

 <p>El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>1</b> de <b>53</b>

## INFORME FINAL DE AUDITORÍA

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno (en adelante OCI), en ejercicio de las funciones legales dispuestas en la Ley 87 de 1993, el Decreto 1083 de 2015, el Decreto 1499 de 2017 y la Resolución 100 del 5 de febrero de 2016, posteriormente ajustada por la Resolución 04271 de 2018 de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, además de las normas que reglamentan o modifican las anteriores disposiciones normativas en el ámbito de la evaluación del Sistema de Control Interno, presenta el informe final de auditoría a la Dirección Territorial que se relaciona a continuación:

Nombre de la Dirección Territorial: Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales.

Dependencia líder: Dirección General.

Servidor responsable del Proceso: Carlos Arturo Pardo Alezones.

Tipo de auditoría realizada: Efectividad del sistema de control interno.

Fecha de auditoría: septiembre 23 al 29 de noviembre de 2019.

Equipo Auditor: Auditor líder Ingeniero Juan Carlos Castellanos Mayorga.  
Auditor Ingeniero Jose David Murcia Rodriguez.

Es de anotar que la Oficina de Control Interno remitió el informe preliminar a la Dirección Territorial Central mediante correo electrónico del 29 de noviembre de 2019, concediendo un término de tres días hábiles para recibir observaciones con respecto al concepto de auditoría, término que finalizó el miércoles 4 de diciembre de la presente anualidad, sin que el auditado haya presentado observaciones y en consecuencia se protocoliza el informe preliminar como definitivo.

### 1. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA.

La auditoría tiene como objetivo evaluar la eficiencia, eficacia y efectividad de los modelos de control interno asociados a la gestión de las Direcciones Territoriales. Para lograr el propósito, se examina en cada Territorial los procesos y elementos del Sistema de Control Interno formalmente identificados.

Igualmente, evaluar el Sistema de Control Interno asociado a la eficiencia, eficacia y efectividad de la gestión gerencial de los Directores Territoriales, vista esta desde el logro de metas, aplicación de normas y modelos de gestión efectivos. Para lograr el propósito, se examinan aspectos comunicacionales y de seguimiento a las acciones de control que se deben realizar de conformidad con la naturaleza de la función.

Para efectos de lograr el propósito se tienen como objetivos específicos: i) Verificar que las funciones asignadas se ejecuten mediante procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos o cualquier instrumento formalmente adoptado por la entidad; ii) Verificar que los líderes de los procedimientos implementen, ejecuten, controlen y hagan seguimiento a las herramientas básicas de control (batería de medición, mapa de riesgos, controles, seguimiento

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>2</b> de <b>53</b>

y mejoramiento); iii) Verificar que los líderes del proceso hagan seguimiento a la gestión delegada funcional u operativamente a los miembros de su equipo de trabajo y iv) Verificar que los líderes de los procesos implementen, ejecuten y controlen las directrices que ellos han dispuesto con base en el modelo de gestión y control para lograr las metas propuestas en el plan de acción.

## **2. ALCANCE DE LA AUDITORÍA.**

Inicia con la recolección y análisis de la información obtenida por el Equipo Auditor de la OCI de las fuentes identificadas y concluye con el informe final de auditoría. En lo pertinente se auditan los resultados de los modelos de medición, riesgo, control, seguimiento y gestión.

Para la presente auditoría se evalúa la gestión de la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales desde el 01 de enero de 2018 hasta el 30 de junio de la vigencia 2019.

## **3. GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR.**

Durante el desarrollo del proceso auditor se materializa el riesgo de cumplir con los términos de tiempo y oportunidad establecidos en el programa de auditoría interna, debido a externalidades propias de las funciones que tiene la Oficina de Control Interno, tales como el trabajo que conlleva la atención al Equipo Auditor de la Contraloría General de la República, a cargo de la UARIV, a los procesos de planeamiento institucional y a la designación de las Direcciones Territoriales sujetas de auditoría.

En especial se debe resaltar que el acceso a las fuentes de información del proceso por parte del auditor se realiza de manera armónica y ello no genera ninguna perturbación a la gestión. El trabajo mancomunado con el auditado y la claridad en las actividades permiten llevar a cabo el normal desarrollo de la auditoría.

## **4. METODOLOGÍA UTILIZADA.**

El Equipo de Auditoría de la Oficina de Control Interno para el desarrollo de la auditoría aplica la norma técnica colombiana NTC – ISO 19011 versión 2018. Igualmente se apoya en las recomendaciones que sobre el particular establece el Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna del Instituto de Auditores Interno de Colombia IIA, versión 2016. En los temas relacionados con aspectos financieros se usa la Norma Internacional de Auditoría, NIA.

## **5. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA.**

El artículo 12 de la Ley 87 de 1993, señala como funciones de la Oficina de Control Interno “*Velar por el cumplimiento de las leyes, políticas, procedimientos, planes, programas, proyectos y metas de la organización y recomendar los ajustes de metas*” en este escenario, el Equipo Auditor evalúa que la Dirección Meta y Llanos Orientales dé cabal cumplimiento a sus funciones dentro del marco normativo desarrollado al interior de la entidad.

La Dirección Meta y Llanos Orientales es una de las dependencias de la entidad donde se ejecutan actividades relacionadas con los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de

 <p>El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>3</b> de <b>53</b>

evaluación con el propósito de lograr los objetivos institucionales que redundan en el favorecimiento de los derechos a las víctimas.

De lo anterior se colige que los comentarios del Equipo Auditor se enmarcan en el espíritu de la mejora continua, en cuyo escenario la crítica es constructiva y propende por evidenciar potenciales fallas del sistema de control interno, que con el compromiso de todos y las acciones de fondo que se adopten pueden fortalecerlo y con ello contribuir a la misión y visión de la Unidad.

En este sentido, se procede a efectuar el análisis de la información suministrada por la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales y los controles implementados en su gestión, obteniéndose el siguiente resultado:

### **5.1 Seguimiento a la Gestión Gerencial.**

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el cumplimiento de las funciones de la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales contenidas en el artículo 29 del Decreto 4802 de 2011. La finalidad es establecer que todas y cada una de las funciones son atendidas en la gestión institucional a nivel de la jurisdicción que le corresponde.

El cruce de la información permite evidenciar que los procesos o actuaciones gerenciales de los servidores de la Dirección Territorial corresponden con los dispuestos en el ordenamiento legal. Cualquier incumplimiento se tiene como una debilidad del sistema de control interno.

El Equipo Auditor durante la visita efectuada a la Dirección Territorial solicita las evidencias pertinentes y conducentes que demuestren el cabal cumplimiento de las funciones dispuestas en el Decreto 4802 de 2011 para las Direcciones Territoriales. En dicha oportunidad se referencia información relacionada, que una vez evaluada con los criterios de auditoría generalmente aceptados se determina que no cumple con los requisitos mínimos para ser catalogada como evidencia, razón por la cual se encuentra debilidad del sistema de control interno por este ítem.

Frente a lo anterior, el Equipo Auditor solicita mediante correo electrónico oficial, el envío de la evidencia el martes 5 de noviembre de 2019. Pasado el lapso otorgado se recibe información el 8 de noviembre que corrobora el cumplimiento de las funciones dispuestas en el Decreto arriba citado.

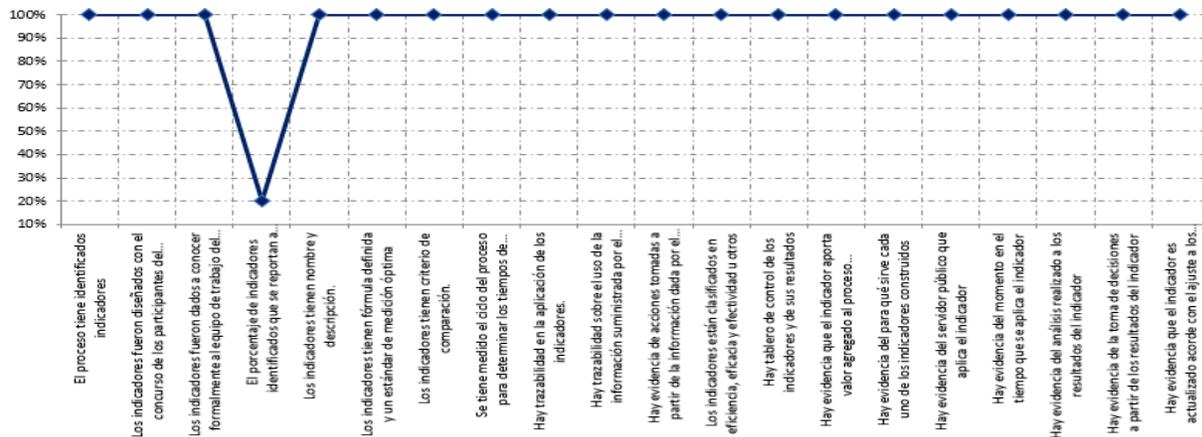
Por todo lo anterior, el Equipo Auditor encuentra suficiente soporte para romper el escepticismo profesional, la incertidumbre en relación con la ejecución de las funciones en el marco de las disposiciones normativas y administrativas, razón por la cual no se encuentra debilidad del sistema de control interno por este ítem.

### **5.2 Aplicación Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión**

#### **5.2.1 modelo de medición, indicadores.**

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019
		Página 4 de 53

El Equipo Auditor aplica a servidores seleccionados adscritos a la Dirección Territorial una herramienta de percepción que tiene como propósito determinar el nivel de madurez de la medición. Los resultados obtenidos se muestran en la siguiente gráfica:



Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión. Fuente propia OCI

Del análisis de datos se tiene que los servidores consideran que la medición del proceso (batería de indicadores) está totalmente de acuerdo a las necesidades, dado que se ubica en el 96% del valor máximo posible en la escala de Likert<sup>1</sup>, metodología utilizada en la herramienta de evaluación. Lo anterior significa que *"Hay evidencia de un sistema de medición en plena producción que sustenta la toma de decisiones, que es inherente al proceso, actualizado y socializado adecuadamente"*.

De lo anterior se colige que existe un escenario propicio para mejorar la batería de medición y así lograr que:

*"Los indicadores (son) una forma clave de realimentar un proceso, de monitorear el avance o la ejecución de un proyecto y de los planes estratégicos, entre otros. Y son más importantes todavía si su tiempo de respuesta es inmediato, o muy corto, ya que de esta manera las acciones correctivas son realizadas sin demora y en forma oportuna", al igual que "los indicadores son mecanismos que permiten controlar el comportamiento de factores críticos en la ejecución de los planes, programas, proyectos y de los procesos de la entidad"*<sup>2</sup>

En el hoy Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), los indicadores tienen como finalidad *"... una adecuada evaluación o seguimiento a lo previsto en la planeación institucional es contar*

<sup>1</sup> La escala de Likert es una de las escalas más utilizadas en investigación en ciencias sociales. Ofrecen un sistema de clasificación simple que es común a las encuestas de todo tipo. La escala se llama así por el psicólogo que lo creó, Rensis Likert. Un uso común de la escala de Likert es una encuesta que pregunta a los encuestados para ofrecer su opinión sobre algo, indicando el nivel al que están de acuerdo o en desacuerdo.

<sup>2</sup> COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI. Bogotá, D.C., 2014, p-51 y 58

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>5</b> de <b>53</b>

con un grupo de indicadores que permita conocer el estado real de la ejecución de las actividades, el logro de metas, objetivos o resultados y sus efectos en la ciudadanía”<sup>3</sup>

De otra parte, es pertinente traer a colación lo dispuesto por el Departamento Administrativo de la Función Pública, en relación con los indicadores de la gestión, teniendo como escenario que medir es una herramienta de gerencia que se debe aplicar a todo aquello que se ejecuta, los indicadores de gestión no son una materia exclusiva y excluyente de los planes de acción, sino que son un entorno donde es posible y recomendable aplicar esta herramienta gerencial.

Al respecto el DAFP señala que:

*La importancia del control de gestión sobre los programas, planes y proyectos se sustenta en los recursos limitados de las entidades y en el reconocimiento del derecho que poseen los ciudadanos y usuarios de los bienes y servicios públicos a conocer sobre el fin último y el impacto de dichos recursos.*

*Por otro lado, es preciso aclarar que en muchas ocasiones los resultados que se obtienen de la ejecución de los programas, planes y proyectos, deben medirse en los diferentes momentos o etapas de su desarrollo, a fin de que los resultados obtenidos a través de la medición permitan mejorar la planificación, entender con mayor precisión las oportunidades de mejora de determinados procesos y analizar el desempeño de las acciones, logrando tomar decisiones con mayor certeza y confiabilidad.*

(...)

*En consecuencia una adecuada medición debe ser (i) Pertinente, esto significa que las mediciones que se lleven a cabo sean relevantes y útiles en el tiempo para facilitar las decisiones que serán tomadas sobre la base de tales mediciones; (ii) Precisa, debe reflejar fielmente la magnitud que se quiere analizar, lo cual puede conseguirse a través de una buena definición de las características de las unidades a medir y una adecuada elección del instrumento de medición; (iii) Oportuna, que los resultados de la medición estén disponibles en el tiempo en que la información es importante y relevante para la toma de decisiones, tanto para corregir como para prevenir y (iv) Económica, debe existir una proporcionalidad y racionalidad entre los costos incurridos en la medición y los beneficios o la relevancia de la información suministrada.*

(...)

*Finalmente, es importante mencionar que para trabajar con los indicadores es preciso establecer todo un sistema que comience desde la adecuada comprensión del objetivo o de las características de los procesos hasta la toma de decisiones apropiadas para fortalecer, mejorar y en los casos que sea posible innovar respecto a los planes, programas, proyectos y procesos de los cuales dan cuenta.<sup>4</sup> (...)*

El Equipo Auditor durante la visita efectuada a la Dirección Territorial solicitó las evidencias pertinentes y conducentes que demuestre el uso de la herramienta gerencial indicadores de gestión más allá de los expuestos exclusivamente para el plan de acción.

<sup>3</sup>....., Manual Operativo. Sistema de Gestión, Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Bogotá, D.C., 2017, p - 33

<sup>4</sup> COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Guía para la construcción y análisis de Indicadores de Gestión. Bogotá, D.C., 2015, p-18 - 20

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>6</b> de <b>53</b>

La gestión de la Dirección Territorial trasciende los indicadores circunscritos al plan de acción, toda vez que el ejercicio gerencial implica realizar actividades de diversa índole que se deben ejecutar en tiempos establecidos y dentro de toda la jurisdicción de la DT, como una herramienta que permite la toma de decisiones.

El Equipo Auditor durante la visita efectuada a la Dirección Territorial Meta Llanos Orientales solicita las evidencias que sustentan el uso de otros indicadores adicionales al plan de acción, como herramienta gerencial. De acuerdo con la información suministrada por la DT, no se pudo superar el grado de incertidumbre sobre la aplicación de estos. Lo anterior no permite evidenciar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 48 de la Ley 190 de 1995 y se constituyen en una debilidad del Sistema de Control Interno al incumplir lo establecido en los artículos 2° literales b), e) y g); 3° literales a) y d); 4° literales c) y e) y 6° de la Ley 87 de 1993.

El Equipo Auditor considera como potenciales causas la falta de utilización de otras herramientas gerenciales y el conocimiento de las ventajas administrativas que se obtienen a partir de la aplicación de modelos de medición y de indicadores.

Al respecto, en comunicación del ocho (8) de noviembre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado considera en términos generales lo siguiente:

*"Respecto a esta debilidad en este numeral me permito pronunciarme, manifestando que como bien establece el art 48 de la Ley 190 de 1995 "ARTICULO 48. A partir de la vigencia de esta Ley todas las entidades públicas de la Rama Ejecutiva deberán establecer, a más tardar el treinta y uno (31) de diciembre de cada año, los objetivos a cumplir para el cabal desarrollo de sus funciones durante el año siguiente, así como los planes que incluyan los recursos presupuestados necesarios y las estrategias que habrán de seguir para el logro de esos objetivos, de tal manera que los mismos puedan ser evaluados de acuerdo con los indicadores de eficiencia que se diseñen para cada caso, excepto los gobernadores y alcaldes a quienes en un todo se aplicará lo estipulado en la ley que reglamentó el artículo 259 de la Constitución Política referente a la institución del voto programático.*

*Parágrafo. A partir de la vigencia de esta Ley, todas las entidades públicas diseñarán y revisarán periódicamente un manual de indicadores de eficiencia para la gestión de los servidores públicos, de las dependencias y de la entidad en su conjunto, que deberán corresponder a indicadores generalmente aceptados.*

*El incumplimiento reiterado de las metas establecidas para los indicadores de eficiencia, por parte de un servidor público, constituirá causal de mala conducta..", claramente expresa la norma toda entidad pública de la rama ejecutiva, como es para este caso la Unidad para la atención y Reparación integral de las víctimas debe establecer sus objetivos a cumplir, objetivos que se encuentran plasmados en el Plan de Acción anual, y que lo desarrollan todas las direcciones, incluyendo las territoriales y sus avances son registrados en la plataforma de SISGESTION y las evidencias que respaldan este cumplimiento son registradas en la plataforma de Totoro, otros indicadores diferentes al plan de Acción como son los de gestión de las direcciones territoriales no son de carácter obligatorio como lo manifiesta o hace entender el auditor como debilidad presentada, ya que la territorial es una dependencia de la unidad y está la Entidad pública de la rama ejecutiva, por consiguiente no puede considerarse una debilidad, puesto que así lo dispone la OAP que los indicadores de gestión son opcionales y no obligatorios, dando explicación a este*

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>7</b> de <b>53</b>

*incertidumbre la territorial no ha incurrido en incumplimiento al artículo 48 de la ley 190 de 1995 y por consiguiente tampoco a los otros citados de control interno de la ley 87 de 1993.*

*Como prueba anexo en la plataforma Totoro correo enviado el 1 noviembre del 2019 donde se informa de la elaboración OPCIONAL de los indicadores de Gestión por parte de la OAP Adicional al plan de acción el Nivel Nacional requiere unos informes de gestión a las Direcciones Territoriales los cuales no fueron solicitados en la auditoría, sin embargo, me permito anexarlo a la plataforma Totoro.”*

Para determinar si las consideraciones aportadas por el auditado tienen el suficiente soporte que lleve inequívocamente al Equipo Auditor a cambiar el concepto de la debilidad comunicada y superar la incertidumbre asociada, se parte del análisis de la argumentación y de la evidencia enviada para iniciar el estudio que desvirtúe o no el criterio Auditor.

