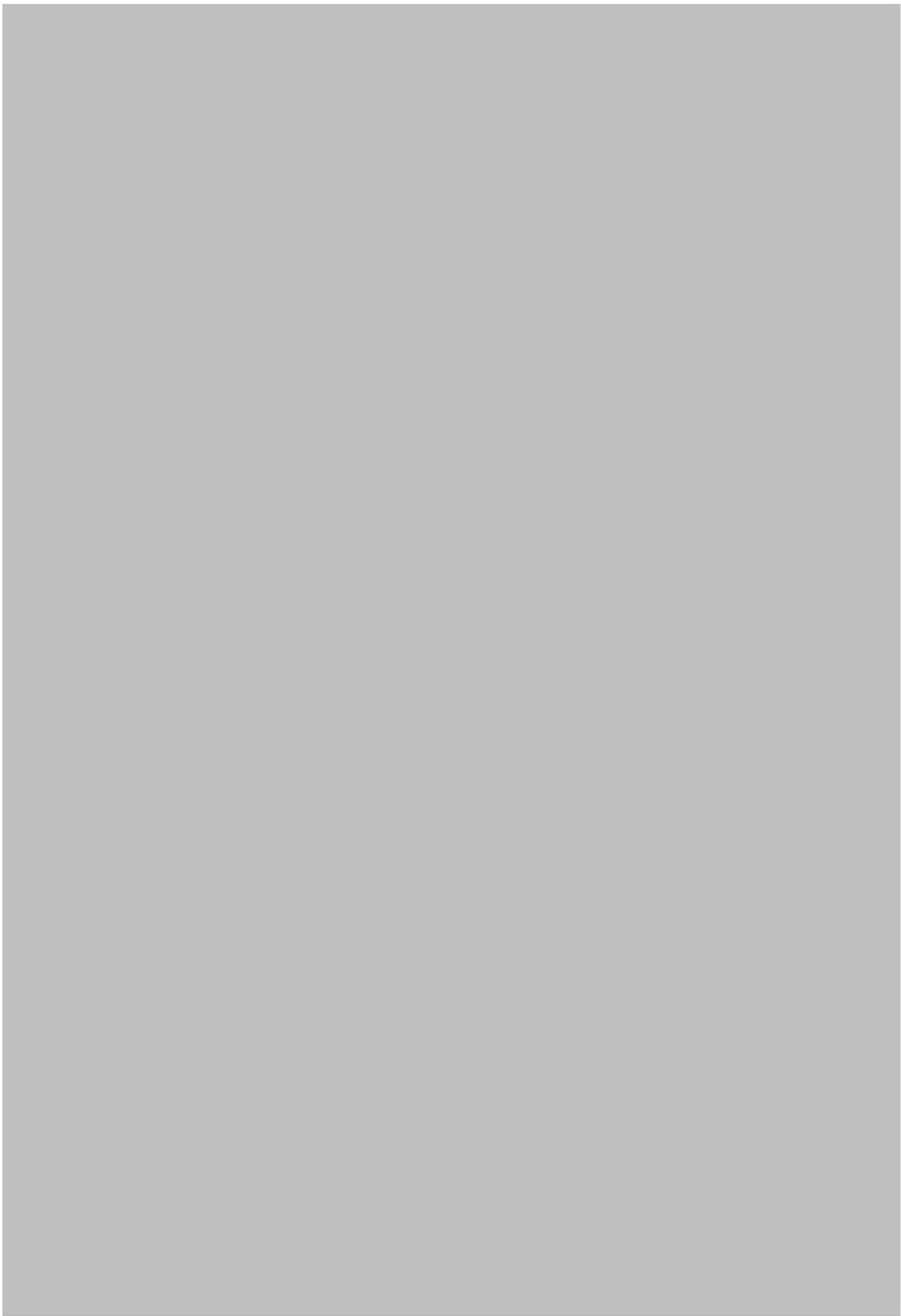








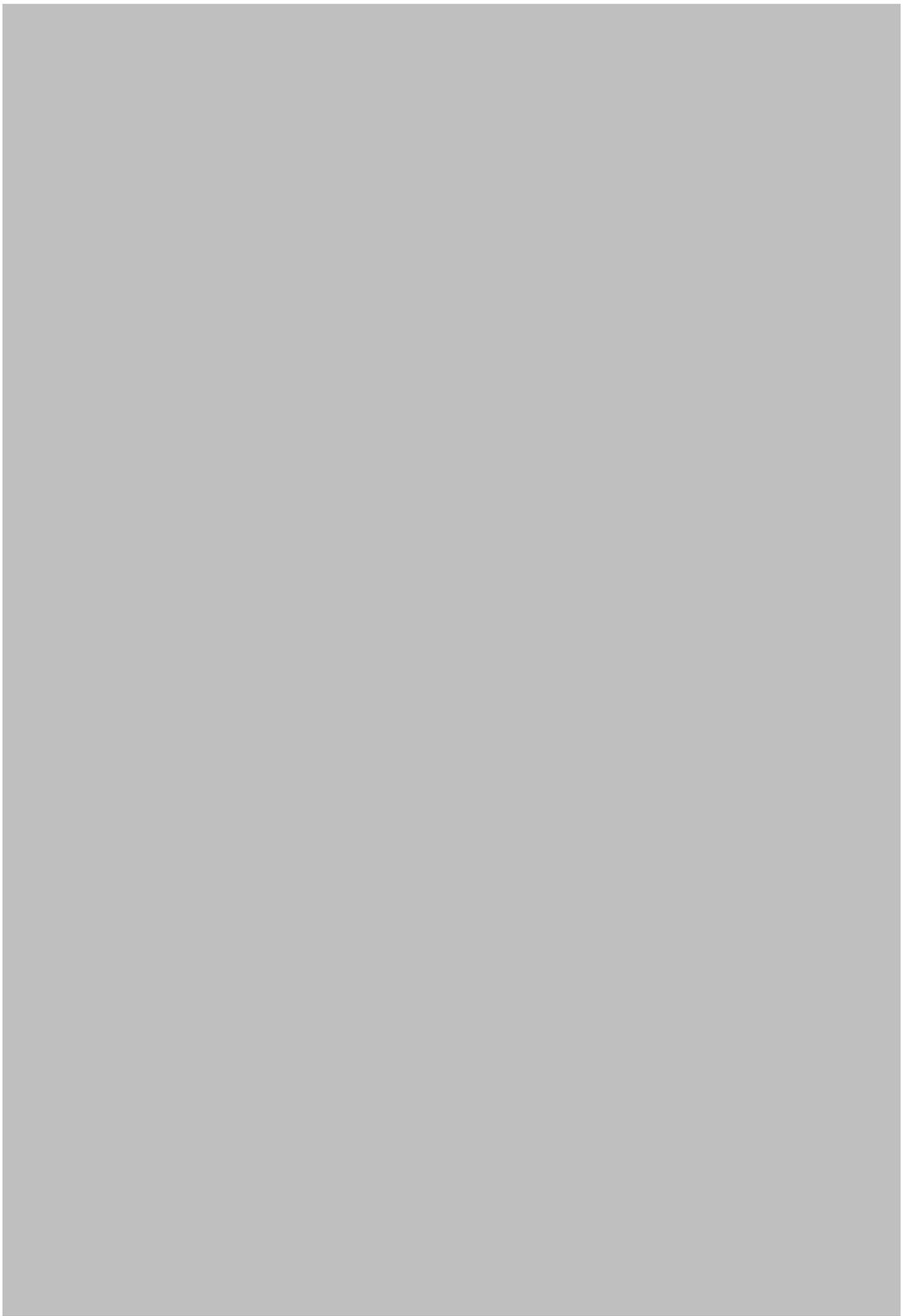


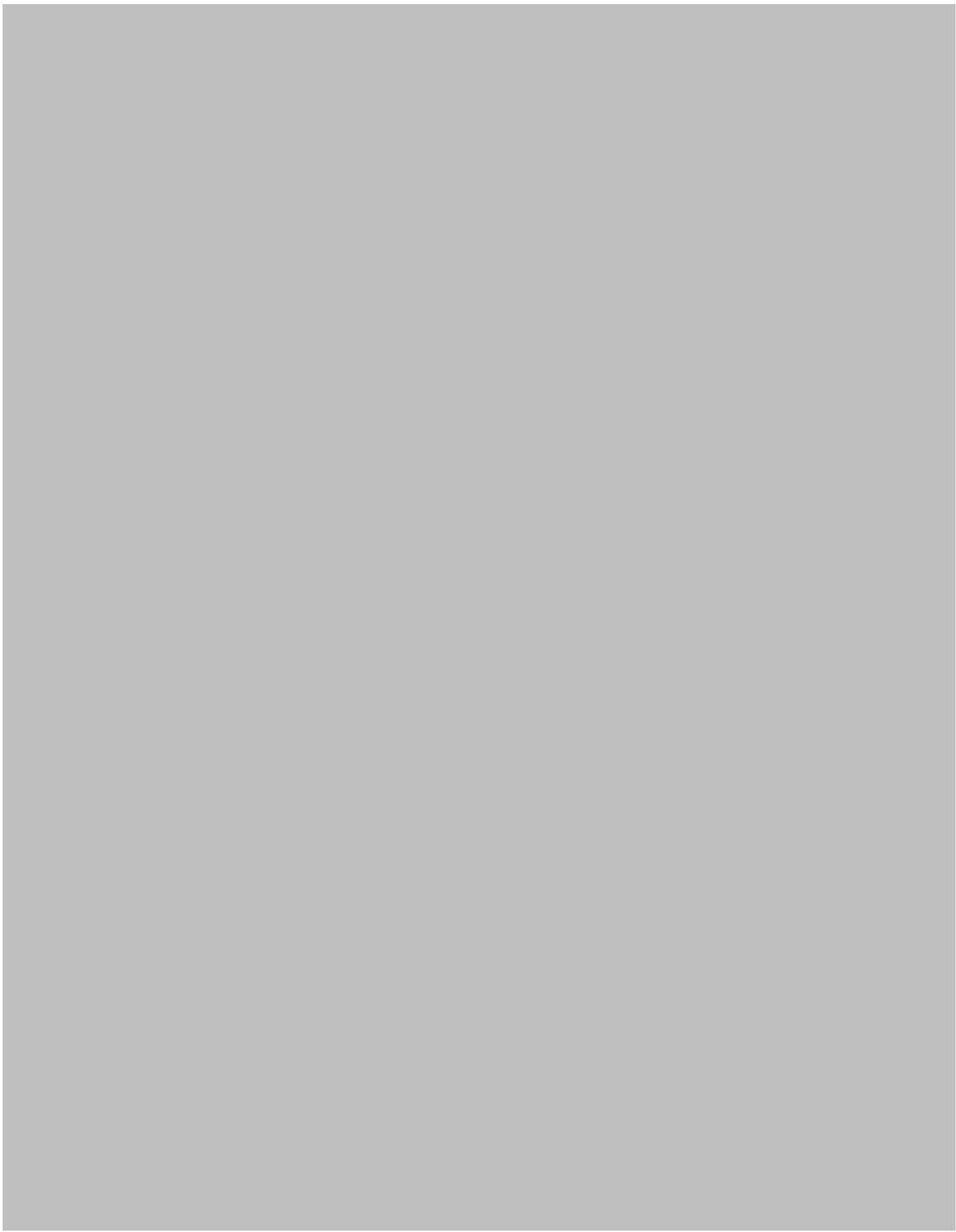






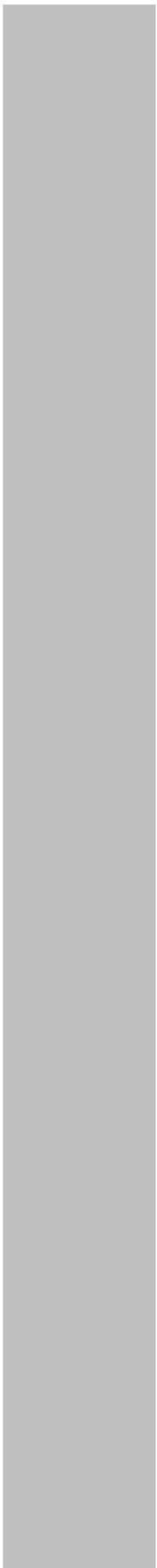














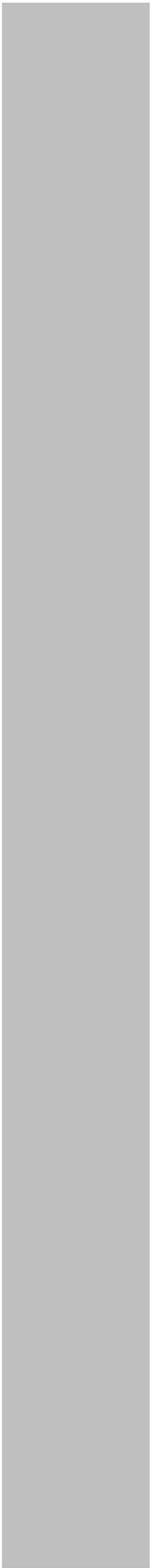
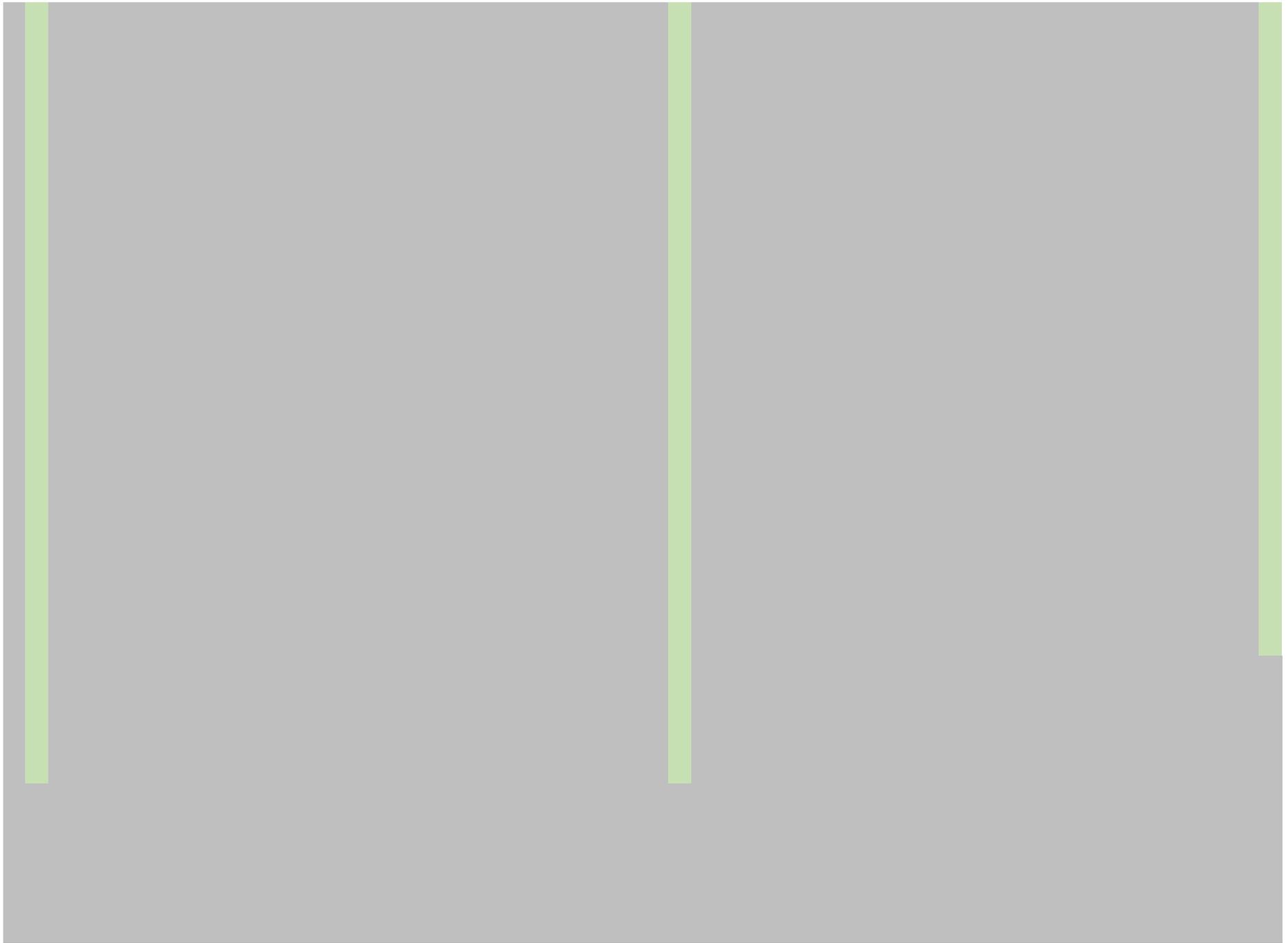




TABLA DE DATOS DEL CONSOLIDADO DEL PROCESO DE REPARACIÓN INTEGRAL

Debilidad	Total Causas	1- Las causas 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
1	1	1	3	2	2	2
	2	3	3	2	2	2
	3	3	3	3	2	2
	4	1	2	2	2	2
2	1	1	2	2	2	3
	2	1	2	2	2	3
	3	1	2	2	2	3
3	1	1	2	3	2	2
4	1	1	2	3	3	3
5	1	3	2	3	3	3
	2	3	2	2	2	2
6	1	3	2	2	2	3
7	1	3	3	3	2	2
	2	3	3	3	2	2
8	1	3	3	3	2	2

Debilidad	Descripción	1- Las causas 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
1	Total	8	11	9	8	8
	Porcentaje Cumplimiento	67%	92%	75%	67%	67%
2	Total	3	6	6	6	9
	Porcentaje Cumplimiento	33%	67%	67%	67%	100%
3	Total	1	2	3	2	2
	Porcentaje Cumplimiento	33%	67%	100%	67%	67%
4	Total	1	2	3	3	3
	Porcentaje Cumplimiento	33%	67%	100%	100%	100%
5	Total	6	4	5	5	5
	Porcentaje Cumplimiento	100%	67%	83%	83%	83%
6	Total	3	2	2	2	3
	Porcentaje Cumplimiento	100%	67%	67%	67%	100%
7	Total	6	6	6	4	4
	Porcentaje Cumplimiento	100%	100%	100%	67%	67%
8	Total	3	3	3	2	2
	Porcentaje Cumplimiento	100%	100%	100%	67%	67%
Total		567%	625%	692%	583%	650%
		70,8%	78,1%	86,5%	72,9%	81,3%























