 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 1 de 114

INFORME FINAL DE AUDITORIA

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 03046 de 02 de noviembre de 2021, 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 del proceso auditor que se relaciona a continuación:

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.

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno comunica mediante correo electrónico del 5 de diciembre del 2022 el informe preliminar a la Dirección de Registro y Gestión de la Información a fin de pronunciarse con respecto al concepto de auditoría, en el entendido que las demás instancias se encuentran cerradas. Al respecto, es importante señalar que el numeral 13 del procedimiento de auditorías internas de control interno, dispone que el auditado solo se puede pronunciar sobre el concepto del auditor y no puede reabrir la discusión de las debilidades informadas en su oportunidad. Bajo este precepto, el Equipo de Auditoría de la Oficina de Control Interno, mantiene sus comentarios respecto a lo expresado en mismo.

Por su parte, el auditado en correo electrónico del 09 de diciembre del 2022 emite respuesta, a través del cual expone temas relacionados a las debilidades informadas en su oportunidad y se respondieron de acuerdo a la réplica, por lo cual esta etapa quedó superada para esta instancia. En todo caso, la Oficina de Control Interno por intermedio del Equipo Auditor, reconoce que se han realizado una serie de actividades enmarcadas en la mejora del proceso a través de la creación e integración de nuevas herramientas y diferentes procedimientos de acuerdo con las formas de registro e ingreso de las personas declaradas víctimas. Por lo anterior, las debilidades

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 2 de 114

son aspectos puntuales sobre los cuales se recomienda hacer un mayor empeño por parte de toda la entidad y liderados por el proceso auditado.

En este escenario, se da el informe preliminar y en la medida que los argumentos expresados por el auditado no se hacen respecto del pronunciamiento del concepto auditor y si expresa su conformismo con enunciado en apartes del informe, no queda más que agradecer la participación del líder del proceso y de todos los servidores que apoyaron el ejercicio auditor. En consecuencia, el informe preliminar será remitido como final para que el proceso en concordancia con aquellos que él considere pertinentes y elabore el plan de mejoramiento correspondiente.

1. OBJETIVO DE LA AUDITORIA


La auditoría tiene como objetivo evaluar el sistema de control interno de 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 lograr el propósito, se examinan los aspectos comunicacionales y de seguimiento a las acciones de control que se deben realizar de conformidad con la naturaleza del proceso.

Con ello el equipo auditor examina si a través de las herramientas tecnológicas, procesos administrativos, medios, instrumentos y mecanismos utilizados por el proceso auditado se define la inclusión o no en el Registro Único de Víctimas de personas que han padecido directa o indirectamente un hecho victimizante que afecta sus derechos a la luz de la Ley 1448 de 2011 por medio de su declaración, vía administrativa, vía judicial etc. Haciendo énfasis en los modelos de control y tratamiento a las salidas no conformes de los bienes y servicios adquiridos, dentro de las etapas de planeación, ejecución, seguimiento, monitoreo y seguimiento a la efectividad del plan de mejoramiento requerido por la CGR producto de auditorías efectuadas en los diferentes periodos evaluados por el Ente de Control, lo anterior bajo criterios normativos, lineamientos, guías claras para la gestión del proceso.

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 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 Oficina de Control Interno de las fuentes identificadas y concluye con el informe final de auditoría. En lo

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 3 de 114

pertinente se auditan los resultados de los modelos de medición, riesgo, control y gestión de las vigencias 2021 y lo transcurrido del 2022.

3. GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR

Durante el desarrollo del proceso auditor se materializa el riesgo de “*imposibilidad de cumplir con el cronograma de auditorías internas planeado en términos de tiempo y oportunidad*”, circunstancia que obedece a que la Dirección de Registro y Gestión de la Información el lunes 19 de septiembre de 2022 a través de correo electrónico solicita reprogramar hasta el 03 de octubre de la misma anualidad la auditoria. En concordancia con dicha solicitud la jefatura de la Oficina de Control Interno concede el tiempo requerido de acuerdo a las razones expuestas por el área auditada.

4. 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.

5. RESULTADOS DE LA AUDITORIA


5.1 Análisis del entorno de la Dirección de Registro y Gestión de la Información.

El sistema de control interno contempla como mínimo la caracterización de procesos y procedimientos; mecanismos que materializan la gestión. El modelo de medición soportado en indicadores de gestión, que dan cuenta de la evolución y logro de resultados del proceso. El mapa de riesgos, donde se identifican y administran los eventos que puedan impedir el logro de los objetivos. El modelo de control que se constituye en la herramienta gerencial que pretende minimizar la ocurrencia de eventos negativos o administrarlos y el esquema de seguimiento que sustenta el monitoreo a las acciones, controles y decisiones que influyen en la gestión del proceso.

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 necesarios*” así como también, “*Verificar los procesos relacionados con el manejo de los recursos, bienes y los sistemas de información de la entidad y recomendar los correctivos que sean necesarios*”. En este escenario, el Equipo Auditor evalúa que el proceso de Registro y Gestión de la Información DRGI de cabal cumplimiento a sus funciones dentro del marco normativo desarrollado al interior de la Entidad.

Cuando los elementos del sistema de control interno interactúan y se gestionan contribuyen al logro del objetivo definido por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas -



 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 4 de 114

UARIV para el Proceso Dirección de Registro y Gestión de la Información - DRGI, que corresponde a "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 estipulados en la Ley 1448 de 2011, resolver los recursos de la vía administrativa y atender a las solicitudes de ingreso por vía judicial, mediante el establecimiento de criterios para el análisis de las solicitudes de inscripción, generar insumos para el análisis de información y la gestión del conocimiento así como administrar la información en el RUV y decidir sobre el procedimiento administrativo de revocatoria de la inscripción en el registro a través, de herramientas tecnológicas y el análisis de elementos probatorios que permitan establecer un ingreso irregular o fraudulento al RUV, con el fin de garantizar el uso adecuado de los recursos públicos, la confiabilidad en la información del RUV y que las víctimas tengan acceso a las medidas de asistencia, atención y reparación establecidas, a partir de la vigencia de la ley 1448 de 2011 y decretos ley étnicos y lo promulgado por la ley 2078 de 2021."

Previo a presentar los resultados del ejercicio de evaluación y verificación, el equipo auditor de la Oficina de Control Interno considera pertinente exaltar un aparte de la Ley 1448 de 2011 en el marco de la protección y garantía del derecho fundamental que le asiste a las víctimas del conflicto armado interno en acceder a las medidas de atención, asistencia y reparación integral. Para el efecto, se apoya en reiterados pronunciamientos jurisprudenciales y lo ordenado en la Ley en mención.


En este punto es necesario escuchar a la voz de la Corte Constitucional en Sentencia T-010/21 sala quinta de revisión, expediente T-7707328. Bogotá, D.C., veinte (20) de enero de dos mil veintiuno (2021) Magistrado Ponente Antonio José Lizarazo Ocampo a través del cual destaca:

"la importancia que tiene la inscripción en el RUV, pues constituye una herramienta administrativa para garantizar los derechos fundamentales de las víctimas. Así, la inscripción en el RUV materializa el reconocimiento de la calidad de víctima, lo cual, a su vez, permite el acceso a las medidas de asistencia, atención y reparación integral por vía administrativa, previstas en la Ley 1448 de 2011[109]. Ahora, tratándose del desplazamiento forzado el reconocimiento que otorga el registro es más fuerte y amplio en relación con otras víctimas, pues la ley establece medidas orientadas a proteger, de un lado, derechos como el mínimo vital, en la medida en que la atención humanitaria brinda protección en salud, alimentación y alojamiento y, de otro lado, el derecho de acceso a un recurso efectivo mediante la reparación por vía administrativa sujeta a los principios de progresividad, gradualidad y sostenibilidad"

En consideración de lo anterior, se tiene en cuenta que el proceso de Registro y Valoración es una de las áreas que de manera interrelacionada hace parte de los procesos tanto misionales como de apoyo de la Entidad, destinadas a satisfacer las necesidades que a partir de su declaración transmiten y/o comunican personas que individual o colectivamente han sufrido un daño como consecuencia de violaciones a los derechos humanos o infracciones al Derecho Internacional Humanitario.

En el capítulo II del artículo 155 de la Ley 1448 de 2011 indica que la declaración hace parte del Registro Único de Víctimas, y la valoración se efectúa por parte de un funcionario encargado de realizar la verificación de los hechos victimizantes contenidos en esta, para lo cual se consultan las bases de datos que conforman la Red Nacional de Información a nivel institucional, así mismo,



 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 5 de 114

esta valoración debe respetar los principios constitucionales de dignidad, buena fe, confianza legítima y prevalencia del derecho sustancial.

Con fundamento en la información contenida en la solicitud de registro, así como la información recaudada en el proceso de verificación, la víctima registrada, accederá a las medidas de asistencia y reparación previstas en la presente ley dependiendo de la vulneración de sus derechos y las características del hecho victimizante, salvo las medidas de ayuda humanitaria y atención de emergencia en salud, a las cuales se podrá acceder desde el momento mismo de la victimización según sea el caso.

En resumen, una de las aristas significativas de la Dirección de Registro y Gestión de la Información es definir los medios, instrumentos y mecanismos por medio de los cuales se toma la declaración para decidir sobre la inclusión o no en el Registro Único de Víctimas, este proceso recibe y maneja toda la información de la población víctima la cual es la puerta de entrada al goce efectivo de los derechos que en su momento les fue conculcados y que a la luz de la Ley 1448 del 2011 se toman todas las acciones correctivas, preventivas y de mejora.


Como quiera que el ejercicio funcional del Proceso auditado se soporta en aspectos de abastecimiento como apoyo de tiempo, calidad y cantidad de tramites de registro y valoración desde las diferentes vías de ingreso como la declaración de la persona ante el Ministerio Público, así como lo ordenado en sentencias judiciales y actos administrativos, el ejercicio auditor se desarrolla desde la visión holística.

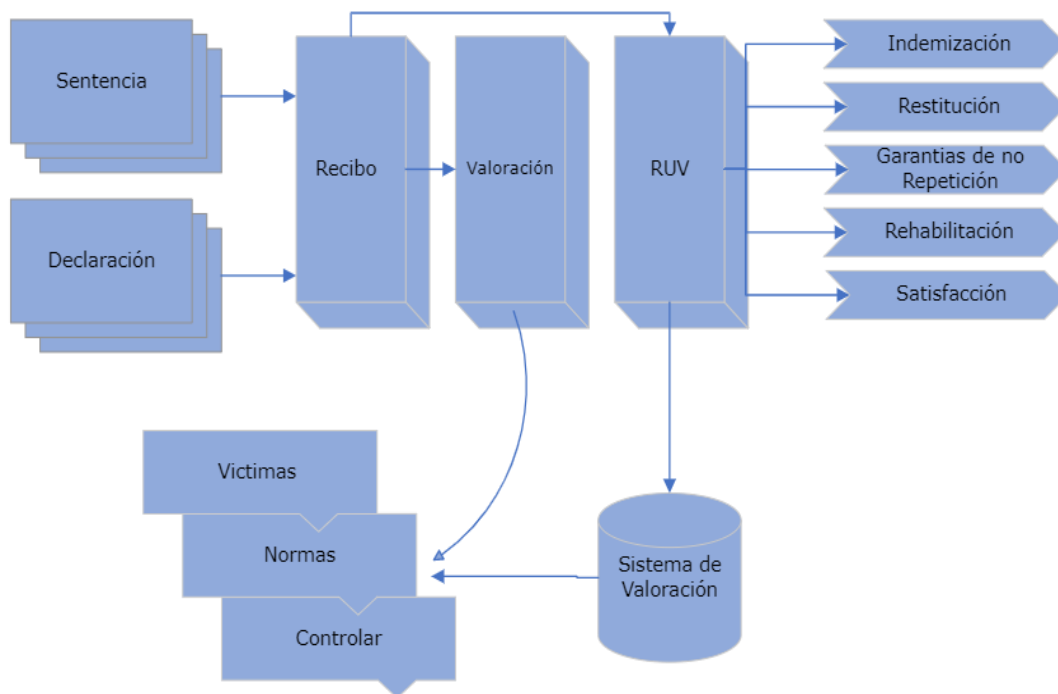
Teniendo en consideración que para la vigencia 2021 y lo corrido del 2022 este proceso auditado es objeto de estudio por parte de la OCI. Ello no es óbice para que este ejercicio tenga como propósito verificar la aplicación de lineamientos generales de los procesos contractuales, sus resultados en el ámbito del riesgo, la aplicación de controles y seguimientos tanto de gestión como de calidad del modelo inherente de control interno y las potenciales oportunidades de mejora.

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 y actividades que se adopten de fondo pueden fortalecerlo y con ello contribuir a la misión y visión de la UARIV a través del proceso auditado en esta oportunidad.

Grafica 1. Proceso acceso RUV



 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 6 de 114



Fuente propia


En consecuencia, se procede a efectuar el análisis de la información suministrada por la Subdirección de Valoración y Registro en apoyo a lo remitido por la Subdirección de la Red Nacional de Información, los controles, articulación y comunicación que se tienen implementados en su proceso, obteniendo el siguiente resultado:

5.1.1 Caracterización del proceso y los procedimientos (entorno organizacional)

El Gobierno Nacional adoptó el Modelo Estándar de Control Interno (en adelante MECI)¹, que fue actualizado en el año 2014 y posteriormente en el 2017². En este escenario, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión dispone que el trabajo por procesos es “la secuencia ordenada de actividades, interrelacionadas, para crear valor, deben tener en cuenta que el ciudadano es el eje fundamental de la gestión pública (CLAD: 2008). Los procesos se pueden clasificar en

¹ COLOMBIA, PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, Decreto 1599. (20, mayo, 2005). Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2005 No.45.920.

² Ídem. Decreto 1499. (11, septiembre, 2017). Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2017 No.50.353. Artículo 2. Sustituir el Título 23 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, el cual quedará así: ARTÍCULO 2.23.2. Actualización del Modelo Estándar de Control Interno. La actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano - MECI, se efectuará a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, el cual será de obligatorio cumplimiento y aplicación para las entidades y organismos a que hace referencia el artículo 5° de la Ley 87 de 1993. Parágrafo. El Gobierno Nacional a través del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), podrá realizar actualizaciones y modificaciones al Manual Técnico, con el fin de adecuarlo a las necesidades de fortalecimiento y a los cambios de los referentes internacionales, previa aprobación del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno.”

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 7 de 114

estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, lo que permitirá la adecuada gestión y prestación del servicio de la organización”³

Examinada la caracterización del proceso y procedimientos publicados en la página web institucional se tiene la siguiente tabla:

Tabla 1. Caracterización y Relación de Procedimientos

No.	Nombre	No. de versión	Fecha de versión
1	Caracterización Registro y Valoración	10	02/09/2022
2	Procedimiento por Vía Judicial	01	22/12/2020
3	Procedimiento Exclusiones	06	24/07/2020
4	Procedimiento Vía Administrativa	02	22/12/2020
5	Procedimiento Gestión de la Declaración	03	06/12/2021
6	Procedimiento Novedades, Actualizaciones y Calidad del Dato	08	04/02/2022
7	Procedimiento Observatorio	02	25/03/2022
8	Procedimiento de Valoración Individual	03	27/08/2019
9	Procedimiento Valoración Masivos	02	25/08/2020


Fuente: Propia

Los procedimientos señalados en la tabla No. 1 enmarca el proceso en su entorno natural y le deben permitir generar los productos asociados al propósito del proceso. En esta medida el proceso de Registro debe estar en capacidad de relacionarse con sus clientes, usuarios o beneficiarios; con los agentes reguladores sean internos o externos; con los Entes de Control cualquiera sea su naturaleza y que tiene injerencia sobre el proceso todo visto en un marco jurídico administrativo que lo haga viable.

En este escenario se hace necesario establecer si el proceso auditado a través de sus procedimientos y caracterización está en capacidad de absolver la complejidad que le asiste y su singularidad. Para ejemplarizar este aspecto, no es lo mismo realizar el proceso de vinculación al RUV de una persona que se manifiesta víctima a través de una declaración ante el Ministerio Público que aquella persona que ha sido declara víctima mediante un proceso judicial en firme.

El proceso de Registro, igualmente, debe estar en capacidad, y así se examinará, de manejar la complejidad del sistema RUV en el sentido de identificar controlar, y analizar los datos que se ingresan para obtener la información requerida para tomar decisiones en otros entornos institucionales como la reparación administrativa o judicial, individual o colectiva e incluso decisiones de tal índole como la permanencia o la exclusión en el RUV de una persona declarada víctima.

³ COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Manual Operativo. Sistema de Gestión, Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Bogotá, D.C., 2017, p - 42

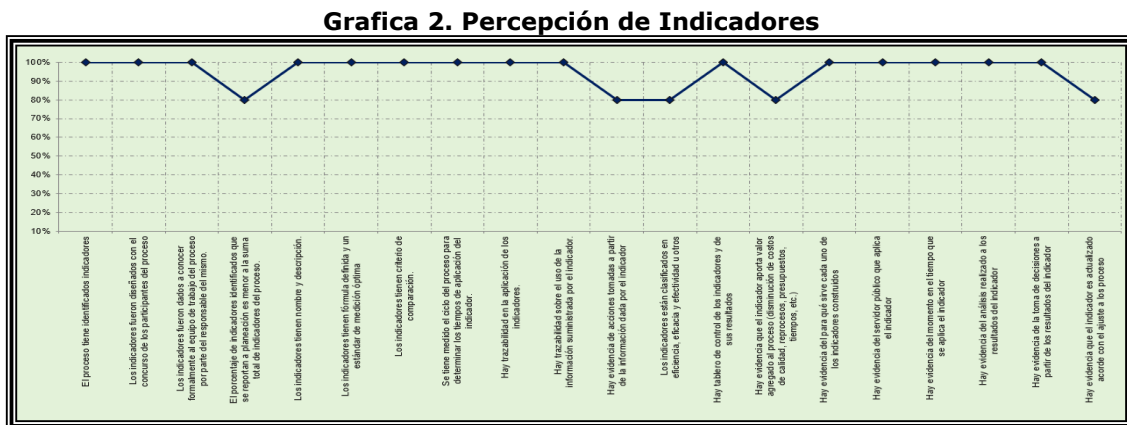
 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 8 de 114

Las complejidades que maneja el proceso de Registro deben ser resueltas a través de sistemas simplificadores que le permitan cumplir con el propósito institucional, que en últimas es un anhelo de las víctimas en el sentido de ser reconocidos como tal por los hechos victimizantes que hayan padecido.

5.1.2 Análisis del Modelo de Medición

5.1.2.1. Aplicación modelo de medición, indicadores.

El Equipo Auditor aplica a servidores seleccionados adscritos a la Subdirección de Valoración y Registro, de la Dirección de Registro y Gestión de la Información, 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 de acuerdo con las necesidades, dado que se ubica en el 95% del valor máximo posible en la escala de Likert⁴, 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 otra parte, se colige que existe un escenario propicio para mejorar la batería de medición y así lograr que:

⁴ 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.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 9 de 114

*"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"*⁵

En el 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 necesario contar 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"⁶

De otra parte, es necesario traer a colación lo dispuesto por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, en relación con los indicadores de 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 gerencial 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

⁵ 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

⁶, Manual Operativo. Sistema de Gestión, Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Bogotá, D.C., 2017, p - 33

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 10 de 114

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.⁷ (...)

El Equipo Auditor durante la entrevista remota efectuada al auditado solicita 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. Una vez evaluada con los criterios de auditoría generalmente aceptados se encuentra que cumple con los requisitos mínimos para ser catalogada como evidencia.

La gestión del auditado trasciende los indicadores circunscritos al plan de acción, toda vez que el ejercicio gerencial implica realizar actividades de diversa índole que se deben ejecutar de acuerdo con las metas y tiempos establecidos, como una herramienta que permite la toma de decisiones.


Aplicado el papel de trabajo relacionado con el análisis de indicadores a servidores de la Subdirección de Valoración y Registro de la Dirección de Registro y Gestión de la Información (subdirector de valoración y registro (e), enlace SIG y una contratista responsable del plan de acción), da como resultado que el proceso tiene un sistema de medición que pueda ser calificado como tal y por lo tanto da confiabilidad.

Por todo lo anterior, el Equipo Auditor encuentra suficiente soporte para romper el escepticismo profesional, la incertidumbre en relación con sistema de medición 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.

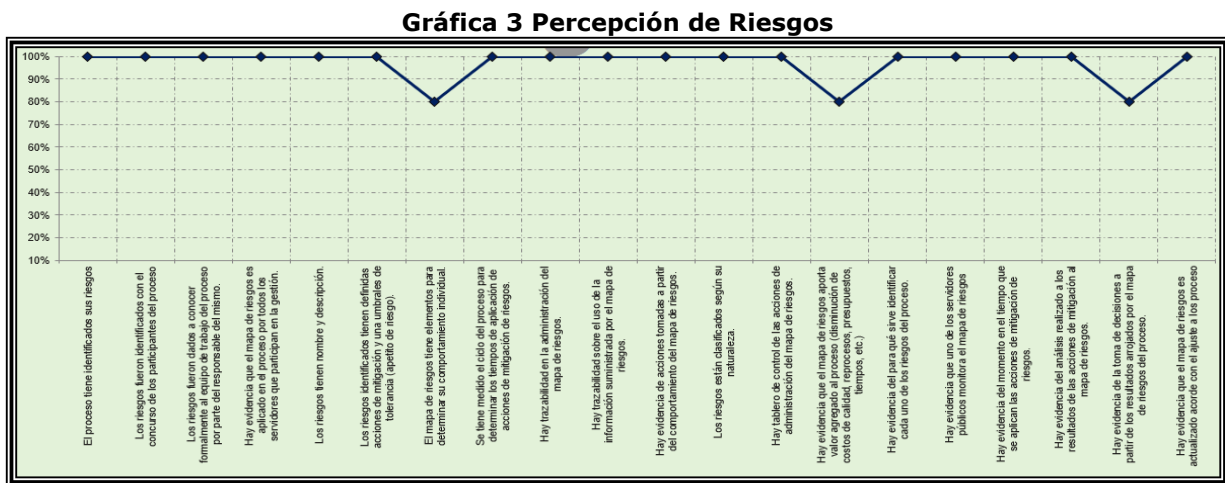
No obstante, en el capítulo correspondiente la auditoría hará un análisis a la ejecución del plan de acción vista desde los indicadores vinculados en el sistema SISGESTION.

5.1.2.2. Modelo de Control Interno de Eventos Negativos (Riesgos)

⁷ COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Guía para la construcción y análisis de Indicadores de Gestión. Bogotá, D.C., 2015, p-18 - 20

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 11 de 114

El Equipo Auditor aplica a servidores seleccionados que laboran en el proceso auditado, una herramienta de percepción que tiene como propósito determinar el nivel de madurez del sistema de control interno referente al control de eventos negativos (riesgos). 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 el mapa de riesgos del proceso (amenazas/peligros) está de acuerdo con las necesidades, dado que se ubica en el 97% del valor máximo posible en la escala de Likert, metodología utilizada en la herramienta de evaluación. Lo anterior significa que *"Hay evidencia de un mapa de riesgos y modelo de administración de los mismos en plena producción que sustenta la toma de decisiones, que es inherente al proceso, actualizado y socializado adecuadamente"*.

Estos resultados son reveladores en cuanto muestran que el auditado está en su proceso de mejora continua en el control interno de eventos negativos (riesgos) y *"De esta manera, se debe entender que la Administración del Riesgo, se convierte en una herramienta fundamental para las entidades, en el entendido de que su correcta aplicación tiene como resultado latente, el evitar la ocurrencia de hechos o situaciones que afecten o entorpezcan la gestión de las entidades. Igualmente, desde el punto de vista del control se debe entender como estratégica para la consecución de los propósitos trazados a través de los planes, programas, proyectos y procesos; por lo tanto, todas las entidades deben no sólo identificar los riesgos, sino que deben realizar el seguimiento periódico a los mismos, con el fin de que la gestión del riesgo sea efectiva, evitando así las consecuencias negativas de su materialización"*⁸.

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión establece la primera línea de defensa, en el caso de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas UARIV, a cargo de los gerentes

⁸ Op cit., p - 58

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 12 de 114

públicos responsables de las dependencias del nivel nacional y sus equipos de trabajo y en consecuencia se les encarga del mantenimiento efectivo de los controles internos cuando ejecutan procedimientos que conllevan el monitoreo de los riesgos identificados y su respectivo control, a partir de la cotidianidad laboral. La gestión operacional identifica, evalúa, controla y mitiga los riesgos. En este escenario son responsables de implementar acciones correctivas y detecta las deficiencias de control.

No obstante, el Equipo Auditor enfatiza que el control interno de eventos negativos evaluado en este acápite corresponde al umbral del Equipo de la Subdirección de Valoración y Registro de la Dirección de Registro y Gestión de la Información y debe ser examinado de manera sistémica con el impacto de los servicios prestados.

El Equipo Auditor durante la entrevista remota efectuada al auditada solicitud de las evidencias pertinentes y conducentes que demuestren un adecuado análisis del modelo de control interno de eventos negativos (riesgos) orientadas a resultados en el citado Equipo. Una vez evaluada con los criterios de auditoría generalmente aceptados se encuentra que cumple con los requisitos mínimos para ser catalogada como evidencia.


Aplicado el papel de trabajo relacionado con el análisis de control interno de eventos negativos al equipo auditado, da como resultado que se evidencia en ella controles de eventos negativos en las actividades ejecutadas que sustentan la validación de estos.

Por lo anterior, el Equipo Auditor encuentra suficiente soporte para romper el escepticismo profesional, la incertidumbre en relación con el control interno de eventos negativos 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. Es importante señalar que, el sistema examinado aquí se entiende en su componente holístico y por esa razón la valoración se hace sin detrimento el estudio puntual a los controles reales del modelo de riesgos del Proceso de Registro y Valoración expuesta en el numeral 5.5 de este informe.

5.1.2.3. Control y Seguimiento

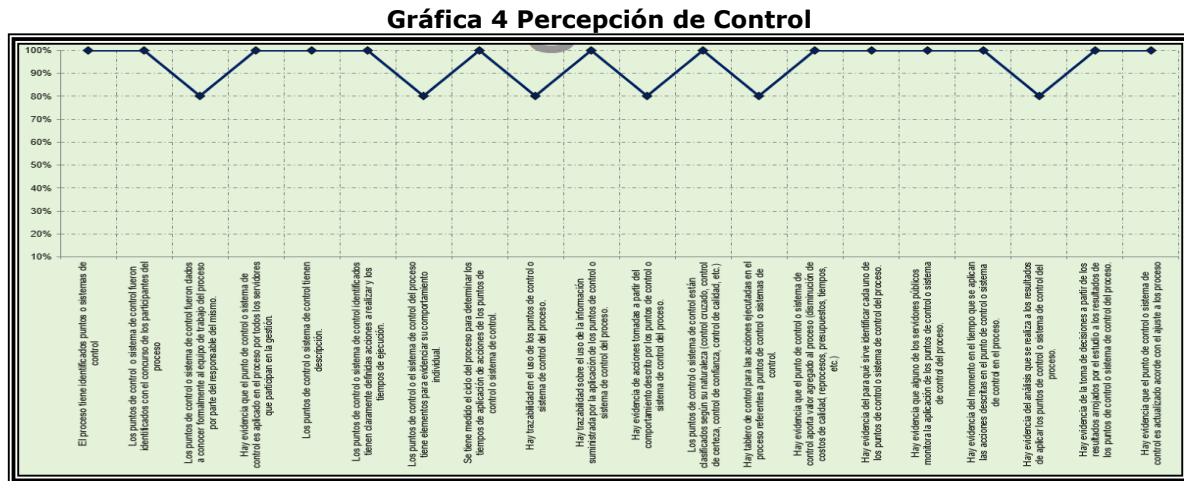
El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el nivel de madurez del modelo de control y seguimiento definidos en la Ley 87 de 1993 en el artículo 2º literales b), c), d), e) y g), artículo 3º literales a) y c); Decreto 1499 de 2017 Manual Operativo de MIPG numeral 3.2.1 al auditado.

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.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 13 de 114

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 el Equipo auditado.

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 el modelo de control inherente está totalmente de acuerdo, dado que se ubica en el 94% 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 en otros mecanismos está en plena producción para sustentar la toma de decisiones, que es inherente al proceso actualizado y socializado adecuadamente".

Es así como el Equipo Auditor entrevistó una gestión encaminada a fortalecer el sistema de control inherente al auditado. En efecto, el logro de los objetivos institucionales es 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:

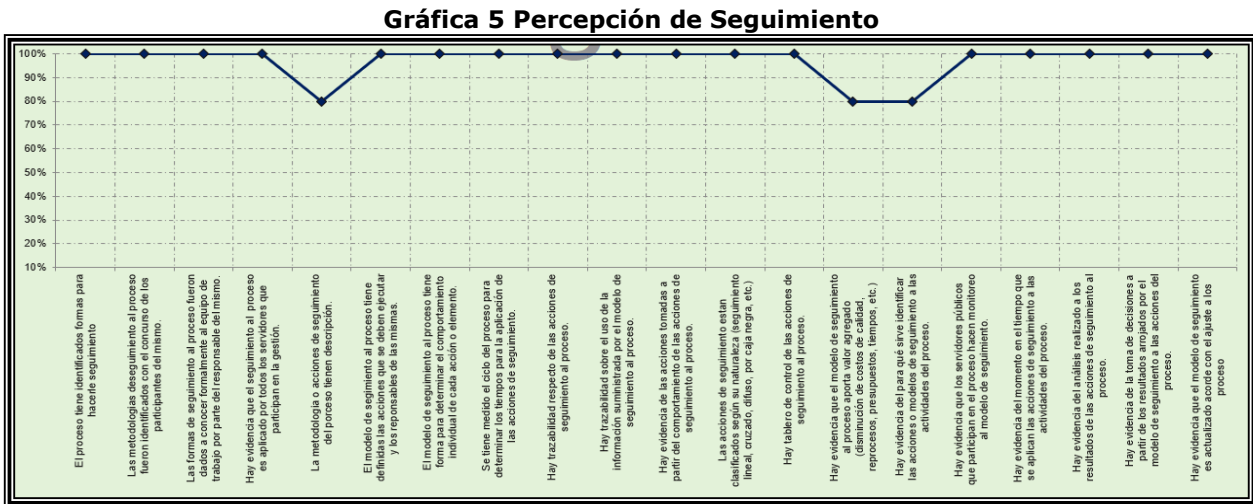
"De acuerdo con lo programado en la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación, para una eficiente ejecución del gasto público se debe ejercer un permanente y efectivo control administrativo, seguimiento y evaluación, para soportar decisiones y tomar medidas correctivas en caso de ser necesario.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

En lo referente al seguimiento que debe hacer el responsable de la funcionalidad del Equipo de la Subdirección de Valoración y Registro de la Dirección de Registro y Gestión de la Información, pasando por cada uno de los partícipes directos o indirectos se aplica la herramienta citada con el fin de establecer el nivel de madurez del sistema de control interno asociado a este aspecto.



 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 14 de 114

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 el seguimiento está totalmente de acuerdo con las necesidades, dado que se ubica en el 97% 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 seguimiento a la gestión del proceso está implementado, lo que permite sustentar la toma de decisiones, que son inherentes al proceso, actualizado y socializado adecuadamente".

Es así como el Equipo Auditor ve un terreno expedito para que el auditado 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 fortalecer y 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 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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 15 de 114

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 Equipo Auditor durante la entrevista remota realizada al auditado, solicita las evidencias pertinentes y conducentes que demuestren un adecuado monitoreo de los sistemas de control a la gestión orientada a resultados del Proceso de Registro y Valoración. Una vez evaluada con los criterios de auditoría generalmente aceptados se encuentra que cumple con los requisitos mínimos para ser catalogada como evidencia. Aplicado el papel de trabajo relacionado con el análisis de sistemas de seguimiento a servidores del Equipo auditado, da como resultado que se evidencia en ella un sistema de seguimiento sustentado en puntos de control, lo que demuestra que el proceso cuenta con controles.

Por consiguiente, el Equipo Auditor encuentra suficiente soporte para romper el escepticismo profesional, la incertidumbre en relación con el control y seguimiento 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.


No obstante, en el análisis de la gestión y en los acápite pertinentes se muestra de algunas debilidades asociadas al control y seguimiento, aspecto que requiere de una especial atención por parte del líder del proceso para reforzar, en los casos pertinentes o de ser necesario, crear un nuevo modelo de control.