Es evidente que la Dirección Territorial es parte de la UARIV y en consecuencia debe cumplir con lo lineamientos institucionales en términos de medición por vía de indicadores. Lo que no se comparte es el criterio que no se midan todas y cada una de las actividades y acciones ejecutadas por la Dirección Territorial. Lo anterior dado que en cada caso se hace uso de recursos (de toda índole) suministrados para el efecto y, por lo tanto, deben ser controlados lo que necesariamente lleva al campo de las mediciones pertinentes.

La figura de la medición no se puede circunscribir únicamente a los temas del plan de acción por cuanto, entre otros aspectos que requieren de medición son los controles asociados a la administración de riesgos, al uso eficiente de recurso físicos, a la gestión administrativa relacionada con el inmueble donde se tiene la sede, entre muchos otros.

Por lo anterior, evaluado el soporte documental y los criterios expresados por el auditado, el Equipo Auditor no rompe el escepticismo profesional y por ende se mantiene como debilidad del sistema de control interno.

### **5.2.2 modelo de control interno de eventos negativos (Riesgos)**

El Equipo Auditor aplica a servidores seleccionados adscritos a la Dirección Territorial una herramienta de percepción que tiene como propósito determinar el nivel de madurez de la medición del sistema de riesgos. Los resultados obtenidos se muestran en la siguiente gráfica:



El futuro es de todos

Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas

### SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

Código: 150,19,15-8

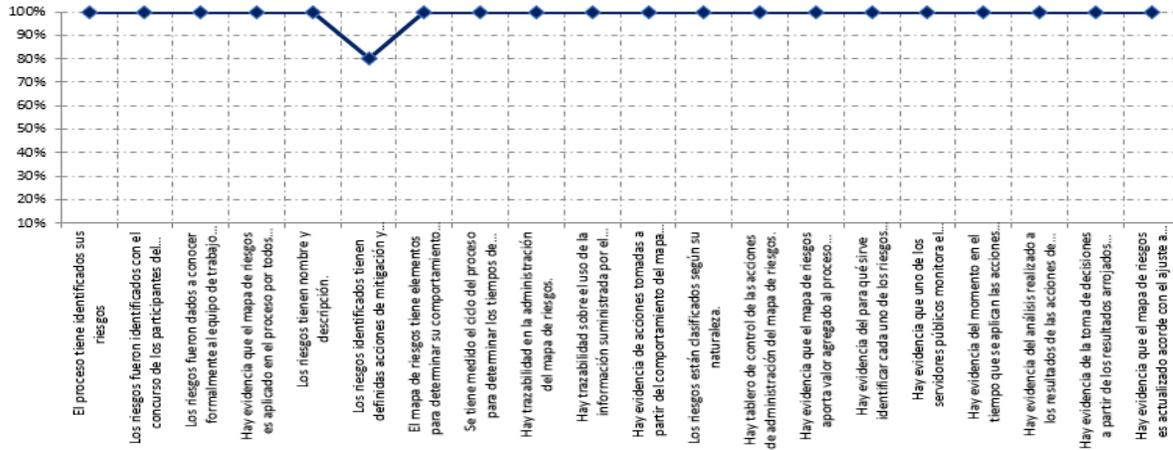
#### PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

Versión: 07

#### PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO

Fecha: 17/04/2019

Página 8 de 53



Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión. Fuente propia OCI

Del análisis de datos se tiene que los servidores consideran que el mapa de riesgos del proceso (amenazas/peligros) está totalmente en de acuerdo a las necesidades, dado que se ubica en el 99% del valor máximo posible en la escala de Likert<sup>5</sup>, metodología utilizada en la herramienta de evaluación. Lo anterior significa que "Hay evidencia de un mapa de riesgos y modelo de administración de estos en plena producción que sustenta la toma de decisiones, que es inherente al proceso, actualizado y socializado adecuadamente".

Consecuencia de lo anterior, el equipo Auditor no encuentra necesidad de declarar debilidad sobre este aspecto. Esto no es óbice para recomendar a la Dirección Territorial mantener las actuaciones desplegadas hasta el momento.

### 5.2.3 modelo a los sistemas de control.

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el nivel de madurez del modelo de control y seguimiento definidos en la Ley 87 de 1993 en el artículo 2º literales b), c), d), e) y g), artículo 3º literales a) y c); Decreto 1499 de 2017 Manual Operativo de MIPG numeral 3.2.1 en la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales. El uso de la matriz de maduración permite establecer los puntos críticos y de inflexión donde una gerencia pública puede tomar acciones preventivas que propendan por el logro de los objetivos institucionales. Cualquier incumplimiento se tiene como una debilidad del sistema de control interno.

Siguiendo los parámetros de la herramienta citada, el Equipo Auditor la aplica para determinar el nivel de madurez del modelo de control inherente a la gestión desplegada por la Dirección Territorial. Los resultados obtenidos se muestran en la siguiente gráfica:

<sup>5</sup> La escala de Likert es una de las escalas más utilizadas en investigación en ciencias sociales. Ofrecen un sistema de clasificación simple que es común a las encuestas de todo tipo. La escala se llama así por el psicólogo que lo creó, Rensis Likert. Un uso común de la escala de Likert es una encuesta que pregunta a los encuestados para ofrecer su opinión sobre algo, indicando el nivel al que están de acuerdo o en desacuerdo.



El futuro es de todos

Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas

**SISTEMA INTEGRADO DE GESTION**

Código: 150,19,15-8

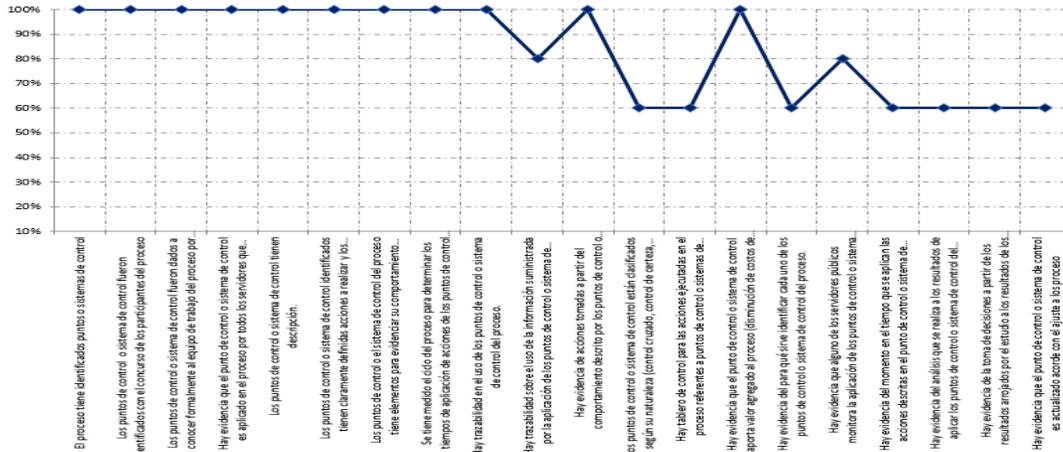
**PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE**

Versión: 07

**PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO**

Fecha: 17/04/2019

Página 9 de 53



Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión. Fuente propia OCI

Del análisis de datos se tiene que los servidores consideran que el modelo de control inherente está totalmente en desacuerdo, dado que se ubica en el 84% del valor máximo posible en la escala de Likert, metodología utilizada en la herramienta de evaluación. Lo anterior significa que "Hay evidencia que el modelo de control que se soporta en puntos de control y otros mecanismos esta en plena producción para sustentar la toma de decisiones, que es inherente al proceso, actualizado y socializado adecuadamente".

Es así como el Equipo Auditor vislumbra la posibilidad de que la Dirección Territorial refuerce el sistema de control inherente al proceso de la gestión. En efecto, el logro de los objetivos institucionales son el centro de la gestión pública y en la medida que se tenga adecuadamente controlado el proceso se logra un entorno propicio para acatar y cumplir la funcionalidad institucional. por lo que en MIPG señala que:

*De acuerdo con lo programado en la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación, para una eficiente ejecución del gasto público se debe ejercer un permanente y efectivo control administrativo, seguimiento y evaluación, para soportar decisiones y tomar medidas correctivas en caso de ser necesarias. Además, el seguimiento facilita el reporte de informes y estadísticas a las entidades del Estado, responsables de la gestión presupuestal.*

Consecuencia de lo anterior, el equipo Auditor no encuentra necesidad de declarar debilidad sobre este aspecto. Esto no es óbice para recomendar a la Dirección Territorial mantener las actuaciones desplegadas hasta el momento.

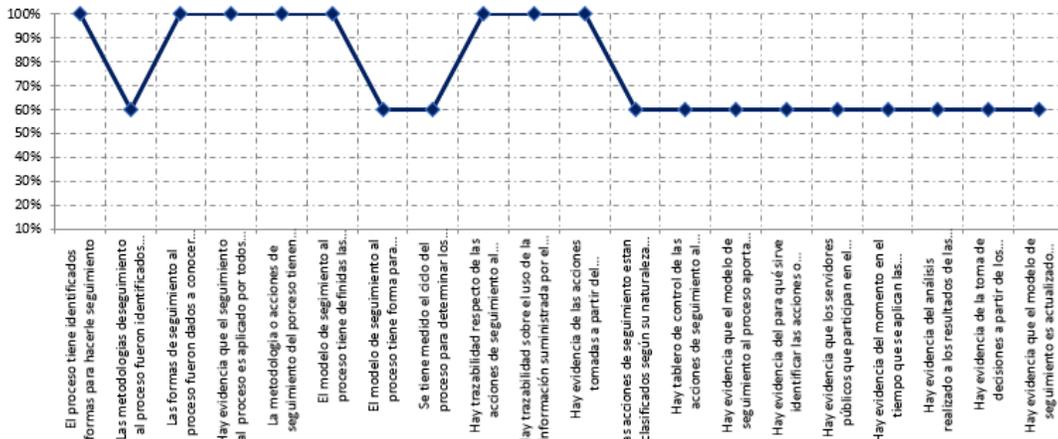
**5.2.4 modelos de los elementos de mejora o valor agregado.**

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el nivel de madurez del modelo de control y seguimiento definidos en la Ley 87 de 1993 en el artículo 2º literales b), c), d), e) y g), artículo 3º literales a) y c); Decreto 1499 de 2017 Manual Operativo de MIPG numeral 3.2.1 en la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales.

El uso de la matriz de maduración permite establecer los puntos críticos y de inflexión donde una gerencia pública puede tomar acciones preventivas que propendan por el logro de los objetivos institucionales. Cualquier incumplimiento se tiene como una debilidad del sistema de

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019
		Página <b>10</b> de <b>53</b>

control interno. Siguiendo los parámetros de la herramienta citada, el Equipo Auditor la aplica para determinar el nivel de madurez del modelo de control inherente a la gestión desplegada por la Dirección Territorial. Los resultados obtenidos se muestran en la siguiente gráfica:



Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión. Fuente propia OCI

Del análisis de datos se tiene que los servidores consideran que la medición del proceso (mejora o valor agregado) está totalmente en desacuerdo a las necesidades, dado que se ubica en el 71% del valor máximo posible en la escala de Likert<sup>6</sup>, metodología utilizada en la herramienta de evaluación. Lo anterior significa que "Hay evidencia que el modelo de mejoramiento o agregación de valor está adecuadamente estructurado y se usa como fuente de información del proceso para corregir las desviaciones que se presentan".

El Equipo Auditor durante la visita efectuada a la Dirección Territorial Meta Llanos Orientales solicita las evidencias que sustentaran las acciones de mejora continua o que generan valor agregado en la operación de la Dirección Territorial, al no contar con estas el Equipo Auditor no supera la incertidumbre sobre la ejecución, documentación o sistematización de prácticas de mejora aunque la DT las esté desarrollando, lo que impide evidenciar el cumplimiento de lo establecido en la Ley 87 de 1993 artículos 2º literales d) y f); 4º literales i), j y 6º y lo establecido en el Decreto 1499 de 2017, Dimensiones 4 y 5 de MIPG.

El Equipo Auditor considera como potenciales causas la falta de sistematización de buenas prácticas, prácticas de mejora continua y de generación de valor que se generan en la operación de la Dirección Territorial.

Al respecto, en comunicación del ocho (8) de noviembre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado considera en términos generales lo siguiente:

<sup>6</sup> La escala de Likert es una de las escalas más utilizadas en investigación en ciencias sociales. Ofrecen un sistema de clasificación simple que es común a las encuestas de todo tipo. La escala se llama así por el psicólogo que lo creó, Rensis Likert. Un uso común de la escala de Likert es una encuesta que pregunta a los encuestados para ofrecer su opinión sobre algo, indicando el nivel al que están de acuerdo o en desacuerdo.

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>11</b> de <b>53</b>

*"Evidencias que Sustenta las acciones de mejora continúa efectuadas por la Dirección Territorial Meta, como Director Territorial. Dando cumplimiento a la ley 87/1993 en los artículos enumerados por el Auditor. Se adjunta en la Carpeta Totoro DT META, RES.DEB relaciono actas de cumplimiento.*

*Acta del 4 de febrero 2019 Estrategia de Corresponsabilidad en apoyo subsidiario.  
Acta del 5 de marzo /2019 Comité Técnico Territorial  
Acta del 8 de abril /2019 Comité Técnico Territorial  
Acta del 13 de agosto /2019 Comité Técnico Territorial  
Acta del 16 de septiembre /2019 Reunión Interinstitucional SRC el Porvenir  
Acta del 23 de septiembre /2019 jornada preparatoria Protocolo de participación sujetos de Reparacion Colectiva 16 sujetos Indígenas del Amazonas."*

Para determinar si las consideraciones aportadas por el auditado tienen el suficiente soporte que lleve inequívocamente al Equipo Auditor a cambiar el concepto de la debilidad comunicada y superar la incertidumbre asociada, se parte del análisis de la argumentación y de la evidencia enviada para iniciar el estudio que desvirtúe o no el criterio Auditor y dado que si bien se presentan acciones de mejora estas no se encuentran sistematizadas ni se encuentran enmarcadas en metodologías establecidas para tal fin.

Es así como el Equipo Auditor vislumbra la posibilidad de que la Dirección Territorial refuerce la toma de decisiones a partir de las propuestas de acciones de mejora o de valores agregados, al sistema de control interno y de la gestión. En efecto, el logro de los objetivos institucionales son el centro de la gestión pública y en la medida que se tenga adecuadamente controlado el proceso se logra un entorno propicio para acatar y cumplir la funcionalidad institucional. por lo que en MIPG señala que:

*"De acuerdo con lo programado en la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación, para una eficiente ejecución del gasto público se debe ejercer un permanente y efectivo control administrativo, seguimiento y evaluación, para soportar decisiones y tomar medidas correctivas en caso de ser necesario. Además, el seguimiento facilita el reporte de informes y estadísticas a las entidades del Estado, responsables de la gestión presupuestal<sup>7</sup>.*

La ausencia de evidencias que demuestren un esquema de mejora continua como una herramienta gerencial a los logros de los resultados y metas propuestas en la Dirección Territorial genera incertidumbre en el Equipo Auditor y por lo tanto, aplicando las normas de auditoria generalmente aceptadas, 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 a lo dispuesto en el artículo 2° literales d) y f); artículo 4° literales i), j) y el artículo 6° de la Ley 87 de 1993. Se concluye que esta debilidad no sufre variación y hará parte del informe final de Auditoría.

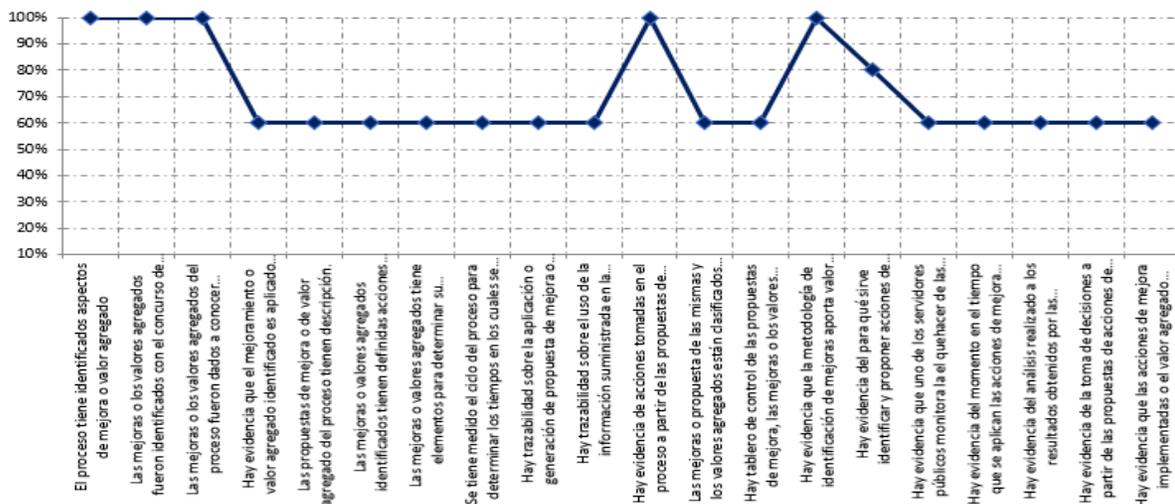
<sup>7</sup> COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Manual Operativo. Sistema de Gestión, Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Bogotá, D.C., 2017, p - 44

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>12</b> de <b>53</b>

El Equipo Auditor considera como potenciales causas la falta de sistematización de buenas prácticas, prácticas de mejora continua y de generación de valor que se generan en la operación de la Dirección Territorial

### 5.2.5 modelo de seguimiento

En lo referente al seguimiento que debe hacer el responsable de la funcionalidad de la Dirección Territorial, pasando por cada uno de los partícipes directos o indirectos El Equipo Auditor aplica la herramienta citada con el fin de establecer el nivel de madurez del sistema de control interno asociado a este aspecto. Los resultados obtenidos se muestran en la siguiente:



Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión. Fuente propia OCI

Del análisis de datos se tiene que los servidores consideran que el seguimiento está totalmente de acuerdo con las necesidades, dado que se ubica en el 76% del valor máximo posible en la escala de Likert, metodología utilizada en la herramienta de evaluación. Lo anterior significa que *"Hay evidencia que el modelo de control esta adecuadamente estructurado y se usa como fuente de información del proceso para corregir las desviaciones que se presentan"*

Es así como el Equipo Auditor ve un terreno expedito para que la Dirección Territorial realice acciones de seguimiento que aseguren una toma de decisiones en un entorno de certeza razonable teniendo como sustento la información de los anteriores componentes, todos ellos como herramienta de gerencia proclive a mejorar la gestión, minimizar costos de todo tipo y maximizar las acciones misionales en favor de los usuarios de la UARIV desde las funcionalidades del proceso auditado.

