

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>1</b> de <b>14</b>

## **EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO INFORME EJECUTIVO DE EVALUACIÓN**

### **I. IDENTIFICACION GENERAL**

Nombre del Proceso: Dirección de Registro y Gestión de la Información

Dependencia líder: Dirección de Registro y Gestión de la Información

Servidor responsable del Proceso: Nathalia Romero Figueroa

Tipo de auditoría realizada: De primera parte, efectividad del sistema de control interno

Fecha de auditoría: 10 de agosto al 15 de diciembre de 2022

Equipo Auditor: Auditor Líder abogada Jenny Johanna Melo Zapata  
Auditor Abogado Juan Fernando León Romero  
Auditor Ingeniera Olga Rosmery Ahumada Castañeda  
Auditor Ingeniero Wilmer Edison Amaya Leal  
Auditor Ingeniero William Mahecha Hernandez  
Auditor Contadora Pública Rosbery Campos Trigos  
Auditor Administrador de Empresas Jose de Jesús Gutierrez Villalba.

### **II. METODOLOGIA UTILIZADA**

El Equipo de Auditoria de la Oficina de Control Interno para el desarrollo de la auditoria 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.

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

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 del líder con el fin de subsanarlas.

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>2</b> de <b>14</b>

**1. Línea Estratégica:** Indicadores Plan de Acción: Debilidad en la gestión de la Subdirección de Valoración y Registro de la Dirección de Registro y Gestión de la Información referente al avance y ejecución del total de actividades (indicadores) programadas en su plan de acción para la vigencia 2021. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2° literales b) y d), 4° literal c), i) y j) y 6° de la Ley 87 de 1993 y la Ley 152 de 1994 artículo 3° 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 la planeación apropiada de la programación de las metas a determinar en cada actividad (indicador), teniendo como referencia una línea base tomada de los resultados obtenidos en las vigencias anteriores, que permita la realización adecuada en el diseño y seguimiento de tableros de control que fortalezca el conocimiento en modelos de control gerencial. Lo anterior aumenta el riesgo en el incumplimiento de los objetivos institucionales.

**2. Línea Jurídica:** Debilidad en la extemporaneidad en el reconocimiento que le asiste a una víctima por derecho que se declara y es declarada por decisión judicial como víctima con el propósito de reclamar su reparación y/o indemnización de acuerdo con los criterios de priorización establecidos por la entidad a través de la DRGI y en cumplimiento con lo ordenado en la Ley 1448 de 2011 de la población del conflicto armado que cumple. Esta situación transgrede lo estipulado en la Constitución Política de Colombia Art. 209. Cumplimiento a los objetivos del Sistema de Control Interno dispuesto en la Ley 87 del 1993 en su artículo 2 "Objetivos del sistema de Control Interno", en especial literal b y e. Artículo 4 "Elementos para el Sistema de Control Interno" Literal b "Definición de políticas como guías de acción y procedimientos para la ejecución de los procesos". El Equipo Auditor, establece como potenciales causas deficiencias de seguimiento, vigilancia y control, en los tiempos de ingresos a personas a las cuales se les otorga la calidad de víctimas, omisión en la aplicación de controles que eviten ejercer la gestión de manera extemporánea pese, a que no haya pronunciamiento judicial que indique el termino de registro en el RUV. Lo anterior conlleva, a generar un nivel de retraso y/o incumplimiento en la calidad y oportunidad, así como el impacto de satisfacción que debe generar a los ciudadanos víctimas del conflicto armado.

**3. Línea Jurídica:** Debilidad en el sistema de control interno con respecto a la seguridad de la información que se descarga para realizar los controles diarios contemplados en los procedimientos evaluados y a pesar de que se tiene un profesional que hace seguimiento en reparto y control de la gestión que realizan los analistas, el control ejecutado se efectúa de manera manual a través de archivos e Excel que se descargan de manera diaria. Lo anterior, para el equipo auditor se presenta incertidumbre con respecto al seguimiento exhaustivo de cómo, quién, cuándo y dónde se hacen determinadas acciones sobre la información que se está gestionando. Situación que conduce al incumplimiento en lo dispuesto por el "Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión" Versión 4 marzo de 2021, en cumplimiento e implementación de la 3ª y 5ª Dimensión "Información y Comunicación" El equipo auditor establece como potenciales causas fallas en el control y seguridad de la información sensible de los ciudadanos víctimas, lo cual facilita que personas no autorizadas puedan editar, copiar y/o descargar información reservada, así como tampoco garantiza la trazabilidad de la gestión efectuada en el día a día. Aunado a lo

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>3</b> de <b>14</b>

anterior, se observa que la herramienta utilizada por sí mismo no permite ejecutar los controles que aseguran la información que se descarga en el archivo mencionado.