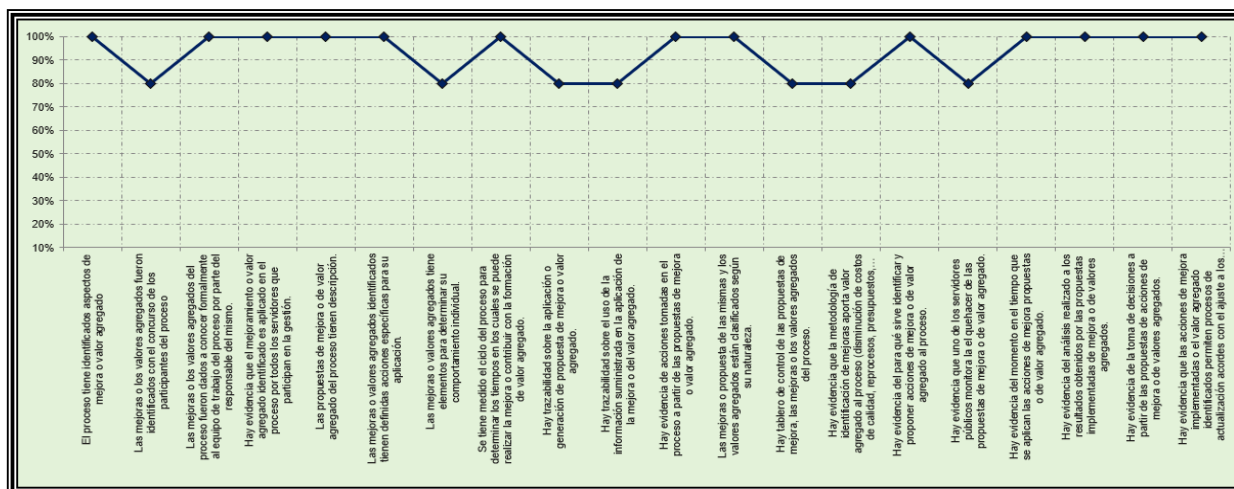
5.1.2.4. Modelo de Mejora o Valor Agregado

El Equipo Auditor aplica a servidores seleccionados adscritos al proceso auditado una herramienta de percepción que tiene como propósito determinar la mejora o valor agregado del nivel de madurez del sistema de control interno asociado a este aspecto. Los resultados obtenidos se muestran en la siguiente gráfica:

Gráfica 6. Percepción de la Mejora o Valor Agregado



 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 16 de 114




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 mejora o valor agregado está completamente de acuerdo con las necesidades, dado que se ubica en el 93% 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 mejoramiento o agregación de valor pasa del nivel de propuestas al de acciones, lo que permite sustentar la toma de decisiones, que son inherentes al proceso, actualizado y socializado adecuadamente”*.

Es así como el Equipo Auditor ve un terreno expedito para que el auditado realice toma de decisiones acertadas a partir de las propuestas de acciones de mejora o de valores agregados, al sistema de control interno y de la gestión. En virtud de lo expuesto en la Ley 87 de 1993 en su artículo 3º literal d) *“La Unidad de Control Interno o quien haga sus veces es la encargada de evaluar en forma independiente el Sistema de Control Interno de la entidad y proponer al representante legal del respectivo organismo las recomendaciones para mejorarlo”*, dado que 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, en fomento de la formación de una cultura de control que contribuya al mejoramiento continuo en el cumplimiento de la misión institucional.

El Equipo Auditor durante la entrevista remota efectuada al auditado, solicita las evidencias pertinentes y conducentes que demuestren la implementación de acciones de mejora continua y valor agregado en sus procesos, encaminados a alcanzar la excelencia en el Proceso de Registro y Valoración. Una vez evaluada con los criterios de auditoría generalmente aceptados se encuentra que cumple con los requisitos mínimos para ser catalogada como evidencia. Aplicado el papel de trabajo relacionado con el análisis del sistema de mejora o valor agregado a servidores del Equipo de la Subdirección de Valoración y Registro de la Dirección de Registro y Gestión de la Información, da como resultado que se evidencia en ella propuestas de mejora y valor

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 17 de 114

agregado a sus procesos, lo que determina efectividad en la gestión y minimizar el riesgo de posibles amenazas en las actividades asociadas a su gestión.

Por lo anterior, el Equipo Auditor encuentra suficiente soporte para romper el escepticismo profesional, la incertidumbre en relación con el control y seguimiento 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.

A continuación, se muestra el cuadro resumen de la evaluación de las variables antes examinadas:

Tabla 2 Resumen por variables


CUADRO RESUMEN							Concepto	Razón del Concepto
Nombre	Valor Total	valor Escala						
		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de Acuerdo		
Análisis de los Indicadores	95%	0%	0%	0%	20%	75%	Debilidad y observación	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.
Análisis de Riesgos	97%	0%	0%	0%	12%	85%	Debilidad y observación	Hay evidencia de un mapa de riesgos y modelo de administración de los mismos en plena producción que sustenta la toma de decisiones, que es inherente al proceso, actualizado y socializado adecuadamente.
Análisis de los Sistemas de Control	94%	0%	0%	0%	24%	70%	Debilidad y observación	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.
Análisis a la Mejora o Valor Agregado	93%	0%	0%	0%	28%	65%	Debilidad y observación	Hay evidencia que el modelo de mejoramiento o de agregación de valor pasa del nivel de propuestas al de acciones, lo que permite sustentar la toma de decisiones, que son inherentes al proceso, actualizado y socializado adecuadamente.
Análisis de los Sistemas de Seguimiento	97%	0%	0%	0%	12%	85%	Debilidad y observación	Hay evidencia que el modelo de seguimiento a la gestión del proceso esta implementado, lo que permite sustentar la toma de decisiones, que son inherentes al proceso, actualizado y socializado adecuadamente.
PROMEDIO	95,20%	0,00%	0,00%	0,00%	19,20%	76,00%		

Fuente: Propia

5.2 Análisis del Modelo de Control de la Dirección de Registro y Gestión de la Información.

El Equipo Auditor de la OCI ha determinado cuatro líneas de evaluación (estratégica, jurídica, contractual y tecnológica) para establecer el nivel de eficiencia, eficacia y efectividad del sistema de control interno que la Dirección de Registro aplica al proceso de Registro y Valoración.

El conjunto de estas cuatro líneas determina si el modelo de control está implementado de tal manera que contribuya a estos propósitos: a. Controlar en sí mismo la gestión, b. Ser fuente de

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 18 de 114

información para la toma de decisiones y c. Permitir la mejora continua. A continuación, se dan los resultados de estas actividades de evaluación al sistema de control interno.

5.2.1 Línea Estratégica

Conforme lo dispuesto por el Departamento Administrativo de la Función Pública en relación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG al disponer que:

"Un requisito básico para emprender un adecuado ejercicio de direccionamiento estratégico y de planeación, es que cada entidad tenga claro cuál es el propósito fundamental para el cual fue creada y que enmarca lo que debe o tiene que hacer; para quién lo debe hacer, es decir, a qué grupo de ciudadanos debe dirigir sus productos y servicios; para qué lo debe hacer; cuáles son los derechos que debe garantizar; cuáles son sus prioridades fijadas en los planes de desarrollo (nacionales y territoriales), el presupuesto general asignado y, en general, el marco normativo que rige su actuación. Con base en esto, las entidades:

- *Determinan las metas y resultados en términos de productos y servicios con las que espera resolver dichas necesidades o problemas en un periodo determinado.*
- *Identifican las capacidades con las que cuenta en términos de recursos, talento humano, procesos, y en general, todas las condiciones internas y externas que la caracterizan.*
- *Definen la manera de lograr los resultados, teniendo en cuenta los insumos necesarios, los mejores cursos de acción, los recursos que requiere, la forma en que se organizará y operará, el talento humano requerido y los indicadores a través de los cuales llevará a cabo su seguimiento, control y evaluación".*

La Oficina de Control Interno hace evaluación a la ejecución del Plan de Acción definido por el proceso para los periodos auditados.


5.2.1.1. Seguimiento a Indicadores del Plan de Acción

La ley 87 de 1993 en su artículo 1° 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 4° 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:



 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 19 de 114

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 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 3º 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 Min-Hacienda. 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 SISGESTION 2.0.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 20 de 114

El Equipo Auditor parte del criterio institucional dado por la Oficina Asesora de Planeación en el sentido de 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 SISGESTION 2.0, 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 el Proceso de Registro y Valoración mediante su propio instrumento. Los resultados de esta evaluación se deben entender dentro de los 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 el periodo establecido en el alcance de la auditoría. 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 variable pre acumulada 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 Subdirección de Valoración y Registro tiene en total seis (6) actividades en el Plan de Acción 2021. Asimismo, para el primer semestre de 2021 no aplica reporte de avance en una (1) de sus actividades y no presenta actividad eliminada. Por consiguiente, la muestra de trabajo es de cinco (5) actividades que corresponden al 83% de la población (Aclarando que, 1 actividad identificada con el código 284, inicia su reporte en el segundo trimestre).

Estado óptimo (100%): Las actividades reportadas en los dos periodos (marzo y junio) del primer semestre, y que en ambos tiene el valor planeado, es decir se cumple lo planeado en 2 actividades de las 5 posibles, lo que equivale al 40% de la muestra.

Estado crítico (menor del 60%): Las actividades reportadas en los dos periodos (marzo y junio) del primer semestre, y que en ambos tiene un menor valor a lo planeado, es decir no se cumple lo planeado es de cero (0) actividad de las cinco (5) posibles, lo que equivale al 0.00% de la muestra.

Estado superlativo (Mayor al 100%): Las actividades reportadas en los dos periodos (marzo y junio) del primer semestre, y que en ambos tiene un mayor valor a lo planeado, es decir se excede a lo planeado, es de 0 de las 5 posibles, lo que equivale al 0.00% de la muestra.

Estado Medio (entre el 60% y 99%): Las actividades reportadas en los dos periodos (marzo y junio) del primer semestre, y que en ambos no cumplen con lo planeado, pero si hay reporte de avance significativo de las actividades, es de 3 de las 5 posibles, lo que equivale al 60% de la muestra.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION						Código: 150,19,15-8					
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE						Versión: 08					
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO						Fecha: 25/10/2022					
							Página 21 de 114					

En lo que concierne a los dos periodos correspondientes al segundo semestre de 2021 (septiembre y diciembre), en el tercer trimestre mantiene el reporte de avance igual a los dos periodos (marzo y junio) del primer semestre de 2021, es decir, no presenta actividad eliminada y la muestra de trabajo es de cinco (5) de las seis (6) actividades establecidas para la vigencia 2021, equivalente al 83% de la población, donde se mantiene la constante presentada en los estados: óptimo, crítico, superlativo y medio (Exceptuando la actividad con el código 18, que muestra avance superior al programado del 106%).

En lo que respecta al último trimestre de 2021, el comportamiento de ejecución de las seis (6) actividades de la Subdirección de Valoración y Registro programadas para la vigencia 2021, presentan el nivel de cumplimiento que se relaciona a continuación:

- Dos (2) presentan estado óptimo del 100%, equivalente al 33%.
- Uno (1) registra estado superlativo del 110%, equivalente al 17%.
- Dos (2) muestran estado medio del 99%, equivalente al 33%.
- Una (1) presenta estado crítico del 50%, equivalente al 17%.

Tabla 3 Indicadores Plan de Acción Subdirección de Valoración y Registro


SUBDIRECCION DE VALORACION Y REGISTRO	INDICADORES SUBDIRECCION DE VALORACION Y REGISTRO																																			
	1. Tramitar los requerimientos correspondientes a fallos judiciales de restitución de tierras, justicia y paz, sistema interamericano o contencioso administrativo (Cód. 18).						2. Valorar en términos las declaraciones recibidas de las entidades que conforman el Ministerio Público con vencimiento en el 2021 (Cód. 38).						3. Valorar en términos las solicitudes de inscripción en el RUV de sujetos de reparación colectiva con vencimiento en el 2021 (Cód. 19).						4. Incluir víctimas en el registro único de víctimas (Cód. 214).						5. Implementar acciones del plan de fortalecimiento del enfoque diferencial y de género (Cód. 284).						6. Tramitar la liquidación de los contratos y/o convenios a cargo del área o Dirección Territorial dando cumplimiento a la normatividad legal vigente. (Cód. 319)					
	Periodo y % de Avance Programado		% de Avance		% de Cumplimiento		Periodo y % de Avance Programado		% de Avance		% de Cumplimiento		Periodo y % de Avance Programado		% de Avance		% de Cumplimiento		Periodo y % de Avance Programado		% de Avance		% de Cumplimiento		Periodo y % de Avance Programado		% de Avance		% de Cumplimiento							
	Reporte	Meta	Avance				Reporte	Meta	Avance				Reporte	Meta	Avance				Reporte	Meta	Avance				Reporte	Meta	Avance									
1 Enero	0	82%	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100%	0	0%	0%	0	15000	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%						
2 Febrero	0	164%	0	0%	0%	0	200	0	0%	0%	0	200%	0	0%	0%	0	32000	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%						
3 Marzo	206%	246%	83,74	84%	21%	293	300	97,667	98%	24%	300%	300%	100	100%	25%	52703	54035	97,535	98%	21%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%						
4 Abril	0	328%	0	0%	0%	0	400	0	0%	0%	0	400%	0	0%	0%	0	76070	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%						
5 Mayo	0	410%	0	0%	0%	0	500	0	0%	0%	0	500%	0	0%	0%	0	98105	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%						
6 Junio	493%	492%	100,2	100%	50%	589	600	98,167	98%	49%	598%	600%	99,667	100%	50%	104754	120140	87,193	87%	42%	100	100	100	100%	33%	0	1	0	0%	0%						
7 Julio	0	574%	0	0%	0%	0	700	0	0%	0%	0	700%	0	0%	0%	0	142175	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%						
8 Agosto	0	656%	0	0%	0%	0	800	0	0%	0%	0	800%	0	0%	0%	0	164210	0	0%	0%	0	200	0	0%	0%	39	100	39	39%	39%						
9 Septiembre	780%	738%	105,69	106%	79%	889	900	98,778	99%	74%	898%	900%	99,778	100%	75%	117288	186245	92,775	93%	68%	200	200	100	100%	67%	39	100	39	39%	39%						
10 Octubre	0	820%	0	0%	0%	0	1000	0	0%	0%	0	1000%	0	0%	0%	0	208280	0	0%	0%	0	200	0	0%	0%	39	100	39	39%	39%						
11 Noviembre	0	902%	0	0%	0%	0	1100	0	0%	0%	0	1100%	0	0%	0%	0	230315	0	0%	0%	0	200	0	0%	0%	39	100	39	39%	39%						
12 Diciembre	1078%	984%	109,55	110%	110%	1188	1200	99	99%	99%	1196%	1200%	99,833	100%	100%	249383	252350	98,824	99%	99%	300	300	100	100%	100%	50	100	50	50%	60%						

Fuente: Matriz Seguimiento Indicadores Plan de Acción Institucional

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 Oficina Asesora de Planeación (ya sea inferior o superior de lo programado) son desviaciones que deben ser estudiadas por el auditado, para ello cuentan con la facultad de



SC-CERS12366 ST-CERS14217 SA-CERS07789 SI-CERS98699

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 22 de 114

solicitar la modificación (debidamente justificada) mediante las actas correspondientes, la cual es analizada por la OAP para su aprobación.

Debido a lo anterior, se colige que, hay debilidad del sistema de control interno por incumplimiento de lo planeado frente a lo ejecutado en el plan de acción. El equipo auditor examina el comportamiento de los reportes de avance y ejecución de las metas del plan de acción 2021 asignadas al auditado. Teniendo como parámetro de evaluación que tanto los reportes de avance como de ejecución deben corresponder al 100% de lo planeado.


Por consiguiente, se tiene que para el primer trimestre de 2021 el parámetro en mención no se cumple en 3 de las 4 metas programadas (lo que corresponde al 75% del total de indicadores a 31 de marzo de 2021), toda vez que en las tres (3) actividades presenta un porcentaje de avance inferior al programado (84% y 2 con el 98%). De igual manera, se presenta la misma situación en el segundo, tercer y cuarto trimestre, así:

- i. Segundo trimestre: de 5 actividades, 2 presentan porcentaje de avance inferior (87% y 98%), equivalente al 40% del total de indicadores.
- ii. Tercer trimestre: de 5 actividades, una (1) registra porcentaje de avance superior (106%) y dos (2) inferior (93% y 99%), lo que equivale al 60% de total de indicadores.
- iii. Cuarto trimestre: de 6 actividades, una (1) muestra porcentaje de avance superior (110%) y tres (3) inferior (1 con el 50% y 2 con el 99%), equivalente al 67% del total de indicadores.

Cabe aclarar que, a pesar de que cinco (5) de las seis (6) actividades se encuentran en nivel satisfactorio de ejecución vigencia 2021, una (1) está por encima de la meta ideal y 2 por debajo, sin incluir el indicador denominado "Tramitar la liquidación de los contratos y/o convenios a cargo del área o Dirección Territorial dando cumplimiento a la normatividad legal vigente", el cual presenta un porcentaje de cumplimiento del 50%.

Sumado a lo anterior, se mantiene esa constante en el avance porcentual del primer (100%, 100%, 101%, 144%) y segundo trimestre (50%, 95%, 100%, 104% y 134%) del plan de acción 2022.

Esta situación evidencia debilidad en la gestión del auditado 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 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 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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 23 de 114

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.

Acto seguido, la Oficina de Control Interno en cumplimiento con lo establecido en el "Procedimiento: AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO" V7 en su actividad 9, envía al proceso auditado mediante correo electrónico del 11 de noviembre de 2022, el primer comunicado de observaciones (donde se incluye la debilidad concerniente a la divergencia en el avance y ejecución de los indicadores del plan de acción 2021 y primer semestre de 2022 de la Subdirección de Valoración y Registro) presentadas como resultado del ejercicio de auditoría, donde se manifiesta al auditado que estas pueden llegar a convertirse en posibles hallazgos.

En el comunicado, la Oficina de Control Interno OCI indica de manera clara que, el auditado cuenta con tres (3) días hábiles para pronunciarse acerca de las observaciones (a más tardar el jueves 17 de noviembre de 2022), a solicitud de prórroga por parte del Subdirector de Valoración y Registro a través de correo electrónico del 16 de noviembre de 2022, la OCI concede el plazo para dar respuesta hasta el viernes 18 de noviembre de 2022, la cual fue enviada de manera extemporánea. Los resultados del análisis de la respuesta son los siguientes:

Respuesta Auditado:


"(...) Para garantizar el soporte permanente a las entidades encargadas de tomar las declaraciones, se dispuso por parte de la Dirección de Registro y Gestión de la Información -DRGI- de asistencias técnicas y conceptuales para las oficinas del Ministerio Público, frente a los temas relacionados con la captura de la información de la población víctima que debe quedar consignada en los Formatos Únicos de Declaración -FUD-.

El indicador se encuentra determinado de la siguiente manera: "Brindar asistencia técnica a las entidades del Ministerio Público con alta ocurrencia de hechos victimizantes en los trámites relacionados con la toma de la declaración para mejorar el procedimiento de captura de la información de la población víctima", en este sentido, la asistencia técnica se refiere a la asesoría que se brinda a los funcionarios del Ministerio Público y consulados encargados de tomar la declaración frente al correcto diligenciamiento del FUD, asistencia que se imparte a través de soporte técnico y capacitaciones.

Por lo tanto, este indicador #444 varió con ocasión de la "alta" demanda de solicitudes y necesidad de las oficinas del Ministerio Público de recibir capacitación y acompañamiento para la toma de declaración, lo que generó una tendencia creciente durante la vigencia 2021.

Posterior al ingreso de nuevos funcionarios en esas oficinas y a la implementación de la estrategia "toma de declaración en línea", se desarrolló un trabajo articulado entre el equipo de formaciones y el procedimiento de Gestión de la Declaración para responder a dichas solicitudes tanto a nivel nacional como territorial.

Sobre el plan de acción para la vigencia 2021 de la Subdirección de Valoración y Registro, conformado por seis (6) indicadores, indicamos que con corte al 31 de diciembre se alcanzó un avance en el cumplimiento del (100%), como se evidencia en el informe de la Oficina Asesora de

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 24 de 114

Planeación -OAP- publicado en el sitio web de la entidad, accediendo al siguiente enlace: <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/informealplaneacion2021.pdf>.

Ahora bien, frente al indicador # 315 "Tramitar la liquidación de los contratos y/o convenios a cargo del área o Dirección Territorial dando cumplimiento a la normatividad legal vigente" se reportó un avance del (50%) sobre el (100%) programado para 2021, sobre el particular, precisamos que para que se pueda emitir el memorando de radicado (evidencia del indicador), todos los documentos deben ser aprobados por la abogada del Grupo de Gestión Contractual asignada y el Grupo de Gestión Financiera, en este contexto, se informa que desde el área misional se enviaron todos los documentos (como se evidencia a continuación) para revisión de la abogada, no obstante, durante el 2021 no se recibió respuesta de estas áreas, razón por la cual no se obtuvo el cumplimiento de dicho indicador.

Anexos:

- Re- REPORTE NO CONFORMIDADES Y ACCIONES CORRECTIVAS NN – TERCER TRIMESTRE 2022 2

Con respecto al indicador # 214 "Incluir víctimas en el Registro Único" debemos precisar que la meta programada fue de 252.350 personas y con corte al 31 de diciembre, se tuvo un avance del (99%) con un total de 249.383 personas incluidas.

Es importante tener en cuenta que la valoración de las declaraciones no implica que todas las personas que solicitan la inscripción en el registro sean incluidas; toda vez que se deben analizar los elementos técnicos, de contexto y jurídicos que permitan adoptar la decisión sobre su inclusión o no. Cabe señalar que, del total de solicitudes tramitadas durante el 2021, el (65%), fue objeto de inclusión.


Adicionalmente, debe considerarse que el indicador tuvo impacto negativo respecto de su cumplimiento, por factores asociados con la disponibilidad de colaboradores derivada del cierre de operación al 15 de diciembre de 2021, por terminación de su vinculación contractual.

Frente al indicador #18 "Requerimientos correspondientes a fallos judiciales de restitución de tierras, justicia y paz, sistema interamericano o contencioso administrativo tramitados" del cual se manifestó que está por encima de la meta programada, debemos precisar que este indicador está sujeto a la asignación de casos que se hace desde la Oficina Asesora Jurídica -OAJ-.

En este contexto para el último trimestre de la vigencia 2020 la OAJ informó a la Subdirección de Valoración y Registro -SVR- que para el 2021, se aumentaría el ingreso de estos casos, así las cosas, considerando el número de colaboradores del procedimiento se proyectó un posible cumplimiento del indicador en el (82%).

Cabe anotar que, las cifras del registro son dinámicas y pueden verse afectadas por diferentes factores; por ello, dado el plan trabajo adelantando durante la vigencia 2021, el indicador fue superado (...).

En atención a la respuesta emitida por el auditado, el equipo auditor mantiene la debilidad a la Dirección de Registro y Gestión de la Información DRGI, la cual es direccionada además al Grupo

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 25 de 114

de Gestión Contractual, en el entendido que ambas áreas son responsables en el manejo de los tiempos de la planeación y ejecución contractual. Adicional a esto, es menester resaltar que, tanto el supervisor como el grupo de gestión contractual tienen la responsabilidad del ejercicio de la liquidación.

Por consiguiente, en lo que respecta al avance y ejecución del indicador no es estricto y admite variaciones que corresponden a externalidades que afecten de manera positiva o negativa el cumplimiento de acuerdo con la meta programada para la vigencia 2021 propuestas por estas dos áreas. Sumado a lo anterior, no se debe desconocer que la Entidad cuenta con un formato para solicitar cambio y/o modificaciones de las metas inicialmente establecidas; en este escenario no se evidencia que el auditado haya recurrido a esta herramienta, por lo tanto, la OCI recomienda que se reúnan los dos procesos para la determinar la acción de mejora que permita eliminar la causa que genera este hallazgo.


La Oficina de Control Interno en el seguimiento trimestral que realiza a plan de acción identifica un desfase porcentual no solo en la ejecución final de dicho plan sino también en los avances registrados en los tres (3) primeros trimestres; si bien es cierto que se cumplieron las metas, de igual manera es una realidad que, el proceso auditado muestra un evento inadecuado en dicho cumplimiento al presentar cifras inferiores y/o superiores a lo planeado en sus cuatro (4) trimestres (como se describe de manera detallada en la debilidad), cuya situación desdice una apropiada gestión de lo planeado frente a lo ejecutado, este escenario no permite el punto ideal de equilibrio que coadyuve al logro del objetivo institucional adecuado en su plan de acción.

Es importante que el proceso tenga en cuenta la herramienta que tiene como apoyo (acta de cambio) para justificar las variaciones que se pueden presentar en las metas programadas inicialmente en los indicadores. No obstante, en ninguna parte del contenido de su respuesta, hacen alusión acerca de la utilización de dicho apoyo, contrario a esto, el auditado justifica el porcentaje inferior y/o superior de avance y ejecución obtenido, indicando en el párrafo final de la respuesta, lo siguiente: "(...) Cabe anotar que, las cifras del registro son dinámicas y pueden verse afectadas por diferentes factores; por ello, dado el plan trabajo adelantando durante la vigencia 2021, el indicador fue superado (...)".

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno sugiere al auditado solicitar a la Oficina Asesora de Planeación capacitación en el diseño, planeación y programación pertinentes de las metas que permita fortalecer el conocimiento en este tema como una buena práctica para la mejora continua, entre otras varias acciones que puede desplegar el auditado.

5.2.1.2. Riesgos de Gestión

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 26 de 114

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 logro 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.

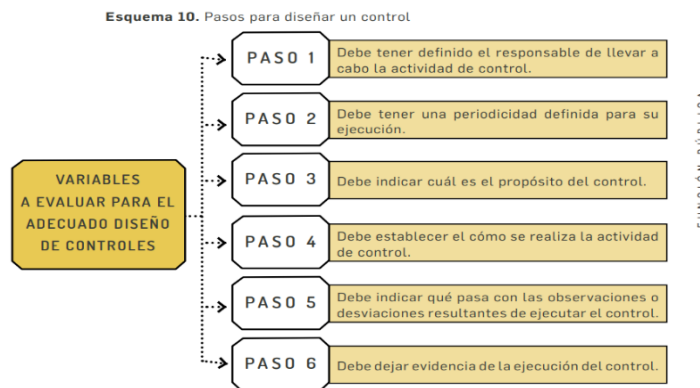
Para hacer posible el análisis del mapa de riesgos asociados a la gestión del Proceso de Registro y Valoración, se construye un papel de trabajo que consulta los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través de la Guía para la administración del riesgo y 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 el Proceso de Registro y Valoración 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 el proceso 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:



Gráfica 7 Pasos para el diseño de Controles



Fuente: Departamento de la Función Pública

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 el Proceso de Registro y Valoración.


Gráfica 8 Criterios de Evaluación

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

- FUNCIÓN PÚBLICA -

Fuente: Departamento de la Función Pública

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 28 de 114

Gráfica 9 Resultados de Evaluación

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

Fuente: Departamento de la Función Pública

Atendiendo el mapa de riesgos publicado en la página web de la UARIV y dando alcance a los periodos de la auditoria (año 2021 y primer semestre 2022) se aplica la herramienta de trabajo por medio de auditoria presencial, donde se evidencia que el mapa de riesgos del Proceso de Registro y Valoración tiene identificado siete (7) (70%) riesgos gestión, dos (2)(20%) riesgo de corrupción y uno (1) (10%) riesgo de seguridad de la información para un total de diez (10) riesgos; donde aplica un total de 10 controles (para riesgos de gestión 8, para los riesgos de corrupción 2 controles y para riesgos de seguridad de la información 1 control); los cuales son definidos por el DAFP y 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:

Gráfica 10 Rango de Calificación de la Ejecución

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.

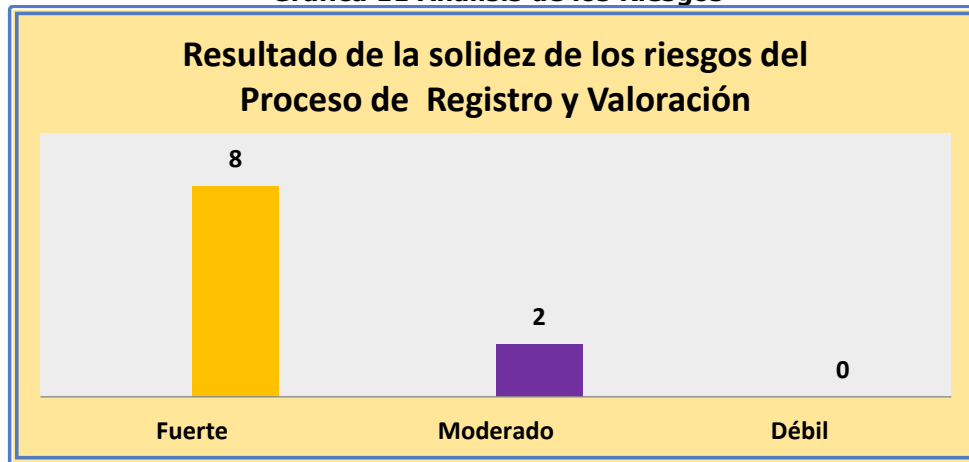
Fuente: Departamento de la Función Pública

Al examinar las variables dispuestas por el DAFP se tiene como resultado que el 80% de los riesgos es calificado como fuerte y el otro 20% como moderado en cuanto al diseño del control.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 29 de 114

El promedio de todos ellos es de 90 puntos de 100 posibles, que arroja la herramienta de trabajo aplicada. A continuación, se relaciona la gráfica denominada "Análisis de los riesgos", así:

Gráfica 11 Análisis de los Riesgos



Fuente: herramienta análisis de riesgos. Fuente propia OCI

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 Auditor Líder encontrando que al momento de la auditoría se contó con el acopio de ellas. Una vez recibida se evalúa con los criterios de auditoría generalmente aceptados y se establece que el Proceso de Registro y Valoración en la efectividad de ejecución del control se tiene como resultado que 90,00% existe la evidencia y el control es total.

Lo anterior está conforme a los lineamientos establecidos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas emanadas del Departamento Administrativo de la Función Pública, lo que se constituye en una fortaleza del sistema de control interno en cumplimiento a lo dispuesto en la Guía, artículo 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 fortaleza metodológica la elaboración de controles a los riesgos identificados, seguimiento a la ejecución de estos y una coherencia en la identificación con las evidencias frente a los controles instituidos en la matriz de riesgos. Ello permite la no materialización de los eventos 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 siete (7) riesgos de tipo administrativo o de gestión, los cuales tienen el siguiente comportamiento numérico respecto de causas y controles:


 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 30 de 114

Tabla 4 Comportamiento causas y controles

Riesgos	Numero de Causas	Numero de controles existente	Numero de controles no existentes	Porcentaje de controles no existentes
1	1	1	0	0,00%
2	1	1	0	0,00%
3	1	1	0	0,00%
4	1	1	0	0,00%
5	1	1	0	0,00%
6	1	1	0	0,00%
7	1	1	0	0,00%
Total	7	7	0	0,00%

Fuente: herramienta análisis de riesgos. Fuente propia OCI


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 estos 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. Del análisis del mapa de riesgos se determina que cada una de las causas asociadas y cada riesgo tiene su respectivo control.

Durante la auditoria remota, al Auditor se le entrega información en las carpetas del aplicativo Teams, que una vez evaluada con los criterios de auditoria generalmente aceptados se encuentra que cumple con los requisitos mínimos para ser catalogada como evidencia.

Aplicado el papel de trabajo relacionado con el análisis de riesgos y al evaluar las evidencias, da como resultado que el Proceso de Registro y Valoración cuenta con un mapa de riesgos conforme a los lineamientos establecidos en las guías del DAFP.

Se evidencia que los controles establecidos por el Proceso de Registro y Valoración cumplen con las variables determinadas por el DAFP en la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas". Esta situación está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales a), b) y f), 4º literal i) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 3.2.1.1 y 4.2.1. Norma ISO 9001:2015, capítulo 6, planificación, numeral 6.1 acciones para abordar riesgos y oportunidades. La auditoría establece como fortaleza la comprensión de la metodología de elaboración de controles a los riesgos identificados, el seguimiento oportuno a la ejecución; de acuerdo con la coherencia de las evidencias frente a los controles instituidos en la matriz de riesgos. Lo anterior conlleva al cumplimiento de la política de administración del riesgo en lo que respecta a la no materialización de los eventos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 31 de 114

5.2.2. Línea jurídica y Contractual


El Registro único de Víctimas en adelante (RUV) es una herramienta técnica, creada con el propósito de asegurar que las víctimas del conflicto accedan a los beneficios que les confiere la Ley 1448 del 2011, a partir de esta normativa nace el derecho fundamental de la inclusión en la base de datos y que, para la materialización de sus derechos constitucionales, el ingreso al RUV se encuentra reglamentado en el Decreto 4800 de 2011 posteriormente compilado por el Decreto 1084 de 2015 el cual tiene por objeto establecer los mecanismos para la adecuada implementación de las medidas de asistencia, atención y reparación integral a las víctimas, por lo que se entiende que los ingresos ordinarios se realizan atendiendo a los parámetros establecidos por estas normas para tal fin.

Comoquiera que la Ley 1448 de 2011 incluye mecanismos judiciales a través de la justicia transicional que procura satisfacer los Derechos a la Justicia, la Verdad y la Reparación Integral, en forma extraordinaria, también se debe incluir en el RUV a las personas que han sido declaradas y reconocidas como víctimas por vía judicial.