En virtud de lo expuesto es que en la Ley 87 de 1993 en su artículo 6º al hablar de la responsabilidad del control interno determina que:

*"El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas, será responsabilidad del representante legal o máximo directivo correspondiente. No obstante, la aplicación de los métodos y procedimientos al igual que la calidad, eficiencia y eficacia*

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>13</b> de <b>53</b>

*del control interno, también será de responsabilidad de los jefes de cada una de las distintas dependencias de las entidades y organismos”*

En este sentido realizar el seguimiento a las acciones, actividades u objetivos propuestos se constituye en el baluarte de un modelo de control interno fuerte y en materia de la gestión se materializa en la aplicación de los principios rectores de la gestión pública (igualdad, moralidad, eficiencia, economía, celeridad, imparcialidad, publicidad y valoración de costos ambientales).

El seguimiento es una actividad que propende por lograr que las decisiones adoptadas bajo certidumbre o en baja incertidumbre contribuyan al logro de las metas y objetivos institucionales, para lo cual la evidencia es un elemento vital de evaluación. Aplicado el papel de trabajo que evalúa este ítem del sistema de control interno se encuentra que hay evidencia de un sistema de seguimiento a la gestión de la Dirección Territorial medianamente conformado, no obstante falta que el modelo sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones y este adecuadamente evidenciada la gestión que a él corresponde. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literal d) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 4.2.1.

El Equipo Auditor durante la visita efectuada a la Dirección Territorial solicita las evidencias pertinentes y conducentes que demuestren un adecuado monitoreo o seguimiento de los sistemas de control a la gestión orientada a resultados en la Dirección Territorial.

Durante la visita in situ, al Equipo Auditor se entrega información, que una vez evaluada con los criterios de auditoria generalmente aceptados se encuentra que no cumple con los requisitos mínimos para ser catalogada como evidencia. Frente a lo anterior, el Equipo Auditor solicitó, mediante correo electrónico oficial, envió de información complementaria el 5 de noviembre de 2019 con respuesta el 8 de noviembre.

Al respecto, en comunicación 8 de noviembre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado señala que:

*La Dirección Territorial mantiene como estrategia de control a la gestión orientada a resultados, las reuniones de equipo donde se realiza seguimiento, verificación y evaluación de los resultados en cada uno de los procesos de la DT. También se realiza el monitoreo mediante el seguimiento de las salidas o productos no conformes la cual se realiza de manera mensual.*

Para determinar si las consideraciones aportadas por el auditado tienen el suficiente soporte que lleve inequívocamente al Equipo Auditor a cambiar el concepto de la debilidad comunicada, se parte del hecho que allega evidencia en soporte documental que puede desvirtuar el criterio auditor. Por todo lo anterior, el Equipo Auditor no encuentra suficiente soporte para romper el escepticismo profesional, la incertidumbre en relación con la administración y control del mapa de riesgos de la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales. En consecuencia, la debilidad no sufre variación y hará parte del informe final de auditoria.

El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de conocimiento y buenas prácticas asociadas a la temática de seguimiento a las decisiones tomadas, la ausencia de un mecanismo de alerta de manera temprana los niveles y calidades de seguimiento a las acciones planteadas por la Dirección Territorial. Lo anterior aumenta el riesgo de la no consecución de

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>14</b> de <b>53</b>

las acciones de mejora o de las decisiones tomadas por parte del Director Territorial que afecten los procesos o actividades ejecutadas en su jurisdicción.

Para ejemplarizar el escenario donde el seguimiento no es lo robusto que se espera, se trae a colación lo siguiente:

- a) Debilidad del sistema de control interno en la adquisición de mecanismos para la atención (Sistema Digiturno) en el Centro Regional para la Atención a Víctimas-Villavicencio Orinoquía. En visita al Centro Regional para la Atención a Víctimas-Villavicencio se evidencia que el mecanismo Digiturno a pesar de ser solicitado por de la Dirección Territorial a la Oficina de Tecnologías de la Información, en adelante O.T.I para la gerencia y administración de la atención a las víctimas no se encuentra instalado. La falta de este mecanismo y cualquier otro que haga parte en la organización y atención a las víctimas puede generar reprocesos y dificultades operativas.

El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de gestión efectiva y respuesta por parte de la O.T.I. a los requerimientos de la Dirección Territorial. 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.

Al respecto, en comunicación del ocho (8) de noviembre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado considera en términos generales lo siguiente:

*"En lo que corresponde a esta debilidad se sale del consorte de la dirección territorial, ya que la acción para que esto no se materializara es competencia del Nivel nacional, esta dirección cumplió con la Gestión enviando en agosto del 2018 vía correo electrónico la solicitud del digiturno al doctor Jose Rodrigo Robles, encargado de los Centros regionales en su momento, del cual no se obtuvo respuesta, sin embargo lo seguí manifestando telefónicamente y en capacitación de servicio al ciudadano de este año, las profesionales de esta área preguntaron sobre los digiturno y nuevamente no obtuvimos respuesta. El correo en mención fue presentado en los soportes entregados en la Auditoría."*

Por todo lo anterior, el Equipo Auditor no encuentra suficiente soporte para romper el escepticismo profesional y superar la incertidumbre en relación con la gestión efectiva del mecanismo digiturno y si bien se informa sobre la solicitud mediante correo electrónico, llamadas y reiteración en la capacitación de servicio al ciudadano esto no es suficiente para superar la debilidad detectada en la Dirección Territorial que garantice la implementación de mecanismos de atención al Ciudadano en el Centro Regional.

- b) Debilidad del sistema de control interno con respecto a la comunicación entre la Territorial Meta Llanos Orientales y el Nivel Nacional. El Equipo Auditor identifica debilidades en las comunicaciones internas de la Dirección Territorial con diferentes procesos de Nivel Nacional: con la O.T.I (tema Digiturno), con el proceso de Gestión Administrativa (gestión de pedidos, y gestión ambiental), con la Dirección de Gestión Interinstitucional (tema aires acondicionados Centro Regional de Atención a Víctimas-

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>15</b> de <b>53</b>

Villavicencio) y con la Subdirección de Asistencia y Reparación en cuanto a la vinculación de orientadores y documentadores.

El Equipo Auditor establece como potenciales causas la posible falta de seguimiento y escalamiento jerárquico de solicitudes de la Dirección Territorial. 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 Dimensión 5 información y Comunicación 5.2.1 Recomendaciones para una adecuada gestión de la información y comunicación.

Al respecto, en comunicación del ocho (8) de noviembre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado considera en términos generales lo siguiente:

*"Para este numeral respetuosamente manifiesto que el tema de digiturno y aires acondicionados están en los numerales 11 y 13 del escrito de debilidades, a lo que se refiere de la contratación de orientadores se relacionó en el numeral 12 del mismo escrito."*

Para determinar si las consideraciones aportadas por el auditado tienen el suficiente soporte que lleve inequívocamente al Equipo Auditor a cambiar el concepto de la debilidad comunicada, se parte del hecho que la evidencia enviada no desvirtúa el criterio Auditor en cuanto a la debilidad comunicación efectiva y la gestión de diferentes solicitudes entre la Dirección Territorial y el Nivel nacional. Si bien se adjuntan los correos relacionados con los diferentes temas citados, no se evidencia comunicación asertiva en los diferentes temas. Por todo lo anterior, el Equipo Auditor no encuentra suficiente soporte para romper el escepticismo profesional, la incertidumbre en relación con este ítem.

- c) Debilidad del sistema de control interno con respecto al tiempo de respuesta y envío de información a la Oficina de Control interno. Se evidencia debilidad en las comunicaciones internas, con respecto a las respuestas de solicitudes de información por parte de la Oficina de Control Interno, al requerir información sobre autoevaluación cuyo plazo de entrega era el 10 de julio, se pudo constatar que dicha información fue enviada el 16 del mismo mes, ello constituye falta de control en la entrega de dicha autoevaluación, el Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de una adecuada comunicación gerencial generando retrasos y reprocesos.

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 Dimensión 5 información y Comunicación 5.2.1 Recomendaciones para una adecuada gestión de la información y comunicación. Dimensión 5 Comunicación. adicionalmente se presenta incumpliendo de la Circular Interna 014 del 2015

Al respecto, en comunicación del ocho (8) de noviembre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado considera en términos generales lo siguiente:

*"Respecto a la debilidad presentada en este numeral, es cierto que presente extemporáneamente la autoevaluación debido a la extensión de la territorial y a la obligación y responsabilidad como director de asistir a las principales actividades que se desarrollan, siendo estos desplazamientos largos y que me*

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>16</b> de <b>53</b>

*ocupan en ocasiones días y fines de semana, estando en lugares que no se tiene conectividad, por eso en ocasiones como en esta me queda imposible cumplir con los tiempos.”*

Para determinar si las consideraciones aportadas por el auditado tienen el suficiente soporte que lleve inequívocamente al Equipo Auditor a cambiar el concepto de la debilidad comunicada, se parte del hecho que la evidencia enviada no desvirtúa el criterio Auditor en cuanto a la debilidad de respuesta extemporánea a solicitudes de información a la Oficina de Control interno. En consecuencia, la debilidad no sufre variación y hará parte del informe final de Auditoría.

### **5.3 Seguimiento al Plan de Acción**

La ley 87 de 1993 en su artículo 1º al definir el control interno determina que está integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, entre otros aspectos. De igual manera el artículo 4º literal c) al referirse a los elementos para el sistema de control interno ordena que *en toda la entidad bajo la responsabilidad de sus directivos debe por lo menos implementar los siguientes aspectos que deben orientar la aplicación del control interno, c) Adopción de un sistema de organización adecuado para ejecutar los planes.*

El Decreto 1083 de 2015 en su artículo 2.2.22.3.14. relaciona al menos los planes que debe tener toda entidad pública del orden nacional, al efecto en su tenor dispone que:

*Artículo 2.2.22.3.14 Integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción. Las entidades del Estado, de acuerdo con el ámbito de aplicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, al Plan de Acción de que trata el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, deberán integrar los planes institucionales y estratégicos que se relacionan a continuación y publicarlos, en su respectiva página web, a más tardar el 31 de enero de cada año:*

*Plan Institucional de Archivos de la Entidad (PINAR), 2. Plan Anual de Adquisiciones, 3. Plan Anual de Vacantes, 4. Plan de Previsión de Recursos Humanos, 5. Plan Estratégico de Talento Humano, 6. Plan Institucional de Capacitación, 7. Plan de Incentivos Institucionales, 8. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo, 9. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, 10. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (PETI), 11. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información y 12. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.*

*Parágrafo 1º. La integración de los planes mencionados en el presente artículo se hará sin perjuicio de las competencias de las instancias respectivas para formularlos y adoptarlos. Cuando se trate de planes de duración superior a un (1) año, se integrarán al Plan de Acción las actividades que correspondan a la respectiva anualidad.*

*Parágrafo 2º. Harán parte del Plan de Acción las acciones y estrategias a través de las cuales las entidades facilitarán y promoverán la participación de las personas en los asuntos de su competencia, en los términos señalados en la Ley 1757 de 2015.*

Lo anterior está dentro del ámbito de aplicación de lo dispuesto en la Ley 152 de 1994 artículo 26 que determina: *Planes de acción. Con base en el Plan Nacional de Desarrollo aprobado cada uno de*

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>17</b> de <b>53</b>

*los organismos públicos de todo orden a los que se aplica esta Ley preparará su correspondiente plan de acción. En la elaboración del plan de acción y en la programación del gasto se tendrán en cuenta los principios a que se refiere el artículo 3 de la presente Ley, así como las disposiciones constitucionales y legales pertinentes.*

Por otra parte, el Decreto 1083 de 2013 en su artículo 2.2.13.1.8 dispone que debe existir planes operativos o de gestión anual con los cuales se evalúa al gerente público, al respecto indica la norma citada que:

*Artículo 2.2.13.1.8. Responsables. Las Oficinas de Planeación deberán prestar el apoyo requerido en el proceso de concertación de los Acuerdos, suministrando la información definida en los respectivos planes operativos o de gestión anual de la entidad y los correspondientes objetivos o propósitos de cada dependencia. Así mismo, deberán colaborar en la definición de los indicadores a través de los cuales se valorará el desempeño de los gerentes.*

En lo que respecta a MIPG, se determina que: *A nivel institucional, es fundamental efectuar el seguimiento periódico a todos planes que se implementan en la entidad tales como el plan de acción, el PAAC, el PAA, entre otros, así como evaluar los resultados que se dan en materia de ejecución presupuestal, acorde con las directrices de MinHacienda. A nivel sectorial, se debe evaluar el plan estratégico sectorial y las metas asociadas al plan nacional de desarrollo vigente.*

Dado este marco normativo, se tiene claro que en la UARIV por mandato legal existe una multiplicidad de planes que se deben cumplir y, por lo tanto, deben ser objeto de evaluación del sistema de Control Interno. Frente a esta gama amplia de planes, se selecciona el plan de acción de la entidad, construido con la participación de los responsables de las áreas y procesos como herramienta de gestión objeto de evaluación. La información base de los análisis es la aportada directamente por los citados responsables y almacenada en aplicativo Sisgestión.

El Equipo Auditor parte del criterio institucional dado por la Oficina Asesora de Planeación en el sentido que las metas se deben lograr en su totalidad, tal como están pactadas en el plan de acción. Para el efecto elabora y aplica un papel de trabajo que toma la información de manera directa del aplicativo Sisgestión, el que a su vez es alimentado por cada responsable de las acciones y actividades.

La Oficina Asesora de Planeación dentro de su fuero, ámbito normativo y operativo estudia el comportamiento de las metas pactadas con la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales mediante su propio instrumento. Los resultados de esta evaluación se deben entender dentro lineamientos estratégicos institucionales. En este escenario, la metodología utilizada por la OAP es de análisis de comportamiento acumulado temporal, es decir, examina el quantum acumulado de la variable en un tiempo único específico.

Por su parte, la Oficina de Control Interno realiza un examen diferente al comportamiento del reporte de las metas pactadas para cada uno de los dos periodos reportados. En este sentido, el análisis es diferente y tiene una razonabilidad distinta a la aplicada por la OAP. Aquí, la metodología de análisis corresponde al comportamiento multipunto de la variable

 <p>El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>18</b> de <b>53</b>

preacumulada en diversos tiempos relacionada con la movilidad de cada variable en los segmentos de tiempo de reporte.

La Oficina de Control Interno examina el comportamiento de cada uno de los reportes para cada una de las variables. En este escenario se tiene que:

La Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales tiene en total 26 actividades en el Plan de Acción 2019 de las cuales cuatro (4) actividades fueron eliminadas y para el primer semestre no debía reportar movimientos en 4 actividades. En consecuencia, la muestra de trabajo es de 22 actividades que corresponden al 84.62% de la población.

Tomando las 22 actividades como la totalidad de la población de estudio, se tiene el siguiente comportamiento en relación con la política dispuesta por la Oficina Asesora de Planeación:

**Estado óptimo:** Las actividades reportadas en los dos periodos (marzo y junio) y que en ambos tiene el valor planeado con el ejecutado igual, es decir se cumple lo planeado es de 6 actividades de las 22 posibles, lo que equivale al 27.27% de la muestra.

**Estado crítico:** Las actividades reportadas en los dos periodos (marzo y junio) y que en ambos tiene un menor valor a lo planeado, es decir no se cumple lo planeado es de 0 actividades de las 22 posibles, lo que equivale al 0.00% de la muestra.

**Estado superlativo:** Las actividades reportadas en los dos periodos (marzo y junio) y que en ambos tiene un mayor el valor a lo planeado, es decir se excede a lo planeado es de 0 actividades de las 22 posibles, lo que equivale al 0.0% de la muestra.

**Estado Medio:** Las actividades reportadas en los dos periodos (marzo y junio) y que en ambos no cumplen con lo planeado, pero si hay reporte de actividades, es de 0 actividades de las 22 posibles, lo que equivale al 0.00% de la muestra.

**Estado de recuperación:** Las actividades reportadas en el segundo informe (junio) son superlativas en relación con lo reportado en el primer informe (marzo), es de 8 actividades de las 22 posibles, lo que equivale al 36.36% de la muestra.

**Estado de deterioro:** Las actividades reportadas en el segundo informe (junio) son inferiores en relación con lo reportado en el primer informe (marzo), es de 7 actividades de las 22 posibles, lo que equivale al 31.82% de la muestra.

Como se puede observar, este estudio examina el movimiento de los reportes y variables en los tiempos para establecer el comportamiento general de las actividades asociadas al plan de acción. Teniendo como horizonte el criterio que todo lo planeado se debe cumplir dentro del periodo pactado y en las cantidades asignadas, las actividades que no cumplen plenamente el mandato de la OAP son desviaciones que deben ser estudiadas por la Dirección Territorial, para

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 17/04/2019 Página <b>19</b> de <b>53</b>

ello cuentan con la facultada de solicitar modificar el Plan de Acción mediante las actas correspondientes, una vez lo apruebe la OAP.