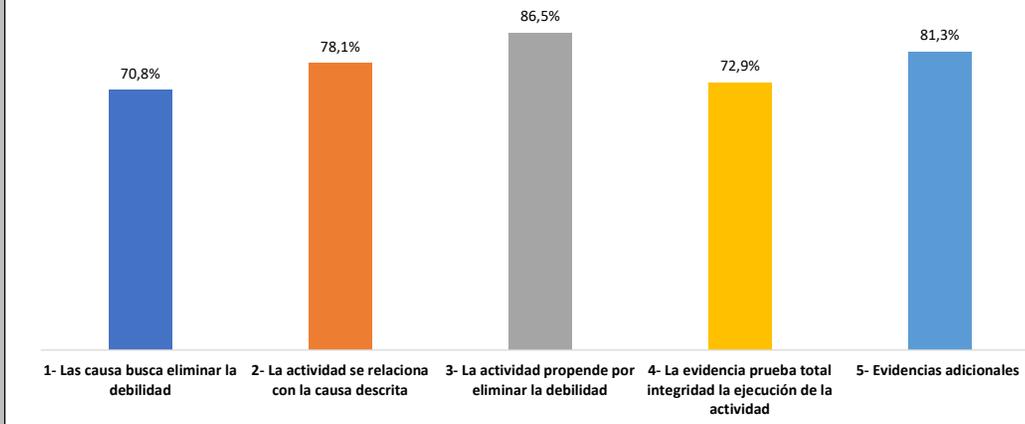








**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO POR DEBILIDAD DEL PROCESO SEGUIMIENTO
AUDITORIA CAQUETA - HUILA**