**4. Línea Contractual:** Debilidad en el ejercicio de la función de supervisión, en el entendido que la página del Sistema Electrónico para la Función Pública SECOP II no se ha realizado la debida publicación de los informes de supervisión a la ejecución contractual correspondientes a los meses de septiembre y octubre. La situación anterior transgrede la ley 1474 de 2011 en los artículos: 83) Supervisión e interventoría contractual y 84) Facultades y deberes de los supervisores e interventores, La Guía para el ejercicio de las funciones de supervisión (Agencia Nacional de Contratación Pública) título IV Ejercicio de la supervisión e interventoría B) seguimiento administrativo y El Manual de supervisión e interventoría (UARIV) V-02 Capítulo 2) Funciones de los supervisores e interventores, Funciones administrativas numerales 3) y 4). El equipo auditor establece como potenciales causas la inaplicabilidad normativa y legal, así como falta de articulación entre los procesos que coadyuvan a ejercer y tramitar el proceso contractual, con relación al tratamiento documental de los informes de supervisión. Lo que puede aumentar el riesgo de incumplimiento del deber de publicidad, transparencia, oponibilidad frente a terceros, además de los reprocesos administrativos. Aunado a ello, no asegura y garantiza que la información requerida en materia contractual esté disponible de manera actualizada y en los tiempos esperados.

**5. Línea Contractual:** Debilidad en la aplicación del principio de publicidad en la contratación esto, en el momento de consultar la página de la Unidad, no fue publicado el aviso de convocatoria del Proceso UARIV –CD-800095131-6 el cual dio origen al contrato de comisión 1518 de 2021, en el enlace de contratación y convocatorias. La anterior situación vulnera la Ley 1712 de 2014 (ley de transparencia) en su artículo 10) Publicidad de la contratación, el Decreto 1082 de 2015 artículo 2.2.1.1.1.7.1. Publicidad en el SECOP y la Circular externa única V-02 de 15/07/22 (Agencia Nacional de Contratación Pública) numeral 1.4. Publicación en una plataforma del SECOP. El equipo Auditor establece como potenciales causas el desconocimiento por parte de los interesados en contratar con la Entidad desde la fase precontractual, con respecto al suministro de la información relevante en cualquier proceso de contratación. Lo que conlleva un riesgo potencial en el aseguramiento, confiabilidad y cumplimiento de la información y del principio de publicidad en la contratación pública independientemente de la clase de contrato al cual se acuda para satisfacer las necesidades de la entidad las cuales se traducen en el logro de los fines del Estado.

**6. Evaluación y Seguimiento a las Políticas de Gestión de Conocimiento e Innovación y Gestión de Datos Estadísticos – MIPG: Debilidad direccionada a la Dirección de Registro y Gestión de la Información - DRGI y Oficina Asesora de Planeación - OAP:** Debilidad asociada al Sistema de Control Interno respecto en la ausencia de la adopción, planificación, apropiación, seguimiento y evaluación de las políticas de Gestión del Conocimiento y la Innovación en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG adoptado por

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>4</b> de <b>14</b>

la Unidad. Esto no está conforme con lo dispuesto OCDE<sup>1</sup> en su Declaración sobre innovación en el sector público reafirma su compromiso para “alentar y brindar herramientas a todos los servidores públicos” para innovar; Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “En Colombia, el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022: “Pacto por Colombia, pacto por la equidad” expresa que “aunque en el sector público existen muchas iniciativas de innovación, hay una necesidad de fortalecer capacidades en el recurso humano, especialmente para generar nuevas ideas e implementar proyectos de innovación (DNP, 2019)”; plan nacional de formación y capacitación 2020-2030 “considera la gestión del conocimiento y la innovación como uno de los ejes estratégicos para la capacitación y formación de los servidores públicos en el país, lo cual generará (...) que las organizaciones aprendan, evolucionen, innoven y mantengan su desempeño óptimo” (Función Pública, 2020c, p.6)”; Decreto 1449 de 2017 capítulo 2 Políticas de Gestión y Desempeño Institucional en el numeral 14 de acuerdo con lo establecido en el MIPG. Norma ISO 9001:2015, capítulo 6 Planificación, numeral 6.3 Planificación de los Cambios. Igualmente, respecto a la política de Gestión de Datos Estadísticos no está conforme con lo dispuesto con lo dispuesto por la Ley 1955 de 2019. Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia, pacto por la equidad”; Artículo 155; Decreto 2404 del 27 de diciembre de 2019, por el cual se reglamenta el artículo 155 de la Ley 1955 de 2019 y se modifica el Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1170 de 2015 Único del Sector Administrativo de Información Estadística; Resolución DANE 0446 del 24 de marzo de 2020. Por la cual se establecen los requisitos que deben cumplir los integrantes del Consejo Asesor de Sistema Estadístico Nacional – CASEN y se dictan otras disposiciones; Resolución DANE 0560 del 14 de mayo de 2020. Por la cual se adoptan los Lineamientos para el proceso estadístico en el Sistema Estadístico Nacional, versión 2; Resolución DANE 2222 de 2018. Por la cual se establece el Marco Geoestadístico Nacional (MGN). Así mismo, el Decreto 1449 de 2017 capítulo 2 Políticas de Gestión y Desempeño Institucional de acuerdo con lo establecido en el MIPG. Norma ISO 9001:2015, capítulo 7 Apoyo, numeral 7.5 Información Documentada.