De lo anterior se colige que hay 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 Meta y Llanos Orientales. 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 6 de 22 metas, lo que corresponde a un 27.27%. 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.

Como evidencia de lo anteriormente expuesto, se anexa la siguiente gráfica:

**Gráfica 1: Comportamiento de variables**

Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales			
Total de metas de la Dirección Territorial		26	
Total de metas excluidas		4	<b>84,62%</b>
Total muestra		22	
Análisis de los datos		Cantidad	Resultado porcentual
<b>Avances adecuados a lo programado</b>			
1	Comportamiento óptimo	6	27,27%
	Porcentaje de debilidad		72,73%
<b>Estado crítico del avance.</b>			
2	Comportamiento óptimo	0	0,00%
	Porcentaje de debilidad		0,00%
<b>Estado super programado.</b>			
3	Comportamiento óptimo	0	0,00%
	Porcentaje de debilidad		0,00%
<b>Estado de no cumplimiento y no incumplimiento</b>			
4	Comportamiento óptimo	0	0,00%
	Porcentaje de debilidad		0,00%
<b>Estado de recuperación superior al programado</b>			
5		0	0,00%
<b>Estado de deterioro</b>			
6		7	31,82%
<b>Estado de mejoramiento</b>			
7		8	36,36%
<b>Estado de exclusión</b>			
8		1	4,55%

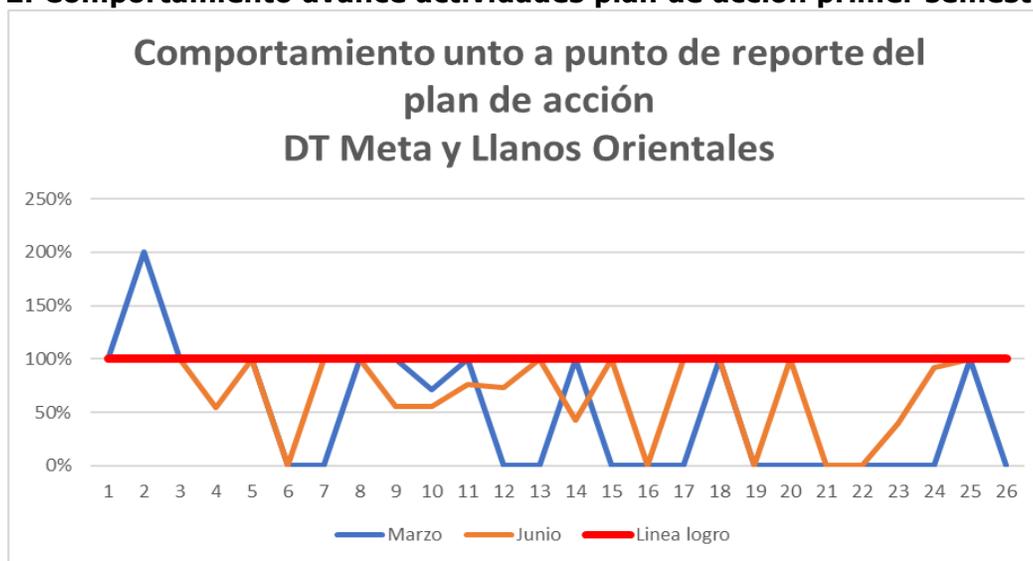
Fuente: Herramienta Análisis de variables del Plan de Acción. Fuente propia OCI.

 <p>El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>20</b> de <b>53</b>

9

Adicional a lo anterior, el Equipo Auditor realiza el análisis de avance de las actividades del plan de acción de la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales correspondientes al primer semestre de 2019, así:

**Grafica 2: Comportamiento avance actividades plan de acción primer semestre 2019.**



Fuente: Herramienta Análisis de variables del Plan de Acción. Fuente propia OCI.

Debilidad del sistema de control interno por falta de gestión en el avance del plan de acción. Se evidencia debilidad en la gestión frente al cumplimiento en el avance de la ejecución de seis (6) de las veintidós (22) actividades establecidas en su plan de acción, lo equivalente a 27.27% en un estado de avance adecuado a lo programado, correspondiente al primer semestre de 2019.

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 que contrasta con novedades administrativas de los funcionarios. Lo anterior aumenta el riesgo en el incumplimiento de las metas institucionales. Debilidad identificada del numeral (5.3) del resultado de la Auditoría "seguimiento al plan de acción".

Al respecto, en comunicación del (8) ocho de noviembre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado considera en términos generales lo siguiente:

*"Respecto a esta debilidad me permito respetuosamente manifestar que el plan de acción establece unas metas anuales, de las cuales se registran avances a estas metas de manera trimestral y la evaluación final determina si se cumplió o no con lo programado. Como*

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>21</b> de <b>53</b>

*seguimiento para garantizar este cumplimiento o determinar las falencias, la DT en sus comités técnicos entre varios temas destina el espacio para Plan de acción donde la profesional de planeación rinde informe del estado de cumplimiento de los indicadores, para determinar su estado a cada corte, el porqué del incumplimiento si este se presenta y se analiza con los profesionales responsables los motivos que lo generaron, el avance de los mismos, como también se estudian las posibilidades para cumplir la meta trazada. Es importante anotar que el número de actividades las establece el nivel nacional al igual que el inicio de estas, las cuales en algunas ocasiones no se cumplen por circunstancias ajenas a la voluntad de la territorial. Si bien es cierto al mes de junio, se encontraron 6 indicadores con incumplimiento fueron superados y a corte de septiembre se redujo a 4 el número de indicadores incumplidos, a los que se hacen seguimiento para que se cumplan al 100% al mes de diciembre como fue la meta programada. Como prueba las actas de comité donde se hace seguimiento a los indicadores, el registro que se puede consultar en la plataforma SISGESTION y las evidencias que respaldan en la plataforma Totoro. Evidencia actas: Totoro DT META, RES.DEB No. 4. Acta 13 de septiembre/2019 Comité Técnico Territorial. Acta 2 de octubre/2019 Comité Técnico Territorial. "*

El Equipo Auditor parte del criterio institucional dado por la Oficina Asesora de Planeación en el sentido que las metas se deben lograr en su totalidad, tal como están pactadas en el plan de acción. Para el efecto elabora y aplica un papel de trabajo que toma la información de manera directa del aplicativo Sisgestión, el que a su vez es alimentado por cada responsable de las acciones y actividades.

La Oficina Asesora de Planeación dentro de su fuero, ámbito normativo y operativo estudia el comportamiento de las metas pactadas con la Dirección Territorial Putumayo mediante su propio instrumento. Los resultados de esta evaluación se deben entender dentro lineamientos estratégicos institucionales. En este escenario, la metodología utilizada por la OAP es de análisis de comportamiento acumulado temporal, es decir, examina el quantum acumulado de la variable en un tiempo único específico.

Por su parte, la Oficina de Control Interno realiza un examen diferente al comportamiento del reporte de las metas pactadas para cada uno de los dos periodos reportados. En este sentido, el análisis es diferente y tiene una razonabilidad distinta a la aplicada por la OAP. Aquí, la metodología de análisis corresponde al comportamiento multipunto de la variable preacumulada en diversos tiempos relacionada con la movilidad de cada variable en los segmentos de tiempo de reporte.

Por lo anterior, lo argumentado por el auditado corresponde no a la evaluación del sistema de control interno asociado a la ejecutoria del plan de acción sino, al concepto evaluativo que posee la OAP y sobre el cual el Equipo Auditor no se pronuncia por ser tema exclusivo de la Oficina Asesora de Planeación en el ámbito de la planeación estratégica.

El Equipo Auditor no encuentra suficiente soporte para romper el escepticismo profesional, la incertidumbre en relación con avance del plan de acción desde la óptica de gestión. En consecuencia, la debilidad no sufre variación y hará parte del informe final de Auditoría.

 <p>El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>22</b> de <b>53</b>

#### 5.4 Seguimiento al Modelo de Riesgos.

La Ley 87 de 1993 en su artículo 2º señala los objetivos del sistema de control interno. Allí se lee que *“atendiendo los principios constitucionales que debe caracterizar la administración pública, el diseño y el desarrollo del Sistema de Control Interno se orientará al logro de los siguientes objetivos fundamentales: a) Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten y f) Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos”*

Por su parte, el Decreto 1083 de 2015 en su artículo 2.2.21.3.1. modificado por el artículo 8º del Decreto Nacional 648 de 2017, dispone que: *“El Sistema Institucional de Control Interno estará integrado por el esquema de controles de la organización, la gestión de riesgos, la administración de la información y de los recursos y por el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos, y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por la entidad, dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas, resultados u objetivos de la entidad”*

El citado Decreto ordena en el artículo 2.2.21.5.4. *Administración de riesgos. Como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas las autoridades correspondientes establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo.*

Los riesgos definidos como la posibilidad de que suceda algún evento que tenga un impacto sobre el cumplimiento de los objetivos, se constituye en una de las herramientas de gerencia con la cual cuenta la entidad y específicamente los Gerentes Públicos o los servidores encargados de la gerencia pública a nivel territorial. Por esta razón, el Equipo Auditor examina el manejo de la herramienta en su conjunto, desde la perspectiva del control y su implementación.

Para hacer posible el análisis del mapa de riesgos asociados a la gestión de la Dirección Territorial, se construye un papel de trabajo que consulta los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas.

Este instrumento se elabora con los parámetros cuantitativos de la Guía y por lo mismo, es un mecanismo de medición de la gestión desplegada por la Dirección Territorial en el manejo y gestión de sus riesgos. Se inicia desde la concepción formal del control y se llega a la gestión realizada a cada control asociado al riesgo identificado. Es necesario señalar que el propósito de esta evaluación es determinar si la Dirección Territorial redacta de manera adecuada y metodológicamente aceptada el control al riesgo y una vez realizado este paso, si la gestión que realiza esta evidenciada y atiende el propósito de la acción de control.

En el ítem del control, se establece que deben cumplir con los seis pasos que se muestran en la siguiente gráfica, elaborada por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas:



El futuro es de todos

Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas

### SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

Código: 150,19,15-8

### PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

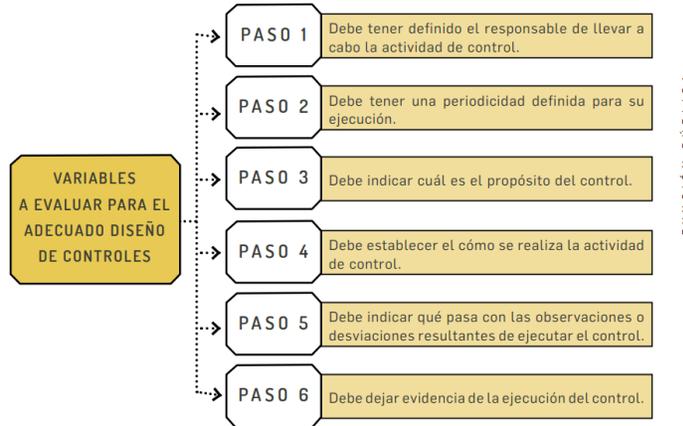
Versión: 07

### PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO

Fecha: 17/04/2019

Página 23 de 53

Esquema 10. Pasos para diseñar un control



El análisis auditor se despliega, mediante la técnica de confrontación documental, para examinar que el control posee todos los aspectos referenciados por el DAFP y, por lo tanto, contribuyan a controlar los riesgos. En este aspecto se trae como insumo del papel de trabajo la tabla de valoración dispuesta por la citada autoridad, como un estándar de buena práctica para ser ejecutado por la Dirección Territorial.

CRITERIO DE EVALUACIÓN.	OPCIÓN DE RESPUESTA AL CRITERIO DE EVALUACIÓN	PESO EN LA EVALUACIÓN DEL DISEÑO DEL CONTROL
1.1 Asignación del responsable	Asignado	15
	No Asignado	0
1.2 Segregación y autoridad del responsable	Adecuado	15
	Inadecuado	0
2. Periodicidad	Oportuna	15
	Inoportuna	0
3. Propósito	Prevenir	15
	Detectar	10
	No es un control	0
4. Cómo se realiza la actividad de control	Confiable	15
	No confiable	0
5. Qué pasa con las observaciones o desviaciones	Se investigan y resuelven oportunamente	15
	No se investigan y resuelven oportunamente	0
6. Evidencia de la ejecución del control	Completa	10
	Incompleta	5
	No existe	0

Vertical text on the right side of the table reads: '- FUNCIÓN PÚBLICA -'

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>24</b> de <b>53</b>

En este punto, la definición de cumplimiento del estándar está orientado por la tabla de valoración suministrada, igualmente, por el DAFP así:

**Resultados de la evaluación del diseño del control**

El resultado de cada variable de diseño, a excepción de la evidencia, va a afectar la calificación del diseño del control, ya que deben cumplirse todas las variables para que un control se evalúe como bien diseñado.

RANGO DE CALIFICACIÓN DEL DISEÑO	RESULTADO - PESO EN LA EVALUACIÓN DEL DISEÑO DEL CONTROL
Fuerte	Calificación entre 96 y 100
Moderado	Calificación entre 86 y 95
Débil	Calificación entre 0 y 85

Atendiendo el mapa de riesgos publicado en la página web de la UARIV, se aplica la herramienta de trabajo in situ donde se evidencia que el mapa de riesgos de la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales tiene identificado cuatro (80.00%) riesgos administrativos y un (20.00%) riesgo de corrupción, para un total de cinco (5) riesgos. Para gestionar los riesgos identificados de índole administrativa, la Dirección Territorial aplica un total de 8 controles y para el riesgo de corrupción 1 controles, el DAFP establece los límites de evaluación del criterio control, a partir de los aspectos cuantitativos y cualitativos.

Por otra parte, como una segunda fase del papel de trabajo y como evaluación de la ejecución del control, el Equipo Auditor aplica en los papeles de trabajo los estándares proporcionados por el DAFP y cuyos ítems son:

RANGO DE CALIFICACIÓN DE LA EJECUCIÓN	RESULTADO - PESO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTROL -
Fuerte	El control se ejecuta de manera consistente por parte del responsable.
Moderado	El control se ejecuta algunas veces por parte del responsable.
Débil	El control no se ejecuta por parte del responsable.

Al examinar las variables dispuestas por el DAFP se tiene como resultado que el 100% de los riesgos es calificado como débil en cuanto al diseño del control. El promedio de todos ellos es de 85 puntos de 100 posibles, como lo muestra la gráfica.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 17/04/2019 Página <b>25</b> de <b>53</b>



Fuente: herramienta análisis de riesgos. Fuente propia OCI Matriz de trabajo riesgos

Las evidencias de la ejecución del control, entendidas como la información que da certidumbre sobre la aplicación y resultados sin importar el soporte material, son evaluadas por el Equipo Auditor encontrando que al momento de la auditoria se contó con el acopio de ellas. Una vez recibida se evalúa con los criterios de auditoria generalmente aceptados y se establece que la Dirección Territorial en la efectividad de ejecución del control se tiene como resultado que 68.42% existe la evidencia y el control es total y la evidencia y control es parcial o no existe.

Lo anterior no está conforme a 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, lo que se constituye en una debilidad del sistema de control interno por no cumplir cabalmente lo dispuesto en ella. 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.

Lo anterior tiene 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. Ello incrementa el riesgo institucional de la materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales.

Por otra parte, el Equipo Auditor evidencia que el mapa de riesgos tiene identificados cinco (4) y riesgo de corrupción, los cuales tienen el siguiente comportamiento numérico respecto de causas y controles:

Riesgo	Nº Riesgos	Números de causas	Números de controles existentes	Números de controles no existentes	Porcentaje de controles no existentes
R Gestión	1	5	3	2	40,0%
	2	5	2	3	60,0%
	3	3	2	1	33,3%
R Corrupción	4	5	2	3	60,0%
	5	3	2	1	33,3%
<b>Total</b>		21	11	10	47,6%

Fuente: herramienta análisis de riesgos. Fuente propia OCI

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 17/04/2019 Página <b>26</b> de <b>53</b>

El Mapa de Riesgos es una herramienta de tipo gerencial que aporta información sobre los posibles eventos que pueden afectar positiva o negativamente los objetivos. Cada uno de los riesgos identificados tiene una serie de causas que es necesario controlar para evitar que los riesgos se materialicen en siniestros.

La identificación de las causas es un aspecto importante en la gestión del riesgo porque de él se desprenden los controles que se aplican como preventivos para salvaguardar la ocurrencia de un siniestro. En este escenario, no es una buena práctica y, por el contrario, se constituye en una debilidad del sistema de control interno tener causas de riesgos a los cuales no se les asocia un control respectivamente.

Del análisis del mapa de riesgos se determina que cada una de las causas poseen un control, situación que previene la materialización del riesgo por las causas controladas y, por ende, la no presencia del siniestro.

La Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales, con el acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación, está trabajando la nueva versión del mapa de riesgos, a partir de la metodología dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Se observa debilidad en la formulación y diseño de los controles de acuerdo con las directrices de DAFP para la vigencia 2018 y 2019. No se entregó evidencia de los controles de gestión y corrupción de 2018, toda vez que no hubo un buen empalme del enlace de planeación saliente, al mismo tiempo no se sabía en donde se guardaba la información.

La Oficina Asesora de Planeación le aprobó el mapa de riesgos 2019 el 23 de septiembre de la presente vigencia con los nuevos controles y riesgos, se observa que estos no cumplen con la metodología establecida por el DAFP.