Cumplida	3
Reformular	1
Verificar	2





















































































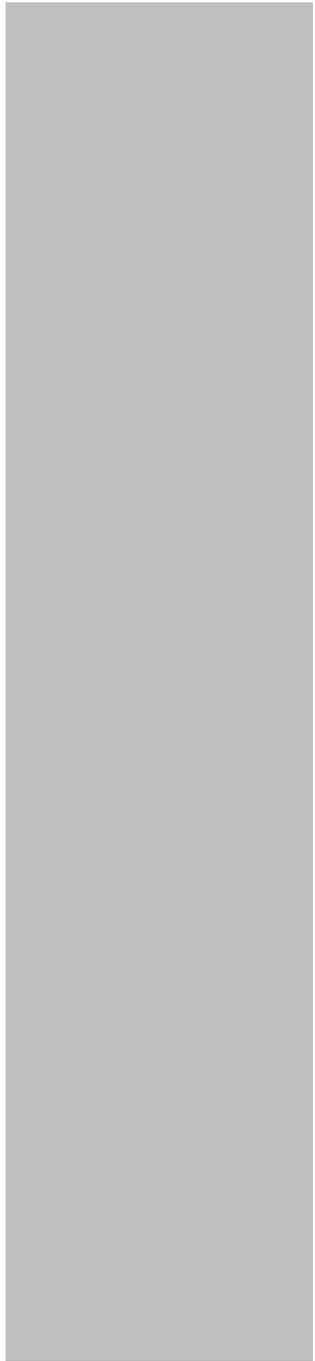




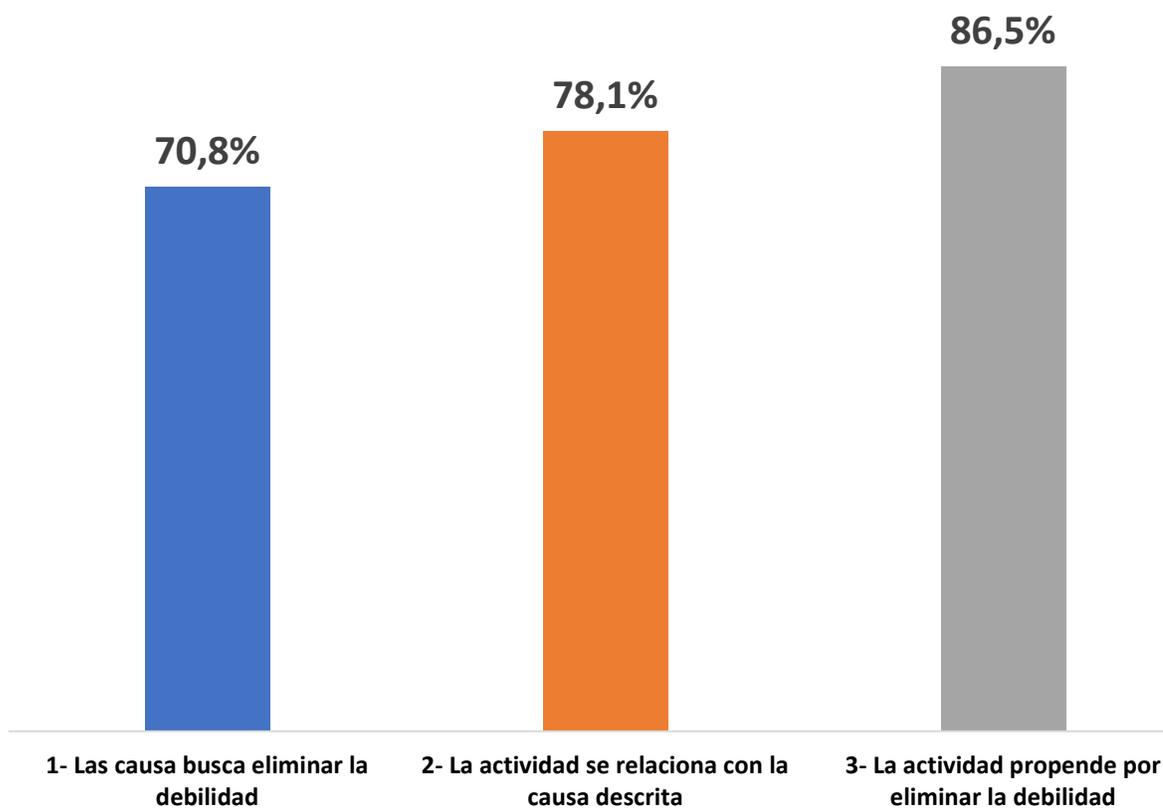




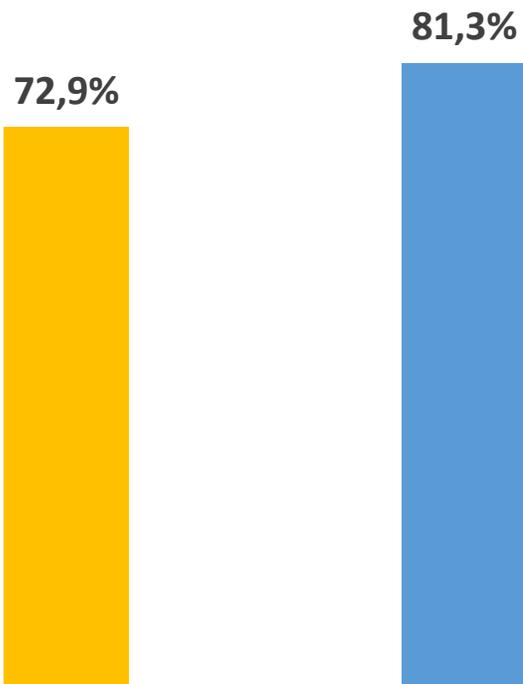




**PORCENTAJE DEL CUMPLIMIENTO CONSOLIDADO DEL PROCESO
HUILA**

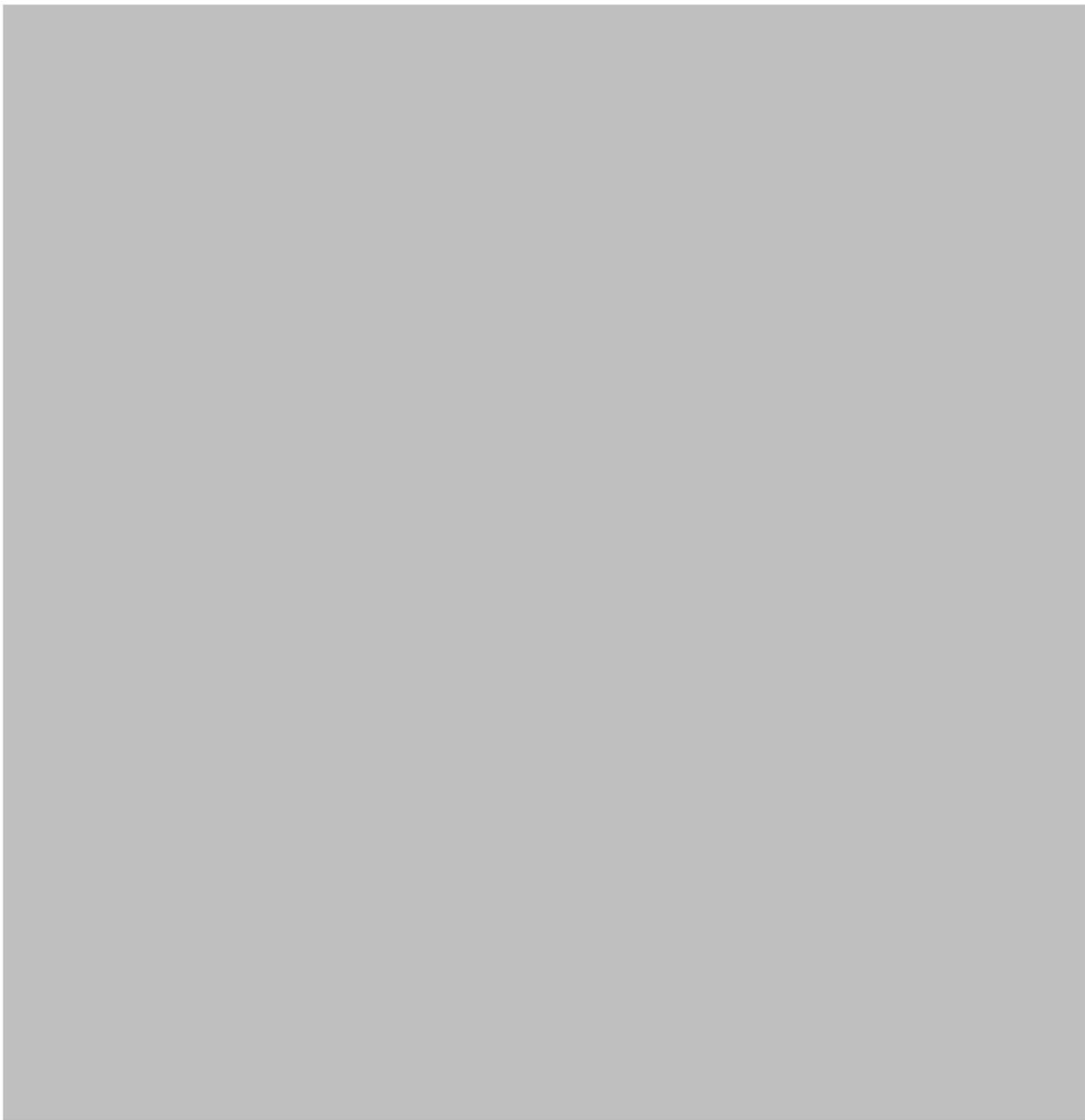


DE SEGUIMIENTO AUDITORIA CAQUETA -



4- La evidencia prueba total integridad la ejecución de la actividad

5- Evidencias adicionales























CARACTERIZACIÓN DEL PLAN DE SEGUIMIENTO (APLICATIVO OCI)

PROCESOS	DEPENDENCIA	CÓDIGO DE LA DEBILIDAD	DEBILIDAD	CAUSA	ACCION DE MEJORA	ACTIVIDAD	
DIRECCIÓN TERRITORIAL	DIRECCIÓN TERRITORIAL SANTANDER	A-20.01		Debilidad por parte de los procesos del orden nacional en la proyección de metas, en razón a que de 26 indicadores propuestos inicialmente para el Plan de Acción Territorial vigencia 2019, cinco (5) fueron eliminados por los mismos procesos, casos indicadores Nos. 85400-85779-85443-85639 – 85491, cuatro de ellos con programación establecida para reportar durante el primer semestre del 2019, justificado entre otras razones, en que el apoyo es inherente a las DTs, por lo que no se requiere que queden plasmadas dentro del Plan de Acción, caso indicadores Nos.85400 y 85779; Así mismo, para el primer semestre del 2019, fue ajustada la programación de los indicadores a cargo de la Dirección de Reparación, correspondientes a los Nos. 85929-85907-85593- 85690, entre otras razones por cambios en los procesos metodológicos para el caso de los planes de R&R, y para el caso de los indicadores del Proceso de Reparación Colectiva, los cambios se concertaron, ante la imposibilidad de cumplimiento de metas por demoras en la contratación de personal. Todos estos cambios soportados mediante actas de cambio SISGESTION, de acuerdo con el procedimiento establecido por la Oficina Asesora de Planeación.		Realizar Seguimiento mensual a las metas establecidas en el Plan de Acción Territorial vigencia 2020.	Código 278: Generar alertas al interior de los procesos, de acuerdo al avance de las metas establecidas en el Plan de Acción.
		A-20.01	1. 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 auditoria "seguimiento al plan de acción".	Debilidad por parte de los procesos del orden nacional en la proyección de metas, en razón a que de 26 indicadores propuestos inicialmente para el Plan de Acción Territorial vigencia 2019, cinco (5) fueron eliminados por los mismos procesos, casos indicadores Nos. 85400-85779-85443-85639 – 85491, cuatro de ellos con programación establecida para reportar durante el primer semestre del 2019, justificado entre otras razones, en que el apoyo es inherente a las DTs, por lo que no se requiere que queden plasmadas dentro del Plan de Acción, caso indicadores Nos.85400 y 85779; Así mismo, para el primer semestre del 2019, fue ajustada la programación de los indicadores a cargo de la Dirección de Reparación, correspondientes a los Nos. 85929-85907-85593- 85690, entre otras razones por cambios en los procesos metodológicos para el caso de los planes de R&R, y para el caso de los indicadores del Proceso de Reparación Colectiva, los cambios se concertaron, ante la imposibilidad de cumplimiento de metas por demoras en la contratación de personal. Todos estos cambios soportados mediante actas de cambio SISGESTION, de acuerdo con el procedimiento establecido por la Oficina Asesora de Planeación.	Realizar Seguimiento mensual a las metas establecidas en el Plan de Acción Territorial vigencia 2020.	Código 279: Realizar seguimiento a las metas del Plan de Acción Territorial vigencia 2020, en las reuniones mensuales de comité estratégico.	
		A-20.01		Debilidad por parte de los procesos del orden nacional en la proyección de metas, en razón a que de 26 indicadores propuestos inicialmente para el Plan de Acción Territorial vigencia 2019, cinco (5) fueron eliminados por los mismos procesos, casos indicadores Nos. 85400-85779-85443-85639 – 85491, cuatro de ellos con programación establecida para reportar durante el primer semestre del 2019, justificado entre otras razones, en que el apoyo es inherente a las DTs, por lo que no se requiere que queden plasmadas dentro del Plan de Acción, caso indicadores Nos.85400 y 85779; Así mismo, para el primer semestre del 2019, fue ajustada la programación de los indicadores a cargo de la Dirección de Reparación, correspondientes a los Nos. 85929-85907-85593- 85690, entre otras razones por cambios en los procesos metodológicos para el caso de los planes de R&R, y para el caso de los indicadores del Proceso de Reparación Colectiva, los cambios se concertaron, ante la imposibilidad de cumplimiento de metas por demoras en la contratación de personal. Todos estos cambios soportados mediante actas de cambio SISGESTION, de acuerdo con el procedimiento establecido por la Oficina Asesora de Planeación.	Realizar Seguimiento mensual a las metas establecidas en el Plan de Acción Territorial vigencia 2020.	Código 289: Concertar con los procesos del orden nacional el ajuste de indicadores a través de actas de cambio Sigestión en caso de que se presente la necesidad.	
		A-20.02	2. 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 c), 4º literal i) y 6º	Falta coherencia entre las evidencias entregadas por los procesos frente a los controles instituidos en el Mapa de Riesgos de la DT Santander.	Reforzar la revisión mensual de las evidencias de control entregadas por cada proceso.	Código 281: Realizar mesas de trabajo para continuar con el seguimiento mensual a las evidencias que soportan los controles del Mapa de Riesgos	

A-20.02	<p>CON LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS OBJETIVOS 4.º, 5.º, 6.º, 7.º, 8.º, 9.º, 10.º, 11.º, 12.º, 13.º, 14.º, 15.º, 16.º y 17.º 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 riesgos".</p>	Falta coherencia entre las evidencias entregadas por los procesos frente a los controles instituidos en el Mapa de Riesgos de la DT Santander.	Reforzar la revisión mensual de las evidencias de control entregadas por cada proceso.	Código 282: Socializar en el Comité Estratégico mensual, los avances realizados en el tema de riesgos.
A-20.03		Falta de aplicación del instructivo para el servicio de vigilancia mediante el cual se establecen las condiciones mínimas de prestación del servicio de vigilancia, seguridad y monitoreo para las Oficinas donde hace presencia la Unidad para las víctimas, bienes y enseres, funcionarios, contratistas, colaboradores y visitantes.	Implementar el instructivo para el servicio de vigilancia, que permita el control de entrada y salida de equipo de computo entre otras acciones.	Código 284: Registrar en la minuta ubicada en la Dirección Territorial, los bienes de propiedad particular como los bienes de propiedad de la Unidad
A-20.03	<p>3. 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 guayes 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.</p> <p>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".</p>	El área de seguridad y salud en el trabajo del Grupo de Gestión de Talento Humano, responsable de esta labor, no había realizado el mantenimiento respectivo de los elementos, pese a que desde el 24/9/2019, por parte de COPASST, se había solicitado revisión, mantenimiento y recarga de extintores tanto en la DT, como en los puntos de atención.	Seguimiento y control por parte de COPASST, del mantenimiento de elementos para la prevención contra incendios y protección del sistema eléctrico.	Código 286: Solicitar al Grupo de Gestión de Talento Humano área de SST, la revisión, mantenimiento y recarga de los elementos de acuerdo a su fecha de vencimiento.
A-20.03		Falta de aplicación del instructivo para el servicio de vigilancia mediante el cual se establecen las condiciones mínimas de prestación del servicio de vigilancia, seguridad y monitoreo para las Oficinas donde hace presencia la Unidad para las víctimas, bienes y enseres, funcionarios, contratistas, colaboradores y visitantes.	Implementar el instructivo para el servicio de vigilancia, que permita el control de entrada y salida de equipo de computo entre otras acciones.	Código 290: Capacitación semestral a los colaboradores de la Dirección Territorial y el Vigilante de seguridad en el instructivo para el servicio de vigilancia.























SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO - DIRECCIÓN TERRITORIAL SANTANDER

EVIDENCIA DEL AUDITADO	EVIDENCIA VERIFICADA POR EL AUDITOR	FECHA INICIO	FECHA FINAL	CRITERIOS DE CUMPLIMIENTO					VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO				
				1- Las causas 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 en la ejecución de la actividad	5- Evidencias adicionales	1	2	3	4	
correos electrónicos (9)	<p>Alertas al interior de los procesos</p> <p>/Documentos/H_172/A_278/Alerta Proceso RyR - Outlook.pdf</p> <p>s/Documentos/H_172/A_278/Alerta DT Santander Psicosocial - Outlook.pdf</p> <p>/Documentos/H_172/A_278/Alertas procesos DT Santander - Outlook.pdf</p> <p>/Documentos/H_172/A_278/Alertas Procesos DT Santander 2- Outlook.pdf</p>	domingo, 1 de marzo de 2020	lunes, 30 de noviembre de 2020	SI	SI	SI	SI			35	5	15	45
Actas de Reunión (10)	<p>acta comité estratégico marzo</p> <p>/Documentos/H_172/A_279/ACTA REUNION VIRTUAL 25 MARZO DT SANTANDER.pdf</p> <p>Alertas indicadores julio</p> <p>/Documentos/H_172/A_279/ACTA 620 REUNION COMITE ESTRATEGICO DT SANTANDER JULIO.pdf</p> <p>Acta Comité Estratégico mes de Agosto</p> <p>/Documentos/H_172/A_279/ACTA COMITE ESTRATEGICO DT SANTANDER AGOSTO. (1).pdf</p> <p>Acta de reunión comité estratégico octubre</p> <p>/Documentos/H_172/A_279/ACTA REUNION OCTUBRE COMITE ESTRATEGICO (1).pdf</p>	domingo, 1 de marzo de 2020	jueves, 31 de diciembre de 2020	SI	SI	SI	SI			35	5	15	45
correos electrónicos (2)	<p>Concertar ajustes indicador-correo1</p> <p>/Documentos/H_172/A_289/Alerta a Nivel Nacional Incumplimiento metas vigencia 2020 - Outlook.pdf</p> <p>Concertar ajustes indicador-correo1</p> <p>/Documentos/H_172/A_289/Alerta N. 2 Nivel Nacional Incumplimiento Metas Plan de acción 2020 - Outlook.pdf</p> <p>Alertas nivel nacional junio</p> <p>/Documentos/H_172/A_289/Alerta enviada a NN acta de cambio N.42.pdf</p> <p>Alerta observación indicadores nivel nacional OAP Mayo</p> <p>/Documentos/H_172/A_289/Observaciones indicadores NN OAP Mayo.pdf</p>	domingo, 1 de marzo de 2020	miércoles, 10 de junio de 2020	SI	SI	SI	SI			35	5	15	45
Acta de reunión (11)	<p>Acta mensual marzo equiporiesgos</p> <p>/Documentos/H_173/A_281/Acta N.162 Riesgos Marzo 5.pdf</p> <p>Acta mensual marzo equiporiesgos abril</p> <p>/Documentos/H_173/A_281/Acta N.256 seguimiento Mapa de Riesgos mes de abril.pdf</p> <p>Acta mensual equiporiesgos julio</p> <p>/Documentos/H_173/A_281/ACTA 550 APROBACION MAPA DE RIESGOS DT SANTANDER.pdf</p> <p>Acta N.826 reunión mensual equiporiesgos octubre</p> <p>/Documentos/H_173/A_281/Acta N. 826 seguimiento al Mapa de Riesgos Octubre.pdf</p>	sábado, 1 de febrero de 2020	jueves, 31 de diciembre de 2020	SI	SI	SI	SI			35	5	15	45

Acta de Comité (11)	<p>actacomiteestrategicomarzo /Documentos/H_173/A_282/ACTA REUNION VIRTUAL 25 MARZO DT SANTANDER.pdf Actadereunióncomiteestratégicooctubre /Documentos/H_173/A_282/ACTA REUNION OCTUBRE COMITE ESTRATEGICO (1).pdf ActaComitéEstratégicomedemayo /Documentos/H_173/A_282/ACTA COMITE ESTRATEGICO MAYO DT SANTANDERpdf ActaComitéEstratégicomesejulio /Documentos/H_173/A_282/ACTA 620 REUNION COMITE ESTRATEGICO DT SANTANDER JULIO.pdf</p>	sábado, 1 de febrero de 2020	jueves, 31 de diciembre de 2020	SI	SI	SI	SI		35	5	15	45
registros mensuales en minuta (12)	<p>Actacapacitacióninstructivoserviciovigilancia /Documentos/H_174/A_284/Acta N.118 Instructivo para el servicio de vigilancia - Riesgos.pdf Soportebitacoradeseguridadnoviembre /Documentos/H_174/A_284/Soporte diligenciamiento bitácora de seguridad noviembre.pdf Soportebitacoradeseguridadagostoyseptiembre /Documentos/H_174/A_284/Soporte copia bitácora Agosto -Septiembre DT Santander.pdf RegistrosmensualesminutaDTSantander</p>	miércoles, 1 de enero de 2020	jueves, 31 de diciembre de 2020	SI	SI	SI	SI		35	5	15	45
Correo electrónico (1)	<p>Actacapacitacióninstructivoserviciovigilancia /Documentos/H_174/A_284/Acta N.118 Instructivo para el servicio de vigilancia - Riesgos.pdf Soportebitacoradeseguridadnoviembre /Documentos/H_174/A_284/Soporte diligenciamiento bitácora de seguridad noviembre.pdf Soportebitacoradeseguridadagostoyseptiembre /Documentos/H_174/A_284/Soporte copia bitácora Agosto -Septiembre DT Santander.pdf RegistrosmensualesminutaDTSantander /Documentos/H_174/A_284/Soportes Bitácora de Seguridad-1-5.pdf</p>	jueves, 1 de octubre de 2020	viernes, 30 de octubre de 2020	SI	SI	SI	SI		35	5	15	45
Acta de capacitación (2)	<p>Actacapacitacióninstructivoserviciovigilancia /Documentos/H_174/A_284/Acta N.118 Instructivo para el servicio de vigilancia - Riesgos.pdf Soportebitacoradeseguridadnoviembre /Documentos/H_174/A_284/Soporte diligenciamiento bitácora de seguridad noviembre.pdf Soportebitacoradeseguridadagostoyseptiembre /Documentos/H_174/A_284/Soporte copia bitácora Agosto -Septiembre DT Santander.pdf RegistrosmensualesminutaDTSantander /Documentos/H_174/A_284/Soportes Bitácora de Seguridad-1-5.pdf</p>	sábado, 1 de febrero de 2020	miércoles, 1 de julio de 2020	SI	SI	SI	SI		35	5	15	45



