**7. Gestión del Proceso (Ciclo PHVA):** Debilidad en el Sistema de Control Interno, en el entendido que no se evidencia la implementación de controles para la implementación de los mecanismos y estrategias relacionado con el ciclo PHVA definido en el Proceso de Registro y Valoración; el cual no se define en el ciclo Planear las entradas e insumos de las Políticas de Gestión del Conocimiento y la Innovación, la Política de Gestión de la Información Estadística y la Política de Defensa Jurídica; las cuales hacen parte del objetivo y alcance del proceso que hace parte de lo misional y relacionamiento con los grupos de valor definidos en el Sistema Integrado de Gestión de la Unidad. Esta situación está conforme con lo dispuesto cumple con los requerimientos de controles para el sistema de control interno asociado al proceso en su interacción con el Sistema de Gestión de la Calidad y las dimensiones 5 “Información y Comunicación 6 “Gestión del Conocimiento y la Innovación” y la 7 “Control

<sup>1</sup> Guía para la implementación de la gestión del conocimiento y la innovación en el marco del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG). Versión 1 diciembre de 2020

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>5</b> de <b>14</b>

Interno"; de acuerdo con lo establecido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales a), b) y f), 4º literal i) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 políticas de gestión y desempeño institucional del MIPG. Norma ISO 9001:2015, capítulo 4, contexto de la organización, numeral 4.4 sistema de gestión de la calidad y sus procesos.

**8. Línea Sistemas de Información y Tecnología:** Debilidad en el reporte de usuarios RUV cuyo nombre del archivo es Usuarios\_ruv\_2022, se realiza análisis de los datos, teniendo en cuenta la fecha de inactivación presentada y se compara con el campo que indica si el usuario esta activo o inactivo, para lo cual se encuentra que, a pesar de contar con una fecha de inactivación, aparece todavía como activo el usuario, el recuento total de estos casos es de 6778. Lo anterior transgrede lo indicado en la política de gestión de seguridad de la información "la Unidad para las Víctimas gestiona, controla y salvaguarda la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información de los procesos y de la población víctima, mediante la gestión de riesgos de seguridad de la información y la implementación de controles físicos y digitales para prevenir incidentes, promover la continuidad de las operaciones y desarrollar la cultura de seguridad de la Información. De igual manera, pretende cumplir con la normatividad vigente y otras disposiciones en el marco de la mejora continua del mencionado sistema". Además, lo dispuesto por el "Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión" en su dimensión 3º "Gestión con valores para resultados" y 5ª "Información y Comunicación". El equipo auditor establece como potenciales causas la falta de seguimiento y monitoreo a las acciones de inactivación de usuarios, y conjunto a esto la deficiencia en la verificación del cumplimiento a cada uno de los controles establecidos por parte del auditado.

**9. Línea Sistemas de Información y Tecnología:** Debilidad en la falta de aplicación de las políticas de seguridad de la información en lo relacionado con la protección de los equipos de cómputo y su información. Lo anterior, incumple lo preceptuado en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión que estipula la política de Seguridad Digital y que se enlaza con el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión Versión 4 de marzo de 2021 en la 3ª. Dimensión: Gestión con valores para resultados en lo relacionado con Política de Seguridad Digital. Además de lo establecido por la Oficina de Tecnologías de la Información de la UARIV respecto a la Política de Seguridad de la Información. El equipo auditor establece como potenciales causas la falta de interiorización, uso y apropiación de las políticas de seguridad de la información de la entidad, así mismo un seguimiento permanente por parte de los usuarios del sistema de seguridad de la información. Esta situación conlleva al riesgo de la pérdida de la manipulación de información por terceros y acceso a datos de uso reservados y sensibles que maneja la entidad.

