 <p>El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 1 de 35

INFORME FINAL DE AUDITORÍA

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

Nombre de la Dirección Territorial:	Dirección Territorial Norte Santander-Arauca
Dependencia líder:	Dirección General
Servidor responsable del Proceso:	Alicia María Rojas Pérez
Tipo de auditoría realizada:	Efectividad del sistema de control interno
Fecha de auditoría:	septiembre 23 al 29 de noviembre de 2019
Equipo Auditor:	Auditor líder: William Mahecha Hernández – Ingeniero Industrial Auditor: Laureano Betancourt Barrera – Ingeniero Financiero


Es de anotar que la Oficina de Control Interno remitió el informe preliminar a la Dirección Territorial Central mediante correo electrónico del 2 de diciembre de 2019, concediendo un término de tres días hábiles para recibir observaciones con respecto al concepto de auditoría, término que finalizó el jueves 5 de diciembre de la presente anualidad, sin que el auditado haya presentado observaciones y en consecuencia se protocoliza el informe preliminar como definitivo.

1) OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

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

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

Para efectos de lograr el propósito se tienen como objetivos específicos: i) Verificar que las funciones asignadas se ejecuten mediante procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos o cualquier instrumento formalmente adoptado por la entidad; ii) Verificar que los

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 2 de 35

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 OCI de las fuentes identificadas y concluye con el informe final de auditoría. En lo pertinente se auditan los resultados de los modelos de medición, riesgo, control, seguimiento y gestión.

Para la presente auditoría se evalúa la gestión de la Dirección Territorial Norte Santander-Arauca desde el 01 de enero de 2018 hasta el 30 de junio de la vigencia 2019.

3) GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR

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


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

4) METODOLOGÍA UTILIZADA

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

5) RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

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

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 3 de 35

La Dirección Territorial Norte Santander-Arauca es una de las dependencias de la entidad donde se ejecutan actividades relacionadas con los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación con el propósito de lograr los objetivos institucionales que redundan en el favorecimiento de los derechos a las víctimas.

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

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

5.1 Seguimiento a la Gestión Gerencial

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

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

El Equipo Auditor durante la visita efectuada a la Dirección Territorial solicita las evidencias pertinentes y conducentes que demuestren el cabal cumplimiento de las funciones dispuestas en el Decreto 4802 de 2011 para las Direcciones Territoriales. En dicha oportunidad se entrega información a través de la herramienta de office 365 (Onedrive), que una vez evaluada con los criterios de auditoria generalmente aceptados se encuentra que cumple con los requisitos mínimos para ser catalogada como evidencia, razón por la cual no se encuentra debilidad del sistema de control interno por este ítem si no como una oportunidad de mejora.

5.2 Aplicación Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión

5.2.1 Análisis de Indicadores.

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

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



El futuro es de todos

Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

Código: 150,19,15-8

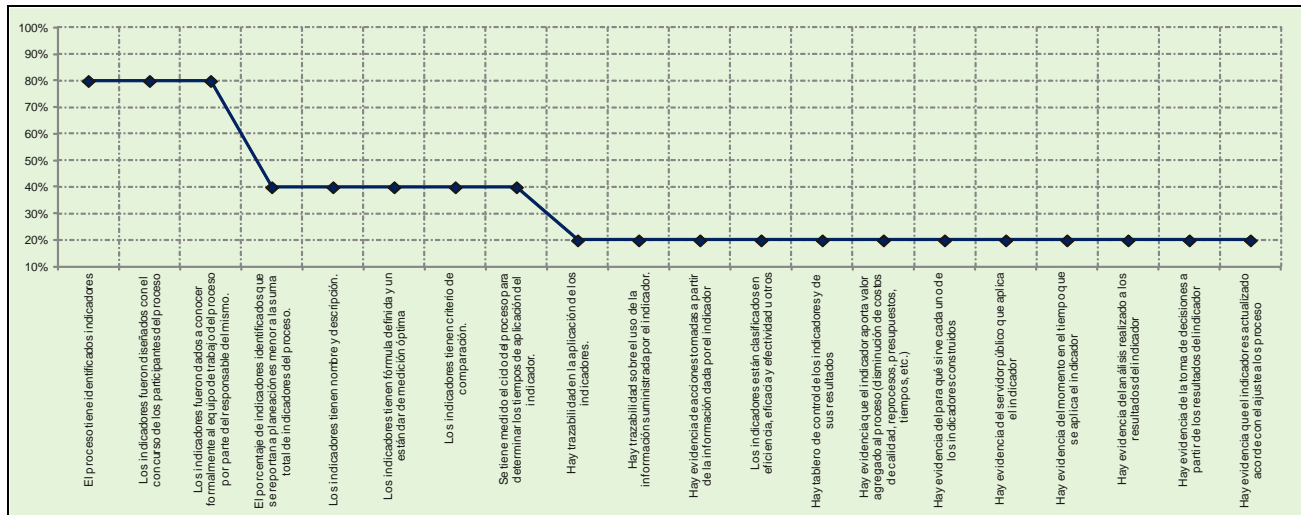
PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

Versión: 07

PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO

Fecha: 17/04/2019

Página 4 de 35



Del análisis de datos se tiene que los servidores consideran que la medición del proceso (batería de indicadores) está totalmente indiferentes a las necesidades, dado que se ubica en el 34% del valor máximo posible en la escala de Likert¹, metodología utilizada en la herramienta de evaluación. Lo anterior significa que "Hay evidencia de un sistema de medición incipiente, sin embargo, la información y el uso de la misma es insignificante o mínima".

De otra parte, se colige que existe un escenario propicio para mejorar la batería de medición y así lograr que:


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

En el hoy Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), los indicadores tienen como finalidad "... una adecuada evaluación o seguimiento a lo previsto en la planeación institucional es 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"³

¹ 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.

² 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

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

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 5 de 35

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

Al respecto el DAFP señala que:

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

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

(...)

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

(...)

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

Frente al análisis de los indicadores gerenciales existe evidencia de un sistema de medición formado que está siendo tomado como fuente de información del proceso para corregir las desviaciones que se presentan. Por lo anterior, No se evidencian indicadores gerenciales por parte de la Dirección Territorial Norte Santander – Arauca diferentes a los establecidos en el plan de acción y acuerdos de gestión. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los

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



El futuro es de todos

Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

Código: 150,19,15-8

PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

Versión: 07

PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO

Fecha: 17/04/2019

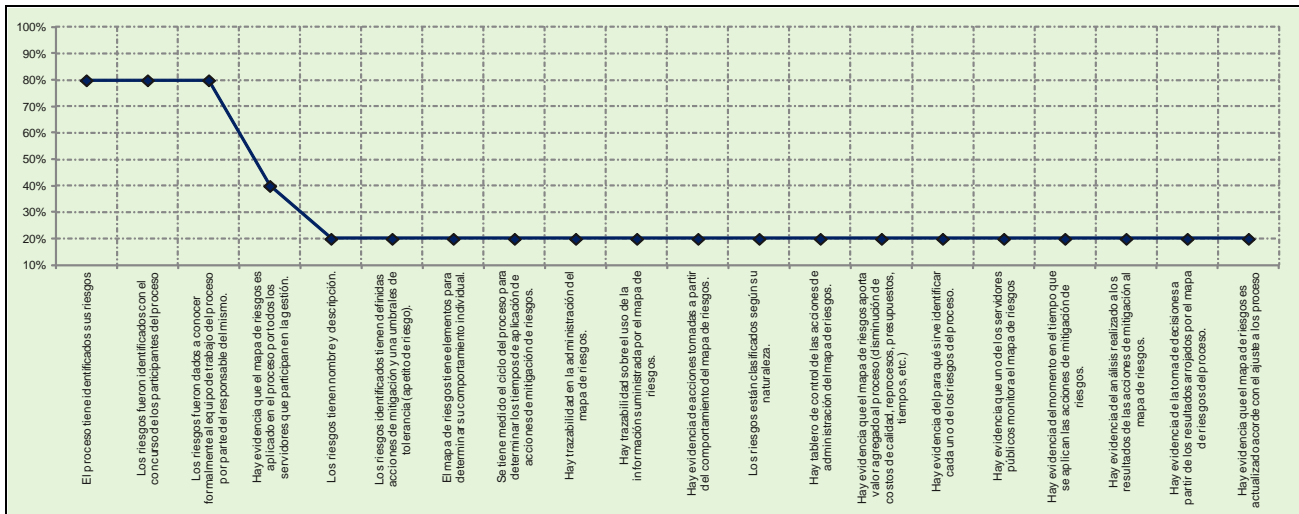
Página 6 de 35

artículos 2º literales b), c), d) y g); 3º literal b); 4º literales i) y j) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 4.1 y la y 3.2.1.4, Norma ISO 9001:2015, capítulo 9 Evaluación del Desempeño, numeral 9.1 Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación.