En este orden, revisada la competencia que la Unidad le confiere a la Subdirección de Valoración y Registro mediante el Decreto 4802 de 2011, este proceso asume la responsabilidad de proponer ante la Dirección General los lineamientos para la operación y funcionamiento del RUV, *criterios de valoración para decidir las solicitudes de inclusión en el registro, resolver recursos en vía gubernativa en coordinación con la Oficina Asesora Jurídica. Además, del deber de diseñar los procedimientos requeridos para analizar, valorar, reconocer e identificar las víctimas que han sido afectadas por el conflicto armado, establecer lineamientos para la administración y buen funcionamiento del RUV, entre otras cosas.* En atención a lo delegado, el proceso tramita una serie de procedimientos administrativos con el propósito de activar el ingreso de las personas que se declaran o han sido declaradas víctimas al RUV de manera expedita, el cual actualmente cuenta con nueve (9) procedimientos a saber;

- i. Gestión de la Declaración
- ii. Valoración Individual
- iii. Valoración Masivos
- iv. Valoración de Sujetos Colectivos
- v. Vía Judicial
- vi. Vía Administrativa
- vii. Novedades Actualizaciones y Calidad del Dato
- viii. Exclusiones
- ix. Observatorio

Durante la ejecución de la Auditoria el Equipo Auditor de la OCI desde la perspectiva jurídica y de manera aleatoria escoge una muestra de los procedimientos a cumplir evaluando bajo criterios de auditoria las actividades asociadas y puntos de control registrados en los procedimientos vía judicial, vía administrativa y exclusiones.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 32 de 114

En prueba de recorrido, el área auditada indica que la Subdirección de Valoración y Registro conforma el procedimiento de Vía Judicial – Sentencias, teniendo en cuenta la necesidad de tramitar los ingresos excepcionales en donde una autoridad judicial determina la calidad y la condición de víctima de una persona, independientemente de que este reconocimiento sea solicitado por vía administrativa. De este modo se cumplen las órdenes emitidas por los Despachos Judiciales especializados en Restitución de Tierras, las Salas de Justicia y Paz de los Tribunales Superiores de Distrito Judicial o de la Corte Suprema de Justicia, los Tribunales Internacionales del Sistema Interamericano de Derechos Humanos y los Despachos de la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo.

En dicho espacio el auditado allega evidencias obtenidas como lo son los registros documentales aprobados y dispuestos en la página web de la Unidad, pruebas de recorrido efectuadas, y lo allegado por el auditado como evidencias documentadas, el grupo auditor establece que:

Como quiera que el director del periodo evaluado realizó avances desde la línea jurídica, se evidencia el fortalecimiento en los criterios de operación, acompañamiento al cumplimiento de las órdenes impartidas por Entes Judiciales, la publicación del manual de criterios de valoración a fin de lograr una gestión oportuna por cada uno de los requerimientos allegados a la Entidad por las diferentes vías establecidas en el proceso auditado. No obstante, pese a los avances y estrategias dispuestas a brindar oportunidad y eficiencia en la gestión y/o respuesta a las solicitudes y ordenamientos allegados al proceso, el auditor identifica que el control que se lleva a cabo es incipiente en cuanto a los tiempos de ejecución de registro a las personas víctimas que esperan por un reconocimiento económico en la menor brevedad.

Lo anterior, se identifica en la revisión de la evidencia en cuanto a lo ordenado por disposición judicial como lo son las sentencias proferidas por el Tribunal de Justicia y Paz, atendiendo a que las mismas actualmente se encuentran en firme y ordenan la incorporación de determinadas personas a la cual se le decreta la calidad de víctima. Si bien las sentencias proferidas por el tribunal no fija un término en la cual una persona deba ser registrada en la herramienta dispuesta por la Entidad para su inclusión y en algunos casos su núcleo familiar en caso de ser necesario, se considera pertinente que el proceso defina metodologías para que la inclusión se efectuó en un tiempo prudencial en el RUV y con ello minimizar el impacto que sobre estas personas puedan tener el hecho de no estar reconocida una vez otorgada la calidad de víctima desde una instancia judicial quien le otorga este estatus.

Ahora bien, la siguiente gráfica demuestra el estado de personas tramitadas y el avance de cumplimiento, que a la fecha de la auditoria se refleja un avance del 53% con fecha de ingreso a la Unidad el 19 de enero del 2021. Esto equivalente a una proyección de ingreso al RUV de las personas a las que el Tribunal ha reconocido la calidad de víctima al 100% de cumplimiento entre dos a tres años más.


 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 33 de 114

Tabla 5 Muestra de Trámite de sentencias de Justicia y Paz

FECHA INGRESO	Nº RADICADO DE LA SENTENCIA	BLOQUE	POSTULADO	FECHA EMISION SENTENCIA	TOTAL PERSONAS CARACTERIZADAS	FUD TRAMITADOS	FECHA ASIGNACION ABOGADO	COLABORADOR
19/01/2021	1100160002532013	AUTODEFENSAS CAMP	RAMON MARIA ISAZA Y OTROS		1502	252	17/09/2021 - 20	ANGIE JIMENEZ//RICARD

Fuente: Evidencia_DRGI

Es entendido, para el equipo auditor, que el proceso de realizar los estudios, verificación de información e indagación, no puede existir extemporaneidad en el reconocimiento que le asiste a una víctima por derecho, quien reclama su reparación y/o indemnización de acuerdo con los criterios de priorización establecidos por la entidad. So pena de incurrir en vulneración al principio de celeridad dispuesto en la Constitución Política de Colombia en su artículo 209 el cual define que:

"La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones"

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 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 de 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 término 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.

Este aspecto fue dado a conocer al auditado el día 11 de noviembre de 2022. Al respecto, en comunicación del 18 de noviembre de 2022 y fuera de los términos establecidos, el auditado señala:

Respuesta del Auditado:

"La DRGI se encuentra promoviendo estrategias efectivas para atender con mayor celeridad el cumplimiento de estos fallos judiciales, razón por la cual se está actualizando el documento titulado Procedimiento (versión 1), metodología a través de la cual se describen los pasos que se agotan para dar cumplimiento a las diferentes órdenes judiciales que han sido notificadas a las UARIV, esto



 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 34 de 114

con el fin de dinamizar la gestión y trámite de éstas; para ello ha reducido el número de pasos en el procedimiento a doce (12), esta actualización se encuentra en revisión por parte de la misional, para enviar al trámite respectivo en planeación; lo anterior, aplicando el principio de mejora continua, en el marco de la implementación del MIPG”.


Atendiendo la respuesta dada por el auditado, el Equipo Auditor entiende que el área se encuentra promoviendo avances de mejora continua hacia el futuro en aras de atender con celeridad el cumplimiento a los ingresos de las personas víctimas en las bases de datos sea el camino o procedimiento utilizado por el área. Así las cosas, la Oficina de Control Interno valida la debilidad identificada en el sistema de control interno e igualmente, valora que el proceso ya se encuentre trabajando en acciones de mejora y la cual debe ser incorporada en el Plan de Mejoramiento que se suscriba con la OCI.

En este aspecto es recomendable que el proceso de registro tenga en consideración que existen dos fuentes de información de ingreso que requieren de tratamiento diverso. El primero que es el más común y corresponde a la declaración que realiza una persona ante el Ministerio Público y allegada posteriormente a la entidad. En este escenario se requiere validar aspectos fundamentales para el ingreso al RUV, lo primero que hay un hecho victimizante en razón o con ocasión a las situaciones de orden público que cobija la ley de víctimas y lo segundo, que la persona que se postula como víctima realmente lo sea ya de manera directa o indirecta, solo así es posible su acceso al RUV.

Caso diferente es cuando existe una sentencia ejecutoriada de un juez de la República, que dentro del proceso judicial o constitucional ha declarado que la persona es víctima del conflicto armado colombiano y por los hechos victimizantes que allí se probaron. En este caso la acción del proceso no puede ser cuestionar la calidad de víctima o discutir la situación de ocurrencia o no del hecho victimizante, porque esta tarea ya la realizó el juez. Por lo tanto, el proceso debe incorporar a la víctima en el RUV y continuar con el proceso a fin de realizar la reparación integral, dentro de ella el pago de la indemnización dentro de los criterios procesales establecidos por la entidad.

En la medida que el proceso establezca con suma claridad la diferencia de situaciones y las acciones especiales que debe realizar, los tiempos de uno y otra forma de ingreso varían siendo más expedito aquel procedente de la sentencia ejecutoriada. En la misma medida deberá existir un indicador que dentro del RUV señale la procedencia y para efectos de control se pueda establecer la diferencia de tiempos y actuaciones, sin ello no es posible tener un sistema de control interno del RUV que responda a contar con información de calidad y dentro de la oportunidad necesaria que propenda por dar argumentos de certeza administrativa a los tomadores de decisiones del proceso y de la entidad.

Por otra parte, y con lo visto en la actividad auditora en la fase de ejecución, se evidencia 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 que se tiene un profesional que hace seguimiento en reparto y control de la gestión que

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 35 de 114

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, más si se tiene en consideración la calidad de la información que se maneja, por su carácter de reservada.

Los controles de tipo manual al menos tienen dos dificultades que sobrevienen en la ejecución del proceso. Lo primero asocia a la calidad o limitación de la persona que lo realiza, en la medida que se entiende que el cuidado debe ser extremo y requiere de niveles de concentración muy fuerte que con el paso de la jornada se van disminuyendo y aumentando la probabilidad del error, lo segundo está asociado a los formularios o los instrumentos que se utilizan, las cuales pueden ser obsoletos en algunas partes o lo que de cotidiano se observa, que no se diligencian en su integridad. Por estas situaciones es que el equipo auditor encuentra debilidad en el sistema de control interno.


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 Dimensión: "Gestión con valores para resultados" la cual tiene por objetivo "Agilizar, simplificar y flexibilizar la operación de las entidades para la generación de bienes y servicios que resuelvan efectivamente las necesidades de los ciudadanos" además de "Facilitar y promover la efectiva participación ciudadana en la planeación, gestión y evaluación de las entidades públicas" y 5ª Dimensión "Información y Comunicación" donde indica que "es importante que tanto la información como los documentos que 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".

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 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.

Este aspecto fue dado a conocer al auditado el día 11 de noviembre de 2022. Al respecto, en comunicación del 18 de noviembre de 2022 y fuera de los términos establecidos, el auditado señala:

Respuesta del Auditado:

"Atendiendo las observaciones realizadas en esta debilidad y los argumentos expuestos como posibles causas, es pertinente indicar que, desde la DRGI ya se había identificado la necesidad de automatizar la forma de asignación y seguimiento que se realiza en algunos procedimientos a través de archivos de Excel.

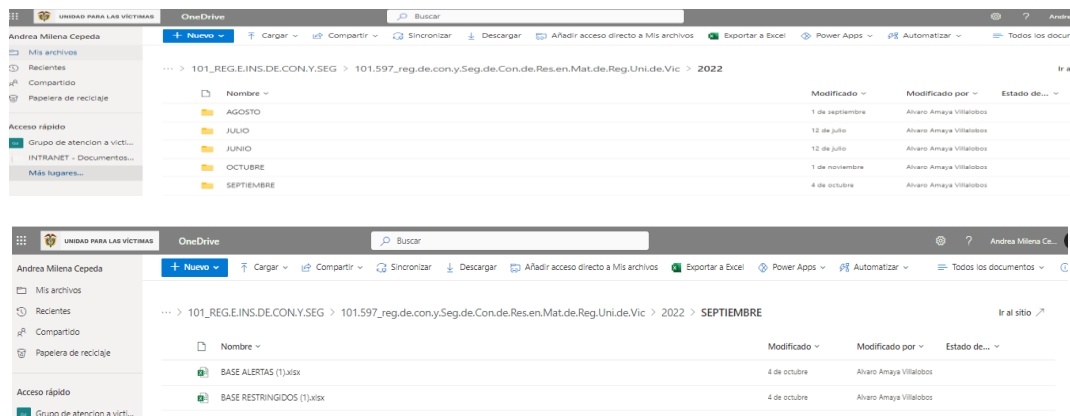
 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 36 de 114


Lo anterior, con el fin de que los seguimientos sean mucho más efectivos, expeditos y que den cumplimiento a lo dispuesto en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Por lo anterior, desde la Subdirección Red Nacional de Información se está trabajando en una herramienta tecnológica cuyo objetivo es proveer una solución definitiva al manejo de información del Registro Único de Víctimas, que permita optimizar los procesos, proveer flexibilidad en la inclusión de nuevos hechos y simplificar el manejo unificado de las declaraciones, consolidando los marcos normativos históricos del RUV y racionalizando las herramientas que lo soportan.

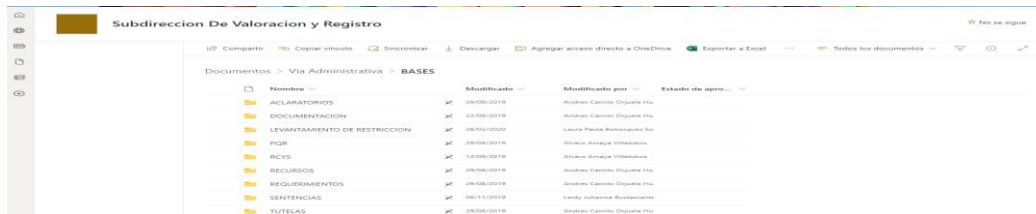
Durante el 2022 se han realizado mesas de trabajo con cada uno de los procedimientos de la Subdirección de valoración y Registro y de la Dirección de Registro y Gestión de la Información con el fin de hacer el análisis de requisitos en donde se identifiquen las necesidades de cada procedimiento. Es necesario indicar que los procedimientos indicados en la observación, corresponde a procedimientos creados por la mejora continua del proceso de Registro y Valoración con posterioridad al desarrollo inicial de la herramienta tecnológica vigente. Es por esto por lo que en los meses de abril, junio y julio de 2022 se realizó sesiones de trabajo para el levantamiento de requerimientos. (ver anexos acta 06 del 20 de abril de 2022, acta 07 del 13 de junio de 2022 y acta 08 del 21 de julio de 2022)

Dicho lo anterior, es importante señalar que, si bien desde los procedimientos de Exclusiones y Vía Administrativa existe un manejo de archivos de Excel para las asignaciones y seguimientos de los casos, se aclara, que las personas que tienen acceso a estas bases de seguimiento cuentan con los permisos específicos que son otorgados por la Oficina de Tecnología de la Información -OTI-, en este sentido, las bases de seguimiento tienen un acceso de edición limitado de la información descargada por cada procedimiento. Así mismo, los permisos de eliminación de un archivo en (SharePoint), no se encuentran habilitados para todas las personas, sino únicamente para el líder del procedimiento, lo cual, permite tener un mayor control respecto a la información que es cargada en el sistema de información.

Adicionalmente, los colaboradores que manejan las bases, al finalizar la jornada laboral, actualizan la información y realizan el cargue en las correspondientes carpetas, así como mensualmente realizan Back-up, con el objetivo de resguardar la información en (SharePoint). Lo anterior, a fin de tener un respaldo histórico de la información de las bases.



 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 37 de 114



Nombre	Modificado por	Modificado el	Estado de aprobación
ACLIARATORIOS	Andrés Camacho Ospina Hsu	25/09/2018	
DOCUMENTACION	Andrés Camacho Ospina Hsu	22/09/2018	
LEVANTAMIENTO DE RESTRICCIÓN	Laura Flavia Botero Ospina	28/02/2020	
PGR	Alfonso Aragón Villalobos	28/09/2019	
RCVS	Alfonso Aragón Villalobos	15/09/2019	
RECURSOS	Andrés Camacho Ospina Hsu	28/09/2018	
REQUERIMIENTOS	Andrés Camacho Ospina Hsu	28/09/2018	
SENTENCIAS	Laura Flavia Botero Ospina	08/11/2018	
TUTELAS	Andrés Camacho Ospina Hsu	08/09/2018	

Adicionalmente, es importante resaltar que las actuaciones administrativas que se realizan en los procedimientos quedan resguardadas en el sistema de información (SharePoint), así como en los aplicativos de Archidhu y Lex.

Anexos:

Acta06_RequerimientoNuevoRuvVIAADMINISTRATIVA_20042022

Acta07_RequerimientosProcedimientoSentencias_13062022

Acta08_RequerimientosProcedimientoExclusiones_21072022"

Atendiendo la respuesta dada por el auditado, el Equipo Auditor entiende que el área se encuentra promoviendo avances de mejora continua hacia el futuro en aras de atender con celeridad el cumplimiento a los ingresos de las personas víctimas en las bases de datos sea cual fuere el procedimiento utilizado por el área, en este aspecto resguardar la información de población víctimas y fortalecer los puntos de control que se aplican actualmente, automatizando la forma de asignación y seguimiento que se realiza en los diferentes procedimientos a través de archivos de Excel. Así las cosas, la Oficina de Control Interno valida la debilidad identificada en el sistema de control interno del área, e igualmente, valora que el proceso ya se encuentre trabajando en acciones de mejora y la cual debe ser incorporada en el Plan de Mejoramiento que se suscriba con la OCI.

A partir del análisis efectuado desde la línea contractual el Equipo Auditor revisa la contratación realizada por la Dirección de Registro y Gestión de la Información bajo la supervisión del director saliente, se solicita el contrato 1518 del 2021 suscrito con Miguel Quijano y Compañía S.A. cuyo objeto es "establecer las condiciones generales que regirán las relaciones que surjan entre las partes, en virtud de los encargos que la entidad estatal confiera al comisionista comprador, para que actuando en nombre propio pero por cuenta de la unidad, adquiera operaciones a través de los sistemas de negociación administrados por la bolsa mercantil de Colombia BMC, según lo permita su reglamento de funcionamiento y operación, con el fin de ejecutar los negocios descritos en la ficha técnica de negociación y documento de condiciones especiales, encaminados a "contratar el apoyo administrativo, técnico y operativo a la unidad para las víctimas, en el marco de la implementación de los procedimientos relacionados con el registro único de víctimas, con el fin de procurar y garantizar el acceso a las medidas de asistencia, atención y reparación a las víctimas y la defensa de sus derechos humanos, a través de la bolsa mercantil de Colombia s.a."


"Fecha de inicio: 14 de diciembre de 2021

Fecha de terminación inicial: 31 de julio de 2022

Valor inicial del contrato: ocho mil doscientos cincuenta y nueve millones setecientos cincuenta y nueve mil seiscientos diecinueve pesos m/cte. (\$8.259.759.619)



SC-CERS12366 ST-CER814217 SA-CER907789 SI-CER988689

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 38 de 114

Adición: cuatro mil quinientos treinta y ocho millones cuatrocientos ochenta mil pesos m/cte. (\$4.538.480.000)

Prórroga: 04 de noviembre de 2022

Estado: en ejecución"

Allegado el expediente contractual el día 6 de septiembre del 2022, el cual fue solicitado al área responsable, se examina el expediente contractual en su totalidad en el cual se identifica por el Equipo Auditor debilidad en el ejercicio de la función de supervisión, toda vez que se observa en consulta realizada en la página del Sistema Electrónico para la Función Pública SECOP II, que los informes de actividades y supervisión a la ejecución contractual correspondientes a los meses de septiembre y octubre no han sido cargados en la mencionada plataforma, como tampoco fueron allegados para el estudio y revisión de esta auditoría. Así las cosas, se evidencia una debilidad respecto de la actualización de los documentos contractuales en SECOP II.


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).

Por otro lado el Departamento Administrativo de la Función Pública mediante el concepto No.572261 de 2020 manifestó: *"Sobre este último aparte es necesario destacar la importancia de la actividad que debe desplegar el supervisor del contrato, en cumplimiento de las funciones señaladas, concretamente referidas a la responsabilidad que adquiere de ejercer un seguimiento permanente y continuo que le permita verificar la ejecución normal del contrato para prevenir, situaciones de dilación, demoras o, incumplimientos parciales que a la postre conlleven a un incumplimiento total que motive dar por terminada la relación contractual en forma anticipada y por ende, a declarar la caducidad del contrato"*.

Del mismo modo aclara que: *"La supervisión material consiste en la comprobación y certificación de la efectiva y real ejecución y cumplimiento del objeto contratado y el informe anexo al certificado de cumplimiento, es el sustento del debido pago de las obligaciones contraídas"*.

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.

Este aspecto fue dado a conocer al auditado el día 11 de noviembre de 2022. Al respecto, en comunicación del 18 de noviembre de 2022 y fuera de los términos establecidos, el auditado señala:

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 39 de 114

Respuesta del Auditado:

"De conformidad a la debilidad remitida por la Oficina de Control Interno de la Unidad para las Víctimas relacionada con el control a la gestión misional de la Dirección de Registro y Gestión de la Información, nos permitimos remitir la respuesta al punto 3 – Debilidad 1 en los siguientes términos:

La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, con el fin de dar aplicación al principio de publicidad de la Información y en concordancia con la Ley de Transparencia 1712 de 2014, estableció lineamientos internos para el cargue de los informes de actividades a través de la circular 00021 del 2022, la cual tiene como asunto "Alcance a la circular 00021 del 30 de junio de 2020".

Respecto lo anterior, el Decreto 103 de 2015, en su artículo 8 dispone: Publicación de la ejecución de contratos. Para efectos del cumplimiento de la obligación contenida en el literal g) del artículo 11 de la Ley 1712 de 2014, relativa a la información sobre la ejecución de contratos, el sujeto obligado debe publicar las aprobaciones, autorizaciones, requerimientos o informes del supervisor o del interventor, que prueben la ejecución del contrato...".

La mencionada Circular No. 00021 de 2020, en su numeral 4, establece "Los proveedores o contratistas de La Unidad deberán publicar en la sección de "Ejecución del contrato" contenida en el numeral 7 del formulario electrónico de la plataforma SECOP II o en la sección que corresponda en la Tienda Virtual del Estado Colombiano (según el caso), el "formato de informe de actividades y supervisión a la ejecución contractual" exigido en los contratos de prestación de servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión o el "formato informe de actividades otras modalidades" para las demás tipologías contractuales, junto con las respectivas evidencias, excluyendo planilla(s) de pago de aportes a seguridad social, facturas, cuentas de cobro, formato de condición de declarante entre otros. El término para el efecto corresponde al señalado en el numeral 3 de la circular 00021 de 2020".

Por lo anterior, es deber del contratista de la Unidad publicar en la plataforma electrónica SECOP II el "formato informe de actividades otras modalidades", toda vez que la supervisión no tiene acceso o usuarios que le permita realizar dicha gestión.


En cuanto a la gestión de la supervisión para asegurar y garantizar que la información requerida repose en la plataforma SECOP II, durante la ejecución del contrato 1518 de 2018 se ha verificado que el contratista haya adjuntado la información anteriormente señalada, correspondiente al periodo inmediatamente anterior, como se puede evidenciar en el insumo adjunto a la presente respuesta y en la siguiente captura de pantalla:

<input type="checkbox"/>	INFORME EJECUCION 4..pdf	INFORME EJECUCION 4..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	INFORME EJECUCION 5.pdf	INFORME EJECUCION 5.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	INFORME ADICIÓN.pdf	INFORME ADICIÓN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	INFORME DE COMISIÓN 1.pdf	INFORME DE COMISIÓN 1.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	Informe supervisión radicado.pdf	Informe supervisión radicado.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CUENTA MIGUEL QUIJANO COSTOS ADICION COMISION MES SEPTIEMBRE 2022.pdf	CUENTA MIGUEL QUIJANO COSTOS ADICION COMISION MES SEPTIEMBRE 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	1. Poliza Cumplimiento 21_44_101371945-4 otro si 2 Uariv.pdf	1. Poliza Cumplimiento 21_44_101371945-4 otro si 2 Uariv.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	2. Poliza RCE 21_40_101179109-4 otro si 2 Uariv.pdf	2. Poliza RCE 21_40_101179109-4 otro si 2 Uariv.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	Consulta de pólizas CUMPLIMIENTO.pdf	Consulta de pólizas CUMPLIMIENTO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	Consulta de pólizas RCE.pdf	Consulta de pólizas RCE.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	RECIBO DE PAGO UV.pdf	RECIBO DE PAGO UV.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	Informe Supervision.pdf	Informe Supervision.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	prorroga negociacion.pdf	prorroga negociacion.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	Consulta de pólizas comisión Modificadorio No 3.pdf	Consulta de pólizas comisión Modificadorio No 3.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

[Borrar](#) [Cargar nuevo](#)



SC-CERS12366 ST-CER814217 SA-CER907789 SI-CER988699

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 40 de 114

Así mismo, es menester aclarar que el contrato No. 1518 de 2021 tiene por objeto establecer las condiciones generales que regirán las relaciones que surjan entre las partes, en virtud de los encargos que la entidad estatal confiera al comisionista comprador, para que actuando en nombre propio pero por cuenta de la unidad, adquiera operaciones a través de los sistemas de negociación administrados por la bolsa mercantil de Colombia BMC, según lo permita su reglamento de funcionamiento y operación, con el fin de ejecutar los negocios descritos en la ficha técnica de negociación y documento de condiciones especiales, encaminados a "contratar el apoyo administrativo, técnico y operativo a la unidad para las víctimas, en el marco de la implementación de los procedimientos relacionados con el registro único de víctimas, con el fin de procurar y garantizar el acceso a las medidas de asistencia, atención y reparación a las víctimas y la defensa de sus derechos humanos, a través de la bolsa mercantil de Colombia s.a."

Teniendo en cuenta lo anterior, en el marco del contrato en mención hay que diferenciar entre el comisionista y el comitente vendedor, siendo este último quien ejecuta la operación de la Dirección de Registro y Gestión de la Información y actividades mensuales. En atención a ello, la supervisión presentó informe(s) pertinentes que dan cuenta del cumplimiento del contrato de comisión, y ha presentado informes permanentes mensuales respecto al operador (comitente vendedor) para vigilar el objetivo de "contratar el apoyo administrativo, técnico y operativo a la unidad para las víctimas, en el marco de la implementación de los procedimientos relacionados con el registro único de víctimas, con el fin de procurar y garantizar el acceso a las medidas de asistencia, atención y reparación a las víctimas y la defensa de sus derechos humanos, a través de la bolsa mercantil de Colombia s.a."

En este orden de ideas, frente al informe de actividades a la ejecución contractual correspondiente al mes de octubre, este no ha sido cargado en la mencionada plataforma ya que el mismo se presenta mes vencido y actualmente es objeto de revisión por parte de la supervisión para emitir el respectivo recibo a satisfacción. Lo anterior teniendo en cuenta, que la FTN del contrato de comisión 1518 de 2021 establece que los pagos se realizaran en mensualidades vencidas, conforme a las actividades y/o servicios efectivamente prestados y recibidos a satisfacción por la Unidad:

Siete (7) pagos en mensualidades vencidas con cargo a la vigencia 2022, conforme a las actividades y/o servicios efectivamente prestados por el COMITENTE VENDEDOR y recibidos a satisfacción por la Unidad, de conformidad con lo establecido en la ficha técnica de negociación, previa presentación de los informes, soportes y requisitos exigidos en el contrato para tal efecto.

Finalmente, es de resaltar que normativamente no existe un término legal para la respectiva publicación de los informes de actividades, por lo cual al publicar los informes en la plataforma SECOP II, la Unidad para las Víctimas está dando cumplimiento a la normativa vigente en materia de publicidad de la información Contractual; aunado a lo anterior es necesario indicar que los informes de actividades de diciembre de 2021 a septiembre de 2022 reposan en el expediente físico en el Grupo de Gestión Administrativa y Documental de la entidad, ya que hacen parte de los documentos requeridos para los pagos.


Anexos:

- Correos gestión supervisión – cargue informe de actividades SECOP II
- Circular 00020 de 2022"

El Equipo Auditor evalúa y examina la respuesta allegada por el auditado fuera del término solicitado, sin embargo, determina mantener la debilidad en el entendido que en la fase de



SC-CERS12366 ST-CERB14217 SA-CERK07189 SI-CERB98689

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 41 de 114


ejecución no se visualiza el cargue de los informes de supervisión. Ahora bien, la OCI reconoce que a la fecha del acuso de recibido de la respuesta al primer comunicado de debilidades, los informes pendientes ya se encontraban cargados en SECOP; lo que genera un desconocimiento a lo establecido en el Decreto 1082 de 2015, ARTÍCULO 2.2.1.1.1.7.1. Publicidad en el SECOP "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. Los documentos de las operaciones que se realicen en bolsa de productos no tienen que ser publicados en el SECOP". Es por ello que, se ratifica la debilidad toda vez que sí existe un término legal para publicar todo documento contractual teniendo en cuenta que la norma previamente citada se encuentra vigente y es jerárquicamente superior a las circulares que menciona el auditado en su respuesta.

Dado lo anterior, el Equipo Auditor identifica debilidad en la aplicación del principio de publicidad en la contratación. Toda vez que, 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.

"Al respecto a dicho la corte en la sentencia C-259 de 2008 lo siguiente: "El principio de publicidad de la función administrativa resulta en un alto grado pertinente a la aplicación de sistemas electrónicos de información dentro de la actividad de las autoridades públicas, en el asunto bajo análisis referida a la contratación pública. Ello en tanto la aplicación de dicho principio permite que los ciudadanos conozcan y observen las actuaciones de la administración y estén por ende capacitados para impugnarlas, a través de los recursos y acciones correspondientes, ubicándose de esta manera en el ámbito expansivo del principio democrático participativo."

Por otro lado en la sentencia C-711 de 2012 manifestó: "De conformidad con lo antes expuesto, encuentra la Corte, que en cumplimiento del principio de publicidad de las actuaciones de la administración pública, la sustitución de medios físicos por electrónicos, para la publicación y difusión de la información relativa a los procesos de contratación, se ajusta a la Carta Política, en tanto se cumplan las condiciones que permitan: (i) la imparcialidad y transparencia en el manejo y publicación de la información, en especial de las decisiones adoptadas por la administración; (ii) la oportuna y suficiente posibilidad de participación de los interesados en el proceso contractual, así como los órganos de control y (iii) el conocimiento oportuno de la información relativa a la contratación estatal, que garantice los derechos constitucionales a la defensa, el debido proceso y el acceso a los documentos públicos."

Por su parte, la Corte Constitucional, en la sentencia C-646 de 2000, ha dicho que el principio de publicidad facilita el control ciudadano de las decisiones de las autoridades, permite el ejercicio de varios derechos fundamentales y contribuye de manera esencial al adecuado desarrollo y realización de los fines del Estado⁵⁴. De manera que la finalidad e importancia de publicar los contratos de la Administración es realizar una comunicación masiva que permita informar, persuadir y conseguir un comportamiento determinado de las personas que reciben la información.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 42 de 114

El equipo Auditor establece como potenciales causas el desconocimiento por parte de los interesados en contratar con la Entidad desde la fase de planeación contractual, 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”.

Respuesta del Auditado:


Es importante aclarar, en caso de que aplique la publicación del 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 en la página web de la entidad, el responsable de esta actividad es el Grupo de Gestión Contractual, por lo cual se procedió a elevar la debilidad 2, quienes respondieron en los siguientes términos:

"En atención a su solicitud, y de conformidad con la primera comunicación de debilidades del sistema de control interno relacionada con el control a la gestión misional de la Dirección de Registro y Gestión de la Información, debilidad No. 2 del numeral "3. Línea contractual", a saber: "Se identifica debilidad en la aplicación del principio de publicidad en la contratación. Toda vez que, 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 articulo 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. (...) desde el Grupo de Gestión Contractual damos respuesta en los siguientes términos:

- 1. El contrato de Comisión No. 1518 de 2021, fue adelantado de conformidad con el literal a) del numeral 2 del artículo 2 de la Ley 1150 de 2007, en concordancia con los artículos 2.2.1.2.1.2.11 al 2.2.1.2.1.2.19 del Decreto 1082 de 2015, el cual estipula que para la adquisición o suministro de bienes y servicios de características técnicas uniformes y de común utilización, las entidades deberán siempre que el reglamento así lo señale, hacer uso de procedimientos de subasta inversa o de instrumentos de compra por catálogo derivados de la celebración de acuerdos marco de precios o de procedimientos de adquisición en bolsas de productos, siendo este último el utilizado dentro del Contrato de comisión No. 1518 de 2021 y no por modalidad de SELECCIÓN ABREVIADA PARA LA ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS DE CARACTERISTICAS UNIFORMES POR SUBASTA INVERSA.*
- 2. Así mismo, de conformidad con lo manifestado respecto de la consulta de la página de la Unidad, en la que 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, el Grupo de Gestión Contractual GC se permite manifestar que de conformidad con la CIRCULAR EXTERNA ÚNICA Código: CCE-EICP-MA-06 Versión: 02 del 15 de julio de 2022, expedida por Colombia Compra Eficiente "El Sistema Electrónico de Contratación Pública – SECOP es el medio de información oficial de toda la contratación realizada con cargo a recursos públicos. El SECOP es el único punto de ingreso de información y de generación de reportes para las Entidades Estatales, los entes de control*



SC-CERS12366 ST-CER814217 SA-CER907789 SI-CER898689

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 43 de 114

y la ciudadanía en general, el cual garantiza que se cumplan los principios de publicidad y transparencia en la gestión contractual".