**10. Línea Sistemas de Información y Tecnología:** Debilidad en la aplicación del punto de control numeral 6 del "Procedimiento Valoración Individual" identificado con el código: 510,05,08-10 en su Versión: 03, relacionado al deber de registrar en el aplicativo RUV módulo de valoración. Lo anterior transgrede lo indicado por el Marco General del Modelo Integrado de Planeación y Gestión en las Políticas de Operación e Institucionales generado por la Secretaría General y en que detalla en el numeral 1.2 Política de Planeación y Control "(...) la responsabilidad frente al proceso de planeación y control corresponde a todas las áreas y por

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>6</b> de <b>14</b>

tanto a los funcionarios, no obstante, los lineamientos metodológicos y conceptuales se dan desde la Oficina Asesora de Planeación y la Oficina de Control Interno, según corresponda.” así mismo, el numeral 1.5 Política del Sistema Integrado de Gestión en cual en su primer objetivo dice “Cumplir con los requisitos de calidad de los productos y servicios que se generan por medio de los procesos y realizar una mejora continua con la participación efectiva de sus partes interesadas”. El equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de seguimiento a los controles establecidos en los procedimientos y a su vez la alineación de la operación diaria con lo establecido documental y procedimentalmente.

**11. Línea Sistemas de Información y Tecnología: Debilidad direccionada a la Oficina de Tecnologías de la Información – OTI:** Debilidad en la aplicación de controles tecnológicos físicos, en lo que respecta a los bloqueos de seguridad de los periféricos que realiza conexión directa a los equipos de cómputo. Lo anterior no está acorde a lo dispuesto en Políticas de Operación e Institucionales generado por la Secretaría General y en que detalla en el numeral 3. Política de Manejo de Información y el “Plan de tratamiento de Riesgos de seguridad de la información 2021-2022” generado por la Oficina de Tecnologías de la Información – OTI relacionado con el riesgo “Posibilidad de pérdida económica y reputacional por indisponibilidad, divulgación o alteración no autorizada de información debido a no comprender las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas que puede presentar la UARIV respecto a la seguridad de la información por parte de los funcionarios, contratistas y operadores de la entidad” El equipo Auditor establece como potenciales causas la no implementación de la OTI en el bloqueo de puertos. Lo que genera un alto grado de vulnerabilidad frente a la información que puede ser extraída o los potenciales programas maliciosos que puedan infectar los equipos y red de la entidad.

**12. Línea Sistemas de Información y Tecnología:** Debilidad en el formato único (FUD) toda vez que, no cuenta con la tipificación del hecho victimizante “Confinamiento”, así como tampoco se encuentra parametrizado en el aplicativo Registro Único de Víctimas (RUV). En su lugar se encuentra parametrizado un campo abierto de nombre “¿Cuál?” creado para ingresar allí todo hecho victimizante que no esté desarrollado como es el caso de confinamiento. Asimismo, se evidencia que tanto en el FUD como aplicativo RUV no permite tener una plena identificación de este evento recolectado y capturado desde el Ministerio Público, en consecuencia, también el Grupo de Valoración de la Unidad para las identificaciones deben ser realizadas y tomadas de los anexos de la declaración. Esta situación no está conforme con lo dispuesto al cumplimiento a los objetivos del Sistema de Control Interno dispuesto en la Ley 87 del 1993 en su artículo 2 “Objetivos del sistema de Control Interno”, en especial literales: 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. Así como también, e) Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros”. Así también no se cumple con lo contemplado en la Ley 1448 de 2011 y los decretos ley étnicos y lo promulgado por la ley 2078 de 2021”, así también no está acorde con la Dimensión 5ª “Información y Comunicación” donde indica que “es importante que tanto la información como los documentos la soportan (escrito, electrónico, audiovisual, entre otros) sean gestionados para facilitar la operación de la entidad, el desarrollo de sus funciones, la seguridad y protección de datos y garantizar la trazabilidad de la gestión”.