En este escenario, el Equipo Auditor evalúa preventivamente el diseño del control evidenciando que se identifican cuatro (4) riesgos administrativos y uno (1) de corrupción, para lo cual se establecen 9 causas y 9 controles. El examinar el diseño de los controles propuestos por la Dirección Territorial se tiene que:

Riesgos	Números de causas	Números de controles	Controles con diseño fuerte	Controles con diseño moderado y debil	Porcentaje de controles con diseño moderado y debil
5	9	9	0	9	100,00%

Fuente: herramienta análisis de riesgos. Fuente propia OCI

Como se puede observar, que el 10.00% % de los controles son calificados como controles moderados o débiles según los lineamientos del DAFP. Aquellos que están por fuera de los parámetros dispuestos en la Guía son los siguientes:



El futuro es de todos

Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

Código: 150,19,15-8

PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

Versión: 07

PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO

Fecha: 17/04/2019

Página 27 de 53

Causas afectadas		Evaluación del diseño del control					
Riesgos	Números de causas	Responsable	Periodicidad	Propósito	Como se realiza la actividad del control	Que pasa con las observaciones o desviaciones	Evidencia de ejecución del control, completa incompleta y no existe
1	1					x	
	2		x	x		x	
2	1			x		x	
	2					x	
3	1		x			x	
	2					x	
4	1		x			x	
	2		x			x	
5	4		x			x	

Fuente: herramienta análisis de riesgos. Fuente propia OCI

Se evidencia debilidad en la formulación y diseño de los controles de acuerdo con las directrices de DAFP para la vigencia 2018 y 2019. No se entregó evidencia de los controles de gestión y corrupción de 2018, al mismo tiempo no se evidencia dónde está el repositorio la información de riesgos. La Oficina Asesora de Planeación aprobó el mapa de riesgos 2019 el 23 de septiembre de la presente vigencia con los nuevos controles y riesgos, pero se observó que estos no cumplen con las directrices del DAFP. Lo anterior incumple lo establecido en Ley 87 de 1993 artículo 2º literales a), c) y f); artículo 3º literal e); artículo 4º literales a), b), c), y k) y el artículo 6º; incumpliendo también lo establecido Modelo Integrado de Planeación y gestión MIPG Decreto 1499 de 2017, Dimensión 7 frente a la gestión del riesgo en las entidades públicas y no se ajusta a la metodología del Departamento Administrativo de la Función Pública.

Al respecto, en comunicación del ocho (8) de noviembre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado considera en términos generales lo siguiente:

*" Respecto a esta debilidad es cierto que no se encontraron las evidencias de los controles de seguimiento al mapa de riesgos 2018 y 2019, esto debido al cambio de profesional de planeación a quien no fueron entregadas de manera específica, pero por comunicación con el enlace de planeación al parecer si fueron presentadas oportunamente por la profesional encargada de la época, para lo cual esta dirección está en la tarea de recuperar dichas evidencias, las cuales deben estar en la territorial Respecto al mapa de riesgos aprobado el 23 de septiembre de 2019, me permito informar que se presentó dentro de los términos y tiempos establecidos por la OAP, con los ajustes requeridos y que es la primera vez que se aplica esta metodología, los controles fueron los presentados por los profesionales de los procesos en mesas de trabajo, lamentablemente para el Auditor son débiles, para lo cual esta territorial tomara las sugerencias hechas y dará aplicación de las mismas en la elaboración del próximo mapa 2020 y así mejorar los controles y evitar que se materialice un riesgo. Se anexa correo y mapa de riesgos segundo semestre 2019 en la carpeta Totoro DT META, RES.DEB No. 5."*

Para determinar si las consideraciones aportadas por el auditado tienen el suficiente soporte que lleve inequívocamente al Equipo Auditor a cambiar el concepto de la debilidad comunicada, se parte del análisis de la respuesta y de las evidencias enviadas que puedan o no desvirtuar el criterio Auditor.

Por todo lo anterior, el Equipo Auditor no encuentra suficiente soporte para romper el escepticismo profesional, la incertidumbre en relación con la debilidad en la formulación,

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>28</b> de <b>53</b>

seguimiento del sistema de gestión del riesgo de la Dirección Territorial, aunado al comentario del auditado donde reconoce la situación evidenciada como cierta. En consecuencia, la debilidad no sufre variación y hará parte del informe final de Auditoría,

## 5.5 Seguimiento al ejercicio Contractual y Financiero

El Equipo Auditor evalúa el sistema de control interno de la documentación que se archiva en los expedientes contractuales de las prestaciones de servicios y convenios seleccionados como muestra y que se caracterizan por ser ejecutados en la Territorial Meta y Llanos Orientales comunicándole al auditado las debilidades observadas en mediante correo electrónico del 19 de noviembre con respuesta del 21 de noviembre sobre el punto 4 de dicha comunicación.

La siguiente es la lista de prestación de servicios y convenios examinados: Contrato de prestación de servicios 434 de 2019, Contrato de prestación de servicios 923 de 2018, Contrato de prestación de servicios 996 de 2018, Convenio Interadministrativo 1487 de 2018, Convenio Interadministrativo 1488 de 2018 y Convenio Interadministrativo 1496 de 2018, Convenio Interadministrativo 1497 de 2018.

El propósito de este examen, a partir de las Normas de Auditoria Generalmente Aceptadas, es establecer que la gestión documental se apegue a los criterios legales y administrativos rectores en la materia documental contractual, entendiéndose la responsabilidad del seguimiento y verificación en la ejecución de los contratos, convenios y órdenes de compra son responsabilidad del supervisor, puesto que este ejercicio tiene como finalidad proteger la moralidad administrativa, prevenir la ocurrencia de actos de corrupción y tutelar la transparencia de la actividad contractual, a la voz del artículo 83 de la Ley 1474 de 2011.

### 5.5.1 Debilidad del Sistema de Control Interno por el no cumplimiento de la publicación de los documentos del proceso contractual.

El artículo 19 del Decreto 1510 de 2013 dispone la publicación en el SECOP, que a su tenor señala: *“La Entidad Estatal está obligada a publicar en el SECOP los Documentos del Proceso y los actos administrativos del Proceso de Contratación, dentro de los tres (3) días siguientes a su expedición. La oferta que debe ser publicada es la del adjudicatario del Proceso de Contratación”.*

Consultada la página web de Colombia Compra Eficiente, por el Equipo Auditor, se evidencia la publicación incompleta de los documentos inherentes al proceso en el sistema SECOP.

Lo anterior no está conforme con:

- a) La Entidad Estatal está obligada a publicar en el SECOP los documentos del proceso y los actos administrativos del proceso de contratación. En ese sentido, el artículo 2.2.1.1.1.3.1 del Decreto 1082 de 2015 define que los Documentos del Proceso son: *“Los estudios y documentos previos; el aviso de convocatoria; los pliegos de condiciones o la invitación; las Adendas; la oferta; el informe de evaluación; el contrato; y cualquier otro documento expedido por la Entidad Estatal durante el Proceso de Contratación. Ahora, cuando se dice que cualquier otro documento expedido por la Entidad Estatal durante el Proceso de Contratación, se hace referencia a todo documento diferente a los mencionados, siempre que sea expedido dentro del Proceso de Contratación”*

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>29</b> de <b>53</b>

- b) Decreto 1082 de 2015, artículo 2.1.1.2.1.7. Publicación de la información contractual. De conformidad con el literal (c) del artículo 3° de la Ley 1150 de 2007, el sistema de información del Estado en el cual los sujetos obligados que contratan con cargo a recursos públicos deben cumplir la obligación de publicar la información de su gestión contractual en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública (SECOP).

Los sujetos obligados que contratan con cargo a recursos públicos deben publicar la información de su gestión contractual en el plazo previsto en el artículo 19 del Decreto 1510 de 2013, o el que lo modifique, sustituya o adicione.

Los sujetos obligados que contratan con recursos públicos y recursos privados deben publicar la información de su gestión contractual con cargo a recursos públicos en el Sistema Electrónico para la Contratación Pública (SECOP)”

- c) La Ley de Transparencia establece la obligación de publicar todos los contratos, en virtud de lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley 1712 de 2014 donde ordena que “El caso de la información de contratos indicada en el artículo 9o literal e), tratándose de contrataciones sometidas al régimen de contratación estatal, cada entidad publicará en el medio electrónico institucional sus contrataciones en curso y un vínculo al sistema electrónico para la contratación pública o el que haga sus veces, a través del cual podrá accederse directamente a la información correspondiente al respectivo proceso contractual, en aquellos que se encuentren sometidas a dicho sistema, sin excepción. PARÁGRAFO. Los sujetos obligados deberán actualizar la información a la que se refiere el artículo 9°, mínimo cada mes”
- d) Todo lo anterior concordante con lo dispuesto en la Circular Externa Única de la Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente, relacionado con la publicación en el Sistema Electrónico de Contratación Pública SECOP.

Es importante tener presente que esta debilidad del sistema de control interno es exclusiva del proceso contractual y no se asocia a la gestión de la Dirección Territorial. En el informe final esta debilidad no debe ser objeto de acciones de mejoramiento por parte de la Dirección Territorial.

#### **5.5.2** Debilidad del Sistema de Control Interno por la temporalidad de asignación de supervisor de los procesos contractuales.

La fase de ejecución contractual requiere del advenimiento de la figura de supervisión o interventoría, cuando esta sea necesaria o legalmente requerida. En la UARIV, la designación de la supervisión se realiza mediante una cláusula del acto contractual mismo. La materialización de esta disposición contractual la efectúa la Secretaria General mediante correo y comunicación formal a partir de su designación como delegada de la actividad contractual por parte del Representante Legal, en este caso el Director General, en cumplimiento del artículo 12 de la Ley 80 de 1993.

El supervisor solo hasta que le es comunicada la designación de manera oficial se reviste de las facultades y poderes necesarios para cumplir con la misión encomendada,

 <p>El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>30</b> de <b>53</b>

aspecto que es vital para el seguimiento, análisis y control de la gestión contractual desde la fase de ejecución en adelante. Uno de los aspectos que se adquieren con la designación es la facultad de solicitar y tramitar las acciones sancionatorias o las ordenaciones del pago.

Dada esa importancia en la figura de supervisión mediante la delegación de esa función u obligación contractual, es que los lapsos en los cuales un contrato se inicie, prosiga o termine sin la presencia de la supervisión genera un interregno temporal sin control respecto del contratista, y es allí donde el vacío de control se constituye en una debilidad del sistema de control interno por la mora en la designación y posterior asunción de funciones de supervisión, situación que debe responder al principio de la celeridad administrativa contractual.

El Equipo Auditor determina una debilidad del sistema de control interno relacionada con la aplicación del principio de celeridad administrativa contractual por designación del supervisor.

La siguiente es la lista de prestación de servicios y convenios examinados que presentan mora de 4 a 10 días para asignación de supervisión, teniendo en cuenta la fecha de inicio del contrato y la fecha de comunicación de designación de supervisor:

- Convenio Interadministrativo 1488 de 2018, (9 días)
- Convenio Interadministrativo 1496 de 2018, (4 días)
- Convenio Interadministrativo 1497 de 2018, (10 días)

El ejercicio de las actividades de supervisión reviste de alta importancia para el logro de los fines establecidos en el objeto del contrato y el cumplimiento de las metas institucionales. Lo anterior no está conforme con lo dispuesto en la Constitución Política en el artículo 209 inciso primero, concordante con el artículo 3º de la Ley 489 de 1998, artículo 25 de la Ley 80 de 1993, la Ley 1474 de 2011 artículo 83 inciso 2 y ss. Ley 87 de 1993 artículos 2º literales a), b), c), e), f) y g); 4º literales b), e), i), j) y k), siendo las potenciales causas la falta de capacitación o conocimiento de la funcionalidad de designación oportuna de la supervisión, lo que requiere de mayores esfuerzos por parte de la entidad para disminuir el riesgo de incumpliendo contractual y oportunidad del control contractual.

Es importante tener presente que esta debilidad del sistema de control interno es exclusiva del proceso contractual y no se asocia a la gestión de la Dirección Territorial. En el informe final esta debilidad no debe ser objeto de acciones de mejoramiento por parte de la Dirección Territorial, pero ello no obsta para que, dentro de una actuación preventiva, la Dirección Territorial haga seguimiento de la aplicación del principio de celeridad y oportunidad en la designación de la figura de supervisión para los contratos que le corresponden en la jurisdicción de su territorio.

**5.5.3** 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, artículo 2 literal a), e), f) y g) 3º literal e) y 4º literal i); artículo 83 de la Ley 1474 de

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>31</b> de <b>53</b>

2011; artículo 19 del Decreto 1510 de 2013; artículo 2.2.1.1.1.3.1 del Decreto 1082 de 2015 y artículo 10 de la Ley 1712 de 2014.

Lo anterior puede ser consecuencia de la falta de capacitación en materia del proceso contractual. La situación descrita aumenta el riesgo de incumplimiento del principio de publicidad.

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 lo dispuesto por la Ley 594 de 2000, que en su artículo 11, ordena la *"Obligatoriedad de la conformación de los archivos públicos. El Estado está obligado a la creación, organización, preservación y control de los archivos, teniendo en cuenta los principios de procedencia y orden original, el ciclo vital de los documentos y la normatividad archivística"*.

Este aspecto fue dado a conocer al auditado el día 19 de noviembre de 2019. Al respecto, y luego de cumplido el plazo, el auditado remite evidencias que NO modifiquen el criterio auditor del Equipo Auditor.

#### **5.5.4** Debilidad del sistema de control interno asociado a la gestión de supervisión.

El Equipo Auditor evidencia una debilidad en el sistema de control interno por incertidumbre en la información documentada proveniente de los informes de supervisión. Al examinar la documentación de los contratos y convenios en estudio se evidencia una debilidad en la gestión de supervisión que dan por resultado una incertidumbre respecto del cumplimiento de las obligaciones contractuales. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993 en su artículo 2º literales a), e) y f); artículo 3º literal d). artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011.

Lo anterior puede ser consecuencia de la falta de capacitación en materia de supervisión contractual en su componente administrativo, técnico financiero y jurídico. La situación descrita aumenta el riesgo de incertidumbre de la información documentada respecto de la absoluta claridad en el cumplimiento de las obligaciones contractuales.

El Equipo Auditor evidencia una debilidad en el sistema de control interno por incertidumbre en la información documentada proveniente de los informes de supervisión que es comunicada cada mediante correo del 19 de noviembre:

- a) Convenio Interadministrativo 1487 de 2018.

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>32</b> de <b>53</b>

En relación con los informes de supervisión se evidencia que la trazabilidad de avance de ejecución genera incertidumbre toda vez que se presentan 5 informes de supervisión de los cuales:

- i. En el informe 3 y 4 presentan el mismo porcentaje de avance de 46%.
- ii. Los informes 3, 4 y 6 presentan actividades iguales evidenciado en los folios 819, 844 y 863.
- iii. No reposa en el expediente el informe de supervisión 5.
- iv. En el expediente no se evidenció prorrogas y a la fecha se evidencia ejecución del 70% y su fecha de ejecución es hasta el 31 de diciembre de 2018, por lo anterior no se evidencia informe final y acta de liquidación.

b) Convenio Interadministrativo 1496 de 2018

En relación con los informes de supervisión se evidencia que la trazabilidad de avance de ejecución genera incertidumbre toda vez que se presentan 6 informes de supervisión de los cuales:

- i. En el informe 1 y 2 presentan el mismo porcentaje de avance de 5%.
- ii. En el informe 5 y 6 presentan el mismo porcentaje de avance de 85%.
- iii. De acuerdo con el acta de reunión 25/09/2019, ubicado en el folio 3261, se cuenta como compromiso ajustar el informe final para el 15 de octubre de 2019 y este no se encuentra en el expediente.

A lo anterior el auditado responde en comunicación del 21 de noviembre en los siguientes términos:

**"Consideración general:**

1. *Los informes que se presentaron en la ejecución de estos convenios se dividen en dos:*

<b>Informes financieros</b>	<b>Informes de actividades mensuales</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>- <i>Son elaborados de acuerdo con los requisitos establecidos en la minuta para cada desembolso.</i></li> <li>- <i>Las fechas de estos informes pueden corresponder a los tiempos que emplea la entidad territorial para la consecución de estos requisitos. A veces, puede coincidir con las vigencias de un mes completo.</i></li> <li>- <i>Estos informes dan cumplimiento a los lineamientos establecidos en el Manual de Contratación y por el Grupo de Gestión Financiera de la Unidad.</i></li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>- <i>Son elaboradas de acuerdo con las actividades específicas establecidas en el convenio.</i></li> <li>- <i>La vigencia de estos informes va del primer al último día de cada mes.</i></li> <li>- <i>Estos informes dan cumplimiento a los lineamientos establecidos en el Manual de Supervisión.</i></li> </ul>
<p><i>De acuerdo con los lineamientos establecidos por el Grupo de Gestión Contractual y evidenciados en el Manual de Contratación, estos informes deben guardar coherencia con</i></p>	

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>33</b> de <b>53</b>

*un número consecutivo, razón por la cual se enumeraron del 1 al 6 en donde tres informes son para desembolsos y tres son de avance mensual.*

a) Convenio Interadministrativo 1487 de 2018.

En relación con los informes de supervisión se evidencia que la trazabilidad de avance de ejecución genera incertidumbre toda vez que se presentan 5 informes de supervisión de los cuales:

i.) En el informe 3 y 4 presentan el mismo porcentaje de avance de 46%.

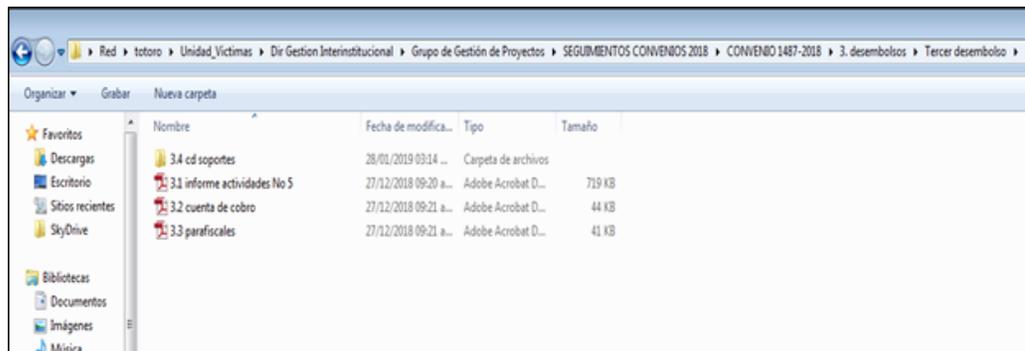
Respuesta por parte del auditado del 21 de noviembre de 2019: "Para la coincidencia en el porcentaje de avance entre los informes 3 y 4, debe tenerse en cuenta que el informe 3 hace referencia al informe del segundo desembolso y el informe 4 hace referencia a las actividades ejecutadas en el mes de noviembre del año 2018 dentro del Convenio. Ambos informes son diferentes en su desarrollo, pero se generan bajo el mismo porcentaje de ejecución de actividades.

i.i) Los informes 3, 4 y 6 presentan actividades iguales evidenciado en los folios 819, 844 y 863.