El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de capacitación, sensibilización y control en temas de indicadores de medición gerencial. Lo anterior aumenta el riesgo de toma de decisiones sin la información suficiente y necesaria, lo que puede derivar en incumplimiento de logros o metas institucionales desde la perspectiva sistémica. Asimismo, la falta de indicadores gerenciales conlleva a limitarse al cumplimiento específico de los lineamientos establecidos para todos los procesos y direcciones territoriales de la Unidad, sin generar un valor agregado que resalte las fortalezas en la gestión de la Dirección Territorial Norte de Santander - Arauca frente a las demás.

5.2.2 Modelo de control interno de eventos negativos (Riesgos).

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el nivel de madurez del modelo de control y seguimiento definidos en la Ley 87 de 1993 en el artículo 2º literales b), c), d), e) y g), artículo 3º literales a) y c); Decreto 1499 de 2017 Manual Operativo de MIPG numeral 3.2.1 en la Dirección Territorial Norte Santander -Arauca. El Equipo Auditor aplica a servidores seleccionados adscritos a la Dirección Territorial una herramienta de percepción que tiene como propósito determinar el nivel de madurez del sistema de control interno referente al control de eventos negativos (riesgos). Los resultados obtenidos se muestran en la siguiente gráfica:



Del análisis de datos se tiene que los servidores consideran que el sistema de control de riesgos (amenazas/peligros) está en desacuerdo con las necesidades, dado que se ubica en el 30% 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 que se considera incipiente. Sin embargo, la información y el uso de la misma no es aprovechada de manera efectiva por el proceso".

 <p>El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 7 de 35

Estos resultados son reveladores en cuanto muestran que la dirección territorial puede mejorar 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”.

En MIPG, atendiendo la primera línea de defensa a cargo de los gerentes públicos responsables de las direcciones territoriales, quien se encarga del mantenimiento efectivo de los controles internos, ejecutar procedimientos de riesgo y el control sobre una base del día a día. La gestión operacional identifica, evalúa controla y mitiga los riesgos. Así mismo son responsables de implementar acciones correctivas, igualmente 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 de la Dirección Territorial Santander y debe ser examinado de manera sistémica con el impacto de los servicios prestados.

El Equipo Auditor durante la visita efectuada a la Dirección Territorial solicita las evidencias pertinentes y conducentes que demuestren un adecuado análisis del modelo de control interno de eventos negativos (Riesgos) orientada a resultados en la Dirección Territorial. 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 control interno de eventos negativos a servidores de la Dirección Territorial, da como resultado que se evidencia en ella controles de eventos negativos en las actividades ejecutadas que sustentan la validación de estos.

Por todo 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.

5.2.3 Análisis de los sistemas de control.

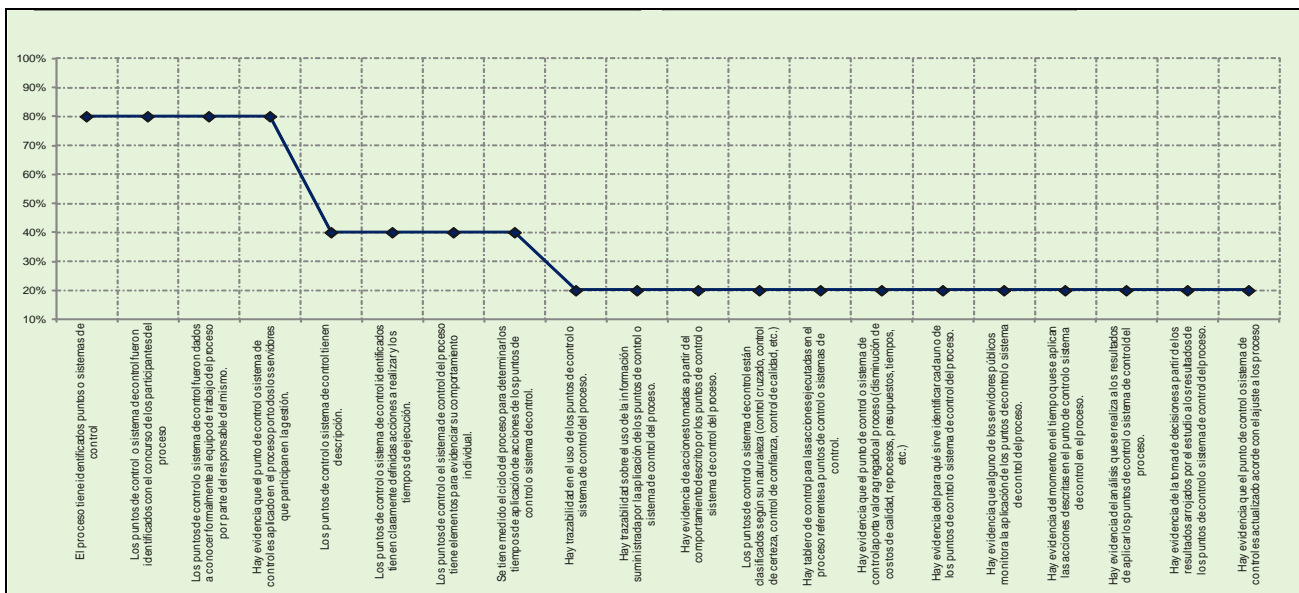
El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el nivel de madurez del modelo de control y seguimiento definidos en la Ley 87 de 1993 en el artículo 2º literales b), c), d), e) y g), artículo 3º literales a) y c); Decreto 1499 de 2017 Manual Operativo de MIPG numeral 3.2.1 en la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

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

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 17/04/2019
			Página 8 de 35

objetivos institucionales. Cualquier incumplimiento se tiene como una debilidad del sistema de control interno.

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




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 36% 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 donde se vislumbra el uso de puntos control u otro mecanismo de control que aun debe ser considerado como incipiente. Sin embargo, la información y el uso de la misma no es aprovechada de manera efectiva en el proceso”*.

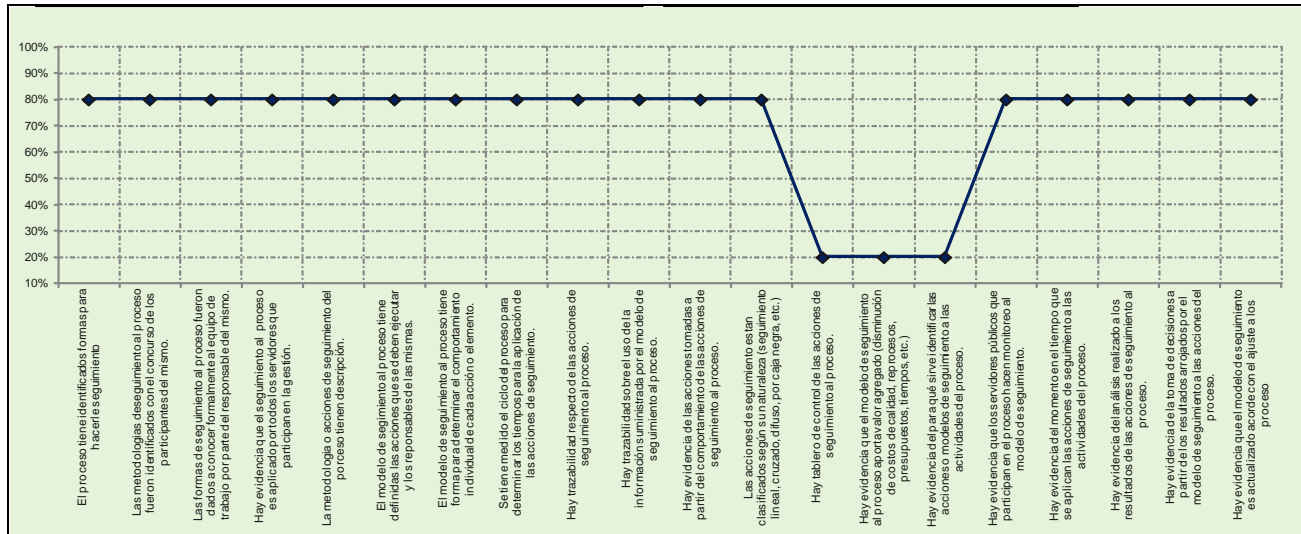
Es así como el Equipo Auditor vislumbra la posibilidad de reforzar el sistema de control inherente a la Dirección territorial. En efecto, el logro de los objetivos institucionales son el centro de la gestión pública y en la medida que se tenga adecuadamente controlado el proceso se logra un entorno propicio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

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

En lo referente al seguimiento que debe hacer el responsable de la funcionalidad de la Dirección Territorial, pasando por cada uno de los partícipes directos o indirectos se aplica la herramienta

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 9 de 35

citada con el fin de establecer el nivel de madurez del sistema de control interno asociado a este aspecto. Los resultados obtenidos se muestran en la siguiente gráfica:



Del análisis de datos se tiene que los servidores consideran que el seguimiento está de acuerdo con las necesidades, dado que se ubica en el 71% 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 esta adecuadamente estructurado, y se usa como fuente de información del proceso para corregir las desviaciones que se presentan".