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>7</b> de <b>14</b>

**13. Línea Sistemas de Información y Tecnología:** Debilidad en el Sistema de Control Interno con respecto a la aplicación del "Procedimiento Valoración Masivos" actividad 14 "Realizar revisión del lote de actos" que, de acuerdo con lo verificado se evidencia que los actos administrativos no pasan por el aplicativo documental Archidhu al aplicativo Registro Único de Víctimas, la verificación realizada al estado de seguridad de la información aplicada a la protección contra amenazas externas y la débil estabilización de una aplicación puesta en producción que demanda un número considerable de fallas de un sistema de información que conlleva a la materialización de riesgos en la pérdida de información, así como los tiempos y cumplimientos de los procedimientos. Por consiguiente, esta situación transgrede además el cumplimiento a los objetivos del Sistema de Control Interno dispuesto en la Ley 87 del 1993 en su artículo 2 "Objetivos del sistema de Control Interno", en especial literal a, b y e. Artículo 4 "Elementos para el Sistema de Control Interno" Literal b "Definición de políticas como guías de acción y procedimientos para la ejecución de los procesos", así como no está conforme el Decreto 1499 de 2017 en el Plan Operativo de Modelo Integrado de Planeación y Gestión Dimensión 3 "Gestión con valores para resultados" numeral 3.2.1.1 "Gestionar recursos físicos y servicios internos", 3.2.1.4 "Política de Seguridad Digital", y la Norma ISO 27001:2013 Seguridad de la Información. Equipo Auditor establece como potenciales causas fallas en la integración de aplicaciones e inestabilidad de la herramienta Archidhu colocada en producción, en consecuencia, de las validaciones por estado de ingresos tipificado como "ErrorEnviandoNotificacion" se evidencia que desde el 22/06/2022 se encuentra en cuenta de estado de resolución un total de 4.765 casos sin atención que impiden el desarrollo normal del procedimiento.

**14. Línea Sistemas de Información y Tecnología:** Debilidad en el Sistema de Control Interno con respecto a la aplicación del "Procedimiento Valoración Masivos" que involucra los diferentes aplicativos de la entidad como SIRAV y SGV donde al desarrollar la actividad "enviar por SIRAV al proceso de Servicio al Ciudadano", se evidencia en la validación que desde los perfiles de la Subdirección no es posible admitir en SGV las notificaciones, se evidencia un total de 9.117 casos que no reportan ingreso a Servicio al Ciudadano, con correo institucional de fecha 11 de octubre de 2022 asunto "RV: casos aprobador desde la salida de Archidhu" ítem no registra Ingreso. Esta situación transgrede además el cumplimiento a los objetivos del Sistema de Control Interno dispuesto en la Ley 87 del 1993 en su artículo 2 "Objetivos del sistema de Control Interno", en especial literal a, b y e. Artículo 4 "Elementos para el Sistema de Control Interno" Literal b "Definición de políticas como guías de acción y procedimientos para la ejecución de los procesos", así como no se encuentra conforme el Decreto 1499 de 2017 en el Plan Operativo de Modelo Integrado de Planeación y Gestión Dimensión 3 "Gestión con valores para resultados" numeral 3.2.1.1 "Gestionar recursos físicos y servicios internos", 3.2.1.4 "Política de Seguridad Digital", y la Norma ISO 27001:2013 Seguridad de la Información. El Equipo Auditor establece como potenciales causas fallas en la integración de las aplicaciones e inestabilidad de la herramienta Archidhu colocada en producción.

**15. Línea Sistemas de Información y Tecnología:** Debilidad en el Sistema de Control Interno con respecto al "Procedimiento de Gestión de la Declaración" actividad 16: "verificar los requisitos mínimos" que existe declaraciones las cuales están llegando sin la información de: nombre de entidad, departamento, ni municipio, toda vez que en las evidencias de las

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>8</b> de <b>14</b>

Declaraciones en físico que se radican en la herramienta de gestor documental en ambiente de producción "Archidu" están llegando al aplicativo Registro Único de Víctimas RUV sin estos datos fundamentales para las validaciones y continuar con el proceso lo que ocasiona retrasos en el trámite de las declaraciones. Lo anterior, no está de acuerdo en lo estipulado en la Ley 1448 de 2011, dentro los cuales está *"Definir los medios, instrumentos y mecanismos por medio de los cuales se tomará la declaración para decidir sobre la inclusión o no en el Registro Único de Víctimas de las personas que declaran por los hechos victimizantes que administre la información en el RUV a través, de herramientas tecnológicas y procesos administrativos, con el fin de que las víctimas tengan acceso a las medidas de asistencia, atención y reparación.* El Equipo Auditor establece como potenciales causas fallas en la integración de las aplicaciones y perdida de la seguridad de la información susceptible de las víctimas que se encuentran registradas en las diferentes herramientas de la Entidad.