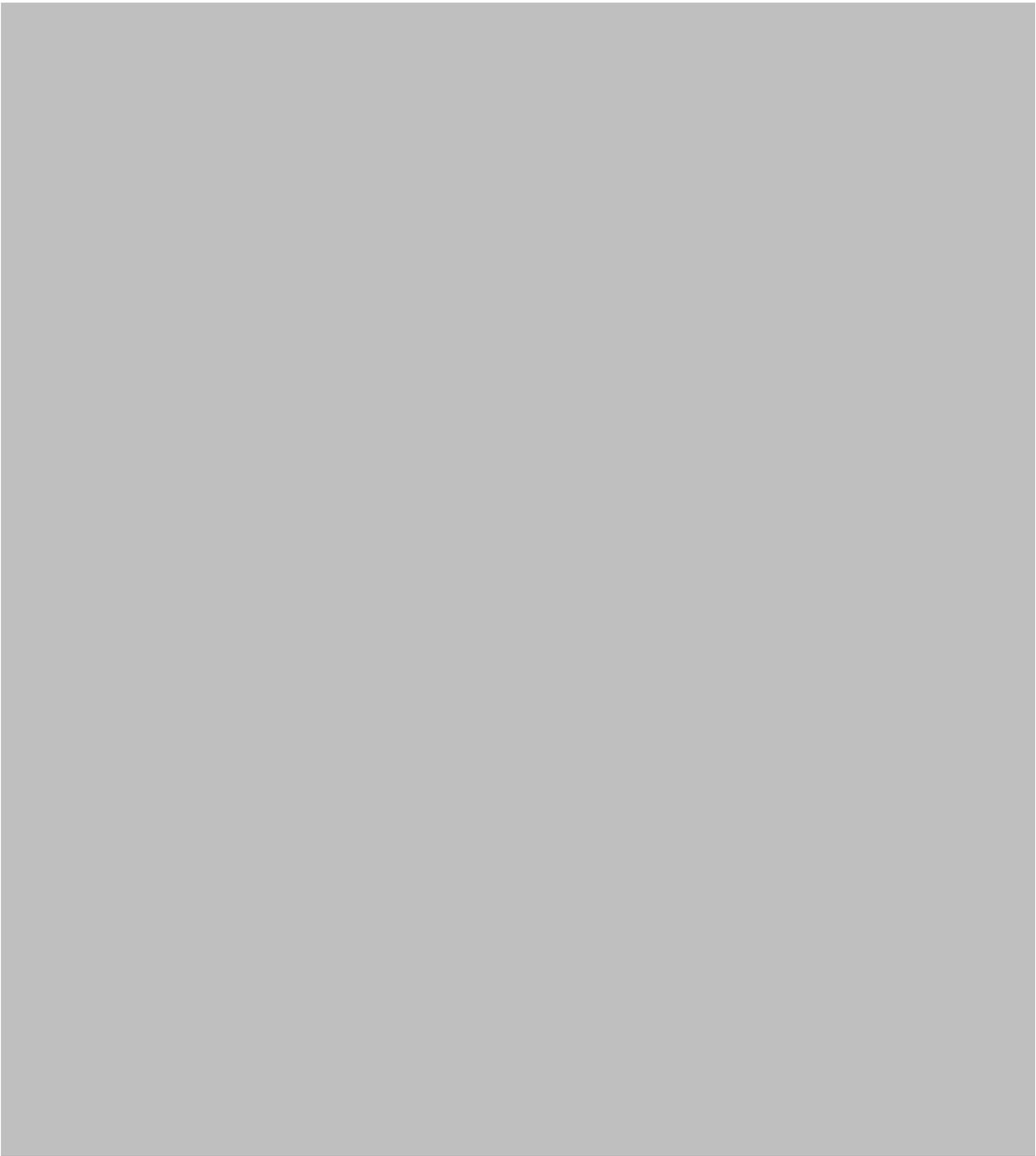




CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS			ESTADO							
5	Nivel de cumplimiento	Porcentaje de cumplimiento	ESTADO DE CUMPLIMIENTO	MEDIANA (NIVEL DE CUMPLIMIENTO POR DEBILIDAD)	ZONA DE SOLIDEZ	1- Las causas busca eliminar la debilidad	2- La actividad se relaciona con la causa descrita	3- La actividad propende por eliminar la debilidad	4- La evidencia prueba total integridad la ejecución de la actividad	5- Evidencias adicionales
FALSO	100	100%	Cerrada			Cumplida	Cumplida	Cumplida	Cumplida	Cumplida
FALSO	100	100%	Cerrada	100	Alto	Cumplida	Cumplida	Cumplida	Cumplida	Cumplida
FALSO	100	100%	Cerrada			Cumplida	Cumplida	Cumplida	Cumplida	Cumplida
FALSO	100	100%	Cerrada			Cumplida	Cumplida	Cumplida	Cumplida	Cumplida

				100	Alto					
FALSO	100	100%	Cerrada			Cumplida	Cumplida	Cumplida	Cumplida	Cumplida
FALSO	100	100%	Cerrada			Cumplida	Cumplida	Cumplida	Cumplida	Cumplida
FALSO	100	100%	Cerrada	100	Alto	Cumplida	Cumplida	Cumplida	Cumplida	Cumplida
FALSO	100	100%	Cerrada			Cumplida	Cumplida	Cumplida	Cumplida	Cumplida

























RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS

CRITERIOS DEL EVALUADOR

De acuerdo con la evidencia cargada en el aplicativo de la OCI, para la actividad del código 278 se observa lo siguiente: la DT Santander cumple con la cantidad de actividades (9 correos) mínimos a reportar entre las fechas del 01/03/2020 al 30/11/2020 donde se evalúa los siguientes soportes tomados como muestra: **[Registro 494]** alertas y mesas de trabajo del ejercicio de concertación de la programación de los indicadores establecidos en el Plan de Acción vigencia 2020. En este caso se analiza toda la trazabilidad referente a los indicadores de Reparación, de la cual hacen parte los Procesos de (Reparación Colectiva, Reparación Individual, Psicosocial, Retornos y Reubicaciones), se evidencia por parte de la DT, la revisión de la programación de concertación de los indicadores, de acuerdo al video de la conferencia realizada el 21 de noviembre de 2019, así mismo se identifica recomendaciones y reporte del indicador 86394 retornos y reubicaciones, indicador No. 86393 "Esquemas especiales de acompañamiento comunitario en los municipios, con Plan de retornos y reubicación aprobados, alertas sobre el indicador No. 86395 y ajuste sobre el reporte del Indicador No. 86396 "brindar asistencia técnica a las entidades territoriales para la adecuada y oportuna ejecución de la Política Pública de Atención a Víctimas. **[Registro 496]** alerta "ajuste de los indicadores asociados al Grupo de Erfoque Psicosocial, para que sean incluidos en la actas de cambio requeridas por la Oficina Asesora de Planeación, debido a la coyuntura actual de aislamiento preventivo obligatorio", se evidencia correo del 27 y del 30 de marzo de 2021, relacionado con la trazabilidad de las solicitudes y acta de cambio del plan de acción del primer semestre 2020, correo del 21 abril 2020 de los compromisos acta reunión virtual comité estratégico mes de marzo sobre el reporte de indicadores, tomando como ejemplo (indicador de Notificación de cartas de indemnización) y el seguimiento a los indicadores psicosocial 88956 / 88958 de alerta sobre el registro y el cumplimiento. **[Registro 498]** reporte de los informes de los indicadores del plan de acción de dos "mesas de participación de víctimas en los municipios" en el mes de marzo. Se adjunta en este correo el informe del profesional responsable y las observaciones por parte del profesional encargado de la DT, con el fin de complementar dicha información relacionado con las actividades realizadas; de igual manera se evidencia la trazabilidad de los ajustes realizados por el profesional sobre las recomendaciones relacionadas con las mesas de participación, acompañamiento de las emergencias humanitarias y la asistencia técnica de planes de contingencias virtuales. **[Registro 499]** correo de la trazabilidad de los indicadores de retorno y reubicación donde se evalúa el seguimiento de los cambios realizados, de acuerdo al acta de cambio (No.007) realizada por la DT.

Adicional a lo anterior se evidencia correos y soportes sobre alertas del plan de acción, diligenciamiento de la matriz de temas estratégicos de articulación misional, observaciones de la DT. Santander a la OAP sobre cargue de los indicadores en Sisgestión, solicitud ajuste programación indicadores DT. Santander, socialización informe análisis del avance del plan de acción del primer trimestre del 2020, entre otros.

Conclusión: El equipo auditor al evaluar los soportes presentados por la DT Santander y al analizar cada uno los temas específicos, se evidencia que la DT genero alertas al interior de los procesos sobre el control y seguimiento de los indicadores del Plan de Acción, cumpliendo totalmente las actividades y las acciones de mejoras planteadas.

De acuerdo con la evidencia cargada en el aplicativo de la OCI, para la actividad del código 279 se observa que la DT Santander ha realizado el seguimiento a las metas del Plan de Acción Territorial vigencia 2020, a través de las reuniones mensuales de los comités estratégicos. Por parte del equipo auditor se evalúa los siguientes soportes tomados como muestra: **[Registro 503 - acta comité estratégico marzo - "Reunión ejecutiva y estratégica de los temas de articulación misional existente en la dirección territorial Santander"]**. Se evidencia actividad relacionada con el "Reportar indicadores del Plan de Acción con corte al 29 de febrero 2020", tanto porcentuales como numéricos y se relaciona el seguimiento y las alertas presentadas de los indicadores: 86391 Indemnizaciones, 86396 SCNT - asistencia Técnica ET (pendiente que la OAP nos confirme ajuste en la programación de este indicador); 86400 Colectiva, 86401 Servicio al Ciudadano; 86402 Prevención; 86403 Entoque Diferencial; 86405 Convenios y contratos. Evidencias: Soportes cargados en SharePoint. **[Registro 582 - acta de alertas indicadores julio - "Realizar reunión ejecutiva y estratégica de los temas de articulación misional existente en la dirección territorial Santander, de manera virtual y en conexión con la plataforma teams"]**, se evidencia actividad de alerta de (Realizar consulta con el proceso del orden nacional, sobre el reporte del indicador No.86399, con el fin de aclarar si la asistencia técnica brindada a las mesas de participación puede incluir los temas de reglamentos internos y planes de trabajo, toda vez que la descripción de este indicador está orientada a la asistencia técnica para la construcción de documentos de fortalecimiento con incidencia en la política Pública, como los planes de desarrollo - PD y se anexa el correo del 6/7/2020, mediante el cual desde la Subdirección de Participación informa que es "válido el acompañamiento técnico que señala el Enlace Territorial de Participación de la Dirección Territorial de Santander, como lo han hecho al dar lineamientos a las mesas de participación departamental y municipales en cuanto a la elaboración de planes de trabajo, reglamentos internos y así mismo como la revisión de cada uno de ellos", adicional a lo anterior en el acta se evidencia el "Reporte de avance de indicadores del trimestre abril-Junio del 2020 en la plataforma SÍGESTION", así mismo se evidencia la relación de los indicadores, sobre los cuales se debe presentar los informes y las evidencias correspondientes al mes de julio y agosto del 2020. **[Registro 603- Acta Comité Estratégico mes de agosto - "Realizar reunión ejecutiva y estratégica de los temas de articulación misional existente en la dirección territorial Santander, de manera virtual y en conexión con la plataforma teams"]**, se evidencia la relación del cumplimiento del reporte de los indicadores del mes de julio, agosto y septiembre, análisis de cada uno de los indicadores con sus respectivos observaciones y alertas generales; se resalta el correo remitido a la Oficina Asesora de Planeación con las observaciones encontradas en el Informe de análisis del primer trimestre, en relación con el indicador del Proceso de Participación. **[Registro 613 - Acta de reunión comité estratégico octubre - "Realizar reunión ejecutiva y estratégica de los temas de articulación misional existente en la dirección territorial Santander, de manera virtual y en conexión con la plataforma teams"]**, se evidencia los soportes de todos los procesos del cargue en la plataforma SharePoint de los informes y las evidencias respectivas al seguimiento a los indicadores del Plan de Acción con relación al avance de los indicadores del III trimestre (julio, agosto y septiembre).