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

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

"El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas, será responsabilidad del representante legal o máximo directivo correspondiente. No obstante, la aplicación de los métodos y procedimientos al igual que la calidad, eficiencia y eficacia del control interno, también será de responsabilidad de los jefes de cada una de las distintas dependencias de las entidades y organismos"

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

El Equipo Auditor durante la visita efectuada a la Dirección Territorial solicita las evidencias pertinentes y conducentes que demuestren un adecuado monitoreo de los sistemas de control

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019
		Página 10 de 35

a la gestión orientada a resultados en la Dirección Territorial. Una vez evaluada con los criterios de auditoría generalmente aceptados se encuentra que cumple con los requisitos mínimos para ser catalogada como evidencia.

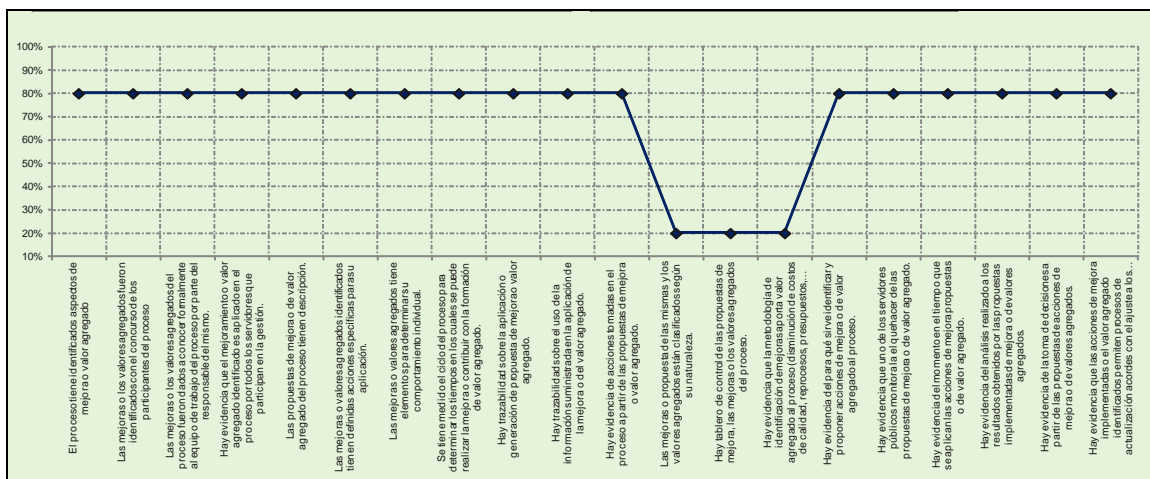
Un ejemplo de esta situación de seguimiento se tiene cuando en la Dirección Territorial se evidencia la falta de recurso humano respecto al cubrimiento de las vacantes para dos (2) profesionales que renunciaron y la cesión de un contratista. El Equipo Auditor establece como potenciales causas la ausencia de seguimiento al reporte de vacantes y el trámite con el Grupo de Gestión del Talento Humano a fin de lograr la vinculación del personal vacante. Esto puede potencializar el riesgo de no lograr las metas y objetivos en la cantidad y calidad planteados en el plan de acción y potenciales redistribuciones de trabajos a otros servidores que pueden generar reprocesos y demoras en la ejecución de las actividades redistribuidas.


Aplicado el papel de trabajo relacionado con el análisis de sistemas de control a servidores de la Dirección Territorial, da como resultado que se evidencia en ella un sistema de control sustentado en puntos de control, lo que demuestra que el proceso cuenta con controles.

Por todo 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.

5.2.4 Análisis a la mejora o valor agregado.

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



 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 11 de 35

Del análisis de datos se tiene que los servidores consideran que la mejora o valor agregado está de acuerdo con las necesidades, dado que se ubica en el 71% 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 esta adecuadamente estructurado y se usa como fuente de información del proceso para corregir las desviaciones que se presentan”*.

Es así como el Equipo Auditor ve un terreno expedito para que la Dirección Territorial realice la toma de decisiones a partir de las propuestas de acciones de mejora o de valores agregados, al sistema de control interno y de la gestión. En 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 visita efectuada a la Dirección Territorial 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 la Dirección Territorial. 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 de la Dirección Territorial, da como resultado que se evidencia en ella propuestas de mejora y valor agregado a sus procesos, lo que determina efectividad en la gestión y minimiza el riesgo de posibles amenazas en las actividades asociadas a su gestión.

Por todo 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.

5.3 Seguimiento al Plan de Acción

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

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

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 12 de 35

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

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

Parágrafo 1°. 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 2°. 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 3 de la presente Ley, así como las disposiciones constitucionales y legales pertinentes.*

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

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

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

Dado este marco normativo, se tiene claro que en la UARIV por mandato legal existe una multiplicidad de planes que se deben cumplir y, por lo tanto, deben ser objeto de evaluación

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 13 de 35

del sistema de Control Interno. Frente a esta gama amplia de planes, se selecciona el plan de acción de la entidad, construido con la participación de los responsables de las áreas y procesos como herramienta de gestión objeto de evaluación. La información base de los análisis es la aportada directamente por los citados responsables y almacenada en aplicativo Sisgestión.

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

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

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

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

La Dirección Territorial Norte Santander - Arauca tiene en total 26 actividades en el Plan de Acción 2019. Una actividad fue eliminada y para el primer semestre no debía reportar movimientos en 6 actividades. En consecuencia, la muestra de trabajo es de 20 actividades que corresponden al 76,92% de la población.

Estado óptimo: Las actividades reportadas en los dos periodos (marzo y junio) y que en ambos tiene el valor planeado, es decir se cumple lo planeado es de 5 actividades de las 20 posibles, lo que equivale al 25,00% de la muestra.

Estado crítico: Las actividades reportadas en los dos periodos (marzo y junio) y que en ambos tiene un menor valor a lo planeado, es decir no se cumple lo planeado es de 0 actividades de las 20 posibles, lo que equivale al 0.00% de la muestra.

Estado superlativo: Las actividades reportadas en los dos periodos (marzo y junio) y que en ambos tiene un mayor el valor a lo planeado, es decir se excede a lo planeado es de 3 actividades de las 20 posibles, lo que equivale al 15.00% de la muestra.

Estado Medio: Las actividades reportadas en los dos periodos (marzo y junio) y que en ambos no cumplen con lo planeado, pero si hay reporte de actividades, es de 0 actividades de las 20 posibles, lo que equivale al 0.00% de la muestra.



El futuro es de todos

Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

Código: 150,19,15-8

PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

Versión: 07

PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO

Fecha: 17/04/2019

Página **14** de **35**

Estado de recuperación: Las actividades reportadas en el segundo informe (junio) son superlativas en relación con lo reportado en el primer informe (marzo), es de 2 actividades de las 20 posibles, lo que equivale al 10.00% de la muestra.

Estado de deterioro: Las actividades reportadas en el segundo informe (junio) son inferiores en relación con lo reportado en el primer informe (marzo), es de 1 actividades de las 20 posibles, lo que equivale al 5.00% de la muestra.


Estado de mejoramiento: Las actividades reportadas en el segundo informe (junio) son superiores en relación con lo reportado en el primer informe (marzo), es de 8 actividades de las 20 posibles, lo que equivale al 40.00% de la muestra.