Respuesta por parte del auditado del 21 de noviembre de 2019: "Sobre las actividades iguales evidenciadas en los folios 819, 844 y 863: Debe solicitarse a Control Interno mayor precisión sobre la observación planteada, toda vez que la foliación que realiza el área de Gestión Documental no es conocida por los supervisores. No obstante, se resalta que las evidencias pueden repetirse en los diferentes informes debido a que en los informes posteriores se recogen las evidencias de los informes anteriores, para así evidenciar los avances."

i.i.i) No reposa en el expediente el informe de supervisión 5.

Respuesta por parte del auditado del 21 de noviembre 2019: "En la ruta \\totoro\Unidad\_Victimas\DirGestiónInterinstitucional\Grupo de Gestión de Proyectos\SEGUIMIENTOS CONVENIOS 2018\CONVENIO 1487-2018\3. desembolsos\Tercer desembolso, establecida por la Unidad para las Víctimas, se encuentra el informe desde el pasado 27 de diciembre de 2018.



 <p>El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>34</b> de <b>53</b>

i.v) *En el expediente no se evidenció prorrogas y a la fecha se evidencia ejecución del 70% y su fecha de ejecución es hasta el 31 de diciembre de 2018, por lo anterior no se evidencia informe final y acta de liquidación.*

Respuesta por parte del auditado del 21 de noviembre 2019: *"Con respecto al avance registrado del 70% en el último informe sin prórroga, se informa que el municipio ejecutor entregó informe final con ejecución al 100%. No obstante, desde la supervisión se formularon observaciones que a la fecha no han sido subsanadas. La gestión de la supervisión para obtener el informe final ajustado con el avance del 100%, ha incluido:*

- a. *Envío de correos electrónicos al alcalde y coordinadora del proyecto.*
- b. *Visitas de verificación al municipio de El Retorno para corroboración de las evidencias documentales. Estas visitas arrojaron concepto favorable.*
- c. *Radicación de un derecho de petición en la alcaldía de El Retorno para la radicación de la documentación final.*

b) Convenio Interadministrativo 1496 de 2018

En relación con los informes de supervisión se evidencia que la trazabilidad de avance de ejecución genera incertidumbre toda vez que se presentan 6 informes de supervisión de los cuales:

- i) En el informe 1 y 2 presentan el mismo porcentaje de avance de 12% con intervalos de tiempos diferentes y denominados como informe de actividades 1, ubicado en los folios 1217 y 1334.

Respuesta por parte del auditado del 21 de noviembre de 2019: *"Para la coincidencia en el porcentaje de avance entre los informes 1 y 2, debe tenerse en cuenta que el informe 1 hace referencia al informe del primer desembolso y el informe 2 hace referencia a las actividades ejecutadas en el mes de octubre del año 2018 dentro del Convenio. Ambos informes son diferentes en su desarrollo, pero se generan bajo el mismo porcentaje de ejecución de actividades".*

- i.i) En el informe 5 y 6 presentan el mismo porcentaje de avance de 85%.

Respuesta por parte del auditado del 21 de noviembre de 2019: *"Para la coincidencia en el porcentaje de avance entre los informes 5 y 6, debe tenerse en cuenta que el informe 5 hace referencia al informe del tercer desembolso y el informe 6 hace referencia a las actividades ejecutadas en el mes de diciembre del año 2018 dentro del Convenio. Ambos informes son diferentes en su desarrollo, pero se generan bajo el mismo porcentaje de ejecución de actividades."*

- i.i.i) De acuerdo con el acta de reunión 25/09/2019, ubicado en el folio 3261, se cuenta como compromiso ajustar el informe final para el 15 de octubre de 2019 y este no se encuentra en el expediente.

Respuesta por parte del auditado del 21 de noviembre de 2019 *"Con respecto al avance registrado del 90% en el último informe sin prórroga, se informa que el municipio ejecutor entregó informe final con ejecución al 100%. (Ver anexo). No obstante, desde la supervisión se*

 <p>El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>35</b> de <b>53</b>

*formularon observaciones que a la fecha no han sido subsanadas. La gestión de la supervisión para obtener el informe final ajustado con el avance del 100%, ha incluido:*

- a. Envío de correos electrónicos al alcalde y coordinadora del proyecto.*
- b. Visitas de verificación al municipio de Puerto Carreño para corroboración de las evidencias documentales. Estas visitas arrojaron concepto favorable.*
- c. Radicación de un derecho de petición en la alcaldía de Puerto Carreño para la radicación de la documentación final.”*

Examinadas las respuestas y los soportes remitidos, el Equipo Auditor considera que ellos no dan la claridad medida sobre la gestión desplegada por la supervisión. La Ley 1474 de 2011 en sus artículos 82 y siguientes es especialmente rigurosa respecto de las responsabilidades de la supervisión y las evidencias aportadas no logran determinar que el ejercicio se realiza con el criterio robusto que le corresponde. Por lo anterior, las debilidades dadas a conocer se mantienen para el informe final de la misma manera que se comunicaron.

**5.5.4** 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 lo dispuesto por la Ley 594 de 2000, que en su artículo 11, ordena la “*Obligatoriedad de la conformación de los archivos públicos. El Estado está obligado a la creación, organización, preservación y control de los archivos, teniendo en cuenta los principios de procedencia y orden original, el ciclo vital de los documentos y la normatividad archivística*” Esto no está conforme con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2 literal e), 4º literal i); Ley 594 de 2000 artículo 11 y parágrafo del artículo 5º del Acuerdo 002 de 2014 del Archivo General de la Nación.

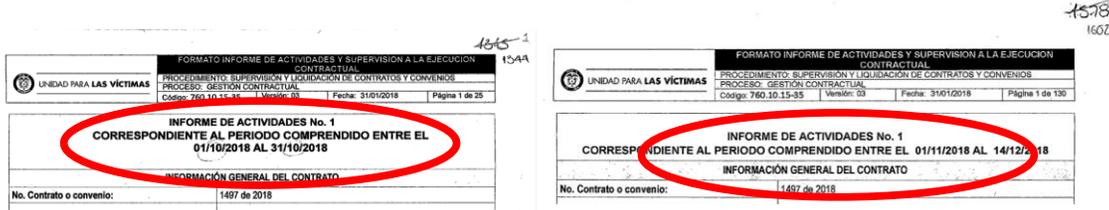
Ello puede ser como consecuencia de la falta de capacitación en materia de supervisión contractual en su componente administrativo, al igual que falta de capacitación en materia de gestión documental relacionada con el componente de los expedientes contractuales. La situación descrita aumenta el riesgo de incertidumbre de la información documentada.

Esta situación se evidencia en la documentación encontrada en los expedientes contractuales: Contrato de prestación de servicios 434 de 2019, Contrato de prestación de servicios 923 de 2018, Contrato de prestación de servicios 996 de 2018, Convenio Interadministrativo 1487 de 2018, Convenio Interadministrativo 1488 de 2018 y

 <p><b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>36</b> de <b>53</b>

Convenio Interadministrativo 1496 de 2018, Convenio Interadministrativo 1497 de 2018.

El Equipo Auditor evidencia en el convenio interadministrativo 1497 de 2018 documento identificado informe de actividades 1 en dos folios diferentes como se puede apreciar en las siguientes imágenes del expediente contractual 1497 de 2018.



En relación con los informes de supervisión se evidencia que la trazabilidad de avance de ejecución genera incertidumbre toda vez que se presentan 6 informes de supervisión de los cuales:

i) En el informe 1 y 2 presentan el mismo porcentaje de avance de 12% con intervalos de tiempos diferentes y denominados como informe de actividades 1, ubicado en los folios 1217 y 1334.

Respuesta por parte del auditado del 21 de noviembre de 2019:

*“En referencia a estos dos informes, el informe 1, se refiere al informe de actividades como tal, que se desarrollan dentro del convenio, en torno al Plan Operativo de Actividades POA. El informe No.2, hace referencia al informe del primer desembolso que debe ser girado por la Unidad de Víctimas a la cuenta del convenio, y que va condicionado al desarrollo de algunas actividades iniciales del convenio. Estos informes en su contextura y desarrollo son distintos, pero al momento de su creación, reflejan el porcentaje de avance de las actividades que se han ejecutado hasta ese momento dentro del convenio.”*

i.i) Se observa un tercer informe denominado como informe de actividades 1 con un avance de 19.5% ubicado en el folio 1602.

Respuesta por parte del auditado del 21 de noviembre de 2019

Este tercer informe, hace referencia al segundo informe de actividades que se desarrollan dentro del convenio, y que presenta un porcentaje de avance dentro de las actividades establecidas en el POA, de un 19.5%. Dentro de la página de respaldo de información “TOTORO”, se encuentra ubicado

i.i.i) En el informe 6 se observa un avance del 90%

Respuesta por parte del auditado del 21 de noviembre de 2019:

*“El informe 6, es el informe del tercer (3) desembolso, en el cual se evidencia el porcentaje de avance dentro de las actividades precedidas en el Plan Operativo de Actividades POA, en donde, al momento de su presentación, va en un porcentaje del 90%. Sin embargo, y de acuerdo con lo*

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 17/04/2019 Página <b>37</b> de <b>53</b>

contemplado en la minuta del convenio, todos los puntos y condiciones exigidas han sido cumplidos.

i.v) En la carpeta 20 la hoja de control se encuentra desactualizada, debido a que no hace referencia del informe 6 que se encuentra en el expediente.

Respuesta por parte del auditado del 21 de noviembre de 2019. Respuesta por parte del auditado del 21 de noviembre de 2019: El manejo del archivo de la documentación de los convenios, no lo realizamos dentro de la DT Meta y Llanos Orientales.

<b>Ciudad de ejecución:</b>	Municipios de Támara, Nunchía, Tauramena, Sabanalarga, Villanueva, Monterrey y Maní Casanare.			
<b>Clase de Contrato o convenio:</b>	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO			
<b>No. de Registro Presupuestal:</b>	503418			
<b>Fecha Inicio:</b>	02/10/2018			
<b>Fecha Terminación:</b>	31/12/2018			
<b>El contrato cuenta con prórroga:</b>	Si	No	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Fecha de terminación incluyendo prórroga</b>
<b>El contrato ha tenido suspensiones:</b>	Si	No	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Periodo de Suspensión</b>
<b>Porcentaje de Avance Físico de Ejecución:</b>	12%			
<b>Nombre del contratista:</b>	MUNICIPIO DE MONTERREY (CASANARE)			
<b>CC / Nit:</b>	891.857.824-3			
<b>Nombre del Supervisor del Contrato o convenio:</b>	DANIEL ALEJANDRO OLAYA CARDONA			
<b>Cargo del Supervisor:</b>	PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO 24			
<b>Nombre del Supervisor del Contrato o convenio:</b>	CARLOS ARTURO PARDO ALEZONES			
<b>Cargo del Supervisor:</b>	DIRECTOR TERRITORIAL META Y LLANOS ORIENTALES			

	condiciones de recuperación estructural y reconstrucción de su propia vida.			
<b>Ciudad de ejecución:</b>	Municipios de Támara, Nunchía, Tauramena, Sabanalarga, Villanueva, Monterrey y Maní Casanare.			
<b>Clase de Contrato o convenio:</b>	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO			
<b>No. de Registro Presupuestal:</b>	503418			
<b>Fecha Inicio:</b>	02/10/2018			
<b>Fecha Terminación:</b>	31/12/2018			
<b>El contrato cuenta con prórroga:</b>	Si	No	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Fecha de terminación incluyendo prórroga</b>
<b>El contrato ha tenido suspensiones:</b>	Si	No	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Periodo de Suspensión</b>
<b>Porcentaje de Avance Físico de Ejecución:</b>	19.5%			
<b>Nombre del contratista:</b>	MUNICIPIO DE MONTERREY (CASANARE)			
<b>CC / Nit:</b>	891.857.824-3			
<b>Nombre del Supervisor del Contrato o convenio:</b>	DANIEL ALEJANDRO OLAYA CARDONA			
<b>Cargo del Supervisor:</b>	PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO 24			

El Equipo Auditor evidencia una debilidad en la gestión de supervisión al examinar la documentación de los expedientes contractuales objetos de estudio que da por resultado

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>38</b> de <b>53</b>

una incertidumbre respecto del cumplimiento de las obligaciones contractuales. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993 en su artículo 2º literales a), e) y f); artículo 3º literal d). artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011.

Lo anterior puede ser consecuencia de la falta de capacitación en materia de supervisión contractual en su componente administrativo, técnico financiero y jurídico. La situación descrita aumenta el riesgo de incertidumbre de la información documentada respecto de la absoluta claridad en el cumplimiento de las obligaciones contractuales.

De 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, 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.

Este aspecto fue dado a conocer al auditado el día 19 de noviembre de 2019. Al respecto, y luego de cumplido el plazo, el auditado remite evidencias que no logran superar el escepticismo profesional y no modifican el criterio auditor del Equipo Auditor.

Evaluadas las evidencias, se encuentra que la información documental debe tener los atributos necesarios para dar toda la certeza sobre el registro. Cuando existe un registro que conlleve a la duda, se esta en presencia de una información documentada ausente del principal criterio, la certeza. Por lo anterior, las debilidades dadas a conocer se mantienen para el informe final de la misma manera que se comunicaron.

## **5.6 Seguimiento al Control y Gestión Administrativa**

El Equipo Auditor evalúa el sistema de control interno relacionado con la gestión administrativa mediante instrumento implementado en la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales y evidencia los siguientes aspectos que comunica mediante correo del (5) cinco de noviembre y de los cuales recibe respuesta el (8) ocho de noviembre.

- a) Debilidad del sistema de control interno con respecto a Talento Humano. En visita in situ a la Dirección Territorial Meta Llanos Orientales se registra que esta DT cuenta dentro de su jurisdicción con siete (7) Departamentos (Amazonas, Casanare, Guaviare, Guainía, Meta, Vaupés y Vichada), con un total de 62 municipios.

Esta Dirección Territorial cuenta, a 5 de noviembre del año en curso, con un registro de 322.222 víctimas en el R.U.V (Registro Único de Víctimas), sin embargo no se cuentan con estudios o instrumentos técnicos que puedan determinar la población objeto de atención de esta Territorial y cuál debe ser la capacidad de atención

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>39</b> de <b>53</b>

efectiva de servidores públicos en los puntos de atención, se evidencia que no se cuenta con un orientador y documentador en municipio de Granada- Meta.

De acuerdo con lo manifestado por la Dirección Territorial el 29 de agosto del presente año, se enviaron las hojas de vida a la Subdirección de Asistencia y Reparación y a la fecha no ha obtenido respuesta y que de acuerdo con el seguimiento al trámite se reiteró dicha solicitud en el mes de septiembre, sin obtener respuesta.

El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de documentos técnicos relacionados con las necesidades de servicio en los departamentos que atiende la Dirección Territorial y la falta de comunicación con los procesos de Nivel Nacional. Esta situación incumple 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 Dimensión Talento Humano.

Al respecto, en comunicación del ocho (8) de noviembre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado considera en términos generales lo siguiente:

*"Para este indicador se presenta los correos donde se me informa la contratación en Granda y Leticia. Soportes de esta en la carpeta Totoro DT META, RES.DEB No. 11. "*

Por todo lo anterior, el Equipo Auditor no encuentra suficiente soporte para romper el escepticismo profesional y superar la incertidumbre en relación con la necesidad de talento humano en la Dirección Territorial Meta Llanos Orientales que garantice la implementación de mecanismos de Atención, Reparación Integral a las víctimas y servicio al ciudadano en los puntos de atención que atiende esta D.T.(Aunque el auditado envía correos del operador información del 15 marzo y contratación del nueve (9) de octubre del presente no se puede establecer las condiciones actuales para esta DT en cuanto a orientadores y notificadores en el marco de la orden de compra la Orden de Compra 34928 de 2018, con el Operador Outsourcing). En consecuencia, la debilidad no sufre variación y hará parte del informe final de Auditoría.

- b) Debilidad del sistema de control interno con respecto a gestión administrativa por inconsistencias e inoportuna entrega de insumos de aseo y cafetería por parte del Nivel Nacional a la Dirección Territorial Meta Llanos Orientales

Se evidencia en el marco de la auditoría debilidades en la gestión de insumos solicitados por la Dirección Territorial en cuanto a las cantidades y tiempos de entrega, evidenciado en los correos del mes de junio 2019, sin evidencia de respuesta por parte del Nivel Nacional.

El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de respuesta a las comunicaciones y gestión por parte del Nivel Nacional - Gestión Administrativa y la Dirección Territorial Meta-Llanos Orientales. 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, aumentando los riesgos asociados a

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>40</b> de <b>53</b>

incumplimiento de deberes y obligaciones legales y contractuales del interventor y el contratista, de acuerdo con los artículos 3, 4, 23 y 26 de la Ley 80 de 1993 y leyes complementarias de la contratación estatal colombiana.

Al respecto, en comunicación del ocho (8) de noviembre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado considera en términos generales lo siguiente:

*"En respuesta a la solicitud de los pedidos se hacen en el formato de Pedido Aseo y Cafetería código 710.18.15-18; los pedidos se solicita trimestralmente de acuerdo con programación enviada por Carolina Leon del grupo administrativa y Documental, se envía a través de correo electrónico. Soportes de esta en la carpeta Totoro DT META, RES.DEB No. 6. "*

Para determinar si las consideraciones aportadas por el auditado tienen el suficiente soporte que lleve inequívocamente al Equipo Auditor a cambiar el concepto de la debilidad comunicada, se parte del análisis de la respuesta y de las evidencias enviadas que puedan o no desvirtuar el criterio Auditor.