Así mismo se identifican las actas del mes de abril, mayo, junio, septiembre, noviembre y diciembre dando cumplimiento a la cantidad de actividades programas, donde en el ítem 3.1 referencian cada una de las acciones del seguimiento a las metas del plan de acción.

Conclusión: El equipo auditor al evaluar los soportes presentados por la DT Santander y al analizar cada uno los temas específicos, se evidencia el cumplimiento totalmente de las actividades programadas, donde en cada soporte se especifica el seguimiento y avance del plan de acción relacionado con los indicadores. En la carpeta de Sharepoint de la auditoría se encuentra el total de soportes requeridos.

De acuerdo con la evidencias cargadas en el aplicativo de la OCI, para la actividad del código 289 se observa lo siguiente: la DT Santander cumple con la cantidad de actividades (2 correos) a reportar entre las fechas del 01/03/2020 al 10/06/2020 donde se evalúa los siguientes soportes: **[Registro 495 y 497- Conocer ajustes indicador-correo 1 - "Incumplimiento metas plan de acción vigencia 2020"]**. Se evidencia alerta de no poder ejecutar la actividad "del indicador No. 86398 "Escenarios de coordinación de la Política Pública de Víctimas en el territorio con participación efectiva de la Unidad", y se observa toda la trazabilidad del caso de acuerdo al correo del 19 de marzo, donde se indica que: "En atención a su correo sobre el indicador de la meta No. 86398 "Escenarios de coordinación de la Política Pública de Víctimas en el territorio con participación efectiva de la Unidad", que corresponde a la asistencia y participación en los Comités de Justicia Transicional -CJT-, le informo que "debido a la contingencia suscitada por la grave situación sanitaria producida por el eventual contagio de la pandemia COVID-19, los once (11) comités de justicia transicional -CJT- que se tenían programados, coordinados y agendados por cada uno de los tres profesionales de la DGI a cargo del tema, fueron cancelados en atención a la Resolución 0272 de 2020.-", así mismo se adjunto archivo del documento de cancelación del evento con todos los detalles de la decisión tomada. **[Registro 567 - Alertas nivel nacional junio - "Acta de cambio no. 42 DT Santander - indicador no. 86397"]**, se evidencia alerta de solicitud de ajuste del 24 junio de 2020 sobre el indicador "Diligenciamiento de la herramienta de seguimiento a la oferta instruccional articulada al interior de la DT", sobre el cual estaba previsto iniciar reporte para del mes de agosto, pero por razones expuestas en la comunicación de la imposibilidad, éste solo podrá reportarse para el mes de octubre- Al verificar la trazabilidad por el equipo auditor se evidencia en el correo del 25 y 26 junio 2020, donde se acata las directrices emitidas por la Subdirección de Coordinación Nacional Territorio y anexa la acta de cambio No. 42, mediante el cual se solicita el ajuste en la programación del indicador No. 86397. **[Registro 558- Alerta observación indicadores al nivel nacional OAP mayo - "Seguimiento a indicadores Plan De Acción 2020"]** se evidencia la trazabilidad en Excel del seguimiento realizado a los indicadores del Plan de Acción con corte al 30 de abril del 2020 e indica que esta herramienta sirve de base para la auditoría interna del 1 y 2 de junio, donde se especifica algunas observaciones para la OAP sobre el cargue de estos.

Adicional a lo anterior se evidencia correos de alertas de indicadores, alertas de cumplimiento de metas, alerta programación del plan de acción, alerta indicadores psicosocial y observaciones de indicadores a nivel nacional (OAP).

Conclusión: El equipo auditor al evaluar los soportes presentados por la DT Santander y al analizar cada uno los temas específicos, da por cumplida totalmente la actividad, donde se identifica un total de 13 evidencias de alertas. En la carpeta de Sharepoint de la auditoría se encuentra el total de soportes requeridos.

De acuerdo con la evidencia cargada en el aplicativo de la OCI, para la actividad del código 281 se observa que la DT Santander ha realizado las mesas de trabajo para el seguimiento mensual a las evidencias que soportan los controles del Mapa de Riesgos. Por parte del equipo auditor se evalúa los siguientes soportes tomados como muestra: **[Registro 500 - Acta mensual marzo equipo riesgos - "Reunión de seguimiento y control al Mapa de Riesgos de la DT Santander con el Equipo de Riesgos - Marzo"]**, se evidencia el registro del cargue de las evidencias de los controles del mapa de riesgo de la DT. Santander, donde relacionan el proceso, la evidencia de los riesgos de gestión y de corrupción. **[Registro 506 - Acta mensual equipo riesgos abril - "Seguimiento y control al Mapa de Riesgos de la DT Santander con el Equipo de Riesgos - Abril"]** se evidencia la revisión de la soporte a reportar, la materialización y el cumplimiento del plan de mejoramiento de los controles del mapa de riesgo. Se observa la relación del proceso con las evidencias de los riesgos de gestión y de corrupción y se adjunta los correos de la trazabilidad del Monitoreo a la materialización de los riesgos del corte del mes de Enero- Marzo. **[Registro 576 - Acta mensual equipo de riesgos julio - "Realizar la aprobación del mapa de riesgos de la Dirección Territorial Santander, de acuerdo con la metodología de administración de riesgos de la Unidad"]**. Se evidencia el registro de la revisión y actualización del mapa de riesgos, donde se menciona los cambios a contemplar y se valida el nuevo mapa, teniendo en cuenta los insumos del análisis de contexto, el mapa de riesgos anterior y las necesidades establecidas al interior de equipo. Así mismo se adjunta los pantallazos de la participación del Director. **[Registro 610 - Acta N.826 reunión mensual equipo de riesgos octubre - "Seguimiento Mapa de Riesgos y revisión de evidencias de los diferentes procesos que hacen parte del Equipo de Riesgos - mes de octubre"]** Se evidencia el registro de la revisión del Mapa de Riesgos en el acta y las evidencias de los controles identificados en el mes de septiembre, donde se relaciona el proceso y las soportes de los controles de gestión y corrupción. Así mismo se evidencia una relación de los soporte a cargar por parte del equipo de servicio al ciudadano.

Adicional a lo anterior se identifican las actas del mes de febrero, mayo, junio, julio, septiembre, noviembre y diciembre, las cuales contemplan el seguimiento y control de los riesgos.

Conclusión: El equipo auditor al evaluar los soportes presentados por la DT Santander y al analizar cada uno los temas específicos, da por cumplida totalmente la actividad. Se cuenta con el total de las 11 actas y en cada uno se analiza el seguimiento y los soportes realizados a los controles del Mapa de Riesgos.