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

Grafica 1: análisis plan de acción

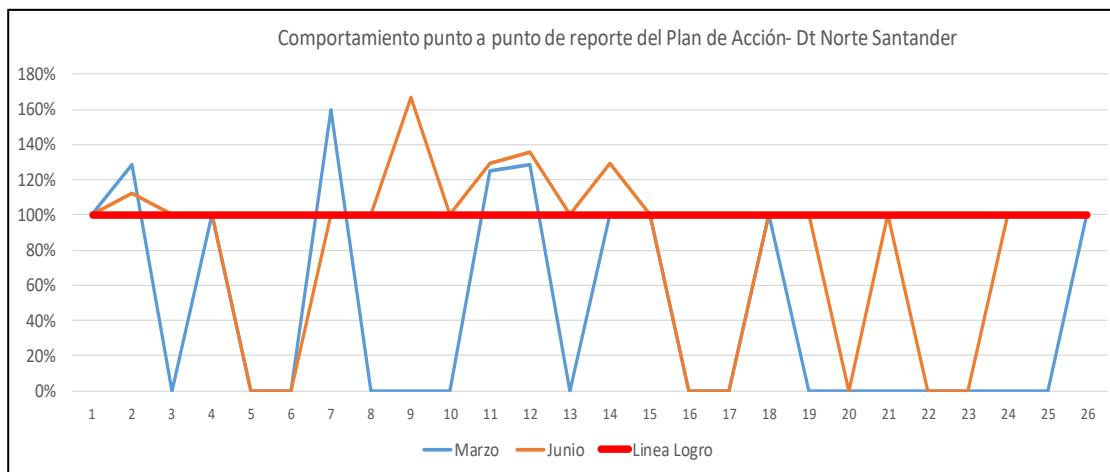
Dirección Territorial			
Total de metas de la Dirección Territorial	26		
Total de metas excluidas	6	76,92%	
Total muestra	20		
Análisis de los datos		Cantidad	Resultado porcentual
1	Avances adecuados a lo programado		25,00%
	Comportamiento óptimo	5	100%
	Porcentaje de debilidad		75,00%
2	Estado crítico del avance		0,00%
	Comportamiento óptimo	0	0%
	Porcentaje de debilidad		0,00%
3	Estado super programado		15,00%
	Comportamiento óptimo	3	0%
	Porcentaje de debilidad		15,00%
4	Estado de no cumplimiento y no incumplimiento		0,00%
	Comportamiento óptimo	0	0%
	Porcentaje de debilidad		0,00%
5	Estado de recuperación superior al programado	2	10,00%
6	Estado de deterioro	1	5,00%
7	Estado de mejoramiento	8	40,00%
8	Estado de exclusión	1	5,00%

Fuente: Herramienta análisis variables del plan de acción. Fuente propia OCI

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 15 de 35

Adicional a lo anterior, el Equipo Auditor realiza el análisis de avance de las actividades del plan de acción de la Dirección Territorial Norte Santander - Arauca correspondientes al primer semestre de 2019, así:

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




Fuente: Herramienta análisis variables del plan de acción. Fuente propia OCI

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 período pactado y en las cantidades asignadas, las actividades que no cumplen plenamente el mandato de la OAP son desviaciones que deben ser estudiadas por la Dirección Territorial, para ello cuentan con la facultada de solicitar modificación del Plan de Acción mediante las actas correspondientes, una vez lo apruebe la OAP.

De lo anterior se colige que hay debilidad del sistema de control por incumplimiento de lo planeado contra lo ejecutado de la evaluación plan de acción. El Equipo Auditor examina el comportamiento de los reportes del avance de las metas del plan de acción asignadas a la Dirección Territorial Norte Santander - Arauca. Teniendo como parámetro de evaluación el que los reportes de avance deben corresponder al 100 % de lo planeado, se tiene que para los dos primeros trimestres de la vigencia 2019 el citado parámetro solo se cumple en 5 de 20 metas, lo que corresponde a un 25,00%. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales b) y d), 4º literal c), i) y j) y 6º de la Ley 87 de 1993 y la Ley 152 de 1994 artículo 3º literal k). Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 4.1.

El Equipo Auditor establece como potenciales causas las debilidades en los procesos de planeación, fallas en la proyección de metas y objetivos, falta de conocimiento en el diseño y seguimiento de tableros de seguimiento y control, deficiencias en el conocimiento en modelos de control gerencial y planeación. Lo anterior potencializa el riesgo de incumplimiento de las metas institucionales.

Este aspecto fue dado a conocer al auditado el día 29 de octubre de 2019. Al respecto, en comunicación del 31 de octubre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 16 de 35

señala guarda silencio y en consecuencia esta debilidad queda en el informe final, de la misma manera como se comunicaron.

5.4 Seguimiento al Modelo de Riesgos

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

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


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

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

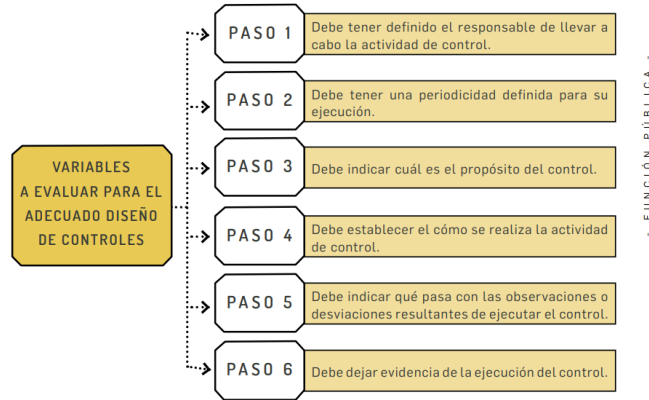
Para hacer posible el análisis del mapa de riesgos asociados a la gestión de la Dirección Territorial, se construye un papel de trabajo que consulta los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través de la Guía para la administración del riesgo y el diseño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

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

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

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

Esquema 10. Pasos para diseñar un control




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

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

· FUNCIÓN PÚBLICA ·

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

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 18 de 35

Resultados de la evaluación del diseño del control

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

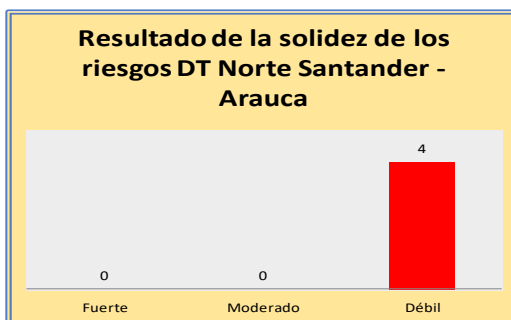
RANGO DE CALIFICACIÓN DEL DISEÑO	RESULTADO - PESO EN LA EVALUACIÓN DEL DISEÑO DEL CONTROL
Fuerte	Calificación entre 96 y 100
Moderado	Calificación entre 86 y 95
Débil	Calificación entre 0 y 85

Atendiendo el mapa de riesgos publicado en la página web de la UARIV, se aplica la herramienta de trabajo in situ donde se evidencia que el mapa de riesgos de la Dirección Territorial Norte Santander - Arauca tiene identificado tres (75.00%) riesgos administrativos y un (25.00%) riesgo de corrupción, para un total de cuatro (4) riesgos. Para gestionar los riesgos identificados de índole administrativa, la Dirección Territorial aplica un total de 7 controles y para el riesgo de corrupción 2 controles, el DAFP establece los límites de evaluación del criterio control, a partir de los aspectos cuantitativos y cualitativos.


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

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

Al examinar las variables dispuestas por el DAFP se tiene como resultado que el 75.00% de los riesgos administrativos es calificado como débil (zona solidez y débil) y el 25.00% está en el rango de corrupción como débil (zona solidez y débil) en cuanto al diseño del control. El promedio de todos ellos es de 58,53 puntos de 100 posibles, como lo muestra la gráfica.



Matriz de trabajo riesgos

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

Las evidencias de la ejecución del control, entendidas como la información que da certidumbre sobre la aplicación y resultados sin importar el soporte material, son evaluadas por el Equipo Auditor encontrando que al momento de la auditoria se conto con el acopio de ellas. Una vez recibida se evalúa con los criterios de auditoría generalmente aceptados y se establece que la Dirección Territorial en la efectividad de ejecución del control se tiene como resultado que 41,18% existe la evidencia y el control total y el 58.82% la evidencia existe y el control es parcial.

Lo anterior no está conforme a los lineamientos establecidos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas emanada del Departamento Administrativo de la Función Pública, lo que se constituye en una debilidad del sistema de control interno por no cumplir cabalmente lo dispuesto en ella. artículos 2º literales a), b) y f), 4º literal i) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 3.2.1.1 y 4.2.1. Norma ISO 9001:2015, capítulo 6, planificación, numeral 6.1 acciones para abordar riesgos y oportunidades.