Por todo lo anterior, el Equipo Auditor no encuentra suficiente soporte para romper el escepticismo profesional y superar la incertidumbre en relación con la debilidad en la solicitud, recepción y gestión de los insumos de aseo y cafetería de la Dirección Territorial que garantice que los pedidos se reciben de acuerdo con lo solicitado en cuanto a tiempos y cantidades. En consecuencia, la debilidad no sufre variación y hará parte del informe final de Auditoría.

- c) Debilidad del sistema de control interno en el seguimiento al control gestión administrativa (extintores vencidos) en la variable de Talento Humano. En visita in situ a la sede de la Dirección Territorial Meta Llanos Orientales se evidencia que la última recarga de extintores de siete (7) que se inspeccionaron fue en enero del 2017, encontrándose vencidos un año después.

El equipo auditor establece como posibles causas falta de inspecciones programadas para verificar fechas de vencimiento. Situación que 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 seguimiento y control efectivo respecto de estos elementos de seguridad por parte de la Dirección Territorial y el Nivel Nacional, la falta de comunicación efectiva entre la Dependencia y el líder del proceso de Talento Humano. Lo anterior conlleva a la posible materialización de los eventos adversos en casos de situaciones donde el uso de los elementos sea vital.

Al respecto, en comunicación del ocho (8) de noviembre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado considera en términos generales lo siguiente:

*"Para este numeral me permito responder que efectivamente se encontraban vencidos los extintores de la sede administrativa de Villavicencio para la visita de Auditoría, se tomaron las medidas respectivas por parte del profesional encargado, quien se comunicó telefónicamente con el señor Edward Ramirez, quien al día siguiente mediante correo electrónico informo a todos los directores territoriales que*

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>41</b> de <b>53</b>

*se iba a realizar la recarga de todos los extintores de la unidad, hecho que se llevó a cabo y hoy en día se encuentran vigentes, como medida como director territorial hice las correspondientes observaciones para tener un control sobre estos elementos. Soporte correo enviado por el señor Edward Ramirez de fecha 10 de octubre de 2019 y Registro fotográfico de los extintores recargados y con fecha vigente. Soportes de esta en la carpeta Totoro DT META, RES.DEB No. 7.”*

Para determinar si las consideraciones aportadas por el auditado tienen el suficiente soporte que lleve inequívocamente al Equipo Auditor a cambiar el concepto de la debilidad comunicada, se parte del análisis de la respuesta y de las evidencias enviadas que puedan o no desvirtuar el criterio Auditor.

Por todo lo anterior, el Equipo Auditor no encuentra suficiente soporte para romper el escepticismo profesional y superar la incertidumbre en relación con la gestión efectiva de aspectos de seguridad y salud en el trabajo de la Dirección Territorial que garantice la seguridad y el cumplimiento de requisitos legales. En consecuencia, la debilidad no sufre variación y hará parte del informe final de Auditoría.

- d) Debilidad del sistema de control interno relacionado con gestión administrativa, gestión de elementos de papelería excedentes de proyectos finalizados. Se evidencia en el marco de la auditoría un remanente de papelería de proyectos finalizados que no cuentan con el control correspondiente, inventario (aproximadamente 6 cajas x 10 resmas de papel oficio) que no se conservan en las condiciones de almacenamiento. El Equipo Auditor establece como potenciales causas la deficiente planeación y supervisión de los proyectos ejecutados en la DT, situación que aumenta los riesgos asociados a su administración tales como el deterioro, uso inadecuado, pérdida o sustracción.

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, presentando posibles incumplimientos a los deberes y obligaciones legales y contractuales del interventor y el contratista, de acuerdo con los artículos 3, 4, 23 y 26 de la Ley 80 de 1993 y leyes complementarias de la contratación estatal colombiana.

Al respecto, en comunicación del ocho (8) de noviembre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado considera en términos generales lo siguiente:

*“Para este numeral me permito informar que la papelería que se encontró consistentes en 6 cajas (60 resmas tamaño oficio), corresponden a un proyecto productivo de esquemas especiales de acompañamiento los cuales no se entregaron porque la víctima se negó a recibirlos, esta información se conoce de manera verbal por parte del contratista Mario Romero responsable del proyecto en su momento y que hoy desconocemos su ubicación, realmente en espera de un pronunciamiento por parte del profesional sobre el destino que se le debería dar a esta papelería no procedimos a devolver ni a darle de baja `por desconocimiento del trámite a seguir.”*

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>42</b> de <b>53</b>

Para determinar si las consideraciones aportadas por el auditado tienen el suficiente soporte que lleve inequívocamente al Equipo Auditor a cambiar el concepto de la debilidad comunicada, se parte del análisis de la respuesta y de las evidencias enviadas que puedan o no desvirtuar el criterio Auditor. "

Por todo lo anterior, el Equipo Auditor no encuentra suficiente soporte para romper el escepticismo profesional y superar la incertidumbre en relación con la gestión de elementos de papelería excedentes de proyectos finalizados por o en la Dirección Territorial que garantice la seguridad y el cumplimiento de requisitos legales. En consecuencia, la debilidad no sufre variación y hará parte del informe final de Auditoría.

- e) Debilidad del sistema de control interno y la gestión administrativa, falta de implementación y de ejecución del plan de gestión ambiental. Se evidencia inadecuado manejo de residuos sólidos peligrosos. En el recorrido a las instalaciones de la sede administrativa de Dirección Territorial Meta Llanos Orientales el Equipo Auditor evidencia la acumulación de garrafas plásticas (envases de elementos químicos tales como detergentes y desinfectantes en cantidad más de 50 unidades) en diferentes lugares de la sede, patio trasero y terraza sin que se pueda determinar la disposición final de dichos elementos.

El Equipo Auditor establece como potenciales causas falta de directrices del proceso de gestión administrativa de Nivel Nacional sobre la disposición y/o control de disposición final de envases de productos químicos utilizados en las actividades de limpieza de la sede de la Dirección Territorial Meta Llanos Orientales y/o falta de monitoreo sobre los envases (garrafas) enviadas y utilizadas entre pedidos, adicionalmente la desactualización del plan ambiental con 710,18,07-1 v3

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, incumpliendo la normatividad ambiental Ley 99 de 1993 y Ley 1252 de 2008 sobre residuos sólidos.

Al respecto, en comunicación del ocho (8) de noviembre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado considera en términos generales lo siguiente:

*"En este numeral, es cierto el manejo que se le ha dado a los elementos relacionados en el informe de Auditoría, por falta de espacio en las instalaciones o de stands adecuados para el almacenamiento de este tipo de material peligroso, que al momento de llegar el pedido se tiene que ubicar en varios sectores de la sede como patio y terraza que son los lugares donde menos tránsito y riesgo se pueda presentar. Para dar solución a estos inconvenientes se informará y gestionará a través de correo electrónico la necesidad urgente de la instalación de un stand con las medidas de seguridad requeridas para el buen manejo de elementos de riesgo ambiental. Proyección de correo electrónico de la solicitud mencionada. "*

Por todo lo anterior, el Equipo Auditor no encuentra suficiente soporte para romper el escepticismo profesional y superar la incertidumbre en relación con la implementación y de ejecución del plan de gestión ambiental y el inadecuado manejo de residuos sólidos peligrosos y si bien se informa sobre la solicitud de un

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>43</b> de <b>53</b>

estando esto no es suficiente para superar la debilidad detectada en la Dirección Territorial que garantice el cumplimiento de requisitos legales en temas ambientales. En consecuencia, la debilidad no sufre variación y hará parte del informe final de Auditoría.

- f) Debilidad del sistema de control interno con respecto a la planeación e identificación de necesidades de la adecuación (aires acondicionados o ductos de ventilación de los Auditorios) del Centro Regional de Atención y Reparación a las Víctimas de Villavicencio.

El Equipo Auditor en visita al Centro Regional de Atención y Reparación a las Víctimas de Villavicencio evidencia que en la actualidad su administración se encuentra a cargo de la Gobernación del Meta y se están desarrollando obras civiles con características de obras nuevas, la Unidad como aporte a ellas, se compromete a la adecuación de aires acondicionados.

Sin embargo, en la obra no se observa que este tema haya sido abordado en el proceso constructivo y no se tiene una respuesta sobre el momento de intervención para la dotación de estos, razón por la cual se puede incurrir en riesgos asociados a tener que intervenir de nuevo en la obra para adecuarla a los sistemas de ventilación, lo que puede representar un reproceso constructivo con injerencia en los aspectos financieros de la obra.

Teniendo en cuenta el Decreto 648 de 2017 que modifica y adiciona el Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública Decreto 1083 de 2015, en el artículo 2.2.21.5.3 se establecen los roles de la Oficina de Control Interno en su rol de Evaluación y Seguimiento, en el enfoque hacia la prevención, el Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de una adecuada planeación y desconocimientos de aspectos técnicos, estructurales y de obra.

Lo anterior incumple lo establecido en la Ley 87 de 1993, en su artículo 2o. objetivos del Sistema de Control Interno, literal b) garantizar la eficacia, eficiencia y economía en todas las operaciones, promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional.

Al respecto, en comunicación del ocho (8) de noviembre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado considera en términos generales lo siguiente:

*"Para este numeral me permito manifestar que esta dirección anterior a la visita de Auditoría había enviado solicitud a través de correo electrónico el día 09 octubre a la doctora Carmenza Carolina Cortes, la solicitud de aires acondicionados, quien como respuesta informo que enviaría a un arquitecto para que visitara el centro, dicha visita se llevó a cabo el día 19 de octubre del año en curso. Se anexa correo y acta de la visita al centro regional del arquitecto. "*

Por todo lo anterior, el Equipo Auditor no encuentra suficiente soporte para romper el escepticismo profesional y superar la incertidumbre en relación con la planeación de intervención en dicha obra (compra, entrega, instalación definitiva de la dotación solicitada para el CRAV). En consecuencia, la debilidad no sufre variación y hará parte del informe final de auditoría.

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>44</b> de <b>53</b>

### 5.7 Seguimiento al Modelo de Seguridad de Información.

La Oficina de Tecnologías de la Información solicita explorar algunos temas relacionados con el sistema de control interno en el campo de las TICs. Al efecto remite un formato que se traduce en papel de trabajo aplicado por el Equipo Auditor y tendiente a identificar puntos de inflexión de control. Para efectos de analizar la gestión, la OTI remite los valores que deberían ser tenidos con buenas prácticas y respecto de ellos con y lo evidenciado en la Dirección Territorial se tiene:

Control de acceso físico a áreas seguras. Aplicado el resultado obtenido en la Dirección Territorial contra el valor del estándar otorgado por la OTI se tiene un cumplimiento del 33.33%

Protección contra amenazas externas y ambientales. Aplicado el resultado obtenido en la Dirección Territorial contra el valor del estándar otorgado por la OTI se tiene un cumplimiento del 66.66%

Trabajo en áreas seguras. Aplicado el resultado obtenido en la Dirección Territorial contra el valor del estándar otorgado por la OTI se tiene un cumplimiento del 75.00%

Protección de la Información y equipos de cómputo. Aplicado el resultado obtenido en la Dirección Territorial contra el valor del estándar otorgado por la OTI se tiene un cumplimiento del 50 %

Control de acceso a Sistemas de Información. Aplicado el resultado obtenido en la Dirección Territorial contra el valor del estándar otorgado por la OTI se tiene un cumplimiento del 60.00%

En términos generales, el nivel de cumplido del estándar es del 57.14% (12) y de no cumplimiento es del 42.86% (8). Frente a estos resultados, el equipo Auditor considera que existe una debilidad del sistema de control interno.

Se evidencia ausencia de controles efectivos sobre los equipos portátiles, con respecto a la información almacenada, copias de seguridad y protección de datos de dichos dispositivos cuando son utilizados fuera de las instalaciones de la sede, situación evidenciada en el marco de la auditoría al realizar el acompañamiento a la elección de la Mesa Departamental de Víctimas – Meta el 8 de octubre 2019 en la ciudad de Villavicencio.

El Equipo Auditor determina como posibles causas el desconocimiento sobre la importancia de la custodia de dichos equipos. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales a), e) y f), 4º literales d), e) y i) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 3.1 y 3.2.1.4, Norma ISO 9001:2015, capítulo 7 Apoyo, numeral 7.1.3 Infraestructura y 7.1.4 Ambiente para la Operación de los Procesos. El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de ejecución de buenas prácticas de seguridad física y de la información con respecto a estos Equipos de cómputo, lo que puede conllevar la posible materialización de eventos adversos tales como pérdida, hurto o daño o sobre esos elementos.

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>45</b> de <b>53</b>

Al respecto, en comunicación del ocho (8) de noviembre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado considera en términos generales lo siguiente:

*"Para este indicador si bien es cierto no se encontraban en la sede el día de la Auditoría ni en el lugar de destino para lo cual se autorizó su salida, es importante aclarar que el trámite del manejo de esta salida se hizo como establece la Unidad, pero la devolución para el día que terminó la jornada y lo temprano que inicio la 2 jornada era imposible el desplazamiento del profesional para la entrega de los Equipos, pero se de lo sucedido ese mismo día y una vez finalizadas las jornadas se hizo la devolución de los Equipos."*

Por todo lo anterior, el Equipo Auditor no encuentra suficiente soporte para romper el escepticismo profesional y superar la incertidumbre en relación con la seguridad que los equipos de cómputo portátiles asignados a la DT Meta Llanos Orientales deben tener en todo momento, la aclaración enviada no es suficiente para superar la debilidad detectada en la Dirección Territorial que garantice la implementación de mecanismos de seguridad física de los equipos portátiles y la seguridad de la información que en estos se pueda reposar. En consecuencia, la debilidad no sufre variación y hará parte del informe final de Auditoría."

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, perdida de información sensible que obstruyan la gestión de la DT y el logro de los objetivos institucionales.

De igual manera, no se remite evidencia que desvirtúe la debilidad de inexistencia de alarmas que son elementos disuasivos frente a potenciales acciones de terceros.

Por todo lo anterior, el Equipo Auditor no encuentra suficiente soporte para romper el escepticismo profesional, la incertidumbre en relación con el sistema de control a la información y equipamiento tecnológico. En consecuencia, la debilidad no sufre variación y hará parte del informe final de auditoría.

**5.8 Seguimiento al Control de Defensa Jurídica** El Equipo Auditor al verificar el seguimiento a la defensa jurídica institucional dentro de la jurisdicción de la Dirección Territorial encuentra que se adelanta un seguimiento a las sedes judiciales y se acatan las directrices dadas por la Oficina Asesora Jurídica.

Como quiera que el alcance de la auditoría no es examinar la pertinencia de la defensa jurídica sino el seguimiento a la misma, el equipo Auditor no encuentra en la gestión de la Dirección Territorial aspecto que lleve a calificarlo como debilidad. No obstante, se deja claro que solo en posteriores y especializadas auditorías se podrá establecer el nivel de efectividad de la defensa jurídica respecto de las situaciones que se adelantan en sedes judiciales de la Territorial Meta y Llanos Orientales.

## **6. DEBILIDADES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (HALLAZGOS) IDENTIFICADAS EN EL PROCESO AUDITOR**

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>46</b> de <b>53</b>

A partir de lo evidenciado en el proceso auditor y cotejado ello con los marcos normativos, administrativos y de gestión, el Equipo Auditor considera que las siguientes situaciones son constitutivas de debilidades (hallazgos) del modelo de control interno y resultado, por lo tanto, deben ser objeto de acciones correctivas por parte de la Dirección Territorial con el fin de subsanarlas.

**6.1** Debilidad del sistema de control interno por ausencia de indicadores gerenciales. No se evidencian uso de indicadores gerenciales por parte de la Dirección Territorial. El Equipo Auditor durante la visita efectuada a la Dirección Territorial Meta Llanos Orientales solicita las evidencias que sustentan el uso de otros indicadores adicionales al plan de acción, como herramienta gerencial. Lo anterior no permite evidenciar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 48 de la Ley 190 de 1995 y se constituyen en una debilidad del Sistema de Control Interno al incumplir lo establecido en los artículos 2º literales b), e) y g); 3º literales a) y d); 4º literales c) y e) y 6º de la Ley 87 de 1993.

El Equipo Auditor considera como potenciales causas la falta de utilización de otras herramientas gerenciales y el conocimiento de las ventajas administrativas que se obtienen a partir de la aplicación de modelos de medición y de indicadores.

**6.2** Debilidad del sistema de control interno en cuanto al componente de mejora. El Equipo Auditor durante la visita efectuada a la Dirección Territorial Meta Llanos Orientales solicita las evidencias que sustentaran las acciones de mejora continua o que generan valor agregado en la operación de la Dirección Territorial, al no contar con estas el Equipo Auditor no supera la incertidumbre sobre la ejecución, documentación o sistematización de prácticas de mejora aunque la DT las esté desarrollando, lo que impide evidenciar el cumplimiento de lo establecido en la Ley 87 de 1993 artículos 2º literales d) y f); 4º literales i), j y 6º y lo establecido en el Decreto 1499 de 2017, Dimensiones 4 y 5 de MIPG. Debilidad identificada del numeral 5.2.4 modelos de los elementos de mejora o valor agregado.

**6.3** Debilidad del sistema de control interno en cuanto al componente seguimiento. El Equipo Auditor considera el no cumplimiento de lo dispuesto en las Dimensiones 4 y 5 de 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 literales d) y f); artículo 4º literales i), j y el artículo 6º de la Ley 87 de 1993. El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de conocimiento y buenas prácticas asociadas a la temática de seguimiento a las decisiones tomadas, la ausencia de un mecanismo de alerta de manera temprana los niveles y calidades de seguimiento a las acciones planteadas por la Dirección Territorial. Lo anterior aumenta el riesgo de la no consecución de las acciones de mejora o de las decisiones tomadas por parte del Director Territorial que afecten los procesos o actividades ejecutadas en su jurisdicción. En esta debilidad se agrupan todas aquellas que se muestran como ejemplarizantes en el numeral 5.2.5, y deberá hacerse plan de mejora para cada una de ellas.