3. *En lo referente a "lo establecido en el "Procedimiento Selección Abreviada - Subasta Inversa V6" el cual tiene como responsable de la publicación de aviso de convocatoria pública en SECOP II y en página web de la Unidad al Grupo de Gestión Contractual", el Grupo de Gestión Contractual reitera que el Contrato de Comisión No. 1518 de 2022 fue adelantado de conformidad con el literal a) del numeral 2 del artículo 2 de la Ley 1150 de 2007, en concordancia con los artículos 2.2.1.2.1.2.11 al 2.2.1.2.1.2.19 del Decreto 1082 de 2015, bajo la adquisición en bolsas de productos, razón por la cual no es procedente aplicar el procedimiento de Selección Abreviada - Subasta Inversa.*
4. *Así mismo, de conformidad con el artículo 2.2.1.2.1.2.14 del Decreto 1082 la Entidad seleccionó al comisionista de acuerdo con el procedimiento interno aplicable en la bolsa de productos que debe ser competitivo. Por lo anterior, y conforme al artículo citado la Entidad debe publicar solamente el contrato suscrito con el comisionista seleccionado y las modificaciones que surjan en SECOP. Actuaciones que han sido cumplidas por parte del GGC".*

Anexos:

- Reglamento BMC
- Circular Única BMC"

El Equipo Auditor evalúa la respuesta del auditado y determina mantener la debilidad a la Dirección de Registro y Gestión de la Información la cual va compartida al Grupo de Gestión Contractual, esto de conformidad a lo ordenado en la Ley 1952 del artículo 38 en su numeral 1 "1. Cumplir y hacer que se cumplan los deberes contenidos en la Constitución, los tratados de derechos humanos y derecho internacional humanitario, los demás ratificados por el Congreso, las leyes, los decretos, las ordenanzas, los acuerdos distritales y municipales, los estatutos, de la entidad, los reglamentos y los manuales de funciones, las decisiones judiciales y disciplinarias, las convenciones colectivas, los contratos de trabajo y las órdenes superiores emitidas por funcionario competente". Igualmente, el artículo 38 numeral 27 de la misma Ley que indica el deber de "Publicar en las dependencias de la respectiva entidad, en sitio visible, y en la página web, una vez por mes, en lenguaje sencillo y accesible al ciudadano común, una lista de las licitaciones declaradas desiertas y de los contratos adjudicados, que incluirá el objeto y su valor y el nombre del adjudicatario" Lo anterior debido a que, al no haberse publicado la información del proceso de contratación en el enlace oficial página web de la UARIV "avisos y convocatorias", constituye una inobservancia a la normativa del principio de publicidad y no permite establecer al interior de la Entidad un mayor estándar de transparencia a los procesos de selección que se adelanten a través de esta repositorio.

Por otro lado, el Grupo de Gestión Contractual es un medio que tiene la entidad de carácter especializado que provee el servicio jurídico contractual que requiere otras áreas a contratar un bien o servicio, por lo anterior desde la elaboración del Plan Anual de Adquisiciones, se establece que hay una persona, servidor o proceso encargado de entregar información de contacto tal y como se dispone en el #8 de la guía para la elaboración del "Plan Anual de Adquisiciones" de la

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 44 de 114

C.C.E. En este escenario es evidente que la carga administrativa y de control respecto de la futura contratación requerida por el proceso recae conjuntamente entre el grupo de gestión contractual y el área solicitante, en este aspecto directamente al supervisor del contrato, como lo señala el Capítulo II del manual de contratación UARIV V2 de marzo de 2021. Con todo lo anterior desde la OCI se sugiere y reitera el deber que le asiste al auditado de coadyuvar a la administración institucional en todo lo que le corresponde desde el momento cero del proceso contractual hasta las actividades post liquidación contractual.


Atendiendo lo verificado en esta Línea Contractual, se identifica una observación direccionada tanto para a la Dirección de Registro y Gestión de la Información, al Grupo de Gestión Contractual y al Grupo de Gestión Financiera dependencias responsables de la ejecución y custodia de todos los documentos anexos en los expedientes contractuales. Toda vez que, no se observa la totalidad de las actuaciones llevadas a cabo en las diferentes fases contractuales. Así como tampoco, se observa comunicación y articulación entre estos procesos que llevan a cabo la organización y custodia de estos documentos.

Es importante mencionar que en los 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”*.

Es por ello, que el Equipo Auditor sugiere a las áreas responsables establecer mecanismos de articulación entre los procesos, a fin de integrar en un sólo expediente todos los soportes correspondientes a cada contrato celebrado por la Entidad toda vez que los mismos deben tener la capacidad de evidenciar todos los aspectos acaecidos durante todo el proceso de la contratación desde la fase de planeación y las demás fases contractuales. Con lo anterior, es importante mencionar que la ausencia de la información documentada genera incertidumbre en el Equipo Auditor derivada de la aplicación del principio de escepticismo profesional, lo que puede ocasionar que de existir incumplimientos no se tenga toda la información, un adecuado manejo total del expediente o no se dé cumplimiento con las cláusulas pactadas.

5.2.2 Línea Seguridad de la Información y Tecnológica

El equipo Auditor evalúa el componente tecnológico en busca de puntos de mejora en el manejo e implementación de las herramientas utilizadas en la UARIV a través de la DRGI, es por ello, que en la ejecución de la Auditoria se evalúan aspectos de comunicación entre las herramientas auditadas, seguridad de la información, análisis y puntos de control de acuerdo con los procedimientos que se tienen en cuenta para el desarrollo y funcionamiento del área auditada.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 45 de 114

Para ello se aplica el papel de trabajo diseñado por la Oficina de Tecnologías de la Información para determinar el nivel de madurez del control y seguimiento al modelo de Seguridad de Información en la Dirección de Registro y Gestión de la Información, a través del cual se evalúa aspectos relacionados con controles en acceso físico a áreas seguras, protección de la información y equipos de cómputo, protección contra amenazas, control de acceso a sistemas de información, recursos de hardware, software, seguridad con el sistema de control interno y trabajo en áreas seguras, así también y durante la ejecución se revisa la gestión, control y evaluación de flujos de información, trazas de información, activos de información, gobierno TI, procesos, procedimientos, aplicativos, instrumentos aplicados en la DRGI.

De otro lado, se aplica el papel de trabajo al auditado, tendiente a identificar puntos de inflexión de control, para efectos de analizar la gestión y para ello se compara con el insumo remitido por la Oficina de Tecnologías de la Información, valores que deberían ser tenidos con buenas prácticas y respecto de ellos con y lo evidenciado dan cuenta de:

- a) Control de acceso físico a áreas seguras. Aplicado el resultado obtenido en la DRGI contra el valor del estándar otorgado por la OTI se tiene un cumplimiento del 66.67%.
- b) Protección contra amenazas externas y ambientales. Aplicado el resultado obtenido en la DRGI contra el valor del estándar otorgado por la OTI se tiene un cumplimiento del 33.33%.
- c) Trabajo en áreas seguras. Aplicado el resultado obtenido en la DRGI contra el valor del estándar otorgado por la OTI se tiene un cumplimiento del 75.00%.
- d) Protección de la Información y equipos de cómputo. Aplicado el resultado obtenido en la DRGI contra el valor del estándar otorgado por la OTI se tiene un cumplimiento del 66.67%
- e) Control de acceso a Sistemas de Información, aplicado el resultado obtenido en la DRGI contra el valor del estándar otorgado por la OTI se tiene un cumplimiento del 60.00%.


En términos generales, el nivel de cumplimiento del estándar es del 61.90% (13) y de no cumplimiento es del 38.10%.

Con ello y teniendo en cuenta la Información suministrada por el proceso auditado se identifica lo siguiente:

- i.* Se toma un 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.

Tabla 6 Datos fecha de inactivación frente a campo activo

FECHA_INACTIVACION	ACTIVO
31/12/2009	4839
2009	87

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 46 de 114

2010	48
2011	136
2012	393
2013	433
2015	47
2016	76
2017	122
2018	131
2019	66
2020	105
2021	232
2022	63
Total, General	6778

Fuente: Propia

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.

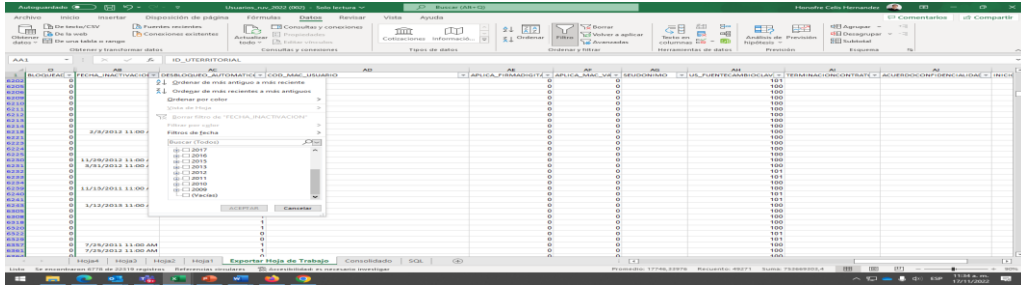
Respuesta del Auditado:

"Respuesta aclaratorio debilidad No. 1. Línea de tecnología de la información:

"Frente a esta debilidad, es necesario informar al equipo auditor que en el momento de generar la consulta que fue entregada en el marco de las visitas presenciales realizadas por la Oficina de Control Interno, no se indicó que la consulta que hoy se tiene en la tabla "RUV.TBUSUARIOS" corresponde a funcionalidades sobre la tabla de usuarios que con posterioridad a la implementación de la herramienta RUV se adicionaron. Para su interpretación se debe validar con los campos de "TERMINACIONCONTRATO", "TIPO_CLIENTE", que indica si con posterioridad a la fecha de inactivación se ha reactivado este usuario.

Ahora bien, para los 4839 registros que indican en el cuadro con fecha de inactivación "<31/12/2009" precisamos que corresponden a un campo que se encuentra vacío y no es un error de fecha, para esto se anexan capturas de pantalla sobre el archivo entregado durante la auditoria, donde se evidencia que para fechas (antes de 2009) la celda se encuentra vacía.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 47 de 114



En relación con la "falta de seguimiento y monitoreo a las acciones de inactivación de usuarios", desde la Dirección de Registro y Gestión de la Información a partir del año 2020 se implementó como herramienta de gestión a las solicitudes la Plataforma Aranda, donde se han procesado más de 5.616 solicitudes sobre activación y creación de usuarios.

Etiquetas de fila	Cuenta de Fecha de Solución
2020	748
2021	2949
2022	1919
Total, general	5616

Fuente: Reporte Aranda SRNI


Es necesario informar a equipo auditor que la tabla "RUV.TBUSUARIOS" contiene la información histórica y como se indicó anteriormente, se adicionó nuevos campos por necesidad de la operación del registro, por estas razones se han realizado mesas de trabajo con cada uno de los procedimientos de la Subdirección de Valoración y Registro y de la Dirección de Registro y Gestión de la Información con el fin de hacer el análisis de requisitos en donde se identifiquen las necesidades de cada procedimiento con el fin de que sean tenidas en cuenta para el desarrollo que desde la Subdirección Red Nacional de Información se está realizando".

El equipo Auditor evalúa la respuesta del auditado, por lo que de ellos se colige que Frente al modelo cruzado de control interno, desarrollado y que se explica en la correspondiente debilidad aparecían activos aun, cuando su vigencia con la entidad no estaba activa; la Oficina de Control Interno no comparte la solicitud de retirar la debilidad, dado que un usuario activo puede gestionar los datos que se encuentran en los sistemas de información generando un riesgo de seguridad de información y así mismo los protocolos de confidencialidad pierden validez con la información manejada por lo expuesto se mantiene la debilidad. De acuerdo con la buena práctica internacional cuando la vinculación laboral termina deben cesar los permisos que se tienen de manera inmediata y así no materializar los riesgos informáticos.

- ii.** En prueba de recorrido realizada con el área auditada se observó 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, el cual afecta la política en su parte de confidencialidad e integralidad, en donde se pueden observar equipos desatendidos (Como se observa en la imagen 1), lo cual pone en riesgo la información



SC-CERS12366 ST-CER814217 SA-CER907789 SI-CER898689

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 48 de 114

que se encuentra en estos y 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.

Imagen 1 Equipos Desatendidos



Fuente propia


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.

Respuesta del Auditado:

"Respuesta aclaratoria Debilidad No. 2 Línea de Tecnología de la Información:

Al respecto, indicamos que por parte de la Dirección de Registro y Gestión de la Información y sus subdirecciones, a partir del 2021, se han dado a conocer a sus colaboradores los objetivos, así como las política general y específicas del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI)- de la Unidad para la Atención y Reparación Integral, sensibilizando y motivando la aplicación efectiva y activa de los lineamientos frente al uso y manejo de la información en los diferentes procesos de la entidad, buscando salvaguardar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los activos de información, mitigando o reduciendo los riesgos de Seguridad de la Información.

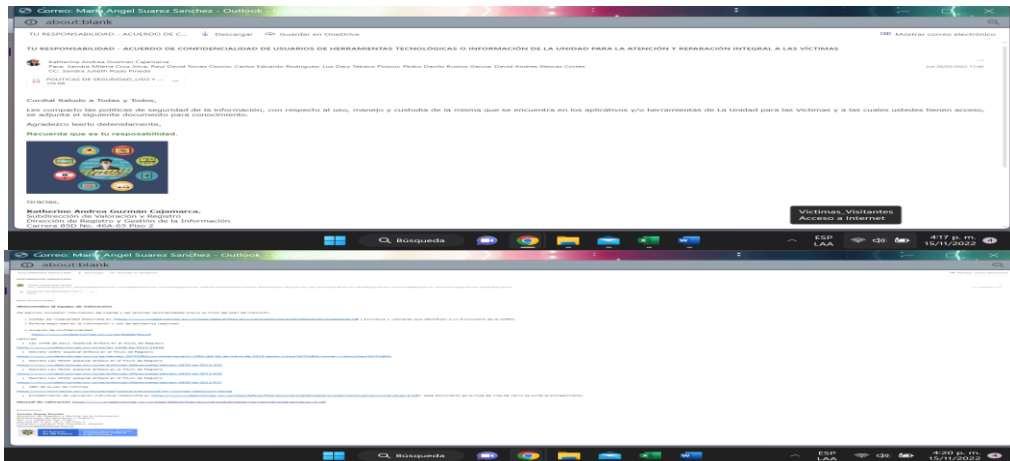
La Unidad para las Víctimas ha adelantado acciones para la implementación y apropiación del SGSI representa contar con información confiable y de valor, que permita desarrollar una atención eficiente para la población víctima, prueba de ello, es la adopción de la Resolución 03157 del 10 de

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 49 de 114

noviembre de 2021 proferida por la Dirección General, a través de la cual se establecen los objetivos, la política general y específica del sistema de gestión y seguridad de la información de la Unidad, la cual se encuentra disponible para consulta de todos los servidores y colaboradores a través del siguiente enlace <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/03157de10denoviembrede2021.pdf> y mediante la cual se fijan como entidad los lineamientos orientados a asegurar la información y se establecen los mecanismos respecto de los cuales se debe manejar y usar la misma, ello con el fin de proteger en términos de confidencialidad, integridad y disponibilidad frente a los eventuales riesgos que se pueden derivar de la misma operación de la entidad.

De igual manera para consulta de los colaboradores, la Unidad tiene dispuesto a través del siguiente enlace <https://unidadvictimas.sharepoint.com/sites/intranetUV/Paginas/Consulta-aqu%c3%ad-recursos-del-SGSPi.aspx> una cartilla a través de la cual se suministran a los funcionarios, contratistas, colaboradora y demás partes interesadas de la Unidad para las Víctimas, los objetivos y la ya mencionada política general y específica del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información de la Unidad.

Con el fin de socializar y retroalimentar esta información de consulta, se han venido dando a conocer estos documentos -en los espacios de inducción- como se evidencia con el correo que se adjunta:




Lo anterior se presenta con el objetivo de promover su interiorización, práctica que se impulsará por parte de la Subdirección como acción de mejora, a través de sus procedimientos en los diferentes espacios de capacitación interna a funcionarios y contratistas y en los correos que se remitan a los colaboradores una vez sean suscritas las diferentes modalidades de contratación y en los cuales se socialicen los usuarios y actividades específicas de los colaboradores que apoyarán la gestión de la operación de la Dirección de Registro y Gestión de la Información y las subdirecciones que la integran.

Así mismo, la Oficina de Tecnologías de la Información, como líder del sistema de gestión de la información, lo que incluye el componente de seguridad, fue consultada sobre esta debilidad y manifestó lo siguiente:



SC-CER512366 ST-CER814217 SA-CER907789 SI-CER898699

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 50 de 114

"La Oficina de Tecnologías de la Información formula y ejecuta un plan anual para fortalecer el uso y la apropiación de las tecnologías de la información, por lo que se plantean actividades asociadas a la divulgación de la política general y políticas específicas del SGSI de la Unidad, a su vez, según lo establece el plan de seguridad y privacidad de la información, vigencia 2022, que incluye la actividad "Gestionar la publicación de flash informativos con las políticas de seguridad de la información aplicables al Recurso humano de la Entidad".

Aunado a lo anterior, la Oficina de Tecnologías de la Información realizó el evento "Día de la tecnología v2.0" en articulación con las entidades del sector, el cual incluyó el conversatorio de seguridad de la información. Adicionalmente, en el marco del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información, se realizó la charla de "Recomendaciones y buenas prácticas del SGSPI".


Los mencionados mecanismos han permitido ejecutar las estrategias de socialización para fomentar la apropiación por parte de los funcionarios y contratistas de la Entidad, contemplando la Resolución 3157 de 2021, especialmente el artículo 10, "seguridad física y del entorno", numeral 11, ítem 4, que establece el siguiente lineamiento "No desatender el equipo de cómputo o dispositivo móvil".

Complementando lo anterior, desde la Oficina de Tecnologías de la Información, se ha configurado como política de dominio, el bloqueo automático de sesión de los equipos desatendidos, por inactividad del equipo durante 5 minutos".

El equipo Auditor evalúa la respuesta del auditado y establece que si bien es cierto hay actividades evidenciadas por parte del proceso en pro de prevenir la no ocurrencia, todos los controles deben ser efectivos, eficaces y eficientes las medidas no han dado los resultados necesarios, y se hace necesario que se replantee, por lo consecuente se mantiene la debilidad.

- iii.** Ahora bien, de acuerdo con la revisión realizada por el equipo auditor se evalúa el procedimiento Valoración Individual identificado con el Código: 510,05,08-10 en su Versión: 03, según cual en su numeral 6, se cuenta con un punto de control en el que se debe registrar en el aplicativo RUV módulo de valoración, y posterior a la verificación por parte del equipo auditor no se encontraron evidencias que sustenten esta actividad lo cual incumple lo estipulado en el procedimiento.

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 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."* Y 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"*

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 51 de 114

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.

Respuesta del Auditado:

"Respuesta aclaratoria a la debilidad No. 3. Línea Tecnologías de la Información:


Frente a esta debilidad queremos manifestar que de conformidad con lo establecido en la Ley 1448 de 2011, corresponde a la Unidad para las Víctimas decidir sobre las solicitudes de inscripción en el Registro Único de Víctimas, presentadas por quienes se consideren víctimas en los términos del artículo 3º de la misma norma. En ese sentido, el artículo 2.2.2.3.11 del Decreto 1084 de 2015 establece que la Unidad para las Víctimas "realizará la verificación de los hechos victimizantes relacionados en la declaración para lo cual acudirá a la evaluación de los elementos jurídicos, técnicos y de contexto que le permitan fundamentar una decisión frente a cada caso particular.


Las herramientas técnicas corresponden a los documentos aportados por las víctimas para acreditar su identificación, así como la ocurrencia de los hechos victimizantes. Así mismo, las bases de datos que reposan en la Red Nacional de Información, las cuales permiten realizar verificaciones respecto de la información aportada por la víctima en su declaración.

Las herramientas jurídicas están fundadas en el marco normativo en el que se enmarcan los hechos victimizantes con ocasión al conflicto armado. En este marco se encuentra el Derecho Internacional Humanitario, las normas internacionales de Derechos Humanos, la Constitución Política de 1991, la Ley 1448 de 2011, los Decretos 4633, 4634, 4635 de 2011, así como la jurisprudencia que desarrolla estas normas.

Las herramientas de contexto corresponden a todas las circunstancias que rodean el acaecimiento del hecho victimizante. Dichas herramientas se encuentran en la declaración de los hechos, así como en los distintos informes de orden público emitidos por la Alta Consejería de DDHH de la Presidencia de la República, la Defensoría del Pueblo, el Centro de Memoria Histórica, ACNUR y demás organizaciones que trabajan para la documentación de la dinámica del conflicto armado interno en Colombia.

Específicamente, en lo que corresponde al procedimiento de valoración documentado mediante Código: 510,05,08-10 en su Versión: 03, el numeral 6, tiene señalado como un punto de control la verificación de registros previos en el RUV, información que es relevante para el análisis y toma de decisión sobre la solicitud de inscripción que está siendo objeto de valoración.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 52 de 114


6. PC		Realizar una búsqueda por documento y/o nombres y apellidos en los diferentes registros y sistemas de información de víctimas con las que cuenta la Subdirección, para establecer si el declarante o algún miembro del hogar se encuentran en un registro anterior. ¿El grupo familiar se encuentra en un registro anterior con los mismos hechos declarados? SI: Continuar con la actividad 13. NO: Continuar con la siguiente actividad.	Formato Único de Declaración	Valorador Subdirección de valoración y Registro	Aplicativo RUV módulo de valoración
--------------	---	---	------------------------------	---	-------------------------------------

Se encuentra que, si bien es un paso indispensable en el análisis, dicha información es consultada por el analista a través de la herramienta VIVANTO, y debe ser citada en el Acto Administrativo que decide la solicitud; no obstante, y dado la debilidad identificada por la auditoría, se evidencia la necesidad de actualizar el flujograma del procedimiento, ya que si bien el símbolo del rombo, está diseñado para la toma de la decisión, en este caso, es un elemento de análisis y deberá reflejarse como un paso del proceso, pero no como un punto control del procedimiento; no obstante, este paso si es verificado mediante el proceso de calidad, dado que es determinante para decidir y emitir el acto administrativo, dado que hace parte de la verificación de los elementos técnicos dentro del procedimiento.

El equipo Auditor evalúa la respuesta del auditado y no evidencia el ejercicio del punto de control 6 correspondiente procedimiento Valoración Individual identificado con el Código: 510,05,08-10 en su Versión: 03 que esta publicado en la página web de la entidad en el enlace <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/NODE/44326> con fecha de publicación de 29 de agosto de 2019, y el área no apporto evidencia de los documentos que se deben tener en el punto de control y como consecuencia, por lo que el proceso no está cumpliendo cabalmente con los puntos de control establecidos.

Es de señalar que los puntos de control son diseñados como mecanismos de salvaguarda y verificación operativa lineal, es decir en tiempo real se aplica y se toman las acciones descritas por el mismo punto de control, en este caso, si por alguna circunstancia no da valor agregado en el procedimiento debía haberse retirado o modificado de acuerdo con el procedimiento control de la información documentada del SIG en su versión 10 en la sección 4. criterios de operación con fecha del 6 de julio de 2020, el cual es de estricta observancia y cumplimiento.

- iv.** Teniendo en cuenta lo estipulado en el primer objetivo de la Política General del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información en la que se indica Proteger la información y sistemas de información, según estándares que salvaguarden la confidencialidad, integridad y disponibilidad, de los activos de la Entidad. Se evidencia debilidad dirigida a la Oficina de Tecnologías de la Información OTI por 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.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 53 de 114

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 aplicación por parte de Oficina de Tecnologías de la Información – OTI, de las configuraciones necesarias para el bloqueo de puertos y el seguimiento por parte de la parte auditada en la aplicación de estas políticas de acuerdo con lo solicitado.

En este orden, se deriva una observación a la Subdirección de Registro y Valoración en lo que respecta al seguimiento y control en la implementación en las medidas de seguridad de la información, el no cumplimiento de la aplicación de las políticas de Operación e Institucionales generado por la Secretaría General con lleva a la materialización del riesgo que impacta directamente a la política de seguridad de la información de la Entidad. Por lo cual, se sugiere al proceso realizar prácticas de mejora continua en aras de continuar con el seguimiento a los controles para prevenir incidentes relacionados con la información que se maneja en la Entidad.

Respuesta del Auditado:

*Frente a esta observación contenida en el informe del equipo auditor es preciso indicar, en primer lugar, que la Resolución⁹ 32157 del 10 de noviembre de 2021 señala LAS POLITICAS ESPECIFICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN y, en su artículo 4 indica que es responsabilidad de la **Oficina de Tecnologías de Información:***


(...) “3. Apoyar en identificar, evaluar y tomar acciones para mitigar los riesgos en los proyectos y operaciones que impacten la información de los procesos y de la población víctima”

Y con relación a los controles con el objetivo de reducir los accesos o cambios no autorizados el numeral 2 del art. 11 de la citada resolución indica:

*(...) “los usuarios no deben realizar cambios en los equipos de cómputo de trabajo a nivel de hardware y/o software relacionado con la configuración del equipo, **estos cambios podrán ser realizados únicamente por la OTI**” (...)*

*Atendiendo estas directrices, la Dirección de Registro y Gestión de la Información solicitó en dos (2) ocasiones a la encargada **Oficina de Tecnologías de la Información** proceder con el **bloqueo***

⁹ <https://www.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/documentosbiblioteca/03157de10denoviembrede2021.pdf>

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 54 de 114

de los puertos USB y medios extraíbles de registro, como se evidencia en los correos electrónicos que a continuación se incorporan a este documento así:

Correo del 30 de abril de 2021, remitido por Lincoln Hernandez a la Oficina de Tecnologías de la Información:



Correo del 22 de agosto de 2022, remitido por Lincoln Hernandez a la Mesa de Servicios de la OTI.




Así las cosas, se evidencia que la Dirección de Registro y Gestión de la Información atendió de manera efectiva las disposiciones contenidas en la resolución mediante la cual la UARIV adoptó la política general del sistema de gestión de seguridad de la información, buscando proteger y salvaguardar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los activos de información de la Entidad, no obstante, lo anterior, se procederá a remitir nuevamente estas solicitudes de bloqueo de puertos a la dependencia responsable y a insistir a través de seguimiento permanente a su trámite, buscando minimizar el riesgo al que están expuestos los equipos de cómputo de la misional, promoviendo de esta manera la salvaguarda de la información institucional que puede estar vulnerable a la extracción por parte de los funcionarios, contratistas y operadores de la entidad.

Así mismo se remitió esta observación a la OTI para conocer su concepto y obtuvimos la siguiente respuesta:

“La Oficina de Tecnologías de la Información avanza progresivamente en la implementación de controles de seguridad, incluyendo el bloqueo de medios extraíbles (USB), para lo cual se estableció en el Plan de Mejoramiento de Seguridad de la Información, la configuración del bloqueo de puertos USB, mediante la implementación de política de directorio activo de la Entidad.

Sin embargo, esta configuración no ha sido efectiva operando para un número reducido de equipos de cómputo, por lo tanto en el mes de Octubre de 2022 se realizó la adquisición de un primer número de licencias de la herramienta PCSECURE, con el fin de implementar los controles de seguridad de la información basados en las buenas prácticas como ITIL y la norma ISO/IEC 27001:2013, lo que responde a los requerimientos del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información de la Entidad, permitiendo eliminar en un 100% esta debilidad detectada. A la fecha la herramienta de PCSECURE se encuentra en proceso de configuración e implementación”.



 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 55 de 114

El equipo Auditor evalúa la respuesta del auditado, analizada por el método de modelo cruzado de control, que si bien es cierto hay actividades evidenciadas por parte del proceso, frente a lo estipulado en el Plan Anual de Auditoría Interna en su versión 2 correspondiente al periodo 2022, publicado el 17 de enero de 2022, en su numeral 6 estrategia de evaluación y seguimiento, específicamente en lo referente al punto 6.2 Evaluación correlacional, donde indica que no existen actuaciones, situaciones o circunstancias que no estén interrelacionadas con otras, por esta razón el hecho de realizar una evaluación o seguimiento por parte de Control Interno a una determinada dependencia y/o proceso, no implica que las observaciones y las recomendaciones afecten otras dependencias y/o procesos no evaluados directamente; teniendo esto en cuenta se establece la debilidad a la Oficina de Tecnologías de la Información como responsable en la ejecución técnica y única área que administra los periféricos de los equipos de cómputo de la entidad; así mismo se deja para la Dirección de Registro y Valoración la observación, toda vez que es la responsable de realizar el seguimiento y evaluación de este control.

- v. La auditoría evidencia en el formato único (FUD) que éste no cuenta con la tipificación del hecho victimizante "Confinamiento", así como tampoco se encuentra parametrizado en el aplicativo Registro Único de Víctimas (RUV), esto se evidencia en el ítem número 10 de título "De acuerdo con lo manifestado en la entrevista previa, ¿Usted se considera víctimas de? y dice: (Registre el número de eventos con respecto al mismo Hecho). ¿En su lugar se encuentra parametrizado un campo abierto de nombre "Cual?" creado para ingresar allí todo hecho victimizante que no esté desarrollado como es el caso de confinamiento. Esto sucede en la Dirección de Registro y Valoración por lo anterior, 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.

Grafica 12 Ausencia de Hechos victimizantes

10 De acuerdo con lo manifestado en la entrevista previa, usted se considera víctima de: (registre el número de eventos con respecto al mismo hecho)			
No. ANEXO	HECHO	NÚMERO EVENTOS	
1	Acto terrorista / Alentados / Combates / Enfrentamientos / Hostigamientos	0	
2	Amenaza	0	
3	Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado	0	
4	Desaparición forzada	0	
5	Desplazamiento forzado	0	
Otro (Especifique cuál en la siguiente casilla) →			
	¿Cuál?		


Señor(a) funcionario(a): Diligencie en la siguiente hoja la caracterización básica de las personas a que se refieren los hechos relacionados en el cuadro anterior. A continuación, diligencie un anexo por cada hecho. Finalmente, tome la narración general de los hechos con base en las preguntas guía indicadas al respaldo de cada hoja y diligencie la hoja de verificación (Hoja 4).

Fuente: Evidencia del RUV

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



SC-CER512366 ST-CER814217 SA-CER907189 SI-CER898689

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 56 de 114

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”.

Respuesta del auditado


“Atendiendo a la debilidad identificada por el equipo auditor, si bien es cierto que aún no se cuenta con un anexo destinado al diligenciamiento del hecho victimizante de Confinamiento, es pertinente indicar que el Formato Único de Declaración -FUD- actualmente vigente, fue creado en el año 2012, y el hecho victimizante de confinamiento fue reconocido a partir de la Resolución 0171 de 2016, donde adicionalmente se definieron las competencias a cargo de las áreas de la Unidad para las Víctimas. Con el objetivo de dar cumplimiento a lo estipulado en la citada resolución, en su artículo segundo, en el que señala como competencias de esta misional: “Dirección de Registro y Gestión de la Información: tendrá a cargo la labor de recibir las declaraciones que por estos hechos provengan del Ministerio Público y valorarlas para determinar su inclusión en el Registro único de Víctimas”, la Dirección ha realizado las siguientes acciones para gestionar la recepción de las solicitudes y realizar las valoraciones del hecho victimizante de confinamiento:

- a) Adaptaciones en la herramienta RUV para el ingreso del hecho victimizante y su correcta visualización en VIVANTO.*
- b) Se establecieron los lineamientos para su análisis y valoración.*
- c) A partir del 2016, en el marco del programa anual de formación a funcionarios del Ministerio Público, se realizó la socialización de la Resolución 00171, dando indicaciones precisas acerca de cómo se deben tomar las declaraciones a las personas que se consideren víctimas del hecho de Confinamiento.*
- d) Desde el 2016, se incorporaron en los programas anuales de formación al Ministerio Público, las jornadas de capacitación con énfasis en la toma de declaración por el hecho victimizante de confinamiento, con focalización en las zonas con mayor ocurrencia de este hecho”.*

De tal forma que, si bien no se cuenta con este anexo en el FUD, esto no ha sido una barrera de acceso para su valoración y reconocimiento en el Registro Único de Víctimas; por lo que a la fecha se han reconocido como víctimas de confinamiento un total 153.014 personas.

No obstante, el proceso de Registro y Valoración ha identificado la necesidad de construir dicho anexo, y de esta manera contribuir al cumplimiento a lo estipulado en la Ley 87 del 1993, en su artículo 2 “Objetivos del sistema de Control Interno”, en especial los 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.*
- e) Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros;*
Razón por la cual, la incorporación del anexo hará parte de las modificaciones que surtirá el Formato Único de Declaración -FUD-, en su nueva versión, en la que se incluirán ajustes derivados de las necesidades identificadas, tales como: I) anexo de confinamiento, que contenga variables asociadas al pueblo o comunidades étnicas, ubicación territorial, y demás variables que permitan capturar información asociada al hecho; II) se incluirá en la caracterización del hogar la variable nacionalidad

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 57 de 114

III) actualización de variables OSIGD; IV) actualización categorías de discapacidad.

- Anexo: Evidencias Formación al Ministerio Público.”

El Equipo Auditor evalúa la respuesta del auditado y encuentra que se debe reconocer el hecho que se esté trabajando y efectuando ajustes derivados de las necesidades identificadas con respecto al confinamiento y otros hechos victimizantes desde el momento de la creación del FUD esto es desde el 2016. Sin embargo, se hace necesario la implementación y control técnico de cada una de las variables que ameritan este hecho victimizante, lo cual contribuye con la Ley de transparencia y la visibilización de control y evaluación de esta gestión. En consecuencia, la debilidad se mantiene en el informe final.