Lo anterior tiene como potenciales causas el desconocimiento de la metodología de elaboración de controles a los riesgos identificados, la falta de seguimiento a la ejecución de estos y de un mecanismo de información efectiva, eficaz y oportuna en materia de ejecución de las actividades de control y ausencia en la identificación y coherencia de las evidencias frente a los controles instituidos en la matriz de riesgos. Lo anterior conlleva a la posible materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales


Por otra parte, el Equipo Auditor evidencia que el mapa de riesgos tiene identificados tres (3) riesgos de tipo administrativo, los cuales tienen el siguiente comportamiento numérico respecto de causas y controles:

Riesgo	Número de Causas	Números de Control Existentes	Números de Control No Existentes	Porcentaje de Controles No Existentes
1	3	3	0	0,00%
2	2	1	1	50,00%
3	3	3	0	0,00%
Total	8	7	1	12,50%

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

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

Del análisis del mapa de riesgos se determina que el 12.50% de las causas no poseen un control, situación que tiene como potencial riesgo la materialización de las causas no controladas y, por ende, la presencia del siniestro.

 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 17/04/2019 Página 20 de 35

Esta situación no está conforme con 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 debilidad del sistema de control interno por no cumplir cabalmente lo dispuesto en ella. Adicionalmente, no se da un estricto cumplimiento a lo ordenado en el artículo 2º literales a), e) de la Ley 87 de 1993.

Lo anterior tiene como potenciales causas el desconocimiento de la metodología de elaboración de controles a los riesgos identificados. Ello incrementa el riesgo institucional de la materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales.

La Dirección Territorial Norte Santander - Arauca, con el acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación, está trabajando la nueva versión del mapa de riesgos, a partir de la metodología dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

En este escenario, el Equipo Auditor evalúa preventivamente el diseño del control evidenciando que se identifican tres (3) riesgos administrativos y uno (1) de corrupción, para lo cual se establecen 11 causas, cada una de ellas con su respectivo control. Así mismo se evidencia que en el riesgo dos (2) administrativo en la causa cuatro (4) falta su respectivo control y en el riesgo cuatro (4) corrupción en la causa once (11) falta su respectivo control. El examinar el diseño de los controles propuestos por la Dirección Territorial se tiene que:


Riesgos	Número de Causas	Controles con diseño fuerte	Controles con diseño débil	Porcentaje de Controles con diseño débil
4	11	9	2	22.22%

Como se puede observar, solo el 77.78% % de los controles cumplen con los lineamientos del DAFP. Aquellos que están por fuera de los parámetros dispuestos en la Guía son los siguientes:

Causas Afectadas		Evaluación del diseño del control					
Riesgo	Número de Causas	Responsable	Periodicidad	Propósito	Como se realiza la actividad del control	Que pasa con las observaciones o desviaciones	Evidencia de ejecución del control, completa, incompleta y no existe
2	2	*	*	*	*	*	*
4	3	*	*	*	*	*	*

Nota: *existe la causa pero existe el diseño del control

Este aspecto fue dado a conocer al auditado el día 29 de octubre de 2019. Al respecto, en comunicación del 31 de octubre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado señala guarda silencio y en consecuencia esta debilidad queda en el informe final, de la misma manera como se comunicaron.

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 21 de 35

Por lo anterior, el equipo Auditor de la Oficina de Control Interno recomienda al Director Territorial Norte Santander-Arauca, considerar hacer los ajustes pertinentes a fin de que la estructura de los controles responda a los criterios del DAFP.

Por lo anterior, las debilidades dadas a conocer se mantienen para el informe final de la misma manera que se comunicaron.

5.5 Seguimiento al ejercicio Contractual y Financiero

El Equipo Auditor durante la visita efectuada a la Dirección Territorial solicita las evidencias pertinentes y conducentes que demuestren el seguimiento al ejercicio contractual y financiero, encaminados a alcanzar la eficiencia en la Dirección Territorial. Una vez evaluada con los criterios de auditoría generalmente aceptados se encuentra soportes de requisitos mínimos para ser catalogada como evidencia.

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

Aplicado el papel de trabajo por el equipo Auditor relacionado al seguimiento contractual y financiero en la in situ y al evaluar internamente la documentación que se archiva en los expedientes contractuales entregado por parte del grupo de gestión contractual de la Unidad del Contrato de prestación de servicios 586 de 2019, Contrato de prestación de servicios 648 de 2018, Contrato de prestación de servicios 995 de 2018, Convenio Interadministrativo 1489 de 2018 y Convenio Interadministrativo 1513 de 2018, se obtienen los siguientes resultados.


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

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

Consultada la página web de Colombia Compra Eficiente, por el Equipo Auditor, se evidencia la publicación incompleta de los documentos inherentes al proceso en el sistema SECOP, en lo pertinente al CPS No. 995 de 2018.

Lo anterior no está conforme con:

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

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 22 de 35

cuando se dice que cualquier otro documento expedido por la Entidad Estatal durante el Proceso de Contratación, se hace referencia a todo documento diferente a los mencionados, siempre que sea expedido dentro del Proceso de Contratación”

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

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

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


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

Todo lo anterior concordante con lo dispuesto en la Circular Externa Única de la Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente, relacionado con la publicación en el Sistema Electrónico de Contratación Pública SECOP.

El Equipo Auditor determina una debilidad del sistema de control interno relacionada con la calidad de oportunidad de la información y certeza de los registros consignados en el expediente contractual. Esto no está conforme con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2 literal a), e), f) y g) 3° literal e) y 4° literal i); artículo 83 de la Ley 1474 de 2011; artículo 19 del Decreto 1510 de 2013; artículo 2.2.1.1.1.3.1 del Decreto 1082 de 2015 y artículo 10 de la Ley 1712 de 2014.

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

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

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 23 de 35

Este aspecto fue dado a conocer al auditado el día 20 de noviembre de 2019. Al respecto, en comunicación del 22 noviembre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado no menciona esta debilidad y por lo tanto queda como se comunicó.

Por lo anterior, las debilidades dadas a conocer se mantienen para el informe final de la misma manera que se comunicaron.

5.5.2 Debilidad del sistema de control interno por la temporalidad de asignación de supervisor de los procesos contractuales.

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


El supervisor solo hasta que le es comunicada la designación de manera oficial se reviste de las facultades y poderes necesarios para cumplir con la misión encomendada, aspecto que es vital para el seguimiento, análisis y control de la gestión contractual desde la fase de ejecución en adelante. Uno de los aspectos que se adquieren con la designación es la facultad de solicitar y tramitar las acciones sancionatorias o las ordenaciones del pago.

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

El Equipo Auditor determina una debilidad del sistema de control interno relacionada con la aplicación del principio de celeridad administrativa contractual por designación del supervisor, en lo pertinente CPS No. 586 de 2019 (fecha de inicio de 29 de enero de 2019) y con fecha de 13 de mayo de 2019 de designación de supervisión contractual.

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

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

 <p>El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 24 de 35

esta debilidad no debe ser objeto de acciones de mejoramiento por parte de la Dirección Territorial, pero ello no obsta para que, dentro de una actuación preventiva, la Dirección Territorial haga seguimiento de la aplicación del principio de celeridad y oportunidad en la designación de la figura de supervisión para los contratos que le corresponden en la jurisdicción de su territorio.

Este aspecto fue dado a conocer al auditado el día 20 de noviembre de 2019. Al respecto, en comunicación del 22 noviembre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado no menciona esta debilidad y por lo tanto queda como se comunicó.

5.5.3 El Equipo Auditor evidencia una debilidad en el sistema de control interno por incertidumbre en la información documentada.

Los expedientes contractuales deben tener la capacidad de evidenciar todos los aspectos acaecidos durante todo el proceso de la contratación, desde la fase de planeación hasta la de cierre. Del análisis de los expedientes se evidencia ausencias de información documentada que genera incertidumbre en el Equipo Auditor, derivada de la aplicación del principio de escepticismo profesional.


Lo anterior se ejemplariza en la ausencia de documentos como informe final, o documentos que establezcan los pagos como en el caso del convenio 1489 de 2018 y Convenio 1513 de 2018.