**6.4** 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 Meta y Llanos Orientales. Se evidencia debilidad en la gestión frente al cumplimiento en el

 <p>El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>47</b> de <b>53</b>

avance de la ejecución de seis (6) de las veintidós (22) actividades establecidas en su plan de acción, lo equivalente a 27.27% en un estado de avance adecuado a lo programado, correspondiente al primer semestre de 2019. 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, debilidades en los procesos de planeación, fallas en la proyección de metas y objetivos falta de conocimiento en modelos de control gerencial y planeación inadecuada en la programación de metas que contrasta con novedades administrativas de los funcionarios. Lo anterior aumenta el riesgo en el incumplimiento de las metas institucionales.

- 6.4** Debilidad del sistema de control interno en el diseño del control de los riesgos. No se entregó por parte del auditado la evidencia de los controles de riesgos de gestión y corrupción de 2018, al mismo tiempo no se evidencia dónde está el repositorio la información de riesgos. La Oficina Asesora de Planeación aprobó el mapa de riesgos 2019 el 23 de septiembre de la presente vigencia con los nuevos controles y riesgos, se observa que estos no cumplen con las directrices del DAFP.

Lo anterior incumple lo establecido en Ley 87 de 1993 artículo 2º literales a), c) y f); artículo 3º literal e); artículo 4º literales a), b), c), y k) y el artículo 6º; incumpliendo también lo establecido Modelo Integrado de Planeación y gestión MIPG Decreto 1499 de 2017, Dimensión 7 frente a la gestión del riesgo en las entidades públicas y no se ajusta a la metodología del Departamento Administrativo de la Función Pública. No cumple adicionalmente con el 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.

- 6.5** Debilidad del sistema de control interno asociado a la gestión de supervisión. El Equipo Auditor evidencia una debilidad en el sistema de control interno por incertidumbre en la información documentada proveniente de los informes de supervisión Al examinar la documentación de los contratos y convenios en estudio se evidencia una debilidad en la gestión de supervisión que dan por resultado una incertidumbre respecto del cumplimiento de las obligaciones contractuales. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993 en su artículo 2º literales a), e) y f); artículo 3º literal d). artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011.

Lo anterior puede ser consecuencia de la falta de capacitación en materia de supervisión contractual en su componente administrativo, técnico financiero y jurídico. La situación

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>48</b> de <b>53</b>

descrita aumenta el riesgo de incertidumbre de la información documentada respecto de la absoluta claridad en el cumplimiento de las obligaciones contractuales.

- 6.6** Debilidad del sistema de control interno respecto a la calidad, oportunidad de la información y certeza de los registros consignados en el expediente contractual. de la 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. Debilidad identificada del numeral 5.5.3 del seguimiento al ejercicio contractual.

- 6.7** Debilidad del sistema de control interno relacionado con el manejo y control de la gestión administrativa. 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, aumentando los riesgos asociados a incumplimiento de deberes y obligaciones legales y contractuales del interventor y el contratista, de acuerdo con los artículos 3, 4, 23 y 26 de la Ley 80 de 1993 y leyes complementarias de la contratación estatal colombiana. En esta debilidad se agrupan todas aquellas que se muestran en los literales del a) al f), como ejemplarizantes en el numeral 5.6 y deberá hacerse plan de mejora para cada una de ellas.

- 6.8** Debilidad del sistema de control interno de equipos de cómputo portátiles asignados a la DT Meta Llanos Orientales. Se evidencia ausencia de controles efectivos sobre los equipos portátiles, con respecto a la información almacenada, copias de seguridad y protección de datos de dichos dispositivos cuando son utilizados fuera de las instalaciones de la sede, situación evidenciada en el marco de la Auditoría al realizar el acompañamiento a la elección de la Mesa Departamental de Víctimas – Meta el 8 de octubre 2019 en la ciudad de Villavicencio.

El Equipo Auditor determina como posibles causas el desconocimiento sobre la importancia de la custodia de dichos equipos. Lo anterior incumple lo establecido en la Ley 87 de 1993 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. Debilidad identificada del numeral 5.6.7 Seguimiento al Modelo de Seguridad de Información.

## 7. ASPECTOS SOBRESALIENTES

El Equipo Auditor ha evidenciado como aspectos positivos de la gestión de la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales, los siguientes:

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>49</b> de <b>53</b>

En lo relacionado con el talento humano se evidencia un compromiso no solo frente a la institucionalidad sino, aquello que es más importante, frente a las víctimas. En términos generales, se destaca la calidez, prontitud y agrado en el servicio desplegado por los servidores. Como oportunidad de mejora, es importante fortalecer el clima organizacional y los niveles de confianza participativa que redundan en el bienestar de todos los servidores.

El sentido de pertenencia permite vislumbrar a un grupo de trabajo que, a pesar de las diferencias, quiere superar los obstáculos en el cumplimiento del servicio hacia las víctimas. Su compromiso conjuga sus valores personales con las metas a las que la Unidad quiere llegar en su cumplimiento organizacional.

Con respecto a la gestión con valores para resultados, componente servicio al ciudadano se debe resaltar la gestión, infraestructura y atención a la población usuaria del Centro Regional de Atención y Reparación a las Víctimas - Villavicencio. El equipo de la Dirección Territorial despliega la gestión institucional para el logro de las actividades encomendadas desde el Nivel Nacional y tutorizadas por los responsables de los procesos. Este aspecto adquiere relevancia dado el volumen de atenciones que debe cumplir la Dirección Territorial en aras de satisfacer, en lo posible, los requerimientos de las entidades operan en el CRAV y personas que se acercan a demandar información o servicios.

En este mismo componente es pertinente resaltar la gestión realizada por la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales - Proceso de prevención de hechos victimizante al apoyar a las entidades territoriales con asistencia técnica y fortalecimiento en cuanto a proyectos de infraestructura social comunitaria y proyectos agropecuarios ejemplo de ello el proyecto asistido en la vereda Puerto Toledo municipio Puerto Rico del Departamento del Meta.

Respecto a la atención al ciudadano, ventanilla hacia afuera de la dimensión del MIPG gestión con valores para resultados se evidencia un trabajo organizado proclive a cumplir con los lineamientos administrativos dictados desde la Dirección General en el sentido de coordinar la gestión de la Dirección Territorial con la que debe ejecutar cada uno de los procesos de nivel nacional y específicamente aquellos de tipo misional que puede mejorar con la adecuación de dispositivos de atención tales como el digiturno y su gestión hasta que se instalado en el CRAV.

Es de destacar la gestión que la Dirección Territorial realiza con el Consejo Noruego para el éxito jornadas de atención a víctimas en cuanto al apoyo logístico, apoyo para el suministro de internet, refrigerios y ollas comunitarias en las jornadas con el resguardo JIW en municipio Mapiirípan al darle solución a necesidades locales con el apoyo de este cooperante internacional.

La coordinación interinstitucional y la amplia participación en la Elección de la Mesa Departamental de Participación Efectiva de Víctimas del Meta generada a partir del trabajo de la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales evidenciada en la elección realizada en Villavicencio el 7 y 8 de octubre con la participación de 29 municipios y 224 víctimas delegadas por diferente Hecho Victimizante y Enfoque Diferencial lo constituye en otro aspecto sobresaliente de la gestión de esta Dirección Territorial.

En cuanto a la dimensión del MIPG de gestión con valores para resultados, ventanilla hacia adentro, componente fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos se observa

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>50</b> de <b>53</b>

fortaleza en cuanto a la gestión realizada por la Dirección territorial Meta y Llanos Orientales con La Agencia Alemana de Cooperación Internacional GIZ en la planeación y ejecución de los talleres relacionados con la estrategia de comunicación interna Programa ProPaz. Propiciando fortalecimiento en el clima laboral interno de la DT.

La comunicación del Director Territorial con los colaboradores es constante y dinámica. El interesarse por los quehaceres que periódicamente realizan los integrantes de su equipo de trabajo se le abona como parte de su modelo de control. La experiencia y compromiso con la que cuentan todos los integrantes de la Dirección Territorial es meritoria puesto que la mayoría tiene experiencia en el tema de Víctimas. La rotación de labores dentro de todos los procesos de la Dirección Territorial hace que adquieran conocimiento, habilidades y experticia a la hora de atender cualquier incidente que se presente.

Que todos los colaboradores dominen diferentes procesos desde el registro hasta la reparación de las víctimas hace que fortalezcan competencias y sabiduría en el tratamiento de las víctimas. Esto es un factor clave que el Director Territorial debe aprovechar como valor agregado para su gestión.

Adicionalmente, la rotación de actividades es importante para que los colaboradores tengan sentido de pertenencia y conozcan a la perfección el quehacer de la Dirección Territorial y de paso actualizar conocimientos que puedan aportar en el direccionamiento estratégico de la territorial y por ende de la Unidad.

## **8. RESULTADOS DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.**

El Equipo Auditor examinando la vigencia 2017 no encuentra un Plan de Mejoramiento de Gestión asociado a la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales.

## **9. RESULTADOS DE LOS LOGROS DE GESTIÓN**

La Oficina de Control Interno realiza en el mes de enero del presente año, la evaluación por dependencias de la Entidad con corte a 31 de diciembre de 2018. El resultado de la gestión de la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales fue 8,6/10.

## **10. CONCEPTO DE AUDITORÍA**

El propósito de la auditoría es evaluar el sistema de control interno de la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales visto desde el logro de metas, la aplicación de normas y modelos de gestión efectivos. Para cumplir el propósito, se examinaron los aspectos comunicacionales y de seguimiento a las acciones de control que se deben realizar de conformidad con la naturaleza de la gestión. Producto de esta actividad auditora, el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno emite el siguiente concepto de auditoría.

La Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales ejecuta un modelo de control interno en su quehacer cotidiano en aras de lograr los objetivos que le han sido asignados y contribuir con aquellos que le corresponde a nivel nacional. Si bien es cierto que durante el proceso auditor se identificaron puntos que llevan al convencimiento de la existencia del modelo también lo es, que este aspecto no es tan conocido por los ejecutores en la Dirección Territorial, en

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>51</b> de <b>53</b>

consecuencia el ejercicio de control se hace más desde lo empírico que desde lo técnico, esto no se constituye en aspecto negativo sino por el contrario, debe tomarse como punto de partida para fortalecer las competencias de todo el equipo humano de la Dirección Territorial en temas de control interno.

Existen fortalezas relevantes en la gestión examinadas por el equipo auditor respecto de los temas abordados por el modelo integrado de planeación y gestión, las cuales deben ser potencializadas al interior de la Dirección Territorial e igualmente presentadas como buenas prácticas a responsables de otros procesos u otras direcciones.

En relación con las debilidades del Sistema de control Interno se inicia con la falta de conocimiento respecto de la funcionalidad del control mismo en los aspectos funcionales y organizacionales. El manejo de la planeación se circunscribe a la ejecución del Plan de Acción institucional (el cual es un deber funcional de los servidores) pero no se extiende el ejercicio de esta herramienta gerencial a los ámbitos de la gestión en su integridad desplegada al interior de la Dirección territorial.

El modelo de Control Interno determinado en la UARIV establece la aplicación de las siguientes variables: Procesos caracterizados y actualizados, modelo de medición a través de cualquier metodología incluidos los indicadores de gestión, el modelo de control inherente al despliegue del quehacer institucional cotidiano derivado de la caracterización de los procesos que son tutelados en el Nivel Nacional, modelo de riesgos que trasciende como herramienta gerencial al mapa de riesgos y que responde a la identificación del entorno específico en el cual desarrolla su gestión la Dirección Territorial y el modelo de seguimiento y de mejora como expresiones gerenciales que contribuyan a optimizar los recursos maximizando los beneficios.

Estos aspectos básicos del Sistema de Control Interno son objeto de evaluación por parte del equipo auditor a través de papeles de trabajo diseñados para establecer el nivel de madurez y aplicación de ellos. En este ejercicio se evidencia una debilidad en el componente de mejora y de seguimiento, aspecto que debe ser examinado por equipo de la Dirección Territorial dado que esta herramienta gerencial tiene como propósito superar (a partir de la experiencia) las dificultades de carácter técnico y administrativo que se le presenten en la cotidianidad de su labor.

La Directriz dada por la Dirección General en relación con la programación de las actividades en cuanto a metas y tiempos a través de la Oficina Asesora de Planeación es de cumplir a cabalidad lo pactado como unidad de meta en los tiempos previstos. El equipo auditor aplica un papel de trabajo que examina la trazabilidad y aplicación de la directriz señalada encontrando debilidad en la manera como cotidianamente se ejecuta el plan de acción.

Es necesario tener claro que la medición que hace el Equipo Auditor de la oficina de Control Interno se asocia al requerimiento de la Dirección General en virtud de lo dispuesto por la Oficina Asesora de Planeación y no al resultado final del ejercicio de la gestión de planeación. En este escenario, determinar el comportamiento de las variables relacionadas con la cantidad de unidades de metas reportadas en los periodos frente a las que debería ser conlleva a reflexionar sobre los costos directos e indirectos asociados al no cumplimiento taxativo del compromiso planeado.

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>52</b> de <b>53</b>

Dado que es posible la variación de unidades de medida o de los tiempos de su ejecutoria, la Oficina Asesora de Planeación permite la modificación de la planeación a través de actas. Dado este mecanismo se ha de entender que existe una debilidad del sistema de control interno cuando la Dirección territorial aplica esta modalidad y reporta actividades por debajo o por encima del valor planeado. Cabe anotar que en el primero de los eventos las metas pueden hacerse más costosas frente a los recursos de toda índole o en el segundo de los eventos la planeación se sustenta en unas cifras o bien conservadoras o sin conocimiento de línea base.

En este punto, es recomendable que la Dirección Territorial aborde con mayor rigor el ejercicio de la planeación y su ejecución para estar lo más próximo posible a la efectividad administrativa, o utilice los mecanismos institucionales para que este instrumento gerencial guarde consonancia con el comportamiento histórico del logro de metas en esa jurisdicción.

El mapa de riesgos es una herramienta gerencial que tiene por propósito establecer los eventos positivos o negativos que puedan afectar el logro de los objetivos. Para el efecto, la entidad aplica la metodología dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Como quiera que la Dirección Territorial está certificada en el estándar ISO 9001:2015 debe cumplir con los lineamientos de estas buenas prácticas.

El equipo auditor examina el mapa de riesgos de la Dirección Territorial y evidencia debilidad en cuanto a la construcción de los controles asociados a las causas identificadas de los eventos negativos potenciales. Es importante que la herramienta gerencial de mapa de riesgos sea completa y aborde a través de controles todas y cada una de las causas de los eventos negativos. Esta situación no se evidencia en la gestión del riesgo en la Dirección Territorial. Por otra parte, al examinar el nuevo mapa de riesgos (que no fue objeto de estudio sino de observación) se advierte que los controles respecto de su construcción no cumplen los requerimientos del DAFP.

Es importante señalar que la Dirección Territorial no posee un proceso o procedimiento que le sea propio a su gestión, por lo que el mapa de riesgos responde a las funcionalidades gerenciales desplegadas en la Territorial y que para tener un panorama integrado debe recoger los riesgos identificados encada uno de los procesos que ejecuta en su jurisdicción.

La ausencia de este conocimiento claro es decir que los riesgos de la Dirección Territorial están igualmente compuestos por todos y cada uno de los riesgos de los procesos misionales desarrollados en el territorio genera debilidad en el Sistema de Control Interno.

En el desarrollo del proceso auditor, se evidencia la presencia de debilidad en la gestión de la supervisión contractual. Este aspecto ya había sido señalado por la Oficina de Control Interno al auditar el proceso contractual de la entidad. En consecuencia, el Equipo Auditor evidencia debilidad del sistema de control interno por la falta de aplicación estricto a los lineamientos legales de la figura de la supervisión. Como oportunidad de mejora para la Dirección Territorial se recomienda hacer una un ejercicio de la necesidad de aumentar o fortalecer competencias en este tema y respecto del proceso de gestión contractual, examinar si las acciones de mejora desplegadas están surtiendo el impacto esperado o reorientar para hacerlas efectivas.

El Equipo Auditor aplica un papel de trabajo diseñado por la Oficina de Tecnología de la Información, estándar que determina la debilidad o no del sistema de información. En la

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>53</b> de <b>53</b>

Dirección Territorial evidencia que esta debilidad se presenta, por lo tanto, es importante que identifiquen los aspectos de causa que estén afectando el conjunto del modelo de control físico y tecnológico de equipamiento e información.

En términos generales, el sistema de control interno en la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales esta presente, posee un nivel de debilidad que puede ser superado con procesos de capacitación, fortaleciendo la aplicación de las herramientas gerenciales y examinado el entorno en el cual se mueven. Siendo el primer ejercicio de esta índole a la territorial, es importante que ella construya una línea de base para construir un sistema más robusto.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor recomienda al Director Territorial Meta y Llanos Orientales la elaboración de un Plan de Mejoramiento del Sistema de Control Interno, donde se incluya el tratamiento a las debilidades evidenciadas en este informe.

Cordialmente,

**JUAN CARLOS CASTELLANOS MAYORGA**  
Auditor Líder

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

Versión	Fecha	Descripción de la modificación
1	30/04/2014	Se crea formato
2	24/02/2015	Se incluye el ítem de número de informe. Se elimina el ítem 4.2 oportunidades de mejora.
3	21/07/2015	Se incluye la opción tipo de informe, con el fin de poder entregar un informe preliminar o final.
4	15/04/2016	Se incluye cuadro elaboró, revisó y aprobó. Se incluyen numerales 4.4 Sobre indicadores, 4.5 Verificación de riesgos y 4.6 verificación de controles Se incluye cuadro responsable de la auditoria
5	05/06/2017	Se modifica formato, se adiciona aprobación Jefe Oficina de Control Interno.
6	Abril /2018	Se modifica formato de acuerdo con nuevos lineamientos del Jefe de la Oficina de Control Interno, se eliminan cuadros en Excel.
7	17/04/2019	Se modifica formato según lineamientos del jefe de la Oficina de Control Interno.