**16. Línea Sistemas de Información y Tecnología:** Debilidad para la Subdirección de Gestión de la Información. Ya que, al verificar la administración y gobernabilidad de los sistemas de información no se evidencia que se encuentre enmarcado en una línea definida en materia de tecnologías de la información, esto ocurre en el desarrollo de aplicaciones, soporte, servicios, entregas funcionales y administración, situación que se valida en la Subdirección de la Red Nacional de Información, con la cual se evidencia la no comunicación a la Oficina de Tecnologías a acerca de las entregas de los productos y mejoras entregados a las áreas funcionales. Esta situación transgrede además el cumplimiento a los objetivos del Sistema de Control Interno dispuesto en la Ley 87 del 1993 en su artículo 2 *"Objetivos del sistema de Control Interno"*, en especial literal a, b y e. Artículo 4 *"Elementos para el Sistema de Control Interno"* Literal b *"Definición de políticas como guías de acción y procedimientos para la ejecución de los procesos"*, Sí también lo contemplando en el Modelo Integrado de Arquitectura Empresarial (MAE) en sus Dominios de Arquitectura de Sistemas de Información; así como con el LI.INF.03 - Gobierno de la Arquitectura de Información, así también no está acorde con lo estipulado en el Decreto 4802 de 2011 en su artículo 10. *OFICINA DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN y ARTÍCULO 24. DIRECCIÓN DE REGISTRO Y GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN.* De otro lado, no se encuentra conforme el Decreto 1499 de 2017 en el Plan Operativo de Modelo Integrado de Planeación y Gestión Dimensión 3 *"Gestión con valores para resultados"* 3.2.1.4 *"Política de Seguridad Digital"*, y la Norma ISO 27001:2013 Seguridad de la Información. Subdirección de Registro y Valoración y Oficina Administrativa. El Equipo Auditor establece como potenciales causas la doble gobernabilidad, la ausencia en la centralización y falta de control de resultados en materia de sistemas de información.

**17. Línea Sistemas de Información y Tecnología:** Debilidad en la revisión de ejecución al Procedimiento Novedades, Actualizaciones y Calidad del Dato. Toda vez que al verificar algunas solicitudes, se evidencia glosas pendientes de insumo para continuar con la gestión de decidir sobre las solicitudes de novedades, se detecta que existen dos factores por los cuales quedan registros pendientes. La anterior situación transgrede además el cumplimiento a los objetivos del Sistema de Control Interno dispuesto en la Ley 87 del 1993 en su artículo 2 *"Objetivos del sistema de Control Interno"*, en especial literal a, b y e. Artículo 4 *"Elementos para el Sistema de Control Interno"* Literal b *"Definición de políticas como guías de acción y procedimientos para la ejecución de los procesos"*, así como no está conforme el Decreto 1499

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>9</b> de <b>14</b>

de 2017 en el Plan Operativo de Modelo Integrado de Planeación y Gestión Dimensión 3 "Gestión con valores para resultados" numeral 3.2.1.1 "*Gestionar recursos físicos y servicios internos*". El Equipo Auditor establece como potenciales causas fallas e inconsistencias en el desarrollo normal del proceso de novedades.

#### **IV. CONCEPTO DE AUDITORIA**

El propósito de la auditoría es evaluar el sistema de control interno a la Dirección de Registro y Gestión de la Información 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 del proceso. Producto de esta actividad auditora, el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno emite el siguiente concepto de auditoría.

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 de Registro y Gestión de la Información del Proceso de Registro y Valoración e igualmente presentadas como buenas prácticas a responsables de otros procesos u otras dependencias del nivel nacional y direcciones territoriales.

El modelo de Control Interno determinado en la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas UARIV establece la aplicación de las siguientes variables: Modelo de medición a través de cualquier metodología incluidos los indicadores de gestión, 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 de Registro y Gestión de la Información del Proceso de Registro y Valoración, de igual manera el modelo de seguimiento y mejora como expresiones gerenciales que contribuyan a optimar 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 determinar el nivel de madurez y aplicación de ellos.

Los lineamientos dados 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 son 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 se ejecuta el plan de acción.

Es necesario tener claro que la medición realizada por 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.

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>10</b> de <b>14</b>

Dado que es posible la variación de unidades de medida o de lapsos 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 el auditado no aplica esta modalidad y reporta actividades por debajo o por encima de la meta programada. 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 una línea base.

En este punto, es recomendable que el auditado aborde con mayor inflexibilidad 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 dicho proceso.

En este escenario una adecuada planeación requiere de ajustes inmediatos para adaptar la gestión institucional al nuevo entorno. La velocidad de reacción para ajustar metas y planes no solo puede advenir de la Oficina Asesora de Planeación o de los líderes de los procesos, quienes tienen la principal obligación, sino que requiere de un impulso desde la Subdirección de Valoración y Registro de la Dirección de Registro y Gestión de la Información como equipo de trabajo, el cual juega un papel preponderante en la operatividad de la gestión en el Proceso de Registro y Valoración y por ende en la UARIV. La sinergia entre el Proceso de Registro y Valoración y los responsables de los procesos a nivel de la articulación de los planes debe ser un elemento vital del sistema de control interno tanto a nivel nacional como territorial.