El expediente contractual en términos del Acuerdo 002 de 2014 emanado del Archivo General de la Nación, como ente rector en esta materia, señala que *"Los expedientes se conformarán con la totalidad de los documentos de archivo agrupados en desarrollo de un mismo trámite, actuación o procedimiento, independientemente del tipo de información, formato o soporte y deben agruparse formando series o subseries documentales"*. Lo anterior es un desarrollo legal de los dispuesto por la Ley 594 de 2000, que en su artículo 11, ordena la *"Obligatoriedad de la conformación de los archivos públicos. El Estado está obligado a la creación, organización, preservación y control de los archivos, teniendo en cuenta los principios de procedencia y orden original, el ciclo vital de los documentos y la normatividad archivística"*.

De lo anterior el Equipo Auditor determina una debilidad del sistema de control interno relacionada con la calidad de oportunidad de la información y certeza de los registros consignados en el expediente contractual. Esto no está conforme con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2 literal e), 4º literal i); Ley 594 de 2000 artículo 11 y parágrafo del artículo 5º del Acuerdo 002 de 2014 del Archivo General de la Nación.

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

Este aspecto fue dado a conocer al auditado el día 20 de noviembre de 2019. Al respecto, en comunicación del 22 noviembre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado comenta lo siguiente:

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 25 de 35

Frente a este debilidad, la Dirección Territorial se permite manifestar que, de conformidad con el manual de contratación de 2019, emitido por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, el cual constituye la hoja de ruta de esta entidad tanto a nivel central como a nivel territorial de los procesos contractuales en donde una de las parte sea la Unidad, en su capítulo 2, ítem 2.1.2.1, en lo relativo a manejo de documentos y archivo en el marco de los contratos, el manual señala lo siguiente:


"2.1.2.1. Área encargada y cargo responsable de las actividades de cada etapa del proceso de contratación.

- **Estudio de las necesidades de la Entidad Estatal:** Estará a cargo del jefe del área solicitante del bien o servicio que se pretende contratar.
- **Estudios del Sector y Estudio de mercado:** Estará a cargo del jefe del área solicitante del bien o servicio que se pretende contratar y el Comité Estructurador.
- **Estimación y Cobertura de los riesgos:** Estará a cargo del jefe del área solicitante del bien o servicio que se pretende contratar y el Comité Estructurador.
- **Definición de los requisitos habilitantes:** Estarán a cargo del jefe del área solicitante del bien o servicio que se pretende contratar y el Comité Estructurador.
- **Definición de los criterios de evaluación de propuestas:** Estará a cargo del jefe del área solicitante del bien o servicio y el Comité Estructurador.
- **Manejo de los documentos del proceso, incluyendo su elaboración, expedición, publicación, archivo, mantenimiento y demás actividades de gestión documental:** Estará a cargo de los Grupos de Gestión Contractual y Gestión Administrativa y Documental.
- **Supervisión y seguimiento a la ejecución de los contratos:** El jefe del área solicitante deberá señalar en el estudio previo el nombre y el cargo de quien ejercerá la actividad de supervisión. En caso de guardar silencio sobre el particular, la supervisión recaerá en cabeza del jefe del área solicitante".

El Equipo Auditor valora las explicaciones y sin evidencias que demuestren y garanticen el control de la información documentada, esto quiere decir que no exime de la responsabilidad a la Dirección Territorial respecto al seguimiento y monitoreo de la gestión documental de sus expedientes contractuales; de lo anterior el Equipo Auditor confirma la debilidad del sistema de control interno relacionada con la calidad de oportunidad de la información y certeza de los registros consignados en el expediente contractual. Esto no está conforme con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2 literal e), 4º literal i); Ley 594 de 2000 artículo 11 y parágrafo del artículo 5º del Acuerdo 002 de 2014 del Archivo General de la Nación.

Lo anterior puede ser consecuencia de la falta de gestión y seguimiento por supervisión contractual en su componente administrativo, al igual que falta de control en materia de gestión documental relacionada con el componente de los expedientes contractuales. La situación descrita aumenta el riesgo de incertidumbre de la información documentada. Por tal motivo esta debilidad queda en el capítulo de debilidades.

5.5.4 El Equipo Auditor determina una debilidad del sistema de control interno relacionada con la gestión del ejercicio de supervisión dentro el proceso de Liquidación de los Convenios 1489 de 2018 y Convenio 1513 de 2018.

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 26 de 35

Los expedientes contractuales deben tener la capacidad de evidenciar todos los aspectos acaecidos durante el proceso de liquidación, Del análisis de los expedientes se evidencia ausencia de control para validar los pagos a los Contratos y Convenios, no cuentan con Informe Final de Supervisión, tampoco tienen informe final de legalización financiera de los recursos aportados por la Unidad, así mismo se evidencia que la Directora Territorial en su función de Supervisora no ha presentado la solicitud de liquidación de estos convenios al Grupo de Gestión Contractual de la Entidad.

El ejercicio de las actividades de supervisión reviste de alta importancia para el logro de los fines establecidos en el objeto del contrato, su ejecución, liquidación y el cumplimiento de las metas institucionales. Lo anterior no está conforme con lo dispuesto en la Ley 1474 de 2011 artículo 83 y ss. Ley 87 de 1993 artículos 2º literales a), b), c), e), f) y g); 4º literales b), e), i), j) y k), siendo las potenciales causas la falta de capacitación o conocimiento de la funcionalidad de la supervisión, lo que requiere de mayores esfuerzos por parte de la Dirección Territorial para disminuir el riesgo de pérdida de competencia por parte de la Unidad.

Este aspecto fue dado a conocer al auditado el día 20 de noviembre de 2019. Al respecto, en comunicación del 22 noviembre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado no menciona esta debilidad y por lo tanto queda como se comunicó.

5.6 Seguimiento al Control y Gestión Administrativa

El Equipo Auditor evalúa el sistema de control interno implementado en la Dirección Territorial Norte Santander - Arauca y evidencia que la sede administrativa está conforme con los requerimientos de infraestructura física y mobiliarios de oficina acto para el desarrollo de sus actividades.


La Directora Territorial coordina la gestión para la implementación de la primera sala virtual en el CRAV de Cúcuta; se evidencia solicitudes de elementos de oficina, inventario de muebles y enseres que fueron donados por la ONG Colombia Transforma, lo que genera un impacto positivo para la atención integral a las Víctimas.

Por otra parte, se resalta la gestión de control adelantada por la Dirección Territorial en relación con el centro regional, el cual presenta un aspecto positivo desde la infraestructura y su ambiente laboral, aspecto que debe tener el reconocimiento de esta auditoría de gestión y como buenas prácticas de servicio al ciudadano para las demás Direcciones Territoriales.

5.6 Seguimiento al Modelo de Seguridad de Información

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

Control de acceso físico a áreas seguras. Aplicado el resultado obtenido en la Dirección Territorial contra el valor del estándar otorgado por la OTI se tiene un cumplimiento del 66.67%

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 27 de 35

Protección contra amenazas externas y ambientales. Aplicado el resultado obtenido en la Dirección Territorial contra el valor del estándar otorgado por la OTI se tiene un cumplimiento del 66.67%

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

Protección de la Información y equipos de cómputo. Aplicado el resultado obtenido en la Dirección Territorial contra el valor del estándar otorgado por la OTI se tiene un cumplimiento del 33.33%

Control de acceso a Sistemas de Información. Aplicado el resultado obtenido en la Dirección Territorial contra el valor del estándar otorgado por la OTI se tiene un cumplimiento del 40.00%

En términos generales, el nivel de cumplimiento del estándar es del 52.38% (11) y de no cumplimiento es del 47.62% (10). Frente a estos resultados, el equipo Auditor considera que existe una debilidad del sistema de control interno.


Se evidencia debilidad del sistema de control interno en el mantenimiento, protección de la información y control de equipos. Se evidencia ausencia de controles referente a entrada y salida de equipos portátiles, copia de seguridad de la información, borrado de la información almacenada en los equipos de cómputo cuando son reasignados a otros usuarios, mantenimiento de extintor, alarmas de contra incendio. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales a), e) y f), 4º literales d), e) y i) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 3.1 y 3.2.1.4, Norma ISO 9001:2015, capítulo 7 Apoyo, numeral 7.1.3 Infraestructura y 7.1.4 Ambiente para la Operación de los Procesos.

El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de sensibilización al personal de la DT con el propósito de concienciar acerca de la importancia en el control de entradas y salidas de equipos propiedad de la Unidad, confidencialidad de la información, mantenimiento de elementos para la prevención contra incendios y protección del sistema eléctrico.

Lo anterior conlleva a la posible ocurrencia de eventos adversos que afecten las instalaciones de la DT, pérdida de elementos pertenecientes a la Unidad, pérdida de información sensible que obstruyan la gestión de la DT y el logro de los objetivos institucionales.