Por otra parte, se recomienda al proceso realizar con más agilidad las acciones pertinentes que den como resultado la actualización del sistema frente a los hechos victimizantes que se van reconociendo, en la medida que si ellos están marcados en el sistema es posible realizar estudios que propendan por ser fuentes de información al líder del proceso, a la Directora e incluso al Gobierno Nacional. Seis años para realizar los ajustes es un tiempo que en términos de sistemas de información es amplio y contradice los principios rectores de la administración pública contenidos en el artículo 209 de la Constitución Política.

- vi.** El Equipo Auditor evidencia en el Proceso de Valoración y Registro, que al validar el procedimiento valoración masivos V2 con publicación del septiembre de 2020, actividad 14: “Realizar revisión del lote de actos” que, de acuerdo con verificación de la calidad de un acto administrativo realizado por el valorador de Calidad del proceso de valoración y guía de Calidad, determina si se aprueba o no el acto administrativo. Esto sucede en la Subdirección de Valoración y Registro, Por tanto, se valida entonces mediante una prueba con la declaración CG000442645, con el cual se encuentra que estos datos de registro no pasan del aplicativo documental Archidu al aplicativo Registro Único de Víctimas, conforme la evidencia auditoria 08112022. El Equipo Auditor establece como potenciales causas fallas en la integración de aplicaciones e inestabilidad de la herramienta Archidu 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.

SANDRA JULIETH ROSAS PINEDA [Cerrar Sesión]


CODIGO SISTEMA:

CODIGO DECLARACION:

Seleccionar	ID	RESOLUCION	DECLARACION	DECLARANTE	DOCUMENTO	FECHA	TIPO	VALORADOR	ESTADO	RADICADO
<input type="checkbox"/>	2540400	2022-92513	CG000442645	EDGAR MEJIA JIMENEZ	5594186	1-NOVIEMBRE-2022	NO INCLUSION EXTEMPORANEA FUERZA	LUZDARY VELOSA	ErrorEnviandoNotificacion	

Frente a estos resultados, el Equipo Auditor considera que existe una debilidad del Sistema de Control Interno con respecto a la evaluación del estado de seguridad de la información aplicada en desarrollo de la auditoría relacionada con protección contra amenazas



 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 58 de 114

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 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.

Respuesta del Auditado:

"Atendiendo a las observaciones del equipo auditor; es de anotar, que previo a la salida en producción de Archidu, se realizaron pruebas funcionales con la integración de los aplicativos que soportan la gestión del proceso de Registro y Valoración, en el flujo de proceso RUV- SIRAV-ARCHIDHU, sin embargo, una vez se da la salida en producción de esta herramienta por parte de Gestión Documental, se presentaron múltiples incidencias, las cuales fueron reportadas en ese momento por parte del proceso.

Ahora bien, específicamente para la incidencia "ERROR ENVIANDO NOTIFICACION", esta fue reportada por primera vez el 22/06/2022, fecha de entrada en producción de Archidhu. En el momento del reporte, se informó por parte de soporte Archidhu, que la solución debía darse desde los ingenieros de la OTI- ARCHIDHU-SIRAV, por ser un problema de integración de los aplicativos.

Dado que no se recibió respuesta, el día 10/10/2022, se convocó una reunión por parte del subdirector de Valoración y Registro (E), para plantear posibles soluciones con las áreas encargadas. De este espacio se generó un compromiso por parte de los ingenieros OTI- ARCHIDHU- SIRAV para validar posibles soluciones a las falencias en la integración de los aplicativos; OTI identificó una posible causa, y solicitaron información adicional de los casos a la Subdirección de Valoración y Registro, la cual fue brindada oportunamente. Sin embargo, fue necesario reiterar la necesidad de conocer el resultado de las validaciones, por lo que fueron solicitadas los días 20/10/2022 y 15/11/2022.

El día 15/11/2022, se recibió respuesta por parte del Grupo de Gestión Administrativa y Documental, informando lo siguiente: "Buenas tardes, Atendiendo la solicitud, con la OTI se realizaron los respectivos ajustes a la novedad reportada. Por favor lanzar algunos casos desde Sirav y estar validando". Por parte del procedimiento se realizó la acción y el día 18/11/2022, se reportó el resultado de la prueba, encontrando que fue parcialmente exitosa. Dentro de los casos que superaron la incidencia se encuentra el caso identificado en la auditoría:

CODIGO SISTEMA:

CODIGO DECLARACION:

User Name: Sajrojasp
Actualizar Datos


Seleccionar	ID	RESOLUCION	DECLARACION	DECLARANTE	DOCUMENTO	FECHA	TIPO	ESTADO	RADICADO	
<input type="checkbox"/>	2540400	2022-92513	CG000442645	EDGAR MEJIA JIMENEZ	5594186	1-NOVIEMBRE-2022	NO INCLUSION EXTEMPORANEA FUERZA	LUZDARY.VELOSA	Verificandototificadon	2022-0821145-1







SC-CERS12366 ST-CER814217 SA-CER907789 SI-CER988699

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 59 de 114

Asimismo, se sigue trabajando por parte de los ingenieros en las validaciones para encontrar la solución definitiva a la incidencia "ERROR ENVIANDO NOTIFICACION".

- Anexo: Carpeta de Evidencias Seguimiento Error enviando notificación".

El Equipo Auditor evalúa la respuesta del auditado, a través del cual verifica y reconoce los aportes suscritos, por lo tanto, se considera necesario que el gestor documental se encuentre en producción de manera estable y solucione en tiempo real las necesidades de la operación del proceso, así mismo demuestre entre las áreas la articulación y comunicación con todo el componente de la información. Así las cosas, esta debilidad se mantiene en el informe final.

- vii.** El Equipo Auditor evidencia que para la actividad 17 perteneciente al procedimiento valoración masivos V2 con publicación del septiembre de 2020, para la actividad 17 y que involucra otros aplicativos de la entidad como SIRAV y SGV donde al desarrollar la actividad "enviar por SIRAV al proceso de Servicio al Ciudadano", Esto sucede en la Subdirección de Valoración y Registro, por tanto se realiza la validación encontrando que desde los perfiles de la Subdirección no es posible validar 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 Archidu" ítem no registra Ingreso. El Equipo Auditor establece como potenciales causas fallas en la integración de las aplicaciones e inestabilidad de la herramienta Archidu colocada en producción.

Seleccionar	ID	RESOLUCION	DECLARACION	DECLARANTE	DOCUMENTO	FECHA	TIPO	VALORADOR	ESTADO	RADICADO
	2540400	2022-02513	CG000442645	EDGAR MEJIA JIMENEZ	5594186	1-NOVIEMBRE-2022	NO INCLUSION EXTEMPORANEA FUERZA	LUZDARY VELA	ErrorEnviandoNotificacion	


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 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.

Respuesta del Auditado:

"Con relación a la debilidad identificada por el equipo auditor, sobre el paso de actos administrativos emitidos mediante la herramienta SIRAV a SGV Notificaciones; y que, de acuerdo con la salida en producción de Archidhu debían pasar a Servicio al Ciudadano para su respectiva notificación; nos



SC-CER512366 ST-CER814217 SA-CER907789 SI-CER898689

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 60 de 114

permitimos informar, que desde el proceso de Registro y valoración, se evidenció la necesidad de verificar que efectivamente los casos estuviesen llegando en el flujo de integración establecido entre las herramientas. Por ello, se envió el 05/10/2022 a Servicio al ciudadano, la data general de Actos Administrativos aprobados desde el 22/06/2022, (34.186 Actos administrativos), para realizar el cruce respectivo. Como respuesta por parte de Servicio al Ciudadano se informó que 9.117 no registraron ingreso a SGV.

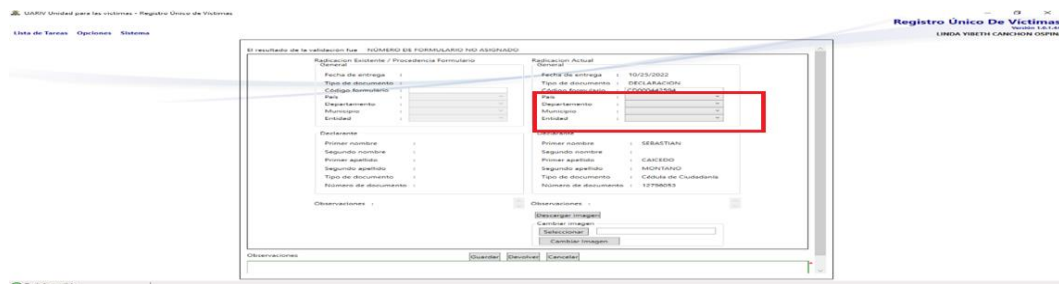
Con esta información, se procedió a remitir este dato a los ingenieros OTI/SIRAV y ARCHIDHU para que se validara la situación, dicho correo fue enviado el 18/10/2022, y a la fecha no se cuenta con respuesta esta comunicación.

Por parte de este proceso misional estamos atentos a los resultados de las validaciones y prestos a realizar las acciones que se requieran para avanzar en la superación de estas inconsistencias y falta de integración de estas herramientas tecnológicas.


- Anexo: Carpeta Evidencia paso a SGV.

El Equipo Auditor evalúa la respuesta del auditado, a través del cual verifica y reconoce los aportes suscritos, por lo tanto, se considera necesario que el gestor documental se encuentre en producción de manera estable y solucione en tiempo real las necesidades de la operación del proceso, así mismo demuestre entre las áreas la articulación y comunicación con todo el componente de la información. Así las cosas, esta debilidad se mantiene en el informe final.

viii. Se evidencia para la validación del Procedimiento Gestión de la Declaración V3 de publicación 6 de diciembre de 2021, actividad 16: "verificar los requisitos mínimos" que existe declaraciones las cuales están llegando sin la información de: nombre de entidad, departamento, ni municipio. Esto sucede en la Subdirección de Registro y Valoración, se evidencia que las 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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 61 de 114

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.

Respuesta del Auditado:

"Frente a la situación evidenciada por el equipo auditor, nos permitimos informar que esta debilidad hace parte de las incidencias derivadas de la salida en producción de Archidhu, y que ha impactado negativamente la gestión de las solicitudes de inscripción en el RUV.

Una vez detectada esta situación por parte del procedimiento de Gestión de la Declaración, se reportó a soporte Archidhu el día 03/08/2022: "se reporta la incidencia donde las declaraciones llegan a RUV sin fecha de llegada del documento, esto afecta el flujo de la información y es la base para los términos y vencimientos de las declaraciones, agradezco la revisión URGENTE de esta incidencia ya que como se relaciona en el historial del presente correo, se están viendo afectadas las cifras de la DRGI". Desde OTI, se informó el mismo día, sobre la identificación de una posible causa, indicando además que se ajustarían los aplicativos para realizar pruebas; no obstante, a la fecha (23/11/2022) no se ha recibido respuesta de los ingenieros OTI/ SIRAV y ARCHIDHU, pese a que dicha solicitud fue reiterada los días 30/08/2022, 14/10/2022 y el 26/10/2022.

Así mismo, es importante indicar que se remitió, el día 26 de octubre de 2022, un correo electrónico por parte de la Directora de Registro y Gestión de la Información (E), en el cual se informó sobre las incidencias que impactan negativamente la correcta operación de los procedimientos de Registro y Valoración, a partir de la entrada en operación de la herramienta ARCHIDHU. Para mayor precisión, se muestra una tabla donde se especifica cada incidencia, su descripción, el procedimiento relacionado y el impacto cuantitativo sobre el proceso:

PROCEDIMIENTO	INCIDENCIA	APLICATIVO	DESCRIPCIÓN	IMPACTO CUANTITATIVO
VALORACIÓN /VÍA JUDICIAL	ERROR ENVIANDO NOTIFICACIÓN	SIRAV- ARCHIDHU	Las personas no pueden conocer el resultado de valoración. Casos que no pasaron a ArchIDHU- aprobados en el procedimiento.	4.000 casos.
VALORACIÓN /VÍA JUDICIAL	CASOS NO PASAN A SGV PARA NOTIFICAR	ARCHIDHU	El 36% de Actos Administrativos emitidos por la SVR desde el 22/06/2022 no han pasado a notificaciones, impedimento que las personas conozcan su estado de valoración.	12.348 casos.


Posteriormente se manifestó en el mismo correo que: "A partir de esta identificación, esta Dirección ha efectuado diversas acciones tendientes a solucionar las incidencias antes referidas, entre ellas las que se describen a continuación (...)". Dichas acciones (detalladas en el correo anexo) se realizaron sobre: 1. Error enviando notificación 2. Casos que no pasan a SGV para notificación 3. Casos firmantes directivos anteriores y 4. Valoración masivos.

A la fecha (23/11/2022) esta Dirección no ha recibido una respuesta al comunicado.

- Anexos: correos verificación "radicación pendiente por verificar" - "Solicitud de revisión ARCHIDUH _Urgente i".

El Equipo Auditor evalúa la respuesta del auditado, a través del cual verifica y reconoce los aportes suscritos y reportados por el proceso, luego avala la necesidad del gestor documental se encuentre en producción de manera estable y solucione en tiempo real las necesidades de la operación del proceso, así mismo demuestre entre las áreas la articulación y comunicación con



 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 62 de 114


todo el componente de la información. Así las cosas, esta debilidad se mantiene en el informe final.

- ix.** El Equipo Auditor evidencia para el Proceso de Gestión de la Información que si bien constituye un solo proceso en el marco del Sistema integrado de Gestión este se compone de dos áreas (Oficina de Tecnologías de la Información y la Subdirección de la Red Nacional de la Información) que implica funciones específicas claramente definidas en el Decreto 4802 de 2011; En tal sentido se verifica que la administración y gobernabilidad de los sistemas de información no está 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 una muestra de evidencia de correo institucional de asunto: Solicitud de Pruebas de usuario final Requerimiento Participación 2 (Acciones de Participación, Acciones Nacionales), 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.

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, la falta, por ejemplo, la posibilidad de tener una bodega de datos con la integralidad de todas las aplicaciones de la Entidad, mejoras en las estrategias de sistemas de información, control y gobierno de la Oficina de Tecnologías, lo cual pone en riesgo las políticas de la seguridad y el gobierno TI en la información de las Víctimas del Conflicto.

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", 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 sus 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

Respuesta del Auditado:

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 63 de 114

"Teniendo en cuenta las competencias establecidas en el decreto 4802 de 2011, esta respuesta se articuló con Oficina de Tecnologías así: La Oficina de Tecnologías de la Información, en el marco de las competencias establecidas en el Decreto 4802 de 2011, establece el procedimiento de Sistemas de Información, el cual fue actualizado en su tercera versión en el pasado mes de diciembre de 2021 (<https://www.unidadvictimas.gov.co/es/NODE/45512>), incorporando el siguiente objetivo y alcance:

- 1. OBJETIVO:** Definir las actividades generales para la gestión de los sistemas de información en la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, en alineación con el marco de referencia de Arquitectura TI Colombia del Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (MINTIC), en cuanto a la creación de nuevos sistemas de información o el mantenimiento de los existentes con los que actualmente cuenta la Entidad, de acuerdo a las necesidades y a la misionalidad de los procesos de la Unidad.
- 2. ALCANCE:** Este procedimiento establece como se realiza la gestión, implementación y el control de todas las etapas conocidas dentro de un ciclo de vida de desarrollo de software, aplica para nuevos desarrollos y/o mantenimientos de los sistemas de información existentes a cargo de la OTI o de cualquier equipo de desarrollo presente en la Unidad, aplicando las mejores prácticas y lineamientos establecidos en las guías técnicas que para el dominio de sistemas de información son publicadas por el Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones- MINTIC.

Teniendo en cuenta lo establecido, es importante mencionar que, dicho procedimiento establece las actividades y criterios de operación oficiales para nuevos desarrollos y mantenimiento de los sistemas existentes en la Entidad, el cual debe ser aplicado por parte de los diferentes equipos de desarrollo presentes en la Unidad, con la oficialidad que se genera al ser establecido en el marco del sistema integrado de gestión de la Unidad.

Con base en el mencionado procedimiento, la Oficina de Tecnologías de la Información realizó la socialización del mismo a los diferentes grupos de desarrollo ([Capacitacion Uso Devops-20220301_141357-Grabación de la reunión.mp4](#)) que ejercen estas actividades principalmente en las áreas misionales de la Entidad. En tal sentido se presentaron los lineamientos necesarios para que estos grupos puedan aplicar la metodología de desarrollo de la Oficina TI, con lo que se estableció y formalizó una línea de gobierno en cumplimiento de las funciones de la Oficina de Tecnologías de la Información de la Unidad, según el artículo 10 del Decreto 4802 de 2011, numerales 2 y 18, entre otros.


Adicionalmente, la Oficina de Tecnologías de la Información ha adoptado la Herramienta de Gestión de Desarrollo, denominada Devops bajo la cual se centralizan y controlan los códigos fuentes de las aplicaciones que técnicamente administra la Oficina de TI, permitiendo la gestión de los requerimientos de desarrollo y de las etapas propias del ciclo de vida del software que se deben aplicar en la Entidad, con ello, la Oficina de Tecnologías de la Información, implementa lo señalado en el numeral 1 del artículo 10 del Decreto 4802 de 2011.

En este sentido, es deber de los diferentes equipos de desarrollo presentes en la Unidad realizar la articulación necesaria con la Oficina de Tecnologías de la Información para la adopción del procedimiento establecido y el cumplimiento de las políticas y lineamientos establecidas por la mencionada Oficina.

En lo relacionado con la línea de soporte a aplicativos y en cumplimiento de lo establecido en el marco de la circular No 00006 del 23 de febrero del 2022 - "Lineamientos para la Adopción y uso de los Servicios de Nube y Atención Centralizada de solicitudes a través de la mesa de servicios", se establece la disposición de herramientas para fortalecer y garantizar la operación de los servicios y sistemas de información que requieran las áreas. En este sentido, con el propósito de impartir lineamientos generales de obligatorio cumplimiento para todas las áreas de la Unidad, se establece que: "(...)La OTI en articulación con las diferentes áreas, definirá las funcionalidades que requieran para ser integradas a la herramienta de gestión.", en este sentido desde julio de 2020, en trabajo



SC-CERES12366 ST-CERB14217 SA-CERB07789 SI-CERB98689

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 64 de 114

conjunto con la SRNI, se estableció la herramienta Aranda como medio de registro, seguimiento y gestión de solicitudes, alineando las operaciones con estándares de trabajo para lograr una satisfacción al cliente y métricas"


El Equipo Auditor evalúa la respuesta del auditado, reconociendo los avances que se viene realizando en la búsqueda de información e integración, así mismo, como lo sustenta la articulación necesaria con la Oficina de Tecnologías de la Información para la adopción del procedimiento establecido y el cumplimiento de las políticas y lineamientos establecidas por la mencionada Oficina. Sin embargo, es fundamental y por ley delimitar y cumplir con las funciones consagradas en el Decreto 4802-2011 artículo 10 ejerza estricto cumplimiento, además en consideraciones de los avances adoptados en la circular 00006 del 2022 la cual no puede sobrepasar lo reglamentado por los decretos expedidos por el gobierno nacional, así como tampoco las normas expedidas del Ministerio de las Tecnologías Mintic en lo relacionado a la seguridad y gobierno TI. En consecuencia, la debilidad no sufre variación y hará parte del informe final de la auditoría.

- x. El Equipo Auditor en la revisión de ejecución al Procedimiento Novedades, Actualizaciones y Calidad del Dato, se encuentra verificar algunas solicitudes, se evidencia glosas pendientes de insumo para continuar con la gestión de decidir sobre las solicitudes de novedades. Esto sucede en la Subdirección de Registro y Valoración. Por lo cual la auditoría detecta que existen dos factores por los cuales quedan registros pendientes: el primero, requiere de un fundamento especial de tipo jurídico para dar respuesta al caso, con el cual dentro de las bases de datos no logran dar el insumo completo por tanto son casos especiales conforme se evidencia en archivo escalamiento Jurídico y correos de nombre Línea Jurídica Registro de asunto: consulta de estado del FUD. CD000361459 de fecha 20 de septiembre 2022 y FUD. NH000277197 de correo 10 de octubre de 2022. Segundo, corresponde a solicitudes de expedientes que se encuentran en reconstrucción y por tanto genera solicitudes a Gestión Documental de casos reportados por las diferentes aplicaciones (escalamiento Gred-Lex, control SGV, Control correo y Vivanto, evidencia de nombre: 20 glosas casos expediente.

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 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.

Respuesta del Auditado

"Con relación a la debilidad evidenciada por el equipo auditor, y en la que se encuentra que, para aplicar las solicitudes de novedades y actualizaciones, los tiempos pueden verse afectados por la necesidad de orientación o lineamiento jurídico, y por la no ubicación del expediente del caso; se

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 65 de 114

debe anotar, que frente a la primera, desde el procedimiento de novedades, actualizaciones y calidad del dato, se han implementado acciones de mejorar tales como: mesas de trabajo con el equipo de línea de jurídica para complementar la información y definir los lineamientos del procedimiento con el objetivo de reducir el número de solicitudes que quedan pendientes de tramitar por falta de insumos. También se implementó la estrategia de priorización con Gestión Documental que consiste en reiterar vía correo electrónico aquellos casos que corresponden a PQRo acciones constitucionales.


Durante el segundo semestre del año 2022 se ha evidenciado que las acciones de mejora implementadas han tenido impacto en la reducción de las solicitudes pendientes por insumo, así como en los tiempos de respuesta por parte de Línea jurídica y de Gestión Documental, sin embargo, continúan pendientes aquellos casos que requieren la reconstrucción del expediente de acuerdo con la Resolución 2698 del 2019.

- Anexo: Correos "revisión rechazos y pendientes por novedades" y "Formato de solicitudes Línea Jurídica".

El Equipo Auditor evalúa la respuesta del auditado, bajo la necesidad de las solicitudes que continúan pendientes sea por respuesta o por reconstrucción a expedientes mantiene la debilidad en el sentido que actualmente se presentan fallas e inconsistencias que son urgentes implementar control y solución efectiva para el desarrollo normal del proceso de novedades. Por tanto, esta debilidad se suscribe en el informe final.

Ahora bien, posterior a la verificación de los requerimientos tecnológicos por parte del equipo auditor se establece para el componente tecnológico las siguientes observaciones.

1. Se observa la necesidad de la socialización el uso y apropiación de los activos de información y sus riesgos por parte de todo personal, esto sucede en la Dirección de Registro y Gestión de la información, conocimiento para el desempeño de sus funciones toda vez que se evidencia el manejo solo están en las personas encargadas líderes del tema. Esto no está acorde con lo estipulado en el primer objetivo de la Política General del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información en la que se indica Proteger la información y sistemas de información, según estándares que salvaguarden la confidencialidad, integridad y disponibilidad, de los activos de la Entidad. Por lo tanto, es importante para mejora del control de insumos que respaldan as respuesta de cada cobro coactivo. Esto acorde a 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
2. Se observa en el aplicativo RUV y Vivanto un campo de nombre "otros", a través del cual el equipo auditado ingresa los casos de los "actos administrativos de Justicia y Paz", esto sucede en la Dirección de Registro y Valoración y Gestión de la información, se evidencia que se encuentra pendiente una tipificación, desarrollo y parametrización de estos casos y contenga todas las variables de las entidades involucradas (JEP, tribunales etc), así también la tipificación de ingreso a todos los delitos, rangos de fechas de cumplimientos;

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 66 de 114


que permitan establecer los controles en la gestión de estos actos, así como los reportes de salida que permitan el seguimiento y evaluación. Esto se evidencia sentencia justicia y paz – Ley 975 de 2005 tomada en sitio el 25 de octubre de 2022. lo anterior para la mejora en estar 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 el primer objetivo de la Política General del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información en la que se indica Proteger la información y sistemas de información, según estándares que salvaguarden la confidencialidad, integridad y disponibilidad, de los activos de la Entidad.

3. Se observa con relación a la traza de información y control, seguimiento de la información que con relación a los casos de instancia de cobro coactivo es necesario el mecanismo de un control, esto sucede en la Dirección de Registro y Valoración y Gestión de la Información, los cuales son alertados con evidencias de dos (2) correos institucionales recibidos por parte del grupo de respuesta Judicial, mediante el cual requieren trámite por parte de la DRGI, con relación a los procesos de cobro coactivos adelantados contra los Directivos de la Unidad para respuesta jurídica con lo cual si bien los derechos de petición y acciones constitucionales se encuentran consolidadas en aplicativos como LEX, para casos de cobro coactivos son comunicados y controlados solo con el uso de correo institucional, esto se puede en correos 2 de agosto de 2022 de asunto arresto en el sistema – doctor Enrique Ardila y evidencia del 25 de mayo de 2022 de asunto Proceso tutela No. 68406408900120200003400, por lo tanto es importante para mejora del control de insumos que respaldan as respuesta de cada cobro coactivo. Esto acorde a 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

4. Se observa al verificar el Convenio de Cooperación 1523 OEI de vigencia 2021 que tanto el procedimiento de caracterización como el procedimiento entrevista de caracterización, empleado para ejecutar las obligaciones de este contrato, en su objetivo y alcance no se evidencia la aplicación de los decretos ley víctimas No. 4633 y 4635 de 2011. Así como la participación de la Dirección de Asuntos Étnicos en aval de la ejecución e interacción de la supervisión en garantía de los derechos a la población étnicos en términos de seguimiento, control y evaluación. Como se evidencia en el acta 21 socialización afrocolombiana Soacha del 8 de agosto de 2022 ítem 3 “intervenciones” con el cual se presenta inconformidades del proceso de herramientas para aplicación de medición de necesidades, de alimentación entre otros. Esto identifica la falta de identificación del enfoque. Por lo tanto, plantear las mejoras para estar acorde a 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.

5.3. Análisis de Seguimiento Gerencial del Proceso



 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 67 de 114

El Equipo Auditor evalúa un componente fundamental en toda la planeación estratégica el cual se convierte en pieza clave de seguimiento para el alcance de los logros y objetivos trazados al interior de la Entidad y puestos en marcha en la DRGI razón por la cual se valoran los siguientes ítems:

5.3.1. Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015

El Decreto 1083 de 2015, Decreto único del Sector Función Pública, modificado por el Decreto 1499 de 2017, establece el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, el cual surge de la integración de los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad en un solo Sistema de Gestión, y de la articulación de este con el Sistema de Control Interno. establecido en el "Título 23 Articulación del Sistema de Gestión con los Sistemas de Control Interno; Artículo 2.2.23.1 Articulación del Sistema de Gestión con los Sistemas de Control Interno. El Sistema de Control Interno previsto en la Ley 87 de 1993 y en la Ley 489 de 1998, se articulará al Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, a través de los mecanismos de control y verificación que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades".


Para lo anterior, "en el Sistema de Gestión están contemplados todas las entidades y organismos del Estado, políticas, normas, recursos e información, cuyo objeto es dirigir la gestión pública al mejor desempeño institucional y a la consecución de resultados para la satisfacción de las necesidades y el goce efectivo de los derechos de los ciudadanos, en el marco de la legalidad y la integridad. El Sistema de Gestión se complementa y articula con otros sistemas, modelos y estrategias que establecen lineamientos y directrices en materia de gestión y desempeño para las entidades públicas, tales como el Sistema Nacional de Servicio al Ciudadano y el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de Gestión Ambiental y de Seguridad de la Información".

Así, para hacer posible el análisis de la implementación de algunos requerimientos del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015 alineados y articulados con el Sistema de Control Interno como son el capítulo 4 contexto de la organización, numeral 4.1 comprensión de la organización y su contexto; numeral 4.4 sistema de gestión de la calidad y sus procesos; capítulo 8 operación, numeral 8.7 control de las salidas no conformes y el capítulo 9 evaluación del desempeño, numeral 9.1.2 satisfacción de cliente; numerales que se articulan con los elementos de control del Sistema de Control Interno y contribuyen a las políticas de gestión y desempeño institucional del Modelo Integrado de Planeación y Gestión de la Unidad. De esta manera para verificar su articulación y efectividad se construye un papel de trabajo que evalúa estos requerimientos de la calidad y contribución con el MIPG; como:

i. Contexto Estratégico:

Se evalúa los controles del contexto estratégico asociado al proceso de registro y valoración; de acuerdo con lo establecido en la guía para la realización del análisis del contexto con la metodología estandarizada por el Sistema Integrado de Gestión de la Unidad. De acuerdo con el papel de trabajo se establecieron los siguientes criterios que articulan elementos del Sistema de Control Interno en articulación con el Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001-15:




 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 68 de 114

- ¿Qué estrategias se han implementado en aquellos factores externos que pueden incidir en la declaración para decidir sobre la inclusión o no en el Registro Único de Víctimas de las personas que declaran por los hechos victimizantes estipulados en la Ley 1448 de 2011 en la atención al ciudadano a nivel central y territorial? ¿Y cómo se articulan con el mapa de riesgos?
- ¿Qué controles y estrategias gerenciales se han implementado para mitigar el impacto en el Incumplimiento de los procesos frente a la entrega de insumos para dar respuesta a solicitudes de las víctimas como grupos de valor y grupos de interés?
- ¿Qué controles y estrategias gerenciales se han implementado para mitigar el impacto en el Incumplimiento en las rutas y canales dispuestos para una comunicación asertiva entre las dependencias?
- ¿Qué controles se han implementado en aquellos factores internos que inciden en la medición del impacto respecto a la capacitación y entrenamiento al personal que atienden las solicitudes de las víctimas?
- ¿Qué controles y estrategias complementarias se han definido en factores externos (orden público) no se han podido llevar a cabo? ¿Como ha sido el análisis del impacto en el territorio?

EL equipo auditor al evaluar los anteriores criterios en articulación con el contexto y elementos de control del Sistema de Control Interno relacionado con el alcance definido en el contexto estratégico asociado al proceso de registro y valoración el cual se evidencia en la transversalidad y totalidad en la gestión de los riesgos de gestión definidos. Se evidencia que las estrategias definidas están articuladas y alineadas en los controles diseñados en el mapa de riesgos establecidos e identificados por el Proceso de Registro y Valoración. Esta situación está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales a), b) y f), 4º literal i) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 3.2.1.1 y 4.2.1; Decreto 1499 de 2017: Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Control Interno, establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, Artículo 2.2.23.1. Articulación del Sistema de Gestión con los Sistemas de Control Interno y el Decreto 648 de 2017, Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública, que en su Artículo 8º. Modifica el artículo 2.2.21.3.1 del Decreto 1083 de 2015, relacionado con el Sistema Institucional de Control Interno. Norma ISO 9001:2015, capítulo 4 Contexto de la Organización; numeral 4.1 comprensión de la organización y su contexto; capítulo 6, planificación, numeral 6.1 acciones para abordar riesgos y oportunidades.

ii. **Gestión del Proceso (Ciclo PHVA)**

El equipo auditor evalúa la gestión del proceso de registro y valoración; de acuerdo con lo establecido en el ciclo PHVA partiendo de su alcance y *objetivo "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 estipulados en la Ley 1448 de 2011, resolver los recursos de la vía administrativa y atender a las solicitudes de ingreso por vía*


 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 69 de 114

judicial, mediante el establecimiento de criterios para el análisis de las solicitudes de inscripción, generar insumos para el análisis de información y la gestión del conocimiento así como administrar la información en el RUV y decidir sobre el procedimiento administrativo de revocatoria de la inscripción en el registro a través, de herramientas tecnológicas y el análisis de elementos probatorios que permitan establecer un ingreso irregular o fraudulento al RUV, con el fin de garantizar el uso adecuado de los recursos públicos, la confiabilidad en la información del RUV y que las víctimas tengan acceso a las medidas de asistencia, atención y reparación establecidas, a partir de la vigencia de la ley 1448 de 2011 y decretos ley étnicos y lo promulgado por la ley 2078 de 2021”; de acuerdo con los requerimientos del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015 y su alineación con la dimensión 6 Gestión del Conocimiento y la Innovación; con la dimensión 3 de gestión con valores para resultados; para ello, esta dimensión se entenderá desde dos perspectivas: la primera, asociada a los aspectos relevantes para una adecuada operación de la organización “de la ventanilla hacia adentro”; y la segunda, referente a la relación Estado Ciudadano “de la ventanilla hacia afuera”.

De acuerdo con el papel de trabajo se establecieron los siguientes criterios en términos del control que articulan elementos del Sistema de Control Interno con el Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001-15 y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG; así:

- *¿Cuáles son los controles, mecanismos y estrategias de atención establecidos para la fase del proceso de relacionamiento en la Declaración -FUD a las oficinas del Ministerio Público y Consulados?*
- *¿Cuáles son los controles, mecanismos y estrategias para la fase del proceso “Analizar, ¿valorar y decidir sobre las solicitudes de inclusión en el Registro Único de Víctimas y tramitar dichas solicitudes...”?*
- *¿Cuáles son los controles y mecanismos, estrategias para la fase del proceso “Tramitar las diferentes órdenes judiciales allegadas a la Subdirección de Valoración y Registro (SVR)”?*
- *¿Cuáles son los controles aplicados a los procedimientos, herramientas, estrategias establecidas para la fase del proceso “Tramitar las actuaciones administrativas correspondientes a presuntas víctimas que hayan ingresado al Registro Único de Víctimas de manera fraudulenta?”*
- *¿Cuáles son los controles para los insumos de entrada en el ciclo Planear del proceso de acuerdo con los lineamientos de las políticas MIPG asociadas al proceso?*

El equipo auditor al evaluar los anteriores elementos de control del Sistema de Control Interno y no se evidencia la aplicación 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 Interno”; de acuerdo con lo establecido en el

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 70 de 114

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.