En lo que respecta a los elementos del Sistema de Control Interno articulados con el MIPG y el Sistema Integrado de Gestión se evidencian dos (2) debilidades en los componentes de la línea de calidad relacionado con las políticas de gestión del conocimiento e innovación y gestión de datos estadísticos y una (1) respecto al ciclo PHVA del proceso; las cuales deben tener interacción con los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015. Sin embargo, se conjugan en una sola debilidad para las políticas que los enmarca a todos y con ello se da la posibilidad al auditado realizar un plan de mejoramiento que logre incorporar las fases de planificación, control y seguimiento de dichas políticas que contribuyen en el direccionamiento de los sistemas de gestión a la cotidianidad del proceso por parte de los servidores que participan directa o indirectamente en él.

Se le recomienda al auditado que coordine con la Oficina Asesora de Planeación y demás áreas involucradas en la definición de las actividades o tácticas que contribuyan a establecer los lineamientos relacionados con la información documentada respecto de las políticas de gestión y desempeño institucional que se interrelacionan en el ciclo del proceso, para con ello cumplir los requerimientos del MIPG.

En cuanto el mapa de riesgos como herramienta gerencial que tiene el propósito establecer los eventos positivos o negativos que puedan afectar el logro de los objetivos, se evidencia que el proceso aplica la metodología dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>11</b> de <b>14</b>

El Equipo Auditor examina el mapa de riesgos asociado al proceso de registro y valoración y evidencia fortalezas en cuanto al diseño y efectividad de los controles asociados a las causas identificadas de los eventos negativos potenciales. Esta situación determina que esta herramienta gerencial se encuentra en un estado de solidez con presencia de mecanismos de prevención para evitar su materialización.

El modelo de Control Interno determinado en la UARIV establece la aplicación de metodología de elementos de control como los indicadores de gestión, 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 el proceso de registro y valoración con la finalidad de contribuir con las políticas de gestión y desempeño institucional del MIPG y su interacción con las políticas de operación del Sistema Integrado de Gestión; a través del Sistema de la Calidad ISO 9001:2015, el Sistema de Gestión Ambiental ISO 14001:2015, el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo ISO 45001:2018 y el Sistema de Gestión de Seguridad de la Información ISO 27001:2013; los cuales hacen parte integral de los modelos de excelencia para la gerencia que contribuyan a optimizar los recursos maximizando los beneficios.

Con respecto a los mecanismos utilizados por el auditado, la Oficina de Control Interno entiende la dinámica normativa y legal por medio del cual trabaja el proceso con relación a la inclusión y registro de las personas que se postulan como víctimas o lo son declaradas por instancias judiciales como tales, y reconoce el esfuerzo que el proceso realiza para la valoración y el reconocimiento de estas. Sin embargo, es importante indicar que como quiera que Ley 1448 del 2011 y las sentencias proferidas no establecen un término legal para efectuar este proceso de validación, lo cierto es que tampoco debe existir un lapso y estado permanente de indeterminación de la situación frente al registro y que consecuentemente le impide ejercer sus derechos y acceder a las medidas de reparación contenidas en la mencionada Ley de Víctimas.

Ahora bien, al respecto de la actividad contractual el Equipo Auditor evidencia falla del sistema de control interno con relación a los procesos de abastecimiento celebrados al interior de la DRGI. Por ello es importante mencionar la debilidad asociada al modelo de control aplicado en la fase de planeación y ejecución contractual del contrato 1518 de 2021, identificada en el desarrollo de la auditoria con relación a la aplicación del principio de publicidad. En primer término, se presentó debilidad en la etapa de planeación, ya que no se publicó información alguna en la página web de la UARIV acerca del proceso contractual en mención y en segundo lugar se evidenció debilidad respecto de la actividad de supervisión contractual producto de la ausencia de cargue del informe de actividades y supervisión correspondiente al mes de septiembre de la presente anualidad en SECOP ya que fue cargado hasta el día 23 de noviembre.

Las situaciones anteriores no permiten la consolidación del principio de transparencia que se traduce en la confianza legítima que deben tener todos los ciudadanos respecto de las actuaciones que llevan a cabo sus autoridades y en especial las actividades de contratación e inversión de recursos públicos las cuales deben estar disponibles en tiempo real para el escrutinio público y veeduría ciudadana.

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>12</b> de <b>14</b>

Por lo anterior, se deben tener puntos de control desde el inicio del proceso contractual y a partir de la publicación del Plan Anual de Adquisiciones, todos los actos que surjan deberán publicarse en la página de la Entidad independientemente de la publicación en SECOP, toda vez que el principio de transparencia así lo exige.