Este aspecto fue dado a conocer al auditado el día 29 de octubre de 2019. Al respecto, en comunicación del 31 de octubre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado señala que:

La entrada y salida de los equipos en nuestra Dirección Territorial se presenta de manera excepcional, debido a que ni los contratistas ni los funcionarios por regla general extraen de las instalaciones de la DT equipos tecnológicos; salvo algunas excepciones como lo son: La dotación de nuevos equipos por parte de la OTI y la entrega de equipos a Sujetos de Reparación Colectiva, entre otros. En los anteriores casos especiales la entrada y salida de elementos tecnológicos queda registrada en la Bitácora del Guarda de Seguridad con fecha, hora y en la mayoría de las ocasiones con registro fotográfico.

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 28 de 35

Para determinar si las consideraciones aportadas por el auditado tienen el suficiente soporte que lleve inequívocamente al Equipo Auditor a cambiar el concepto de la debilidad comunicada, se parte del hecho que allega evidencia de tipo documental, que se usa para iniciar el estudio que desvirtúe o no el criterio auditor.

El Equipo Auditor valora las evidencias aportadas mediante la metodología de las normas de auditoría generalmente aceptadas. El auditado muestra efectivamente un modelo de control físico respecto del manejo de equipamiento tecnológico, el cual es admitido como suficiente, pertinente y conducente. No obstante, el silencio del auditado respecto de las otras medidas de seguridad de la información y de tecnología como son la alarma de incendios, como elemento indicador de un potencial evento adverso deberá ser tenido en consideración dentro del informe final, no a la altura de una debilidad del sistema de control interno sino como una oportunidad de mejora.

Por lo anterior, el Equipo Auditor encuentra suficiente soporte para romper el escepticismo profesional, la incertidumbre en relación con la gestión de seguridad física, tecnológica y de información en la Dirección Territorial. En consecuencia, la debilidad sufre variación y no hará parte del informe final de auditoría como debilidad sino como oportunidad de mejora.

5.8 Seguimiento al Control de Defensa Jurídica


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

Como quiera que el alcance de la auditoria no es examinar la pertinencia de la defensa jurídica sino el seguimiento a la misma, el Equipo Auditor no encuentra en la gestión de la Dirección Territorial aspecto que lleve a calificarlo como debilidad. No obstante, se deja claro que solo en posteriores y especializadas auditorias se podrá establecer el nivel de efectividad de la defensa jurídica respecto de las situaciones que se adelantan en sedes judiciales de la Territorial Norte Santander-Arauca.

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.

- 1) Debilidad del sistema de control interno por ausencia de indicadores gerenciales. No se evidencian indicadores gerenciales por parte de la Dirección Territorial Norte Santander - Arauca diferentes a los establecidos en el plan de acción y acuerdos de gestión. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales b), c), d) y g); 3º literal b); 4º literales i) y j) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 4.1 y la y 3.2.1.4, Norma ISO 9001:2015, capítulo 9 Evaluación del Desempeño, numeral 9.1 Seguimiento, Medición, Análisis y Evaluación.

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 29 de 35

El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de capacitación, sensibilización y control en temas de indicadores de medición gerencial. Lo anterior aumenta el riesgo de toma de decisiones sin la información suficiente y necesaria, lo que puede derivar en incumplimiento de logros o metas institucionales desde la perspectiva sistémica. Asimismo, la falta de indicadores gerenciales conlleva a limitarse al cumplimiento específico de los lineamientos establecidos para todos los procesos y direcciones territoriales de la Unidad, sin generar un valor agregado que resalte las fortalezas en la gestión de la Dirección Territorial Norte de Santander – Arauca frente a las demás.


- 2) Debilidad del sistema de control interno por falta de gestión en el avance del plan de acción. El Equipo Auditor examina el comportamiento de los reportes del avance de las metas del plan de acción asignadas a la Dirección Territorial Norte Santander -Arauca. Teniendo como parámetro de evaluación el que los reportes de avance deben corresponder al 100 % de lo planeado, se tiene que para los dos primeros trimestres de la vigencia 2019 el citado parámetro solo se cumple en 5 de 20 metas, lo que corresponde a un 25,00%. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales b) y d), 4º literal c), i) y j) y 6º de la Ley 87 de 1993 y la Ley 152 de 1994 artículo 3º literal k). Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 4.1.

El Equipo Auditor establece como potenciales causas las debilidades en los procesos de planeación, fallas en la proyección de metas y objetivos, falta de conocimiento en el diseño y seguimiento de tableros de seguimiento y control, deficiencias en el conocimiento en modelos de control gerencial y planeación. Lo anterior potencializa el riesgo de incumplimiento de las metas institucionales. Debilidad identificada del numeral (5.3) del resultado de la auditoría “seguimiento al plan de acción”.

- 3) Debilidad del sistema de control interno en el diseño del control de los riesgos. Se evidencia que la totalidad de los controles asociados a los riesgos identificados en el mapa de riesgos establecidos por la Dirección Territorial Norte Santander - Arauca no cumple con los lineamientos establecidos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas emanada del Departamento Administrativo de la Función Pública. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales a), b) y f), 4º literal i) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 3.2.1.1 y 4.2.1. Norma ISO 9001:2015, capítulo 6, planificación, numeral 6.1 acciones para abordar riesgos y oportunidades.

El Equipo Auditor establece como potenciales causas el desconocimiento de la metodología de elaboración de controles a los riesgos identificados, la falta de seguimiento a la ejecución de estos y de un mecanismo de información efectiva, eficaz y oportuna en materia de ejecución de las actividades de control y ausencia en la identificación y coherencia de las evidencias frente a los controles instituidos en la matriz de riesgos. Lo anterior conlleva a la posible materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales.

- 4) El Equipo Auditor evidencia una debilidad en el sistema de control interno por incertidumbre en la información documentada, de lo anterior el Equipo Auditor confirma la debilidad del sistema de control interno relacionada con la calidad de oportunidad de la información y certeza de los registros consignados en el expediente contractual. Esto no está conforme con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2 literal e), 4º literal i); Ley 594 de 2000

 <p>El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 30 de 35

artículo 11 y parágrafo del artículo 5º del Acuerdo 002 de 2014 del Archivo General de la Nación.

Lo anterior puede ser consecuencia de la falta de gestión y seguimiento por supervisión contractual en su componente administrativo, al igual que falta de control en materia de gestión documental relacionada con el componente de los expedientes contractuales. La situación descrita aumenta el riesgo de incertidumbre de la información documentada. Por tal motivo esta debilidad queda en el capítulo de debilidades.

- 5) El Equipo Auditor determina una debilidad del sistema de control interno relacionada con la gestión del ejercicio de supervisión dentro el proceso de Liquidación de los Convenios 1489 de 2018 y Convenio 1513 de 2018. El ejercicio de las actividades de supervisión reviste de alta importancia para el logro de los fines establecidos en el objeto del contrato, su ejecución, liquidación y el cumplimiento de las metas institucionales. Lo anterior no está conforme con lo dispuesto en la Ley 1474 de 2011 artículo 83 y ss. Ley 87 de 1993 artículos 2º literales a), b), c), e), f) y g); 4º literales b), e), i), j) y k), siendo las potenciales causas la falta de capacitación o conocimiento de la funcionalidad de la supervisión, lo que requiere de mayores esfuerzos por parte de la Dirección Territorial para disminuir el riesgo de pérdida de competencia por parte de la Unidad.

7. ASPECTOS SOBRESALIENTES


El Equipo Auditor ha evidenciado como aspectos positivos de la gestión de la Dirección Territorial Norte Santander - Arauca, los siguientes:

En lo relacionado con el estilo de dirección de la Directora Territorial se nota un liderazgo transformacional donde crea cambios valiosos y positivos en su equipo de trabajo. Por otra parte, está generando estrategias de trabajo en equipo y comunicación asertiva para fortalecer la cultura y el ambiente laboral tanto en la sede administrativa como el relacionamiento con las víctimas cuando son atendidas.

Otro aspecto en el marco del ambiente laboral que se identifica in situ es el trabajo colaborativo entre los funcionarios y contratistas, lo que conlleva al logro de las metas y productividad.

En el marco del modelo de atención del servicio al ciudadano, a través de la implementación de servicios virtuales y fortalecimiento de la infraestructura del Centro Regional para la Atención a las Víctimas – CRAV, se identifica un nivel de coordinación, cooperación y comunicación entre la Dirección Territorial y el CRAV. Ello conlleva a la optimización de trámites, racionalización de tiempos de respuesta y oportunidad del servicio para las víctimas. En este escenario se evidencia una optimización de recursos en aras de la atención a la población víctima.