Además, es importante tener presente que esta debilidad del Sistema de Control Interno se dirige, como responsable a la Oficina Asesora de Planeación para que incluya en sus metodologías de estandarización y normalización de procesos estos controles (políticas) del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG.

Este aspecto fue dado a conocer al auditado el día 11 de noviembre de 2022. Al respecto, en comunicación del 18 de noviembre de 2022 y fuera de los términos establecidos, la auditada señala que:

Respuesta del Auditado:

"Con relación a la política de Defensa jurídica es preciso indicar que, si bien la misma se encuentra encaminada a que las entidades orienten sus actividades en el marco de un modelo de Gerencia Jurídica Pública eficiente y eficaz que permita lograr de manera sostenible una disminución del número de demandas en su contra y del valor de las condenas a su cargo, así como una adecuada gestión del Ciclo de Defensa Jurídica por parte de cualquier entidad del Estado, lo cierto es que dicha política se encuentra encabezada en la Unidad para las Víctimas por la Oficina Asesora Jurídica, conforme a lo contemplado en el Decreto 4802 de 2011, artículo 8 numeral 12: "Generar los lineamientos de la defensa jurídica de las entidades que conforman el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas, conforme a los parámetros de la Agencia de Defensa Jurídica de la Nación".


"La Oficina Asesora Jurídica a través del Grupo de Defensa Judicial en materia de lo contencioso administrativo, se encarga de atender la defensa judicial de las acciones de nulidad y restablecimiento del derecho que se instauran en contra de la Unidad para las Víctimas, y en las que se pretende la nulidad de actos administrativos proferidos por la Dirección de Registro y Gestión de la Información en sede de valoración de las declaraciones rendidas por las víctimas del conflicto armado, y reposición y apelación como cierre de la actuación administrativa.

El grupo de Defensa judicial es el encargado de ejercer la representación judicial y extrajudicial de la Entidad en dicha materia y para tal efecto se ejerce la defensa técnica en las acciones contenciosas que se impongán ante las autoridades judiciales a nivel nacional.

Para tal efecto, el área jurídica cuenta con el procedimiento que recoge el alcance e importancia del tema y describe mediante flujograma las actividades a realizar desde el momento de recepción de notificación de la admisión de la demanda hasta el cierre de la actuación que culmina con la terminación del proceso y archivo del expediente.

En el análisis jurídico que realiza el apoderado designado del caso, se interactúa con el enlace del área misional (Dirección de Registro y Gestión de la información), a fin de esclarecer cualquier situación que haya en el caso, de cara a antecedentes de motivación de los actos administrativos o en cuanto al debido proceso que se requiere en trámites de notificación de estos.



 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 71 de 114

Frente al tema de la política de prevención del daño antijurídico la competencia se centra, en la Oficina Asesora Jurídica, toda vez que, a través de la litigiosidad de la entidad, es quien determina, cuáles son los hechos generadores del daño antijurídico y con base en ello interactúa con las áreas misionales involucradas para la revisión de aquellas conductas que están generando el aumento en demandas.

Para tal efecto, la OAJ cuenta con procedimiento previsto para la creación de estas políticas, apoyado en el contenido de la Circular No. 5 del 26 de septiembre de 2019 de la Agencia Nacional de Defensa jurídica del Estado (ANDJE) en la que se establecen los lineamientos para la formulación, implementación y seguimiento de la PPDA. La construcción y desarrollo de la política está a cargo del Grupo de defensa judicial de la OAJ con la asesoría y enlace que delega la ANDJE, y se construye mediante matriz según metodología prevista por esta entidad.

En este orden de ideas no se observa conflicto o confusión de actividades entre las actuaciones desplegadas por las áreas de Registro y Jurídica, por cuanto la misionalidad de la primera determina su competencia en cuanto a la valoración y expedición de actos administrativos entre otras, mientras que el apoyo de la Oficina Asesora Jurídica radica en la defensa técnica y jurídica de los intereses de la entidad en el marco del medio de control de nulidad y restablecimiento del derecho en el que se pretende desvirtuar la legalidad de los actos administrativos y en materia de prevención del daño antijurídico es la competente para avizorar las posibles conductas que generen daños antijurídicos y la llamada a instruir y liderar la construcción y seguimiento de la política que evitará la continuidad de esas actuaciones que generen la litigiosidad en contra de la entidad”.

Ahora bien, frente a la debilidad referida a las entradas e insumos de la Política de Gestión de la Información Estadística nos permitimos elevar la consulta a la Oficina de Tecnologías de la Información -OTI-, a continuación, remitimos su respuesta:

“La Oficina de Tecnologías de la Información, en el marco de la implementación de la política de Gobierno Digital, dispone de la infraestructura tecnológica en nube pública de Azure, para soportar los sistemas de información que administra técnica y funcionalmente del proceso de “Registro y valoración”. Es importante mencionar que, la Oficina de Tecnologías de la Información proporciona disponibilidad del 99,9%, a nivel de infraestructura tecnológica, según las necesidades del proceso “Registro y Valoración”.


Adicionalmente, la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, a través del SGSI, establece la política general de seguridad de la información, mediante el artículo 2 de la Resolución 3157 de 2021, en los siguientes términos:

Artículo 2 . Política General del Sistema 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.



SC-CERS12366 ST-CERS14217 SA-CERS07789 SI-CERS98609

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 72 de 114

A partir de lo anterior, en el marco del Sistema Integrado de Gestión se realizan, entre otras, las siguientes actividades:


1. Desde el proceso de Gestión de la Información se realiza la implementación progresiva de controles de seguridad en la infraestructura tecnológica, en el marco de la Declaración de aplicabilidad de controles (SOA por sus siglas en inglés), lo cual permite progresivamente fortalecer el aseguramiento de la información almacenada en bases de datos de los sistemas de información custodiados por la Oficina de Tecnologías de la Información, incluyendo copias de respaldo y control acceso a la información sensible del proceso.
2. En la caracterización del proceso de "Registro y Valoración", se incluye en la etapa "planear" la siguiente actividad "Identificar, análisis y evaluación de los riesgos del proceso (riesgos operativos, de corrupción y sistemas de gestión.", la cual tiene como insumo la metodología de administración de riesgos que contempla los relacionados con seguridad digital.

La mencionada custodia de información, gestión de riesgos e implementación progresiva de controles de seguridad permite a los procesos misionales el aprovechamiento de los datos e información de valor de sus operaciones para la toma de decisiones."

El auditor evalúa la respuesta del auditado, mediante la cual se colige que:

En virtud de la normatividad vigente y los mecanismos de autorregulación establecidos mediante la Resolución No. 0479 de 2014 "Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno MECI de la Unidad" en su artículo 15 establece sus elementos para el direccionamiento estratégico el cual hace parte el elemento de control de control Modelo de Operación por Procesos; la Resolución 2728 de 2021 "Por la cual se adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG; en su artículo 1 adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG el cual se rige como un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de la entidad con el fin de generar resultados con valores para el cumplimiento de la misión institucional. Dicho modelo articula los sistemas de gestión con el Sistema de Control Interno, permitiendo el fortalecimiento de los mecanismos, métodos y procedimientos de gestión y control de la Entidad. Así mismo en su artículo 19 determina la articulación del MIPG, los elementos de control del modelo Estándar de Control Interno -MECI con la integración del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015 el cual determinar cómo requisitos en su capítulo 4, numeral 4.4 Sistema de gestión de la calidad y sus procesos, literal a) determinar las entradas requeridas y las salidas esperadas de estos procesos".

En este sentido, la respuesta del auditado no reduce la incertidumbre generada al auditor. Es importante tener presente que esta debilidad del Sistema de Control Interno se dirige, como responsable a la Oficina Asesora de Planeación las acciones dando cumplimiento al marco de autorregulación establecido para la Sistema Integrado de Gestión de la Unidad. En consecuencia, el sentido del hallazgo es mantenerlo como debilidad del Sistema de Control Interno, con relación a las entradas y salidas del ciclo Planear respecto a los 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.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 73 de 114

Corolario de los anterior, se tiene que en la aplicación de MIPG existen unas políticas que se deben desarrollar dentro de la entidad. Si bien es cierto ellas deben estar encabeza de dependencias determinadas, lo que también es verdad que los procesos deben observar dichas políticas a su interior y desarrollarlas en cuanto su contexto organizativo lo permita. En este escenario es evidente que políticas asociadas a los sistemas de información son vitales para el proceso, dada la magnitud de datos e información con la que cuentan y las especiales calidades de ellas que tienden a formar la memoria histórica nacional. Independientemente de las acciones realizadas por la OTI, el proceso debe evaluar esa política al interior de su gestión y como conocedor de primer mano de las actividades que despliega, debe requerir a las áreas o procesos especializados el apoyo necesario para aplicar en integridad la política,


Amén de lo dicho la política de análisis estadísticos hoy por hoy es de las más valiosas cuando se cuenta con un cúmulo de datos como el es RUV, sobre el cual se hace necesario realizar estudios que proporciones información estadística y ella se constituya en fuente de información para la toma de decisiones a toda índole. El equipo Auditor entiende que el proceso no tiene por que conocer a profundidad las operaciones técnicas de la política, si es conocedor de los requerimientos para establece proyecciones, estadísticas (blandas o duras), prospectivas y otras herramientas de análisis de datos que brinda información del comportamiento que se esta teniendo. Es así como la Oficina de Control Interno no concibe el RUV como un receptor de datos sino que es fuente de información que requiere ser tratada con los estándares y políticas asociada a la aquí señalada.

iii. **Control de los Productos y/o Servicio No Conformes:**

El equipo auditor evalúa los elementos de control de la planificación operacional asociada a los productos y servicios no conformes generados en la gestión del proceso de registro y valoración; de acuerdo con lo establecido en el ciclo PHVA de su caracterización; de acuerdo con los requerimientos del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015 y su alineación con las dimensiones las dimensiones 5 "Información y Comunicación 6 "Gestión del Conocimiento y la Innovación" y la 7 "Control Interno"; de acuerdo con lo establecido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG y la dimensión 3 de gestión con valores para resultados; *para ello, esta dimensión se entenderá desde dos perspectivas: la primera, asociada a los aspectos relevantes para una adecuada operación de la organización "de la ventanilla hacia adentro"; y la segunda, referente a la relación Estado Ciudadano "de la ventanilla hacia afuera".*

De acuerdo con el papel de trabajo se establecieron los siguientes criterios en términos del control que articulan elementos del Sistema de Control Interno y su alineación con el Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001-15 y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG; así:

- *¿Cuáles son los controles y mecanismos para el seguimiento y monitoreo del servicio no conforme generando en el ciclo Hacer del proceso?*
- *¿Cuáles son los controles y mecanismos para el seguimiento y monitoreo del producto no conforme generando en el ciclo Hacer del proceso?*

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 74 de 114


- ¿Como se realiza la trazabilidad y tratamiento del producto y servicio no conforme (análisis datos estadísticos)?
- ¿Cuáles son los atributos e instrumentos para la medición de satisfacción de los grupos de valor relacionado con el producto y servicio (tiempos de respuesta, calidad de la información de las respuestas, perfil y competencias de los profesionales que generan las respuestas)?
- ¿Como el operador y los procesos se articulan para generar acciones de tratamiento de la medición del impacto de la satisfacción del producto y servicio destinados para los grupos de valor?

El equipo auditor al evaluar los anteriores elementos de control del Sistema de Control Interno se evidencia que los mecanismos, estrategias definidas e implementadas para el control y tratamientos de los productos y servicios no conformes asociados al ciclo PHVA del proceso los cuales se deben fortalecer en articulación con el Sistema de Control Interno y los requerimientos del Sistema Integrado de Gestión en articulación con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

Esta situación 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 1499 de 2017: Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Control Interno, establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, Artículo 2.2.23.1. Articulación del Sistema de Gestión con los Sistemas de Control Interno y el Decreto 648 de 2017, Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública, que en su Artículo 8º. Modifica el artículo 2.2.21.3.1 del Decreto 1083 de 2015, relacionado con el Sistema Institucional de Control Interno; Norma ISO 9001:2015, capítulo 8 Operación, numeral 8.7 control de las salidas no conformes y su contribución a las dimensiones 3 gestión con valores para resultados y las dimensiones las dimensiones 5 "Información y Comunicación 6 "Gestión del Conocimiento y la Innovación" y la 7 "Control Interno"; del MIPG.

La auditoría verifica la implementación de controles, estrategias y mecanismos; los cuales requieren fortalecer el ciclo PHVA estructural y funcionalmente para las salidas y caracterización de los productos y servicios asociados al proceso y los requerimientos del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001.2015 y armonización con el MIPG. Lo anterior conlleva al cumplimiento de la política y objetivos de la calidad y los lineamientos de Política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos que tiene como tiene "el propósito de esta política es fortalecer las capacidades organizacionales mediante la alineación entre la estrategia institucional y el modelo de operación por procesos, la estructura y la planta de personal, de manera que contribuyan a la generación de mayor valor público en la prestación de bienes y servicios, aumentando la productividad estatal".

Ahora bien, desde el punto de vista técnico se verifica la respuesta a las solicitudes por parte de la Oficina de Tecnologías de Información en lo que refiere a su salida no conforme correspondiente a lo solicitado por la Dirección de Valoración y Registro en lo que refiere a prevenir los acceso no autorizados como pueden ser desde dispositivos extraíbles que se conectan como puertos o periféricos y de acuerdo a la armonización con el MIPG desde la dimensión Información y Comunicación en donde se hace necesario fortalecer los controles de seguridad y concordar con lo indicado por los requerimientos de Gestión de Seguridad de la

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 75 de 114

Información ISO 27001:2015. Lo anterior soporta el cumplimiento de la política y objetivos de seguridad de la información, fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos que indica *“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.”*


iv. **Medición de la Satisfacción del Grupo de Valor:**

El equipo auditor evalúa los elementos de control para la evaluación del desempeño de la prestación de los servicios que van dirigidos a los grupos de valor (víctimas, ciudadanos); generados en la gestión del proceso al proceso de registro y valoración; de acuerdo con lo establecido en el ciclo PHVA de su caracterización y los requerimientos del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015 y su alineación con la dimensión 3 de gestión con valores para resultados; *para ello, esta dimensión se entenderá desde dos perspectivas: la primera, asociada a los aspectos relevantes para una adecuada operación de la organización “de la ventanilla hacia adentro”; y la segunda, referente a la relación Estado Ciudadano “de la ventanilla hacia afuera”.*

De acuerdo con el papel de trabajo se establecieron los siguientes criterios en términos del control que articulan elementos del Sistema de Control Interno y su alineación con el Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001-15 y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG; así:

- *¿Cuáles son los controles y mecanismos para el seguimiento y monitoreo de la medición del impacto de la satisfacción de los grupos de valor asociados en los servicios generados en el ciclo Hacer del proceso?*
- *¿Cuáles son los controles y mecanismos para el seguimiento y monitoreo de la medición del impacto de la satisfacción de los grupos de valor para los productos generados en el ciclo Hacer del proceso?*
- *¿Como se realiza la trazabilidad y tratamiento de los datos estadísticos generados en la medición de satisfacción de los grupos de valor (análisis datos estadísticos)?*
- *¿Como el operador y los procesos se articulan para generar acciones de tratamiento de la medición del impacto de la satisfacción del producto y servicio destinados para los grupos de valor?*

El equipo auditor al evaluar los anteriores elementos de control del Sistema de Control Interno, se evidencia en la consolidación y análisis de los datos estadísticos relacionado con la medición respecto en la percepción de satisfacción de los grupos de valor (víctimas y ciudadanos). Se evidencia que en la implementación de los instrumentos para el segundo semestre del año 2021 y primer semestre con corte del año 2022; de esta manera se requiere fortalecer las estrategias de intervención de acuerdo lo establecido en el Procedimiento Medición de la Satisfacción Partes Interesadas establecido por el Sistema Integrado de Gestión.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 76 de 114

Esta situación 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 1499 de 2017: Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Control Interno, establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, Artículo 2.2.23.1. Articulación del Sistema de Gestión con los Sistemas de Control Interno y el Decreto 648 de 2017, Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública, que en su Artículo 8º. Modifica el artículo 2.2.21.3.1 del Decreto 1083 de 2015, relacionado con el Sistema Institucional de Control Interno; Decreto 1499 de 2017 numeral 3ª. Dimensión: Gestión con valores para resultados, 3.2.2 Gestión con Valores - Relación Estado Ciudadano, 3.2.2.1 Política de Servicio al ciudadano de acuerdo con lo establecido en el MIPG. Norma ISO 9001:2015, capítulo 9, evaluación del desempeño, numeral 9.1 seguimiento, medición, análisis y evaluación; 9.1.2 satisfacción del cliente.

La auditoría verifica la implementación de controles, estrategias y mecanismos; los cuales requieren fortalecer el impacto de satisfacción de los productos y servicios asociados al proceso y los requerimientos del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001.2015 y armonización con el MIPG. Lo anterior conlleva al cumplimiento de la política y objetivos de la calidad y los lineamientos de Política de Servicio al Ciudadano que tiene como propósito *“garantizar el acceso efectivo, oportuno y de calidad de los ciudadanos a sus derechos en todos los escenarios de relacionamiento con el Estado”*.


5.4. Análisis del Modelo de Mejora o Innovación

El Decreto 1499 de 2017 *“Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015”*; en su capítulo 2 Políticas de Gestión y Desempeño Institucional en el artículo 2.2.22.2.1. determina que *“Las políticas de Desarrollo Administrativo de que trata la Ley 489 de 1998, formuladas por el Departamento Administrativo de la Función Pública y los demás líderes, se denominarán políticas de Gestión y Desempeño Institucional”* para el desarrollo de la auditoría para el sistema de control interno se evaluaron las siguientes:

- *La Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación*
- *La Política de Gestión de Datos Estadísticos*
- *La Política de Defensa Jurídica*

Estas políticas deben ser implementadas de acuerdo con el objetivo y alcance del proceso de registro y valoración; las cuales se rigen por las normas que las regulan o reglamentan y se implementan a través de los planes, programas, proyectos, metodologías y estrategias definidas. A continuación, se describe su evaluación y seguimiento:

5.4.1. Evaluación y Seguimiento a la Política de Gestión de Conocimiento e Innovación – MIPG

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 77 de 114

El análisis auditor se despliega, mediante la técnica de confrontación documental y evidencias que no existen para examinar que el cumplimiento de todos los aspectos referenciados por el DAFP, por lo tanto, no contribuyen a fortalecer el Proceso de Gestión del Conocimiento y la Innovación asociado al Sistema de Gestión Integrado de la Unidad; por la no implementación de los lineamientos de la política; como:

"A. Eje 1. Generación y producción:

La generación de nuevas ideas al interior de las entidades se da a través de mecanismos que puedan relacionarse con las actividades que buscan: idear, investigar, experimentar e innovar en el quehacer cotidiano de las entidades en el desarrollo de las siguientes etapas:

- Generación de nuevas ideas (ideación)

La generación de nuevas ideas debe ser incentivada al interior de las entidades mediante mecanismos que puedan relacionarse con el pensamiento de diseño, es decir, analizar y resolver problemas complejos de manera colaborativa para convertirlos en retos. Por lo tanto, es importante que se fomente una cultura de comunicación y cooperación que propicie un ambiente confiable para abordar un proyecto o tema específico, de manera innovadora en los procesos de ideación.

- Experimentación

La experimentación busca reducir el riesgo en la implementación y pérdida de recursos al implementar actividades y proyectos de generación y producción de conocimiento al interior de las entidades a través de pruebas piloto, prototipos o experimentos, en escenarios controlados, que permiten comprobar y analizar los resultados obtenidos y finalmente aceptar, ajustar o descartar la idea o propuesta planteada.

- Impulso a la investigación


Las entidades deben tener en cuenta que la necesidad de investigación para el mejoramiento misional está establecida en el artículo 117 de la Ley 489 de 1998, donde dice que con el fin de "(...) mejorar procesos y resultados y para producir factores de desarrollo, las entidades públicas dispondrán lo necesario al impulso de su perfeccionamiento mediante investigaciones sociales, económicas y/o culturales según sus áreas de competencia, teniendo en cuenta tendencias internacionales y de futuro".

B. Eje 2. Herramientas de uso y apropiación

La generación de herramientas para la utilización y apropiación del conocimiento busca identificar procesos que permitan obtener, organizar, sistematizar, guardar y compartir fácilmente datos e información de la entidad; dichas herramientas deben ser usadas constantemente para consolidar un manejo de la información confiable y de fácil acceso para los servidores públicos.

C. Eje 3. Analítica institucional

Este eje permite el seguimiento y la evaluación de la gestión que se realiza al interior de la entidad y es utilizado especialmente por las siguientes dimensiones de MIPG: Direccionamiento Estratégico y Planeación, Gestión para el Resultado con Valores, Evaluación de Resultados, Talento Humano y Control Interno. Se apoya, además, en la dimensión de Información y Comunicación para visualizar, analizar y obtener conocimiento de los resultados de la gestión de la entidad y fortalecer la toma de decisiones".

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 78 de 114

Por esta razón el equipo auditor determina una debilidad asociada al Sistema de Control Interno respecto en la ausencia de la adopción, planificación, apropiación, seguimiento y evaluación de la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG adoptado por la Unidad. Esto no está conforme con lo dispuesto OCDE¹⁰ 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.

Además, es importante tener presente que esta debilidad del Sistema de Control Interno se dirige, como responsable a la Oficina Asesora de Planeación quien establece y dirige los requerimientos para la implementación de las Políticas de Gestión y desempeño institucional del Modelo Integrado de Planeación -MIPG y para el Líder del Proceso de Gestión del Conocimiento y la Innovación que son las dependencias designadas para su implementación y mejora continua de la Política, toda vez que de acuerdo con lo señalado en los mecanismos de autorregulación en esta materia señalados por la Entidad.


Este aspecto fue dado a conocer al auditado el viernes 11 de noviembre de 2022. Al respecto, en comunicación del 18 de noviembre de 2022 y fuera de los términos establecidos, el área auditada indica lo siguiente:

Respuesta del Auditado:

“Sobre el particular, señalamos que el proceso de Direccionamiento Estratégico es liderado por la Oficina Asesora de Planeación -OAP-, quien señala:

“Esta Oficina nos informa que la política y el lineamiento institucional se encuentra en proceso de construcción, por lo que a la fecha no se ha documentado ni socializado como línea transversal para todos los procesos misionales. Sin embargo, consideramos pertinente consultar con la OAP y solicitar su concepto sobre esta debilidad, por lo que compartimos sus apreciaciones al respecto:

¹⁰ 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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 79 de 114

Durante los meses de mayo a agosto de 2022, la OAP avanzó en la construcción del documento de Caracterización del Proceso del nivel Estratégico denominado "Gestión del Conocimiento y la Innovación", a partir de la experiencia compartida con la Personería de Bogotá y el benchmarking con otras entidades. En el documento se describen las actividades transversales de todos los procesos de la organización en las fases del Planear, Verificar y Actuar, más las propias y específicas de la fase del Hacer. En los meses de noviembre y diciembre se planea terminar esta caracterización a partir de la cual se desprende la Política de GCI que se aplicará en 2023".


Es de anotar, que la DRGI, implementa acciones en marco de la innovación y gestión del conocimiento, específicamente en el componente de registro, como parte de la atención a la población víctima para facilitar el acceso al Registro Único, una de ellas, la herramientas proporcionada a los Ministerio Públicos para la toma de declaración en línea, que actualmente concentra el 81% de las solicitudes de registro que se reciben en la Unidad; así mismo desarrollando espacios de acompañamiento técnico en las jornadas de capacitación con el Ministerio Público a nivel nacional, con el objetivo de garantizar el acceso a las víctimas al Registro Único".

El Equipo Auditor pese al allego extemporáneo evalúa la respuesta del auditado, mediante la cual se colige que:

En virtud de la normatividad vigente y los mecanismos de autorregulación establecidos mediante La resolución No. 2728 de 2021 "Por la cual se adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, se derogan las Resoluciones No. 1250 de 2018 y 1538 de 2019 sobre el Comité de Gestión Institucional y Desempeño, y se dictan disposiciones" como mecanismo de autorregulación expedida por la Unidad; en su artículo 1 adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG el cual se rige como un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de la entidad con el fin de generar resultados con valores para el cumplimiento de la misión institucional. Dicho modelo articula los sistemas de gestión con el Sistema de Control Interno, permitiendo el fortalecimiento de los mecanismos, métodos y procedimientos de gestión y control de la Entidad. Así mismo en su artículo 4 determina que las políticas de gestión y desempeño institucional que desarrollan las dimensiones del Modelo son 18; de las cuales la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación es liderada por la Oficina Asesora de Planeación a través del proceso de direccionamiento estratégico.

En este sentido, la respuesta del auditado no reduce la incertidumbre generada al Equipo Auditor. Es importante tener presente que esta debilidad del Sistema de Control Interno se dirige, como responsable a la Oficina Asesora de Planeación las acciones dando cumplimiento al alcance y etapa que se deben surtir para la implementación de la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación.

En consecuencia, el sentido del hallazgo es mantenerlo como debilidad del Sistema de Control Interno, con relación a la documentación, planificación, apropiación, seguimiento y evaluación de la Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación; en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG adoptado por la Unidad.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 80 de 114

5.4.2. Evaluación y Seguimiento a la Política de Gestión de Datos Estadísticos – MIPG

El análisis auditor se despliega, mediante la técnica de confrontación documental y evidencias que no existen para examinar que el cumplimiento de todos los aspectos referenciados por el DAFP y el DANE. Por lo tanto, no contribuyen a fortalecer el Proceso de Registro y Valoración asociado al Sistema de Gestión Integrado de la Unidad; por la no implementación de los lineamientos de la política; como:

"A. Planificación Estadística

Permite a las entidades definir objetivos, metas y acciones para organizar y fortalecer la información estadística de una forma priorizada, teniendo en cuenta su impacto en la toma de decisiones. Es por esta razón que este mecanismo hace parte del direccionamiento estratégico de la entidad.

Con la implementación de la planificación estadística se busca que las entidades puedan definir una hoja de ruta para fortalecer su producción, accesibilidad y el uso de la información estadística, así como el fortalecimiento de sus registros administrativos en el corto, el mediano y el largo plazo. Esto les permite contar con la información necesaria para la formulación, el seguimiento y la evaluación de las políticas públicas, que contribuye en el ejercicio de control político y social, así como a la asignación de recursos públicos.


B. Fortalecimiento de registros administrativos

Permite a las entidades responsables de los registros administrativos, identificar su estado, las fortalezas y debilidades para diseñar e implementar un plan de fortalecimiento dirigido a mejorar la calidad; incrementar su uso y aprovechamiento estadístico; mejorar sus procesos internos; controlar la gestión; y generar información que permita tomar decisiones basado en evidencias.

C. Calidad Estadística

Es el mecanismo de la política que permite a las entidades, los ciudadanos y demás partes interesadas contar con información relevante, accesible, precisa, oportuna y comparable; para la toma de decisiones basada en evidencia, el control social y político”.

Por esta razón el equipo auditor determina una debilidad asociada al Sistema de Control Interno respecto en la ausencia de la adopción, planificación, apropiación, seguimiento y evaluación de la Política de Gestión de Datos Estadísticos en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG adoptado por la Unidad. Esto 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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 81 de 114

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.

Además, es importante tener presente que esta debilidad del Sistema de Control Interno se dirige, como responsable a la Oficina Asesora de Planeación quien establece y dirige los requerimientos para la implementación de las Políticas de Gestión y desempeño institucional del Modelo Integrado de Planeación -MIPG y para el Líder del Proceso de Gestión de la Información que son las dependencias designadas para su implementación y mejora continua de la Política, toda vez que de acuerdo con lo señalado en los mecanismos de autorregulación en esta materia señalados por la Entidad.

Este aspecto fue dado a conocer al auditado el viernes 11 de noviembre de 2022. Al respecto, en comunicación del 18 de noviembre de 2022 y fuera de los términos establecidos, el área auditada indica lo siguiente:


Respuesta del Auditado:

"Teniendo en cuenta que el líder implementador de la adopción, planificación, apropiación, seguimiento y evaluación de la Política de Gestión de la Información Estadística en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, es la OAP, esta oficina señala:

"Efectivamente no existe una actividad transversal en el ciclo PHVA en el Proceso de Registro y Valoración relacionada con la GCI. Esta actividad se desarrollará en 2023. Sin embargo, es importante señalar que incluir, modificar, eliminar o agregar información, es una necesidad de cada proceso. Una vez al año, como mínimo, se debe realizar una validación que el documento de caracterización de cada proceso se encuentra acorde. En caso contrario, se debe solicitar su actualización a la OAP".

De acuerdo con el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional Versión 3 de Diciembre de 2019, la Política de Gestión de la Información Estadística busca que las entidades generen y dispongan de información estadística, así como la de sus registros administrativos, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Departamento Nacional de Estadística -DANE-, de manera que la entidades articulen sus procesos y procedimientos a los lineamientos, normas y estándares que aseguren la disponibilidad, calidad, accesibilidad y, uso de la información estadística; así como la gestión y el aprovechamiento de registros administrativos.

Como se evidencia desde el proceso de Valoración y Registro y los procedimientos asociados a la Subdirección Red Nacional de Información (<https://www.unidadvictimas.gov.co/es/prueba-sig/Registro-y-Valoracion>; <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/prueba-sig/gestion-de-la-informacion>); se han adelantado acciones para fortalecer los esquemas y mecanismos de toma y gestión de datos, y procesamiento y análisis de la información, a partir de los cuales se responde a demanda a las necesidades de los clientes internos y externos de elaboración y generación de información estadística cualificada, acciones realizadas como parte de su misionalidad, sin embargo, estas acciones no se inscriben dentro de una política planificada y documentada en la medida que no existen lineamientos estratégicos, que organicen y establezcan las bases de una política institucional, como corresponde a las directrices del líder de la política".

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 82 de 114

El Equipo Auditor pese al allego extemporáneo evalúa la respuesta del auditado, mediante la cual se colige que:

En virtud de la normatividad vigente y los mecanismos de autorregulación establecidos mediante La resolución No. 2728 de 2021 "Por la cual se adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, se derogan las Resoluciones No. 1250 de 2018 y 1538 de 2019 sobre el Comité de Gestión Institucional y Desempeño, y se dictan disposiciones" como mecanismo de autorregulación expedida por la Unidad; en su artículo 1 adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG el cual se rige como un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de la entidad con el fin de generar resultados con valores para el cumplimiento de la misión institucional. Dicho modelo articula los sistemas de gestión con el Sistema de Control Interno, permitiendo el fortalecimiento de los mecanismos, métodos y procedimientos de gestión y control de la Entidad. Así mismo en su artículo 4 determina que las políticas de gestión y desempeño institucional que desarrollan las dimensiones del Modelo son 18; de las cuales la Política de Gestión de Datos Estadísticos es liderada por la Oficina Asesora de Planeación a través del proceso de direccionamiento estratégico.

En este sentido, la respuesta del auditado no reduce la incertidumbre generada al Equipo Auditor. Es importante tener presente que esta debilidad del Sistema de Control Interno se dirige, como responsable a la Oficina Asesora de Planeación las acciones dando cumplimiento al alcance y etapa que se deben surtir para la implementación de la Política de Gestión de Datos Estadísticos.

En consecuencia, el sentido del hallazgo es mantenerlo como debilidad del Sistema de Control Interno, con relación a la documentación, planificación, apropiación, seguimiento y evaluación de la Política de Gestión Datos Estadísticos; en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG adoptado por la Unidad


5.4.3. Evaluación y Seguimiento a la Política de Defensa Jurídica – MIPG

El análisis auditor se despliega, mediante la técnica de confrontación documental y evidencias que para examinar que el cumplimiento de todos los aspectos referenciados por el DAFP y la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado DANE, por lo tanto, no contribuyen a fortalecer el Proceso de Registro y Valoración asociado al Sistema de Gestión Integrado de la Unidad; por la implementación de los lineamientos de la política; como:

"A. Etapa de prevención del daño antijurídico

La prevención del daño antijurídico consiste en la identificación de las causas y subcausas que pueden generar conflictos judiciales representados en acciones constitucionales, contenciosas administrativas, ordinarias y arbitrales en contra de una entidad pública, con el fin de determinar e implementar acciones concretas y eficaces dirigidas a suprimir o minimizar la causación del daño.

B. Etapa prejudicial

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 83 de 114

Esta etapa comprende las actuaciones que realiza la entidad a partir de la solicitud de resarcir un presunto daño antijurídico causado por su acción u omisión y hasta antes de la interposición de la acción judicial en su contra por parte del afectado.

En este período, las entidades deben explorar y promover la utilización de los mecanismos de autocomposición y heterocomposición de solución de conflictos a través de los cuales las partes puedan satisfacer sus respectivos intereses y solucionar las controversias antes de formular un caso en sede judicial o arbitral.

C. Etapa de defensa judicial

Esta etapa inicia con la presentación de la demanda, continúa con el ejercicio de representación y la defensa técnica, y termina con una decisión judicial ejecutoriada que pone fin a la actuación procesal.