De acuerdo con la evidencia cargada en el aplicativo de la OCI, para la actividad del código 282, por parte del equipo auditor se evalúa y analiza los siguientes soportes cargados por la DT. Santander, obteniendo los siguientes resultados: **(Registro 504 - acta comité estratégico marzo - "Realizar reunión ejecutiva y estratégica de los temas de articulación misional existente en la dirección territorial Santander")** Se evidencia en el ítem 5.2 del acta que el enlace del SIG – Lina María Martínez, socializa los temas de Administración de Riesgos y otros, donde se informa al Director que: *"el avance en el tema de Riesgos y los compromisos con el nivel nacional de entregar el Contexto Estratégico de Riesgos actualizado, trabajado por procesos el cual ya se cumplió, de igual manera se informa que se va a trabajar en Plan de Mejoramiento de la Auditoría de Gestión vigencia 2019, con el apoyo de la Oficina de Control Interno, así mismo, se continuará fortaleciendo cada uno de los temas inmersos en el Sistema Integrado de Gestión en el tiempo estipulado según plan de trabajo del SIG."* **(Registro 569 - Acta Comité Estratégico mes de mayo - "Realizar reunión ejecutiva y estratégica de los temas de articulación misional existente en la dirección territorial Santander de manera virtual y en conexión con la plataforma teams")**, se evidencia en el ítem 3.1 del acta la socialización de la metodología y la Política de Riesgos, donde se recalca: *"el cargo de evidencias mensuales al Equipo de Riesgos (Red Nacional de Información e Indemnizaciones), con el fin de controlar cada uno de los riesgos existentes, de igual manera se recalca la importancia al equipo de estar muy atentos en estas reuniones a las retroalimentaciones en el tema para fortalecer conceptos y tener claridad frente a este, a la vez se enfatizó en la metodología de Riesgos, la cual se debe actualizar dos veces al año de acuerdo a los lineamientos y cronograma establecidos por la Entidad, en esta encuentran: política de Riesgos, identificación de Riesgos y valoración de Riesgos, informa que en este momento se le va a dar continuidad al ejercicio de identificación de los riesgos con los procesos priorizados (RINIENDEMNIZACIONES – SERVICIO AL CIUDADANO), lo anterior se va a fortalecer mediante el envío vía correo electrónico de la metodología y Política de riesgos socializada el día anterior por parte de la DAP, y se hará una evaluación de apropiación de conceptos mediante encuesta individual, todas estas actividades teniendo en cuenta el cronograma de actualización de Mapa de Riesgos enviada por el Nivel Nacional. Se informa que para la vigencia 2020, los procesos priorizados para Mapa de Riesgos son: Indemnizaciones, RNI y Servicio al Ciudadano"*. **(Registro 583 - Acta Comité Estratégico mes de julio - "Realizar reunión ejecutiva y estratégica de los temas de articulación misional existente en la dirección territorial Santander de manera virtual y en conexión con la plataforma teams")**, se evidencia en el ítem 3.1.4 la socialización de validación del Mapa de Riesgos para la aprobación ante el Comité Territorial, a través del correo del 23 de julio de 2020, igualmente se envió adjunta el acta N.550 donde se informa la aprobación del Mapa de Riesgos de acuerdo a la metodología de la Unidad; así mismo se socializó al operador Outsourcing mediante correo del 28 de julio, donde se resalta que en el Mapa de Riesgos continúan los riesgos de los Procesos de Indemnizaciones, Red Nacional de Información y se identifica otro nuevo riesgo del proceso de Servicio al Ciudadano: *"Imposibilidad de realizar jornadas de atención y/o ferias de servicios"*. **(Registro 611- Acta de reunión comité estratégico octubre - Realizar reunión ejecutiva y estratégica de los temas de articulación misional existente en la dirección territorial Santander, de manera virtual y en conexión con la plataforma teams)** Se evidencia en el ítem 3.1.5 el Estado y compromisos en el tema de Riesgos con sus controles de los procesos de Indemnizaciones, Red Nacional de Información y Servicio al Ciudadano.

Adicional a lo anterior de acuerdo a 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 y se evalúa los seis (6) requisitos a tener en cuenta en el diseño requerido por la guía del DAFP. Se obtiene como resultado que la DT, Santander tuvo en cuenta los requisitos y se solicita el 4 de octubre de 2021 que registren dicho soporte en el aplicativo. De igual manera se identifican las actas de seguimiento del mapa de riesgos del mes de febrero, mayo, junio, septiembre, noviembre y diciembre.

Conclusión: El equipo auditor al evaluar los soportes presentados por la DT Santander y al analizar cada uno los temas específicos, da por cumplida totalmente la actividad. La DT cuenta con el total de los 11 soportes referente a la socialización y avance del seguimiento a la matriz de riesgos.

De acuerdo con la evidencia cargada en el aplicativo de la OCI, para la actividad del código 284, por parte del equipo auditor se evalúa y analiza los siguientes soportes cargados por la DT. Santander, obteniendo los siguientes resultados: **(Registro 502-Acta capacitación instructivo servicio vigilancia - "Socialización instructivo para el servicio de vigilancia y fortalecimiento del tema de Riesgos – SIG Dirección Territorial Santander")** Se evidencia en el ítem 3 del acta, la actividad *"Juego de Posibilidades – Instructivo de Vigilancia (Plan de Mejoramiento)"*, donde el grupo se dividió en tres equipos y a cada uno le correspondió un tema específico del instructivo para el servicio de vigilancia; en esta el integrante de manera clara a través de mímicas y oratoria explica el tema designado. los temas tratados fueron: *"Cornet Institucional, Minuta, portafol, cédula, bolsa a la salida, ingreso y egreso de equipo"*. La anterior dinámica busca tener claridad sobre las directrices de los controles referente a la entrada, salida de equipos portátiles y otros compromisos del instructivo a cumplir por todo el personal. **(Registro 548 - Soportes mensuales minuta DT Santander - "Formato control de visitas del mes de marzo")**, Se evidencia en la presente minuta el listado total llevado por la DT. **(Registro 607 - Soporte bitácora de seguridad agosto y septiembre)**. Se evidencia el listado total del control. **(Registro 615 - Soporte bitácora de seguridad noviembre)**. Se evidencia por correo electrónico del 30 octubre de 2020 el adjunto de la bitácora del ingreso a la sede DT. Santander.

Se adjuntaron las demás minutas faltantes, observando que en cada una de ellas las intrusiones de la capacitación.

Conclusión: El equipo auditor al evaluar los soportes presentados por la DT Santander y al analizar cada uno los temas específicos, da por cumplida totalmente la actividad. La DT cuenta con el total de los registros de la minuta de la Dirección Territorial, referente a los bienes de propiedad particular como los bienes de propiedad de la Unidad.

De acuerdo con la evidencia cargada en el aplicativo de la OCI, para la actividad del código 286, por parte del equipo auditor se evalúa y analiza los siguientes soportes cargados por la DT. Santander, obteniendo los siguientes resultados: **(Registro 616 - Acta No. 10 COPASST octubre seguimiento extintores - "Realizar el seguimiento al Plan de trabajo anual del sistema de seguridad y salud en el trabajo 2019")** Se evidencia la realización de 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", donde en la fecha del 09 al 11 de octubre de 2019 se recargaron los extintores de la Dirección Territorial de Santander, los puntos de atención de Bucaramanga y su área metropolitana. Se adjunta evidencias fotográficas y copia del mail enviado a Tatiana Cuellar. **(Registro 807 - Acta 1097 equipo COPASST extintores 2020 - " Realizar el seguimiento al Plan de trabajo anual del sistema de seguridad y salud en el trabajo 2020")** Se evidencia actividad de "Actualizar el Sistema de Vigilancia Epidemiológico bioeconómico; actualización de matriz, inspecciones, realización de escuelas terapéuticas, comunicaciones de prevención e intervención del riesgo". Se observa que el 26/11/2020 se realizó la capacitación relacionada con el sistema de control de incendios e inspección de extintores. Evidencia: carpeta: incendios - Extintores y el 04/11/2020 se realizó la capacitación sobre inspecciones planeadas. Evidencia: carpeta: Inspecciones Planeadas.

Conclusión: El equipo auditor al evaluar los soportes presentados por la DT Santander y al analizar cada uno los temas específicos, da por cumplida totalmente la actividad. La DT cuenta con la evidencia de la revisión, mantenimiento y recarga de los elementos (extintores) de acuerdo a su fecha de vencimiento del año 2019 y 2020, adicional a lo anterior se evidencia requerimientos a nivel nacional sobre botiquines, elemento de protección personal y otros.

De acuerdo con la evidencia cargada en el aplicativo de la OCI, para la actividad del código 290, por parte del equipo auditor se evalúa y analiza los siguientes soportes cargados por la DT. Santander, obteniendo los siguientes resultados: **(Registro 501 - Acta 118 capacitación instructivo servicio vigilancia - "Socialización instructivo para el servicio de vigilancia y fortalecimiento del tema de Riesgos – SIG Dirección Territorial Santander")** Se evidencia en el ítem 3 de la acta la actividad del *"Juego de Posibilidades – Instructivo de Vigilancia (Plan de Mejoramiento)"*, donde se explica por cada participante las directrices que contempla el instructivo. **(Registro 505 - Soporte cierres de contingencia - "corros del teletrabajo en casa")**, Se evidencia socialización de las directrices a tener en cuenta para el retiro e ingreso a la Dirección Territorial. **(Registro 576 - socialización instructivo de seguridad julio - "socialización del instructivo para el servicio de vigilancia")** Se evidencia la lista de asistencia del 28 de julio de 2020 sobre la socialización del documento de vigilancia. **(Registro 575 - Fortalecimiento socialización instructivo de seguridad julio - " Socialización instructivo para el servicio de vigilancia DT Santander")**. Se evidencia el correo del adjunto y socialización 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.

Adicional a lo anterior de acuerdo a la revisión realizada por el equipo auditor y para complementar el tema de las capacitaciones de vigilancia, se verifica en la página Web de la entidad el instructivo de servicio de vigilancia, el cual es solicitado el 4 de octubre de 2021 por equipo auditor y es registrado por el auditado en la plataforma el 06 de octubre de 2021.

Conclusión: El equipo auditor al evaluar los soportes presentados por la DT Santander y al analizar cada uno los temas específicos, da por cumplida totalmente la actividad. La DT cuenta con el total de las dos (2) evidencias de la socialización del instructivo y adicionan otras actividades referente al tema.



























1- Las causa busca eliminar la debilidad	Escala	2- La actividad se relaciona con la causa descrita	Escala	3- La actividad propianda por eliminar la debilidad	Escala	4- La evidencia prueba total integridad la ejecución de la actividad	Escala	5- La evidencia requiere actividades adicionales	Escala
SI	35	SI	5	SI	15	SI	45	SI	25
NO	0	NO	0	NO	0	Parcial	20	NO	0
						NO	0		



































































