El Equipo Auditor considera que existe debilidades del sistema de control interno que se evidencia en la falta de aplicación de las políticas de seguridad de la información relacionado a la protección de los equipos de cómputo y su información, el cual afecta la política en su parte de confidencialidad e integralidad por equipos desatendidos en el ejercicio de sus actividades, lo cual pone en riesgo información sensible manejada desde dispositivos PC y portátiles que permiten el manejo de dispositivos periféricos como USB, con el cual vulnera lo estipulado en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión que estipula la política de Seguridad Digital y que se enlaza con el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión Versión 4 de Marzo de 2021 en la 3ª. Dimensión: Gestión con valores para resultados en lo relacionado con Política de Seguridad Digital.

Así también se evidencia incumplimiento en lo relacionado con la aplicación de los bloqueos de seguridad, luego de aplicar una prueba en 10 equipos de cómputo se encontró que se podía leer una memoria USB en 9 de ellos, lo que genera un alto grado de vulnerabilidad frente a la información que puede ser extraída o los potenciales programas maliciosos que puedan infectar los equipos y red de la entidad.

De otro lado el equipo auditor evidencia que el auditado implemento un control que permite garantizar la custodia de los equipos, definir la responsabilidad de estos y llevar una trazabilidad sobre el uso de estos, así como el estado y funcionamiento. En materia de la confidencialidad de la información, los usuarios con acceso a las herramientas cuentan con acuerdo de confidencialidad debidamente firmado. Así también propenden el cumplimiento de velar por los registros, la valoración, caracterización, calidad del dato e integración de información.

No obstante, los aspecto de mayor relevancia observados en el ejercicio auditor, es la debilidad desde la caracterización del proceso y por ende de los procedimientos, guías, instructivos. En efecto, no hay una claridad meridiana sobre el origen de la calificación de victima de una persona, ya sea por su postulación y validación o porque un juez de la República así lo determine. Siendo la caracterización la fuente del ejercicio operativo del proceso auditado y teniendo en consideración que el Registro Único de Víctimas es la puerta de ingreso de estas a la reparación integral, es necesario fortalecer el componente de planeación del proceso y sus relaciones son los sistemas de calidad e información.

Asociado a lo anterior, la debilidad en la gobernanza de los sistemas de información de la entidad se despliega sobre el RUV y los sistemas que lo complementan. A manera de ejemplo desde la anualidad 2016 el confinamiento se identificó como un hecho victimizante y seis años después el RUV no lo registra como tal. Estas situaciones en cuanto al manejo de las herramientas tecnológicas para el proceso deben ser de especial interés para el aditado y la

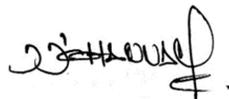
 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>13</b> de <b>14</b>

Alta Dirección, en la medida que la multiplicidad de sistemas de información, la ausencia de regencia única de los sistemas hace que hoy no se tenga un expediente único sobre el cual toda la información de la víctima o víctimas se consolide, que le permita tener una regencia del dato y análisis de la información. Este es, sin duda, el mayor reto del aditado.

Concluida las operaciones y expuesta ante los ojos auditores de los entes de control, la Oficina de Control Interno encuentra que el plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la República no ha dado los resultados esperados, acciones incumplidas o ineficaces son las evidenciadas en este ejercicio auditor. Es importante que el líder del proceso auditado examine nuevamente las causales que dieron origen a los hallazgos del ente de control y establezca las causas rais, para con ello formular acciones que remuevan estos acontecimientos y permitan una gestión más efectiva. Desde la óptica del control interno, el no cumplir con las actividades o que ellas no sean efectivas se constituye en un reproceso que se agrega como lastre a la operación, cuando la verdad es que las acciones bien planteadas y ejecutadas en su totalidad propenden por un proceso altamente efectivo.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor recomienda a la Dirección General solicitar al líder del Proceso la elaboración de un Plan de Mejoramiento del Sistema de Control Interno, donde se incluya el tratamiento a las debilidades evidenciada en este informe.

Cordialmente.



**JENNY JOHANNA MELO ZAPATA**  
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

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>14</b> de <b>14</b>

5	05/06/2017	Se modifica formato, se adiciona aprobación Jefe Oficina de Control Interno.
6	Abril /2018	Se modifica formato de acuerdo a 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.
8	28/10/2022	Se actualiza el formato en pie de página con los logos de certificación asociados al sistema de gestión de calidad ISO 9001:2015, ambiental ISO 14001:2015, seguridad y salud en el trabajo ISO 45001:2018 seguridad de la información ISO 27001:2013.