En esta sede las entidades deben gestionar los procesos judiciales o arbitrales en los que son parte, de forma que se salvaguarden el ordenamiento constitucional, legal y los intereses litigiosos de la entidad, se logre un entendimiento generalizado de las fallas y/o aciertos de la defensa técnica y se tomen decisiones que contribuyan a la mejora generalizada de la defensa judicial.


D. Etapa de cumplimiento y pago de sentencias y conciliaciones

Esta etapa comprende la gestión del procedimiento de cumplimiento y pago de sentencias, conciliaciones y laudos arbitrales. Esta debe adelantarse bajo los principios de celeridad, eficacia y eficiencia, con el propósito de que las entidades reduzcan la causación de intereses por la mora en el pago, mitiguen el impacto fiscal de las condenas y eviten nuevas fuentes de litigiosidad tales como procesos ejecutivos.

E. Etapa de acción de repetición y recuperación de recursos públicos

Cuando el Estado sea condenado a la reparación patrimonial de un daño antijurídico, debe repetir contra el agente que con su conducta dolosa o gravemente culposa haya dado lugar a ese daño o formular la pretensión de repetición dentro del mismo proceso en el cual se pretenda la declaratoria de responsabilidad patrimonial de la entidad pública (L.678 de 2001)".

Por esta razón el equipo auditor determina la fortaleza asociada al Sistema de Control Interno respecto en el seguimiento y evaluación de la Política de Defensa Jurídica que tiene por objeto "La política busca que las entidades orienten sus actividades en el marco de un modelo de Gerencia Jurídica Pública eficiente y eficaz que permita lograr de manera sostenible una disminución del número de demandas en su contra y del valor de las condenas a su cargo. Lo anterior aunado a un mejoramiento de su desempeño en la etapa judicial y en la recuperación por vía de la acción de repetición o del llamamiento en garantía con fines de repetición de las sumas pagadas por sentencias, conciliaciones o laudos arbitrales cuando a ello haya lugar". en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG adoptado por la Unidad. Esto está conforme con lo dispuesto con lo dispuesto Constitución Política de Colombia- art. 6, 122, 229, Decreto 4085 de 2011, Decreto 196 de 1971, Decreto 1365 de 2013, Decreto 1068 de 2015, Decreto 1069 de 2015, Decreto 2468 de 2015, Decreto 979 de 2017, Decreto 2269 de 2019, Ley 1955 de 2019. 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 8 Operación, numeral 8.2 Requisitos para los productos y servicios.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 84 de 114


Además, es importante tener presente que los controles asociados a esta política del Sistema de Control Interno se dirige, como responsable a la Oficina Asesora Jurídica que lidera el proceso de gestión jurídica que tiene como objetivo *"Asesorar jurídicamente a la Unidad para las Víctimas en las actuaciones administrativas de los procesos, representar judicial y extrajudicialmente, mediante la aplicación de la normatividad vigente con el fin de velar por los intereses de la unidad, previniendo el daño antijurídico y brindando la seguridad jurídica a la Entidad, garantizando el cumplimiento a las normas constitucionales y legales vigentes"*; vinculando el procedimiento de prevención del daño antijurídico V2 en el marco de los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación -MIPG; toda vez que de acuerdo con lo señalado en los mecanismos de autorregulación en esta materia señalados por la Entidad.

6. 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.

6.1. 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 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 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.

6.2. 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


 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 85 de 114

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.

6.3. 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 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 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.

6.4. 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.


6.5. 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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 86 de 114

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.

6.6. 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 la Unidad. Esto no está conforme con lo dispuesto OCDE¹¹ 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

¹¹ 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


 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 87 de 114

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.

6.7. 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 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.

6.8. 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.

6.9. 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


 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 88 de 114

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.

6.10. 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 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.

6.11. 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.

6.12. 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


 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 89 de 114

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".

6.13. 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.

6.14. 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




 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 90 de 114

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 Archidu*” 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 Archidu colocada en producción.*

6.15. 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 Declaraciones en físico que se radican en la herramienta de gestor documental en ambiente de producción “*Archidu*” están llegando al aplicativo Registro Unico 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.

6.16. 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*

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 91 de 114

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.


6.17. 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 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.

7. ASPECTOS SOBRESALIENTES

El Equipo Auditor evidencia como aspectos positivos en la gestión de la Dirección de Registro y Gestión de la Información comunicación entre los funcionarios y contratistas a través del cual se muestra buena actitud organización y apoyo logístico de la auditoria, esto en cumplimiento a la disposición en las pruebas de recorrido y reuniones programadas con el auditado. Este escenario facilita la ejecución de la evaluación, lo cual genera confianza entre auditor y auditado obteniendo resultados que aportan a la mejora continua del proceso.

Se destaca el esfuerzo que viene desarrollando la Entidad de la mano con la Dirección de Registro y Gestión Información en la creación de una herramienta “RUV2” la cual integra la información víctima que se tiene dispuesta en las diferentes herramientas que se utiliza actualmente el proceso auditado la cual permite contar con la información en un solo aplicativo tecnológico y así poder realizar seguimiento y verificación pertinente.

Se enfatiza el esfuerzo en la creación de los diferentes procedimientos de acuerdo con las formas de registro e ingreso de las personas declaradas víctimas, el control de la validación de

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 92 de 114

antecedentes a fin de minimizar los tiempos en la inclusión a las herramientas dispuestas para cada caso.

La Dirección de Registro y Gestión de la Información tiene claro su papel dentro de la entidad, promueve la integración de la información, su conocimiento y experiencia permiten dar respuesta a procesos débiles en automatización, se capta de todos sus colaboradores el compromiso en acción para sus labores, se observa que los equipos de trabajo cuentan con una línea clara de sus actividades, disposición y cooperación por lograr sus metas.

El Equipo Auditor destaca el apoyo de la Dirección en la promoción y aprovechamiento del talento humano comprometido y capacitado en fortalecer los lazos de pertenencia y el dominio en el conocimiento de sus procedimientos de valoración individual y colectiva que redundan en un mejor servicio a las víctimas. Este aspecto hace que se fortalezca la competencia institucional y factor clave para su gestión, control y seguimiento de los procesos.

8. RESULTADOS DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.

El Equipo Auditor examina las acciones planteadas y ejecutadas en la Dirección de Registro y Gestión de la Información de auditorías pretéritas. Esta evaluación permite establecer si la gestión presenta la efectividad necesaria para eliminar las causales que dieron origen a la debilidad. En consecuencia, se decide:

8.1. Plan de Mejoramiento Auditoría de Gestión


El Equipo Auditor, no hace comentarios sobre este aspecto dado que en el pretérito no se realizó auditoría a la Dirección de Registro y Gestión de la Información que soporte la ejecución de un Plan de Mejoramiento. No obstante, es importante aclarar que, en la vigencia 2015 la Oficina de Control Interno efectuó auditoría a las herramientas "INDEMNIZA Vs RUV" y a la fecha la actual administración de la OCI no tiene acceso al informe final.

8.2. Plan de Mejoramiento Ente de Control CGR

La Oficina de Control Interno realiza seguimiento a la efectividad de los Planes de Mejoramiento suscritos con la Contraloría General de la Republica CGR en relación con los siguientes hallazgos que actualmente se encuentran vigentes en la Dirección de Registro y Gestión de la Información:

Tabla 7 Seguimiento Auditorias de la CGR a DRGI

TIPO DE AUDITORIA DE LA CGR	CODIGO DE HALLAZGO	ACTIVIDADES
Auditoría Regular de Cumplimiento 2017	7	2
	8	1
	9	1
Auditoría Regular Financiera 2018	12	3
Auditoría Regular de Cumplimiento 2013 II	49	1
Auditoría Regular de Cumplimiento 2019	16	1

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 93 de 114

	17	1
	18	10
Actuación Especial de Fiscalización Intersectorial UARIV vigencias 2014-2020	1	1
	4	2
	6	1


Fuente: Propia

Atendiendo lo anterior, el Equipo Auditor aplica una herramienta que a partir de parámetros estandarizados y el ejercicio realizado por el auditado determina si se dan los mínimos necesarios para mejorar, cerrar, o si por el contrario se mantiene abierta la debilidad. Este último implica que, si bien las acciones planteadas se cumplen, ellas no tienen la fuerza ni la efectividad requerida para superar la debilidad encontrada, documentada y comunicada en el ejercicio auditor que dio origen al plan de mejoramiento objeto del seguimiento. Así las cosas, y una vez evaluada la evidencia allegada se tiene el siguiente criterio auditor por cada hallazgo y actividad implementa por el área, obteniendo el siguiente resultado.:

i. Hallazgo No. 7 Auditoría Regular 2017

-Actividad No. 1: Concepto de la Oficina de Control Interno: La Oficina de Control Interno, durante el desarrollo de la auditoria a la Dirección de Registro y Gestión de la Información efectuado en el segundo semestre de la vigencia 2022 hizo seguimiento, a las actividades propuestas para superar las causas que originaron el hallazgo No. 7 de la Auditoria de Cumplimiento 2017 efectuada en 2018. El área entregó como evidencia dos actas, la primera con título acta Ruta primer año hallazgo 4 de fecha 10 de agosto de 2018 cuyo objetivo es Armonizar los criterios para la automatización de la ruta de primer año en el ejercicio de pruebas; y la segunda acta servicio trazabilidad con fecha 30 de noviembre de 2018 cuyo objetivo elementos de trazabilidad implementados en el servicio de consulta con Registraduría. En la actividad de verificación se le solicitó al proceso allegar información que diera cuenta de la actividad de automatización en el intercambio de información entre la UARIV y la RENEC, para el efecto remiten documentos sin fecha y en formatos no institucionales. Frente a estos documentos la Oficina de Control Interno, establece que no hay elementos de certeza que permitan concluir las afirmaciones en ellos contenidos en razón a carecer a las formalidades que deben tutoriar todo documento en el sistema de gestión institucional. Examinadas las evidencias, la Oficina de Control Interno encuentra que no le allegaron evidencias que soporten la automatización a la cual se habían comprometido para el intercambio de información con la RENEC. Se entiende que un sistema esta sistematizado en la medida en que su operación tiene un nivel de inteligencia que le permite determinar si es o no procedente una operación sin la necesidad de la intervención humana, más allá de la necesaria en la programación. Por lo anterior se da por no cumplida la actividad N 1 del hallazgo 7 y se le recomienda a la dirección general solicitarle al responsable del proceso la reformulación de la actividad del plan de mejoramiento de tal manera que con las nuevas actividades se supere definitivamente la causa raíz que da origen a la tacha fiscal relaciona con el pago de ayudas humanitarias de fallecidos.

-Actividad No. 2: Concepto de la Oficina de Control Interno: La Oficina de Control Interno verifica la actividad relacionada con "Control de la transacción sobre los servicios implementados y aplicación de sistemas de intercambio seguro, cuando se realicen intercambios de datos, para evidenciar el cumplimiento de los procedimientos". Al respecto el proceso remite como evidencia la trazabilidad de correos electrónicos de fecha de 30 de mayo de 2019 que hacen referencia a la consulta que se realiza de las bases de la RENEC del Web Service con VIVANTO. Como resultado de las pruebas de

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 94 de 114

auditoria el área remite unos documentos denominados manuales que no cumplen con las características del SIG. Dichos manuales fueron consultados por la Oficina de Control Interno desde la página institucional sin encontrarlos publicados. Dado que estas evidencias carecen de las formalidades pertinentes y además no tienen la capacidad de romper la incertidumbre auditora en el sentido de establecer un control efectivo a las transacciones y una adecuada seguridad de la información, se determina que la actividad no ha sido cumplida. Por otra parte, el área señala que el control con el que cuenta es una lista de auditoría que se toma de lo que todo sistema de información tiene y que se denomina técnicamente Log de auditoría. En esta medida la Oficina de Control interno considera que no se ha diseñado un sistema de control con las características que contemporáneamente debe tener y que pretenda ser eficiente y efectivo. No se puede confundir un control diseñado exclusivamente para las transacciones con el log de auditoría del aplicativo. En este escenario los controles están dados por la RENEK cuando operacionalmente se ingresa a sus bases de datos a través del Web Service y no son controles nativos de la entidad.

Por lo anterior la OCI le recomienda a la dirección general solicitar al responsable del proceso la reformulación de la actividad de tal manera que, en conjunto con la automatización, el control que se diseñe y aplique propenda por erradicar la causa raíz que origino la tacha fiscal.

ii. **Hallazgo No. 8 Auditoría Regular 2017**


- **Actividad No. 1:** Concepto de la Oficina de Control Interno: La Oficina de Control Interno, durante el desarrollo de la auditoria a la Dirección de Registro y Gestión de la Información efectuado en el segundo semestre de la vigencia 2022 hizo seguimiento, a las actividades propuestas para superar las causas que originaron el hallazgo No. 8 de la Auditoria de Cumplimiento 2017 efectuada en 2018. El área entrego como evidencia un acta con enunciada como acta Hallazgo 8 y 9 Actividad con fecha con fecha de 28 de noviembre de 2018 cuyo objetivo es analizar las actividades realizadas para el hallazgo 8, actividad "implementar el ajuste a las reglas de visualización en la herramienta Vivanto" y confirmar como se está visualizando la información de RUV.

En la actividad de verificación se le solicitó al proceso allegar información que diera cuenta de la correcta implementación de las reglas que permitan la correcta la visualización de los datos de acuerdo a los estado reflejados en el RUV y que den claridad total de los datos en su implementación sin embargo, para el efecto remiten solamente acta con pantallazos y visualización de estados, en el cual no se ve un informe ni pruebas referentes a la implementación pruebas y completa verificación de que no se vuelva a presentar el error que origino el hallazgo. Frente a estos documentos la Oficina de Control Interno establece que no hay elementos de certeza que permitan concluir las afirmaciones en ellos contenidos, en razón a carecer de las implementaciones técnicas que todo documento técnico contiene en el marco de verificar la correcta puesta en producción en un sistema de información en la entidad.

Examinadas las evidencias la Oficina de Control Interno encuentra que no le allegaron evidencias que soporten el método de la completa implementación por sus fases, como lo son análisis, diseño, construcción, implementación y objetivo que caracteriza lo necesario en la programación. Por lo anterior se da por no cumplida la actividad N 1 del hallazgo 8 y se le recomienda a la dirección general solicitarle al responsable del proceso la reformulación de la actividad del plan de mejoramiento de tal manera que con las nuevas actividades se supere definitivamente la causa raíz que da origen a la tacha fiscal relaciona con la integridad de datos en el aplicativo RUV.

iii. **Hallazgo No. 9 Auditoría Regular 2017**



 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 95 de 114

- **Actividad No. 1:** Concepto de la Oficina de Control Interno: La Oficina de Control Interno, durante el desarrollo de la auditoría a la Dirección de Registro y Gestión de la Información efectuado en el segundo semestre de la vigencia 2022 hizo seguimiento, a las actividades propuestas para superar las causas que originaron el hallazgo No. 9 de la Auditoría de Cumplimiento 2017 efectuada en 2018. El área entregó como evidencia un acta enunciada como acta Hallazgo 8 y 9 Actividad con fecha con fecha de 28 de noviembre de 2018 cuyo objetivo es analizar las actividades realizadas para el hallazgo 8, actividad "implementar el ajuste a las reglas de visualización en la herramienta Vivanto" y confirmar como se está visualizando la información de RUV.


En la actividad de verificación se le solicitó al proceso allegar información que diera cuenta de la correcta implementación de las reglas que permitan la correcta visualización de los datos de acuerdo con los estados reflejados en el RUV y que den claridad total de los datos en su implementación, así pues, la evidencia presentada genera incertidumbre debido a que el acta presentada detalla sobre el hallazgo No. 8 y no trata en ningún momento sobre la implementación de lo que indica el hallazgo No. 9 lo que desmiente la evidencia y no genera certeza de la información contemplada; también en lo que refiere a las otras evidencias allegadas, no se encuentra una concordancia en el modelo y manual acorde a la entidad y los documentos no tienen identificación que permitan concluir las afirmaciones en ellos contenidos en razón a carecer de las implementaciones técnicas que todo documento técnico contiene en el marco de verificar la correcta implementación en un sistema de información en la entidad.

Examinadas las evidencias la Oficina de Control Interno encuentra que no le allegaron evidencias que soporten el método de la completa implementación por sus fases, como lo son análisis, diseño, construcción, implementación y objetivo que caracteriza lo necesario en la programación. Por lo anterior se da por no cumplida la actividad N 1 del hallazgo 9 y se le recomienda a la Dirección General solicitarle al responsable del proceso la reformulación de la actividad del plan de mejoramiento de tal manera que con las nuevas actividades se supere definitivamente la causa raíz que da origen a la tacha fiscal relacionada con la integridad de datos en el aplicativo RUV.

iv. Hallazgo No. 12 Auditoría Regular Financiera 2018

- **Actividad No. 1** Concepto de la Oficina de Control Interno: No se evidencia las sesiones de revisión y análisis con las cuales determine como hacer el proceso de integración antes de poder realizar una posible regla definitiva que supere la debilidad. De otra parte, no se evidencia que frente a las entidades involucradas exista un documento técnico que sustente las solicitudes de actualización; como se evidencia a través de la traza de correos institucionales de asunto: "Actualización de fuentes de información" a partir de la vigencia 2019.

De otro lado, si bien se verifica el manual operativo del modelo de subsistencia mínima, así como los nuevos registros administrativos para las mediciones de SM en la herramienta de subsistencia mínima, la cual desarrolló un módulo de reportes con una opción llamada "reporte de opción de indicios" que permiten tener campos cruzados con nuevas fuentes para eliminar y/o controlar las inconsistencias de la información. así también se genera un reporte de cruce de indicios por Código PAARI-subsistencia mínima, para los temas de cruzados, para el caso de las bases de datos de la Dian, Colpensiones y fomag. No se logra evidenciar la integración de todos los sistemas de información y convenios involucrados para la determinación de la medida de carencia. Por lo anterior se da por no cumplida la actividad; se le recomienda a la Dirección General solicitarle al responsable

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 96 de 114

del proceso la reformulación de la actividad del plan de mejoramiento de tal manera que con las nuevas actividades se supere definitivamente la debilidad.

- **Actividad No. 2** Concepto de la Oficina de Control Interno: En las evidencias examinadas la Oficina de Control Interno encuentra que no allegaron soportes con relación a la automatización, tablas maestras, bases de datos que permita ver el proceso de extracción y en el control de calidad de la información. Dado que un informe, actas o listas de asistencias no superan la incertidumbre del auditor. Por lo anterior se da por no cumplida la actividad; se le recomienda a la Dirección General solicitarle al responsable del proceso la reformulación de la actividad del plan de mejoramiento de tal manera que con las nuevas actividades se supere definitivamente la debilidad.
- **Actividad No. 3** Concepto de la Oficina de Control Interno: En la actividad de verificación se le solicitó al proceso allegar información que diera cuenta de la actividad técnica de la prueba piloto para el servicio de aplicación para la gestión de Novedades RUV en Indemniza para gestionar las solicitudes de actualización, por lo cual el auditado no apporto evidencias del trabajo realizado. Por lo anterior se da por no cumplida la actividad; se le recomienda a la dirección general solicitarle al responsable del proceso la reformulación de la actividad del plan de mejoramiento de tal manera que con las nuevas actividades se supere definitivamente la debilidad.
- **Hallazgo No. 49 Auditoría Regular 2013 II**
- **Actividad No. 1:** Concepto de la Oficina de Control Interno: El equipo auditor evidencia que para el hallazgo 49 el registro del hecho victimizante corresponde al marco normativo de la Ley 418 del 2013. A la fecha se han implementado mejoras en la documentación con la aplicación del procedimiento toma de solicitud de indemnización administrativa y anexos que permite la identificación plena del destinatario a través de apoyo de SGV y el apoyo de escalamiento de novedades que permiten identificar y controlar estos casos.


Sin embargo, el auditor evidencia que la mejora actual no alcanza a cubrir el hallazgo, por tratarse de un registro histórico, se verifica estar pendiente y en proceso junto con otros registros que actualmente se encuentran en una base de datos de nombre "histórico de pagos 418" con "un estado SIV con concepto de reserva técnica pendiente por definir". Por lo anterior se da por no cumplida la actividad; se le recomienda a la Dirección General solicitarle al responsable del proceso la reformulación de la actividad del plan de mejoramiento de tal manera que con las nuevas actividades se supere definitivamente la debilidad.

- **Hallazgo No. 16 Auditoría Regular.**
- **Actividad No. 1:** Concepto de la Oficina de Control Interno: Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de auditoría de 2019 para eliminar la debilidad - Hallazgo No.16 con Código (H-16) asociada al cumplimiento de los requerimientos normativos y de gestión del Sistema de Control Interno asociado al proceso de Registro y valoración; el auditor en la evaluación de seguimiento determino las siguientes conclusiones:

Criterio 1. Analizada y evaluada la causa, la cual SI se relaciona con la debilidad.

Criterio 2. Analizada y evaluada la actividad, la cual NO cumple y NO se relaciona con la CAUSA descrita y NO pretende eliminar la debilidad.

Criterio 3. De acuerdo con las evidencias para la actividad; las cuales fueron analizadas y evaluadas: se evidencia la versión 03 del Manual de Criterios de valoración con Código: 510.05.06-14 de fecha

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 97 de 114

del 25 de junio de 2021; este documento tiene por objetivo "Precisar los criterios y lineamientos que orientan el procedimiento de valoración de las solicitudes de inscripción en el Registro Único de Víctimas, con el fin de adoptar las decisiones sobre su inclusión o no inclusión en el mismo de forma objetiva y dar a conocer a las víctimas, organismos de control y la población en general, los mecanismos implementados para la toma de estas decisiones en los términos de los artículos 3, 155 y subsiguientes de la Ley 1448 de 2011 y los artículos 2.2.2.3.10 y subsiguientes del Decreto 1084 de 2015"; el cual no es un procedimiento que permita determinar los controles asociados a las actividades de registro de la información de asignación de indemnizaciones judiciales como se establece en la acción de mejora. Así mismo se evidencia el acta No. 1 de fecha 15 de junio de 2021 con asunto "Elaborar el Plan de trabajo para depurar los casos donde no se logre acreditar con fuentes externas para la plena identificación de la persona"; Estas evidencias son pertinente para dar solución parcial a la actividad; pero no permiten el impacto requerido para el cierre de la debilidad para el sistema de control interno asociado a los procesos y áreas que intervienen.

Criterio 4. Los criterios anteriormente analizados y evaluados están con una escala de valoración de cumplimiento del 55% con una zona de solidez baja lo que implica que estaría en un ESTADO DE REFORMULACION.

Se examinan las evidencias allegadas por el auditado a saber: se evidencia la versión 03 del Manual de Criterios de Valoración con Código: 510.05.06-14 de fecha del 25 de junio de 2021; este documento tiene por objetivo "Precisar los criterios y lineamientos que orientan el procedimiento de valoración de las solicitudes de inscripción en el Registro Único de Víctimas, con el fin de adoptar las decisiones sobre su inclusión o no inclusión en el mismo de forma objetiva y dar a conocer a las víctimas, organismos de control y la población en general, los mecanismos implementados para la toma de estas decisiones en los términos de los artículos 3, 155 y subsiguientes de la Ley 1448 de 2011 y los artículos 2.2.2.3.10 y subsiguientes del Decreto 1084 de 2015". Así mismo se evidencia el acta No. 1 de fecha 15 de junio de 2021 con asunto "Elaborar el Plan de trabajo para depurar los casos donde no se logre acreditar con fuentes externas para la plena identificación de la persona"

Una vez evaluados los soportes documentales de la actividad ejecutada que aporta el proceso auditado de la DRGI con la cual pretende eliminar el hallazgo, la OCI determina que si bien el sistema cuenta con la información del estado actual del sistema (documentos radicados, imágenes cargadas, documentos indexados, documentos revisados, documentos glosados, documentos estandarizados por el Sistema Integrado de Gestión), estas evidencias son pertinentes para dar solución parcial a la actividad pero no permiten el impacto requerido para el cierre de la debilidad para el sistema de control interno asociado a los procesos y áreas que intervienen.


Con lo anterior, analizados y evaluados los criterios de cumplimiento se da por no cumplida la actividad 1 del hallazgo 16 y se le recomienda a la Dirección General requerir al responsable del proceso la reformulación de la actividad del plan de mejoramiento de tal manera que con las nuevas actividades se supere definitivamente la causa raíz que da origen a la falta de control en los registros de la información de las resoluciones de asignación de Indemnizaciones Judiciales en las bases de datos (...).

v. Hallazgo No. 17 Auditoría Regular 2019 de Cumplimiento

- **Actividad No. 1:** Concepto de la Oficina de Control Interno: Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento con fecha de 2019 para eliminar la debilidad - Hallazgo No.17 con Código (H-17) asociada al cumplimiento de los requerimientos normativos y de gestión del Sistema de Control



SC-CERS12366 ST-CER814217 SA-CER907789 SI-CER866089

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 98 de 114

Interno asociado al proceso de Registro y valoración; el auditor en la evaluación de seguimiento determino las siguientes conclusiones:

Criterio 1. Analizada y evaluada la causa, la cual SI se relaciona con la debilidad.

Criterio 2. Analizada y evaluada la actividad, la cual si cumple y si se relaciona con la causa descrita y SI pretende eliminar la debilidad.

Criterio 3. De acuerdo con las evidencias para la actividad; las cuales fueron analizadas y evaluadas: se evidencia el informe perfilado de tabla de indemnizaciones v1.0 elaborado por la Subdirección Red Nacional de información con fecha de 30 de junio de 2021; se requiere evidencias adicionales como son las actas de seguimiento de acuerdo con lo establecido por el auditado. Estas evidencias son pertinentes para dar solución parcial a la actividad; pero no permiten el impacto requerido para el cierre de la debilidad para el sistema de control interno asociado a los procesos y áreas que intervienen.

Criterio 4. Los criterios anteriormente analizados y evaluados están con una escala de valoración de cumplimiento del 75% con una zona de solidez media lo que implica que estaría en un ESTADO DE REFORMULACION.

Se examinan las evidencias allegadas por el auditado a saber: el informe perfilado de tabla de indemnizaciones v1.0 elaborado por la Subdirección Red Nacional de Información con fecha de 30 de junio de 2021; se requiere evidencias adicionales como son las actas de seguimiento de acuerdo con lo establecido en las actividades.

Una vez evaluados los soportes documentales de la actividad ejecutada que aporta el proceso auditado de la DRGI con la cual pretende eliminar la debilidad la OCI determina que si bien el sistema cuenta con la información del estado actual del sistema (documentos revisados); estas evidencias son pertinentes para dar solución parcial a la actividad; pero no permiten el impacto requerido para el cierre de la debilidad para el sistema de control interno asociado a los procesos y áreas que intervienen.

Con lo anterior, analizados y evaluados los criterios de cumplimiento se da por no cumplida la actividad 1 del hallazgo 17 y se le recomienda a la Dirección General requerir al responsable del proceso la reformulación de la actividad del plan de mejoramiento de tal manera que con las nuevas actividades se supere definitivamente la causa raíz que da origen a la falta de controles para la confiabilidad e integridad de la información que reposa en las bases de datos de las indemnizaciones judiciales y su interacción con los diferentes sistemas de información de la Entidad (...)."


vi. Hallazgo No. 18 Auditoría Regular 2019 de Cumplimiento

- **Actividad No. 1:** Concepto de la Oficina de Control Interno: Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento de auditoría de 2019 para eliminar la debilidad - Hallazgo No.16 con Código (H-18) asociada al cumplimiento de los requerimientos normativos y de gestión del Sistema de Control Interno asociado al proceso de Registro y valoración; el Auditor en la evaluación de seguimiento determino las siguientes conclusiones:

Criterio 1. Analizada y evaluada la causa, la cual SI se relaciona con la debilidad.

Criterio 2. Analizada y evaluada la actividad, la cual no cumple y no se relaciona con la causa descrita y NO pretende eliminar la debilidad.

Criterio 3. De acuerdo con las evidencias para la actividad; las cuales fueron analizadas y evaluadas: se evidencias actas y lista de asistencia de fecha 17/03/2021 con asunto: Capacitar a funcionarios

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 99 de 114

de Vía Judicial en búsqueda de bases y Consulta, fuentes de Internas y externas -UARIV.(: Capacitación Virtual TEAMS); en el desarrollo de la capacitación de tomaron las siguientes herramientas y aplicativos de consulta (consultas VIVANTO, consulta VIVANTO módulo de reportes, consultas RUV, consultas SIRAV, ORFEO, ORFEO DPS, CONSULTAS SIPOD: Sistema de Información de Población desplazada (RUPD), consultas visor GD visor gestión documental: Herramienta que permite la consulta de imágenes referentes a declaraciones, documentos complementarios y resoluciones, CONSULTAS ASDOC ASDOC: Es un sistema que permite gestionar y consultar los diferentes tipos documentales, desde su radicación hasta su digitalización y consulta de imágenes en línea. El sistema cuenta con la información del estado actual del sistema (documentos radicados, imágenes cargadas, documentos indexados, documentos revisados, documentos glosados, documentos cerrados); radicación de documentos, consultas de los documentos digitalizados, reparto indexación y digitación de documentos, REGISTRADURIA, SISBEN, entre otros. Estas evidencias son pertinentes para dar solución parcial a la actividad; pero no permiten el impacto requerido para el cierre de la debilidad para el sistema de control interno asociado a los procesos y áreas que intervienen.

Criterio 4. Los criterios anteriormente analizados y evaluados están con una escala de valoración de cumplimiento del 35% con una zona de solidez baja lo que implica que estaría en un estado de reformulación

Se examinan las evidencias allegadas por el auditado a saber: actas y lista de asistencia de fecha 17/03/2021 con asunto: Capacitar a funcionarios de Vía Judicial en búsqueda de bases y Consulta, fuentes de Internas y externas -UARIV. (Capacitación Virtual TEAMS); en el desarrollo de la capacitación de tomaron las siguientes herramientas y aplicativos de consulta (consultas VIVANTO, consulta VIVANTO módulo de reportes, consultas RUV, consultas SIRAV, ORFEO, ORFEO DPS, CONSULTAS SIPOD

SIPOD: Sistema de Información de Población Desplazada (RUPD), CONSULTAS VISOR GD VISOR GESTIÓN DOCUMENTAL: Herramienta que permite la consulta de imágenes referentes a declaraciones, documentos complementarios y resoluciones, CONSULTAS ASDOC. ASDOC: Es un sistema que permite gestionar y consultar los diferentes tipos documentales, desde su radicación hasta su digitalización y consulta de imágenes en línea.


Una vez evaluados los soportes documentales de la actividad ejecutada que aporta el proceso auditado de la DRGI con la cual pretende eliminar la debilidad la OCI determina que si bien el sistema cuenta con la información del estado actual del sistema (documentos radicados, imágenes cargadas, documentos indexados, documentos revisados, documentos glosados, documentos cerrados); radicación de documentos, consultas de los documentos digitalizados, reparto indexación y digitación de documentos, REGISTRADURIA, SISBEN, entre otros. Estas evidencias son pertinentes para dar solución parcial a la actividad; pero no permiten el impacto requerido para el cierre de la debilidad para el sistema de control interno asociado a los procesos y áreas que intervienen.

Con lo anterior, analizados y evaluados los criterios de cumplimiento se da por no cumplida la actividad 1 del hallazgo 18 y se le recomienda a la dirección general requerir al responsable del proceso la reformulación de la actividad del plan de mejoramiento de tal manera que con las nuevas actividades se supere definitivamente la causa raíz que da origen a la tacha fiscal relacionada con el cruce de los 32 registros de los números de cedula se identificó diferentes nombres y apellidos.

- **Actividad No. 2:** Concepto de la Oficina de Control Interno: Una vez analizado el seguimiento al Plan de Mejoramiento de auditoría de 2019 para eliminar la debilidad - Hallazgo No.16 con Código (H-18) asociada al cumplimiento de los requerimientos normativos y de gestión del Sistema de Control



SC-CER912366 ST-CER914217 SA-CER907789 SI-CER988689

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 100 de 114

Interno asociado al proceso de Registro y valoración; el auditor en la evaluación de seguimiento determino las siguientes conclusiones:

Criterio 1. Analizada y evaluada la causa, la cual SI se relaciona con la debilidad.

Criterio 2. Analizada y evaluada la actividad, la cual no cumple y no se relaciona con la CAUSA descrita y NO pretende eliminar la debilidad.

Criterio 3. De acuerdo con las evidencias para la actividad; las cuales fueron analizadas y evaluadas: se evidencian actas y lista de asistencia de fecha 17/03/2021 con asunto: Capacitar a funcionarios de Vía Judicial en búsqueda de bases y Consulta, fuentes de Internas y externas -UARIV.(: Capacitación Virtual TEAMS); en el desarrollo de la capacitación de tomaron las siguientes herramientas y aplicativos de consulta (consultas VIVANTO, consulta VIVANTO módulo de reportes, consultas RUV, consultas SIRAV, ORFEO, ORFEO DPS, CONSULTAS SIPOD SIPOD: Sistema de Información de Población Desplazada (RUPD), CONSULTAS VISOR GD VISOR GESTIÓN DOCUMENTAL: Herramienta que permite la consulta de imágenes referentes a declaraciones, documentos complementarios y resoluciones, CONSULTAS ASDOC


ASDOC: Es un sistema que permite gestionar y consultar los diferentes tipos documentales, desde su radicación hasta su digitalización y consulta de imágenes en línea. El sistema cuenta con la información del estado actual del sistema (documentos radicados, imágenes cargadas, documentos indexados, documentos revisados, documentos glosados, documentos cerrados); radicación de documentos, consultas de los documentos digitalizados, reparto indexación y digitación de documentos, REGISTRADURIA, SISBEN, entre otros.