En la planificación operacional se identifica el compromiso de la Dirección Territorial para con los programas de desarrollo de estrategias de relacionamiento con las víctimas en varios corregimientos, como: Chitaga, Ocaña, Pamplona., Tibú y San Calixto. Esta armonización del trabajo se refleja con la estandarización de los procesos misionales del nivel central.

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 31 de 35

Igualmente es significativa la participación colectiva en la composición, seguimiento y control del proceso de planeación, aspecto que demuestra la interacción de los servidores a nivel territorial con los compromisos adquiridos por el Director Territorial, para así lograr los objetivos de la jurisdicción y de la entidad en general.

Respecto de la ventanilla hacia dentro, se evidencia un trabajo organizado proclive a cumplir con los lineamientos administrativos dictados desde la Dirección General en el sentido de coordinar la gestión de la Dirección Territorial con la que debe ejecutar cada uno de los procesos de nivel nacional y específicamente aquellos de tipo misional.

Si bien la gestión con valores tiene un desempeño adecuado, existe la oportunidad de mejora relacionada con el mejoramiento de las funcionalidades de la ventanilla hacia afuera soportada en los aspectos gerenciales que despliega el Director Territorial. En relación con la ventanilla hacia dentro se puede potencializar los procesos planificados sobre los cuales ya está trabajando la Dirección Territorial.

En la Dirección Territorial, el aspecto de evaluación de resultados se sustenta en dos herramientas que la entidad le ha brindado; la primera en la herramienta SISGESTIÓN para efectos del seguimiento y reporte de las metas asignadas a la jurisdicción y la segunda, el modelo de autoevaluación remitido por la Oficina de Control Interno donde evalúa 14 diferentes variables o componentes que determinan el nivel madurez del sistema de control interno asociado al Sistema Integrado de Gestión de la Unidad.

El compromiso de la Dirección Territorial con la apropiación, implementación y mejora continúa del Sistema Integrado de Gestión liderado por la Oficina Asesora de Planeación, ya que toda la gestión la desarrolla a través de los estándares y lineamientos en el marco del Subsistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:2015 del nivel central. Así mismo apropia e implementa las directrices del Subsistema de Gestión Ambiental ISO 14001:2015 y el Subsistema de Seguridad y Salud en el Trabajo, para los demás Subsistemas falta generar procesos de cultura de autocontrol.


Finalmente, la Directora Territorial realiza frecuentemente la optimalización del recurso humano realizando la rotación de actividades siempre cumpla con las competencias y perfiles, esto con el fin que el equipo de trabajo conozca y genere seguridad en gestión de los procesos misionales; esto con el propósito de aportar en el direccionamiento estratégico de la Dirección Territorial y el cumplimiento de los objetivos institucionales y misión de la Entidad.

8. RESULTADOS DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.

El Equipo Auditor examinando la vigencia 2017 no encuentra un Plan de Mejoramiento de Gestión asociado a la Dirección Territorial Norte Santander-Arauca.

9. RESULTADOS DE LOS LOGROS DE GESTIÓN

La Oficina de Control Interno realiza en el mes de enero del presente año, la evaluación por dependencias de la Entidad con corte a 31 de diciembre de 2018. El resultado de la gestión de la Dirección Territorial Norte Santander - Arauca fue 8,5/10.

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 32 de 35

10. CONCEPTO DE AUDITORÍA

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


La Dirección Territorial Norte Santander – Arauca ejecuta un modelo de control interno en su quehacer cotidiano en aras a cumplir con las funciones de acuerdo con lo establecido en el Decreto 4802 de 2011 artículo 29 y artículo 2º literal b) ley 87 del 1993 y la Resolución 00569 del 16 de junio de 2017 *“Por la cual se deroga la resolución 0893 de 02 de septiembre de 2013 y se adopta el Sistema Integrado de Gestión de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas”*, con el fin de lograr los objetivos que le han sido asignados y contribuir con aquellos que le corresponde a nivel nacional. Durante el proceso auditor se identifican elementos de control fuertes y otros débiles que pretenden dar información oportuna para la toma de decisiones en el mejoramiento continuo en la gestión de la DT.

Existen fortalezas relevantes en la gestión examinadas por el Equipo Auditor respecto de los temas abordados en el marco del cumplimiento del Decreto 1449 de 2017, que actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG, las cuales deben ser potencializadas al interior de la Dirección Territorial y armonizadas para el cumplimiento de las dieciséis (16) políticas del Sistema de Desarrollo Administrativo.

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

El modelo de Control Interno determinado en la UARIV está dado en el marco del Decreto 1449 de 2017 que actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG y la ley 87 del 1993 donde se despliega la aplicación de modelos de gestión como: Procesos caracterizados y actualizados, modelo de medición a través de cualquier metodología incluidos los indicadores de gestión, el modelo de control inherente al despliegue del quehacer institucional cotidiano derivado de la caracterización de los procesos que son tutelados en el Nivel Nacional, modelo de riesgos que trasciende como herramienta gerencial al mapa de riesgos y que responde a la identificación del entorno específico en el cual desarrolla su gestión la Dirección Territorial y el modelo de seguimiento y de mejora como expresiones gerenciales que contribuyan a optimizar los recursos maximizando los beneficios.

Estos aspectos básicos del Sistema de Control Interno son objeto de evaluación por parte del Equipo Auditor a través de papeles de trabajo diseñados para establecer el nivel de madurez y aplicación de ellos en términos de elementos de control. En este ejercicio se evidencia tres (3) hallazgos respecto al análisis de los indicadores, riesgos y sistemas de control gerencial, dos (2) debilidades en el componente de mejora y valor agregado y sistemas de seguimiento,

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 33 de 35

aspecto que debe ser examinado por equipo de la Dirección Territorial dado que esta herramienta gerencial tiene como propósito superar (a partir de la experiencia) las dificultades de carácter técnico y administrativo que se le presenten en la cotidianidad de su labor.

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

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


Dado que es posible la variación de unidades de medida o de los tiempos de su ejecutoria, la Oficina Asesora de Planeación permite la modificación de la planeación a través de actas. Dado este mecanismo se ha de entender que existe una debilidad del sistema de control interno cuando la Dirección Territorial no aplica esta modalidad y reporta actividades por debajo o por encima del valor planeado. Cabe anotar que en el primero de los eventos las metas pueden hacerse más costosas frente a los recursos de toda índole o en el segundo de los eventos la planeación se sustenta en unas cifras o bien conservadoras o sin conocimiento de línea base.

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

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

El Equipo Auditor examina el mapa de riesgos de la Dirección Territorial y evidencia debilidad en cuanto a la construcción de los controles asociados a las causas identificadas de los eventos negativos potenciales. Es importante que la herramienta gerencial de mapa de riesgos sea completa y aborde a través de controles todas y cada una de las causas de los eventos negativos. Esta situación no se evidencia en la gestión del riesgo en la Dirección Territorial.

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

 <p>El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 34 de 35

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

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

El equipo Auditor aplica un papel de trabajo diseñado por la Oficina de Tecnología de la Información, estándar que determina la debilidad o no del sistema de información. En la Dirección Territorial se evidencia que esta debilidad esta presenta y, por lo tanto, es importante que identifiquen los aspectos de causa que estén afectando el conjunto del modelo de control físico y tecnológico de equipamiento e información.

En términos generales, el sistema de control interno en la Dirección Territorial Norte de Santander - Arauca está en proceso de maduración, posee un nivel de debilidad que puede ser superado con procesos de capacitación, fortaleciendo la aplicación de las herramientas gerenciales y examinado el entorno en el cual se mueven. Siendo el primer ejercicio de esta índole a la Territorial, es importante que ella determine una línea de base para construir un sistema más robusto.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor recomienda a la Directora Territorial Norte Santander - Arauca la elaboración de un Plan de Mejoramiento del Sistema de Control Interno, donde se incluya el tratamiento a las debilidades evidenciadas en este informe.

Cordialmente,


WILLIAM MAHECHA HERNÁNDEZ

Auditor Líder

CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO

Jefe Oficina de Control Interno

Versión	Fecha	Descripción de la modificación
1	30/04/2014	Se crea formato
2	24/02/2015	Se incluye el ítem de número de informe. Se elimina el ítem 4.2 oportunidades de mejora.

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

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