Criterio 4. Los criterios anteriormente analizados y evaluados están con una escala de valoración de cumplimiento del 35% con una zona de solidez baja lo que implica que estaría en un estado de reformulación.

Se examinan las evidencias allegadas por el auditado a saber: actas y lista de asistencia de fecha 17/03/2021 con asunto: Capacitar a funcionarios de Vía Judicial en búsqueda de bases y Consulta, fuentes de Internas y externas -UARIV.(: Capacitación Virtual TEAMS); en el desarrollo de la capacitación de tomaron las siguientes herramientas y aplicativos de consulta (consultas VIVANTO, consulta VIVANTO módulo de reportes, consultas RUV, consultas SIRAV, ORFEO, ORFEO DPS, CONSULTAS SIPOD SIPOD: Sistema de Información de Población Desplazada (RUPD), CONSULTAS VISOR GD VISOR GESTIÓN DOCUMENTAL: Herramienta que permite la consulta de imágenes referentes a declaraciones, documentos complementarios y resoluciones, CONSULTAS ASDOC. ASDOC: Es un sistema que permite gestionar y consultar los diferentes tipos documentales, desde su radicación hasta su digitalización y consulta de imágenes en línea. Estas evidencias son pertinentes para dar solución parcial a la actividad; pero no permiten el impacto requerido para el cierre de la debilidad para el sistema de control interno asociado a los procesos y áreas que intervienen.

Con lo anterior, analizados y evaluados los criterios de cumplimiento se da por no cumplida la actividad 2 del hallazgo 18 y se le recomienda a la dirección general requerir al responsable del proceso la reformulación de la actividad del plan de mejoramiento de tal manera que con las nuevas actividades se supere definitivamente la causa raíz que da origen a la tacha fiscal relacionada con el cruce de los 32 registros de los números de cedula se identificó diferentes nombres y apellidos.

- **Actividad No. 3:** Concepto de la Oficina de Control Interno: La Oficina de Control Interno, durante el desarrollo de la auditoria a la Dirección de Registro y Gestión de la Información hizo seguimiento a las actividades propuestas para superar las causas que originaron el hallazgo No.18 de la Auditoria de Cumplimiento 201... efectuada en 2018. El área cargó en la carpeta compartida de evidencias

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 101 de 114


dispuesta por la OCI, una base de datos en documento Excel llamado "Gestión reparaciones actualización documento"; tal y como se había anunciado en el plan de mejoramiento suscrito.

En la actividad de verificación se encontró que efectivamente se constituyó una base de datos con los casos identificados según lo descrito en la debilidad y cuyas solicitudes de novedades fueron creadas y actualizadas en el RUV y los respectivos casos cerrados, todo esto para los periodos 2020 y 2021, permitiendo que la DRGI y la sub dirección de reparación individual manejen la misma información respecto de las víctimas y así procurar que no se presenten reprogramaciones de atenciones o ayudas humanitarias y de pagos de indemnización que se endilguen a la Unidad.

Examinadas las evidencias, la Oficina de Control Interno encuentra que no se allegaron los soportes respectivos correspondientes a los casos identificados y depurados durante lo corrido del 2022 hasta la fecha del cargue de evidencias para la presente auditoria, lo que genera una incertidumbre al equipo auditor, que lleva a concluir que la acción de mejora se dejó de implementar para la presente anualidad. Por lo anterior se da por cumplida parcialmente la actividad con el compromiso que para el próximo seguimiento se presente la base de casos correspondiente al 2022, de tal suerte que se evidencie un trabajo constante y actual que propenda por eliminar la causa raíz.

- **Actividad No. 4:** Concepto de la Oficina de Control Interno: La Oficina de Control Interno coteja la actividad #2 relacionada con "Plan de trabajo para depurar los casos identificados". Al respecto el proceso no remitió ningún documento que evidencie la creación de un plan de trabajo organizado y estructurado que repose en algún documento escrito o digital que sentará las instrucciones básicas de cómo se iba a proceder para intervenir la correspondiente debilidad; sin embargo, de las diferentes evidencias aportadas tales como informes, actas de reunión, mails, etc., y de las pruebas de recorrido desarrolladas por el equipo auditor, se pudo constatar que hubo una organización y una división del trabajo encaminado a superar el hallazgo que nos ocupa. Por lo anterior se tendrá como cerrada esta actividad
- **Actividad No. 5:** Concepto de la Oficina de Control Interno: La Oficina de Control Interno coteja la actividad #2 relacionada con "Plan de trabajo para depurar los casos identificados". Al respecto el proceso no remitió ningún documento que evidencie la creación de un plan de trabajo organizado y estructurado que repose en algún documento escrito o digital que sentará las instrucciones básicas de cómo se iba a proceder para intervenir la correspondiente debilidad; sin embargo, de las diferentes evidencias aportadas tales como informes, actas de reunión, mails, etc., y de las pruebas de recorrido desarrolladas por el equipo auditor, se pudo constatar que hubo una organización y una división del trabajo encaminado a superar el hallazgo que nos ocupa. Por lo anterior se tendrá como cerrada esta actividad
- **Actividad No. 6:** Concepto de la Oficina de Control Interno: El equipo auditor examina la actividad #5 propuesta por el auditado la cual consiste en "Reporte de casos depurados a partir de la identificación realizada", para lo cual se examinó el documento aportado por el auditor llamado "Informe de registros depurados novedades identificación corte 1 de enero a 20 de noviembre de 2021", arrojando un total de 172 registros depurados efectivamente.

Sin embargo, nuevamente no se aclara de manera alguna cuales han sido los casos identificados y depurados en lo corrido del año 2022, por lo que se considera que la actividad se cumple parcialmente, pero al tener un porcentaje de ejecución del 75%, se tendrá por cerrada esta actividad con el compromiso de que para futuros seguimientos se tenga el reporte completo para el periodo faltante.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 102 de 114

- **Actividad No. 7:** Concepto de la Oficina de Control Interno: Durante el ejercicio de auditoria se analizó la actividad #6 consistente en "Actualizar el RUV con la nueva tipología de documento", para lo cual fue necesaria una prueba de recorrido in situ con el funcionario competente en donde aleatoriamente se consultó un documento de identidad y se verifico personalmente por el equipo auditor, que la herramienta VIVANTO tiene a disposición una nueva opción llamada "OTRO", la cual permite que se recojan otros documentos diferentes a cedula de extranjería o pasaporte.

Así mismo, se aportaron capturas de pantalla de la herramienta VIVANTO, en las cuales consta que la nueva opción "OTRO" se encuentra actualmente en total funcionalidad lo cual reduce ostensiblemente que para un mismo número de identificación aparezcan diferentes individuos.

Por lo anterior, La Oficina de Control Interno considera la actividad cerrada ya que su nivel porcentual de cumplimiento llega al 100%.

- **Actividad No. 8:** Concepto de la Oficina de Control Interno: La Oficina de Control Interno, durante el desarrollo de la auditoria a la Dirección de Registro y Gestión de la Información efectuado en el segundo semestre de la vigencia 2022 hizo seguimiento, a las actividades propuestas para superar las causas que originaron el hallazgo No. 18 de la Auditoria de Cumplimiento 2019 efectuada en 2020. Se examinan las evidencias allegadas por el auditado a saber:

Acta de Reunión equipo DRGI_No. 1 con fecha del 17 de febrero de 2021: A través del cual se realiza revisión al aplicativo solicitado se inicia el trabajo de planeación a fin de desarrollar en VIVANTO módulo para la gestión y seguimiento a la inclusión de personas en el RUV por medio de las sentencias judiciales.


Acta de Reunión Equipo de la SRNI_No. 3: con fecha del 15 de diciembre del 2021_ Se realiza el despliegue en ambientes de prueba del módulo de VIVANTO desarrollado por la gestión de las sentencias judiciales. Se realiza prueba del módulo en el cual solo acceden los usuarios activos se visualiza en color si no tiene permisos no le permite el ingreso y aparece en gris.

Acta de Reunión Equipo de DRGI y SRNI: Con fecha del 7 y 21 de septiembre del 2021 revisar el paso a paso del trámite de las ordenes relacionadas a las sentencias de Restitución de Tierras.

Documento con el paso a paso análisis restitución de tierras- vía judicial: asignación del caso, análisis de la sentencia, diligenciamiento de formatos y remisión de los documentos al analista de calidad.

Nueva Versión RUV - Propuesta SRV: Cronograma General del manejo de cada uno de los procedimientos.

Una vez evaluados los soportes documentales de la actividad ejecutada que aporta el proceso auditado de la DRGI con la cual pretende eliminar la debilidad y lo visto en la prueba de recorrido efectuada el martes 25 de octubre de la presente anualidad se solicitó al proceso allegar información que diera cuenta de la actividad propuesta de incorporar el módulo en VIVANTO desarrollado para la gestión de las sentencias judiciales, la cual efectivamente se crea con el fin de que los procesos como la OAJ el FRV y la DRGI manejen la misma información y se permita el acceso a las víctimas para que ingresen y actualicen sus datos. Sin embargo, la Oficina de Control Interno no encuentra elementos suficientes que, de certeza de la efectividad de lo propuesto por el área, toda vez que no se logra

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 103 de 114


dilucidar la comunicación entre las herramientas dispuestas para el control de la información víctima que subsane la deficiencia identificada por la CGR.

Con lo anterior, analizados y evaluados los criterios de cumplimiento se da por no cumplida la actividad 3 del hallazgo 18 y se le recomienda a la dirección general requerir al responsable del proceso la reformulación de la actividad del plan de mejoramiento de tal manera que con las nuevas actividades se supere definitivamente la causa raíz que da origen a la tacha fiscal relacionada con el cruce de los 32 registros de los números de cedula se identificó diferentes nombres y apellidos.

- **Actividad No. 9:** Concepto de la Oficina de Control Interno: La Oficina de Control Interno, durante el desarrollo de la auditoría a la Dirección de Registro y Gestión de la Información efectuado en el segundo semestre de la vigencia 2022 hizo seguimiento, a las actividades propuestas para superar las causas que originaron el hallazgo No. 18 de la Auditoría Regular de Cumplimiento 2019 efectuada en 2020. El área auditada en la carpeta compartida para la auditoría no allegó documento relacionado con la actividad "Informe de actualizaciones realizadas en Indemniza" Sin embargo, se evidencia acta No. 1 del 19 de agosto del 21, de la DRGI - Virtual/vía teams. Con el Objetivo: "Reunión de Equipo seguimiento Implementación Novedades Indemniza" así como también, informe de Seguimiento del procedimiento Data Quality Actualizaciones y Novedades de la DRGI fechado del 31 de agosto del 2021 (fechas que excede el periodo propuesto en el PM). Una vez evaluado el Informe de seguimiento de la implementación realizada en el sistema Indemniza, el Equipo Auditor evidencia que la herramienta Vivanto e Indemniza se crea en procura de centralizar la información y mantener actualizado el modelo integrado. No obstante, no se logra establecer si dentro de los casos que a la fecha se han gestionado en esta herramienta se encuentre subsanados los casos identificados por la CGR producto del hallazgo del informe auditor.

Conforme lo anterior, analizados y evaluados los criterios de cumplimiento se da por no cumplida la actividad 8 del hallazgo 18, pese a que la OCI valora el trabajo que actual la DRGI desarrolla en la mejora de las herramientas de información que busca centralizar toda la información que se encuentra en registro, retirar el uso de herramientas mecánicas y/o manuales, optimizar reportes más eficaces etc. Se recomienda a la dirección general requerir al responsable del proceso la reformulación de la actividad del plan de mejoramiento de tal manera que con las nuevas actividades se supere definitivamente la causa raíz que da origen a la tacha fiscal relacionada con el cruce de los 32 registros de los números de cedula se identificó diferentes nombres y apellidos.

- **Actividad No. 10:** Concepto de la Oficina de Control Interno: La Oficina de Control Interno, durante la ejecución de la auditoría a la Dirección de Registro y Gestión de la Información efectuado en el segundo semestre de la vigencia 2022 hizo seguimiento, a las actividades propuestas para superar las causas que originaron el hallazgo No. 18 de la Auditoría Regular de Cumplimiento 2019 efectuada en 2020. El área auditada en la carpeta compartida para la auditoría allegó como evidencia Acta No. 1 con fecha del 19 de agosto del 2021 con el equipo de la DRGI Seguimiento Implementación Novedades Indemniza. Como evidencia adicional se presenta captura de la Creación del módulo Indemniza. Una vez evaluados los soportes documentales de la actividad ejecutada que aporta el proceso auditado de la DRGI con la cual pretende eliminar la debilidad, el Equipo Auditor evidencia que efectivamente se crea el módulo de Novedades en Indemniza donde a través de esta herramienta se realiza el cruce de la Información con el proceso de Reparación quien consume la información que actualiza Registro y no permite modificarla. Sin embargo, en las evidencias se observa un avance del cruce de la información del 75%. Conforme lo anterior, analizados y evaluados los criterios de cumplimiento se da por no cumplida por lo que no se evidencia que los 32 casos puntuales de la CGR se hayan subsanado en la totalidad, Se recomienda a la dirección general requerir al responsable del

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 104 de 114


proceso la reformulación de la actividad del plan de mejoramiento de tal manera que con las nuevas actividades se supere definitivamente la causa raíz que da origen a la tacha fiscal relacionada con el cruce de los 32 registros de los números de cedula se identificó diferentes nombres y apellidos.

- **Actividad No. 11:** Concepto de la Oficina de Control Interno: La Oficina de Control Interno, durante el desarrollo de la auditoria a la Dirección de Registro y Gestión de la Información efectuado en el segundo semestre de la vigencia 2022 hizo seguimiento, a las actividades propuestas para superar las causas que originaron el hallazgo No. 18 de la Auditoria Regular de Cumplimiento 2019 efectuada en 2020. El área auditada allegó documento relacionado con la actividad "Informe de seguimiento que denote la efectividad de la implementación realizada en el sistema Indemniza" efectivamente se evidencia informe de Seguimiento del procedimiento Data Quality Actualizaciones y Novedades de la DRGI fechado del 31 de agosto del 2021. Una vez evaluado el Informe de seguimiento de la implementación realizada en el sistema Indemniza, el Equipo Auditor evidencia que la herramienta Vivanto e Indemniza se crea en procura de centralizar la información y mantener actualizado el modelo integrado. No obstante, no se logra establecer si dentro de los casos que a la fecha se han gestionado en esta herramienta se encuentre subsanados los casos identificados por la CGR producto del hallazgo del informe auditor.

Conforme lo anterior, analizados y evaluados los criterios de cumplimiento se da por no cumplida la actividad 10 del hallazgo 18, pese a que la OCI valora el trabajo que actual la DRGI desarrolla en la mejora de las herramientas de información que busca centralizar toda la información que se encuentra en registro, retirar el uso de herramientas mecánicas y/o manuales, optimizar reportes más eficaces etc. Se recomienda a la dirección general requerir al responsable del proceso la reformulación de la actividad del plan de mejoramiento de tal manera que con las nuevas actividades se supere definitivamente la causa raíz que da origen a la tacha fiscal relacionada con el cruce de los 32 registros de los números de cedula se identificó diferentes nombres y apellidos.

vii. Hallazgo No. 1 Actuación Especial de Fiscalización Intersectorial UARIV vigencias 2014 – 2020

- **Actividad No. 1:** Concepto de la Oficina de Control Interno: La Oficina de Control Interno, en el desarrollo de la auditoria a la Dirección de Registro y Gestión de la Información efectuado en el segundo semestre de la vigencia 2022, realiza seguimiento a las actividades propuestas para superar las causas que originaron el hallazgo No.1 de la Auditoria de Actuación Especial de Fiscalización Intersectorial UARIV vigencias 2014 a 2020 efectuada en 2021. El área entregó como evidencia: dos (2) correos electrónico del 15 y 28-03-2022, suscritos por la Subdirección Red Nacional de la Información, asunto: Implementación cruces masivos SIRC, una (1) copia acta de reunión No.3 del 14-03-2022, objetivo: Implementación cruces masivos SIRC y un (1) documento denominado "manual servicio web validación - Web Service validación de identidad", las cuales fueron verificadas y analizadas por la Oficina de Control Interno, dichas evidencias muestran el trabajo realizado por la Dirección de Registro y Gestión de la Información y la SRNI. Sin embargo, en la carátula del documento no se tiene identificado como "Manual de implementación" lo cual es inconsecuente con la descripción y evidencia de la actividad establecida por el auditado; en el contenido de este se encuentra información referente a: 1. definición contexto, 2. acceso y conexión y 3. Método la consulta de Validación de identidad 647 (donde se relaciona un cuadro con información concerniente a variable, muestra dato y descripción). Asimismo, el documento en mención no tiene registrado el día, mes y año de elaboración que permita establecer si fue realizado dentro de las fechas de inicio y finalización determinadas en el plan de mejoramiento.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 105 de 114


Es importante que el auditado tenga en cuenta que, el objetivo de un manual es proveer los lineamientos, reglas o normas de cómo utilizar algo de una forma sistemática, explícita y ordenada, de igual manera, este debe tener una tabla de contenido donde se incluya: introducción, objetivo, alcance, definiciones, desarrollo (actividades), documentos de referencia y anexos. Por lo anteriormente descrito, el documento presentado como evidencia carece de información relevante en la estructura de su contenido que permita determinar su validez (como manual) y que cumpla con los requisitos que se requieren para contrarrestar y eliminar la causa por la cual se genera el hallazgo establecido por el ente de control.

Por lo anterior se da por no cumplida la actividad No.1 del hallazgo 1, y se recomienda a la dirección general solicitar al responsable del proceso la reformulación de la actividad del plan de mejoramiento de tal manera que con las nuevas actividades se supere definitivamente la causa raíz que da origen del hallazgo referente al pago de indemnización posterior a la fecha de defunción del beneficiario.

viii. Hallazgo No. 4 Actuación Especial de Fiscalización Intersectorial UARIV vigencias 2014 - 2020

- **Actividad No. 1:** Concepto de la Oficina de Control Interno: Concepto de la Oficina de Control Interno: La Oficina de Control Interno, durante el desarrollo de la auditoría a la Dirección de Registro y Gestión de la Información realizada en el segundo semestre de la vigencia 2022, efectúa la verificación de los soportes presentados por la Dirección de Registro y Gestión de la información y la Subdirección de Reparación individual, sustentados en dos (2) evidencias, la primera corresponde a un correo electrónico del 07 de marzo de 2022, asunto: Informe hallazgo 4, suscrito por profesional especializado del equipo de indemnizaciones de la Subdirección de Reparación Individual, donde manifiesta "(...) De acuerdo con el compromiso me permito enviar documento final debidamente firmado para dar cumplimiento a lo relacionado con el hallazgo No 4 correspondiente a la actuación especial de fiscalización CGR(...)". En el adjunto del citado correo, se encuentra el informe detallado hallazgo 4 actuación especial de fiscalización CGR 2021 - marzo 2022, suscrito por la subdirectora de Reparación Individual de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, que documentan la gestión adelantada por dicha Subdirección. Sin embargo, al realizar el seguimiento, análisis y evaluación del contenido concerniente a los doscientos treinta y cuatro (234) casos descritos en el informe, se observa que este presenta inconsistencias e incoherencias en la información registrada, toda vez que existen dos (2) puntos de referencia los cuales deben estar acordes; el primero está identificado como ""3.1 Anexo hallazgo 4 - Diferencia de nombres registrados en indemniza y la RNEC (F), (D), (P) Valores en pesos"", donde relacionan los 234 casos con información referente a: ítem, ID pago giro, fecha cobro reintegro giro, valor indemnización y revisión soporte bancario (En esta casilla se inscribe las iniciales de nombres y apellidos de la víctima que recibe la indemnización) y el segundo muestra el análisis detallado con la información de la persona que recibe la indemnización.

Debido a lo anterior, la oficina de control interno coteja las 2 informaciones con el fin de convalidar la exactitud existente entre ambas. No obstante, se observa que estas presentan incoherencias, tales como: 1). En el primer caso del primer punto de referencia (identificada con las iniciales ERDZ) no se registra el valor a pagar de la indemnización, y en el segundo aparece un valor efectivamente cobrado de \$11.790.000, 2). Al realizar el comparativo entre los dos (2) puntos de referencia descritos en el informe, solamente coinciden el valor de indemnización cobrado efectivamente en 8 de los 234 casos, 3). En el primer punto de referencia, cincuenta y cuatro (54) casos no registra información respecto a revisión de soporte bancario, once (11) no anexan soporte de pago y en dos (2) de los 234 casos se realizan 2 pagos a una misma persona, 4). en 8 de los 234 casos no coinciden las fechas (cobrado

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 106 de 114

efectivamente) y 5). El valor total de las indemnizaciones cobrado efectivamente por la víctima presenta una diferencia relevante entre los dos puntos de referencia.


Por lo anterior, para la oficina de control interno la información registrada en la evidencia es difusa, lo cual genera incertidumbre en cuanto a su veracidad, motivo por el cual se da por no cumplida la actividad No.1 del hallazgo 4 y se recomienda a la dirección general solicitar al responsable del proceso la reformulación de la actividad del plan de mejoramiento de tal manera que con las nuevas actividades se supere definitivamente la causa raíz que da origen al hallazgo relacionado con la diferencia de nombres registrados en Indemniza y la RNEC .

- **Actividad No. 2:** Concepto de la Oficina de Control Interno: La Oficina de Control Interno, en el desarrollo de la auditoria a la Dirección de Registro y Gestión de la Información efectuado en el segundo semestre de la vigencia 2022, realiza la verificación de las evidencias presentadas que documenta el trabajo efectuado por la Dirección de Registro y Gestión de la Información y la Subdirección de Reparación individual, la cual está soportado en: un (1) correo electrónico del 07 de julio de 2022, asunto: Urgente evidencias SRI- seguimiento plan mejoramiento actuación especial CGR corte junio, suscrito por contratista de la subdirección de reparación individual, donde describe "(...) De antemano pedimos excusas por el reporte fuera de término debido a las múltiples obligaciones por parte del equipo de gestión de la información de la subdirección. En archivos adjuntos remitimos los siguientes soportes: 1. Acta procedimiento reprogramaciones, 2. Procedimiento de reprogramaciones actualizado (es de aclarar que este procedimiento tuvo que actualizarse antes de la fecha registrada en el plan de mejoramiento debido a la solicitud realizada por la subdirección general de cara al proyecto de irreversibilidad), 3. Informe de implementación módulo de novedades, 4. Informe de novedades tablero de desarrollo indemniza (...)", una (1) copia acta de reunión No.1 del 02/03/2022. Objetivo: Revisión y ajuste al procedimiento "Reprogramaciones indemnización administrativa", una (1) copia ""Procedimiento reprogramaciones indemnización administrativa" versión 07, código 410,08,08-14, fecha 23/03/2022 y un (1) informe de implementación del módulo de gestión de novedades en la herramienta indemniza, donde se describe el objetivo, alcance, metodología de implementación (Imagen 1 módulo documentación indemniza previo ajuste, imagen 2 modulo documentación indemniza con implementación módulo novedades Vivanto e imagen 3 interfaz inicial modulo novedades Vivanto) diagrama flujo proceso de actualización y conclusión. No obstante, en el contenido de la evidencia (informe) existe una incongruencia en lo referente a la fecha de elaboración del informe (Junio 28 2022) con respecto a la información que muestra la imagen 3 "Interfaz inicial modulo novedades Vivanto", toda vez que en la fecha de solicitud inscrita (01-07-2022) en el "registro de novedades - selección de la declaración" de dicha imagen, es subsiguiente a la fecha de elaboración, lo cual certifica que el citado informe no registra la realidad del tiempo en el cumplimiento de la actividad establecida en el plan de mejoramiento (14/02/2022 a 30/06/2022), debido a que este se realiza en el mes de julio de 2022, información que se corrobora en la otra evidencia que corresponde a un correo electrónico del 07 de julio de 2022 (donde anexan el informe), en el cual indican lo siguiente: "(...) pedimos excusas por el reporte fuera de término debido a las múltiples obligaciones por parte del equipo de gestión de la información (...)".

Debido a lo anterior, el equipo auditor realiza análisis in situ de verificación por parte del ámbito tecnológico, donde se pudo verificar que, a través de la implementación realizada, el sistema de información VIVANTO permite la inclusión de novedades, caso contrario ocurre con el sistema de información INDEMNIZA, el cual no permite la modificación de datos, otorgando al usuario la opción de realizar ajustes y/o actualizaciones solamente desde el sistema VIVANTO. Sin embargo, la evidencia (informe) genera desconcierto, debido a que su diseño no permite identificar expresamente a que proceso o procedimiento se asocia el flujo de datos (Diagrama de flujo).



SC-CER812366 ST-CER814217 SA-CER807789 SI-CER898689

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 107 de 114

ix. Hallazgo No. 6 Actuación Especial de Fiscalización Intersectorial UARIV vigencias 2014 - 2020

- **Actividad No. 1:** Concepto de la Oficina de Control Interno: La Oficina de Control Interno, durante el desarrollo de la auditoría a la Dirección de Registro y Gestión de la Información efectuada en el segundo semestre de la vigencia 2022, realiza seguimiento a las actividades propuestas para superar las causas que originaron el hallazgo No.6 de la Auditoría de Actuación Especial de Fiscalización Intersectorial UARIV vigencias 2014 a 2020 efectuada en 2021. El área entregó como evidencia: dos (2) correos electrónico del 15 y 28-03-2022, suscrito por la Subdirección Red Nacional de la Información, asunto: Implementación cruces masivos SIRC, una (1) copia acta de reunión No.3 del 14-03-2022, objetivo: Implementación cruces masivos SIRC y un (1) documento denominado "manual servicio web validación - Web Service validación de identidad", las cuales fueron verificadas y analizadas por la Oficina de Control Interno, las evidencias en mención denota las acciones adelantadas tanto por la Dirección de Registro y Gestión de la Información como la Subdirección Red Nacional de Información. No obstante, se observa que, en la carátula del documento presentado, no está identificado como "Manual de implementación", el cual muestra incoherencia con la descripción de la actividad y evidencia del auditado, en el contenido de este se encuentra información referente a: 1. definición contexto, 2. acceso y conexión y 3. Método la consulta de Validación de identidad 647 (donde se relaciona un cuadro con información concerniente a variable, muestra dato y descripción). De igual manera, en el citado documento no se encuentra registrado el espacio de tiempo (día, mes y año) de elaboración que permita determinar si fue ejecutado dentro de las fechas de inicio y finalización establecida en el plan de mejoramiento.


Es importante que el auditado tenga en cuenta que, el objetivo de un manual es proveer los lineamientos, reglas o normas de cómo utilizar algo de una forma sistemática, explícita y ordenada, asimismo, dicho manual debe tener una tabla de contenido donde se incluya: introducción, objetivo, alcance, definiciones, desarrollo (actividades), documentos de referencia y anexos. Por lo anterior, el documento presentado como evidencia carece de información relevante en la estructura de su contenido que permita determinar su validez (como manual) y cumpla con los requisitos que se requieren para contrarrestar y eliminar la causa por la cual se genera el hallazgo establecido por el ente de control.

Por lo anterior se da por no cumplida la actividad No. 1 del hallazgo 6, y se recomienda a la dirección general solicitarle al responsable del proceso la reformulación de la actividad del plan de mejoramiento de tal manera que con las nuevas actividades se supere definitivamente la causa raíz que da origen del hallazgo concerniente a que los puntos de control no son suficientes, por lo cual es latente el riesgo de pagos a personas fallecidas.

A partir de los conceptos anteriores se representa a nivel general a través de ellos siguientes valores, el comportamiento de cada uno de los hallazgos del Plan de Mejoramiento de la CGR;

Tabla 8 Consolidado de Cumplimiento

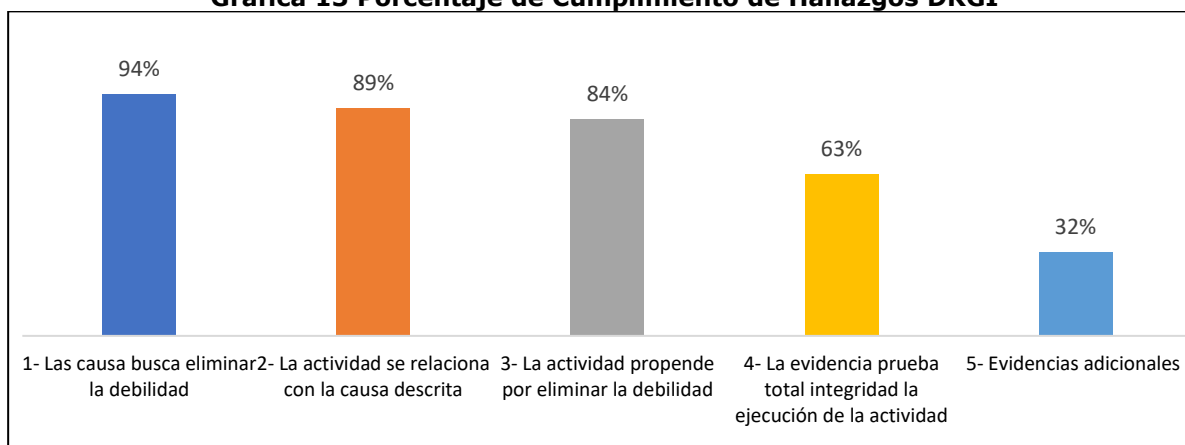
Debilidad	Descripción	1- Las causa busca eliminar la debilidad	2- La actividad se relaciona con la causa descrita	3- La actividad propende por eliminar la debilidad	4- La evidencia prueba total integridad la ejecución de la actividad	5- Evidencias adicionales
7	Porcentaje Cumplimiento	100%	50%	33%	17%	13%

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION				Código: 150,19,15-8	
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE				Versión: 08	
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO				Fecha: 25/10/2022	
					Página 108 de 114	

8	Porcentaje Cumplimiento	100%	100%	100%	67%	67%
9	Porcentaje Cumplimiento	100%	100%	100%	67%	67%
12	Porcentaje Cumplimiento	100%	100%	67%	67%	0%
49	Porcentaje Cumplimiento	33%	67%	67%	67%	0%
16	Porcentaje Cumplimiento	100%	67%	67%	67%	67%
17	Porcentaje Cumplimiento	100%	100%	100%	67%	67%
18	Porcentaje Cumplimiento	100%	93%	93%	77%	77%
1	Porcentaje Cumplimiento	100%	100%	100%	67%	0%
4	Porcentaje Cumplimiento	100%	100%	100%	67%	0%
6	Porcentaje Cumplimiento	100%	100%	100%	67%	0%
Total		94%	89%	84%	63%	32%

Fuente: OCI Matriz de Seguimiento Plan de Mejoramiento CGR


Gráfica 13 Porcentaje de Cumplimiento de Hallazgos DRGI



Fuente: OCI Matriz de Seguimiento Plan de Mejoramiento CGR

8.3. Plan de Mejoramiento por Autoevaluación

La autoevaluación es una herramienta del sistema de control interno (que posee derechos de autor) que tiene el propósito de examinar el proceso a través de 14 variables diferentes, los resultados estadísticos son examinados por la Oficina de Control Interno y las acciones de mejoramiento hacen parte integral de la gestión del proceso, quien determina los tiempos,

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 109 de 114

acciones, duración y soportes que va a recaudar. Pero más que dar un reporte de lo realizado, la herramienta busca que cotidianamente los procesos examinen el comportamiento de su sistema de control interno,

En la medida que los procesos auditores a la gestión operativa muestran sus resultados, las calificaciones dadas por el proceso respecto de su sistema de control interno deben ser revaluadas. Si bien existe un componente subjetivo en la autoevaluación, este no debe tener una magnitud que se desmienta con los resultados de la auditoría. En la medida de los hallazgos aquí identificados y comunicados, los cuales deben ser tratados en un plan de mejoramiento, el ejercicio de la autoevaluación debe ser revisado y ajustado a las realidades consuetudinarias del proceso.

9. RESULTADOS DE LOS LOGROS DE GESTIÓN


El resultado de la gestión de la secretaria general, dentro de la evaluación por dependencias, obtuvo un logro del 8.84/10.00.

10. 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.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 110 de 114

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.

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 111 de 114

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.

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.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 112 de 114

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 evidencio 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 legitima 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.

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.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 113 de 114

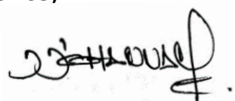
No obstante, los aspectos de mayor relevancia observados en el ejercicio auditor, es la debilidad desde la caracterización del proceso y por ende de los procedimientos, guías, instructivos. En efecto, no hay una claridad meridiana sobre el origen de la calificación de víctima de una persona, ya sea por 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 con 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 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 raíz, 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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 114 de 114

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 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.