 <p>El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>1</b> de <b>42</b>

## INFORME FINAL DE AUDITORÍA

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

Nombre de la Dirección Territorial: Dirección Territorial Santander

Dependencia líder: Dirección General

Servidor responsable del Proceso: Gonzalo García Bautista

Tipo de auditoría realizada: Efectividad del sistema de control interno

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


Equipo Auditor: Auditor líder Ingeniero Industrial William Mahecha Hernandez  
Auditor Ingeniero Industrial John Dairo Bermeo Cuellar

Es de anotar que la Oficina de Control Interno remitió el informe preliminar a la Dirección Territorial Central mediante correo electrónico del 27 de noviembre de 2019, concediendo un término de tres días hábiles para recibir observaciones con respecto al concepto de auditoría, término que finalizó el lunes 02 de diciembre de la presente anualidad. Dentro del término el Director territorial remite una comunicación con tres (3) puntos. El primero revive los temas relacionados con el comportamiento del logro de las metas, el segundo hace referencia al mapa de riesgos y en el tercero solicita información para realizar el plan de mejoramiento.

Respecto de la respuesta emitida, el jefe de la Oficina de Control interno evalúa la evidencia frente al procedimiento y encuentra que no es viable pronunciarse sobre los dos primeros puntos, los cuales se cerraron con el envío del sentido de las respuestas a las debilidades del sistema de control interno. En todo caso dentro de lo aportado por el auditado, no se encuentra aspecto novedoso que pueda influir en el concepto del Equipo Auditor.

Respecto del tercer punto, se le informa al auditado que se está trabajando con la OTI para efectos de depurar el aplicativo de planes de mejoramiento, no obstante, remitiremos en su oportunidad un papel de trabajo donde pueden realizar el plan de mejoramiento y posteriormente, si es del caso, la OCI subirá la información al aplicativo.

Por lo anterior se protocoliza el informe preliminar como definitivo.

 <p>El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>2</b> de <b>42</b>

## 1. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

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

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

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

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>3</b> de <b>42</b>

#### **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 Santander dé cabal cumplimiento a sus funciones dentro del marco normativo desarrollado al interior de la entidad.

La Dirección Territorial Santander 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 Santander 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 Santander 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, que una vez evaluada con los criterios de auditoría generalmente aceptados se

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>4</b> de <b>42</b>

encuentra que no son suficientes para cumplir con los requisitos mínimos para ser catalogada como evidencia.

Este componente del Sistema de Control Interno tiene como objetivo verificar que las funciones de las Direcciones Territoriales se ejecuten mediante la interacción e interrelaciones de los procesos asociados al Sistema Integrado de Gestión de la Unidad. En esta interacción de la Dirección Territorial de Santander con el proceso de direccionamiento estratégico no se evidencia la ejecución de las funciones, no dando cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 4802 de 2011 artículo 29 y artículo 2º literal b) ley 87 del 1993.

El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de evidencia de la participación en las actividades de formulación de los planes, programas y proyectos establecidos por las directrices del Comité Directivo a Nivel Central. Lo anterior potencializa el riesgo de la articulación de todas las necesidades de las víctimas del territorio conllevando al incumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

Este aspecto fue dado a conocer al auditado el día 29 de octubre de 2019. Al respecto, en comunicación del 01 noviembre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado hace una amplia relación de las acciones ejecutadas en el marco de las funciones legales que le corresponden a la Dirección Territorial. considera en términos generales lo siguiente:

*"Por parte de la Dirección Territorial Santander, ha habido interacción con el Proceso de Direccionamiento Estratégico en temas relacionados con la formulación del Plan de Acción Territorial, participación en Comités Directivos ampliados convocados por la Dirección General y acompañamiento en la ejecución de proyectos bajo las directrices de la Dirección General"*


Para determinar si las consideraciones aportadas por el auditado tienen el suficiente soporte que lleve inequívocamente al Equipo Auditor a cambiar el concepto de la debilidad comunicada, se parte del hecho que allega evidencia en soporte documental que puede desvirtuar el criterio auditor.

El Equipo Auditor encuentra procedente las evidencias soportadas en relación con la formulación del Plan de Acción Territorial, participación en Comités Directivos ampliados y convocados por la Dirección General, acompañamiento en la ejecución de proyectos bajo las directrices de la Dirección y Subdirección General, ejecución de proyectos en pro de la población víctimas, operación de la Unidad en Territorio y su articulación con los procesos del orden nacional.

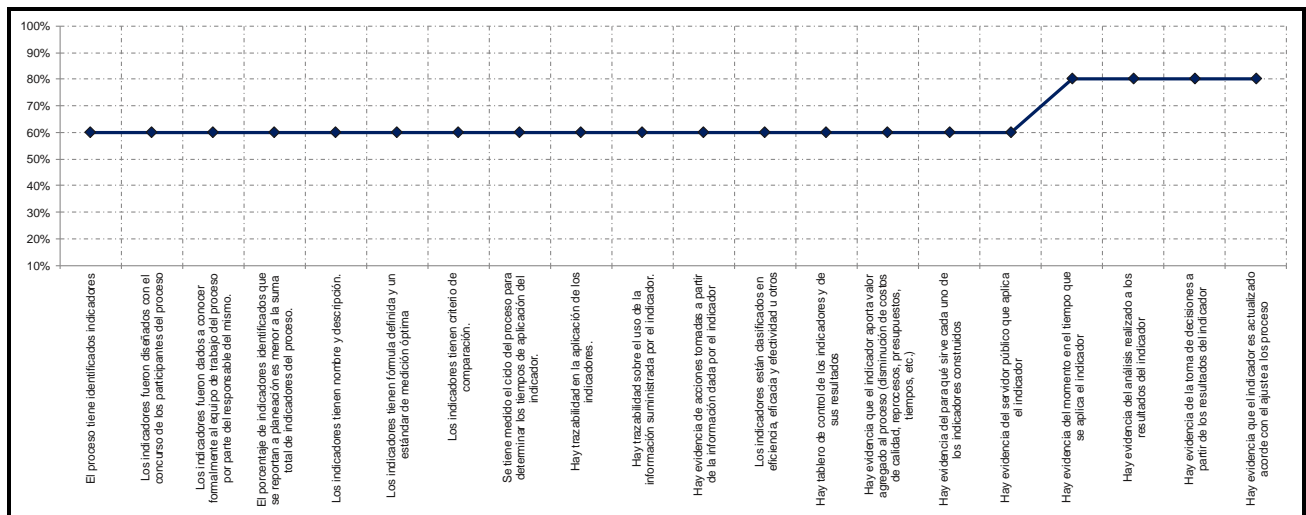
Por todo lo anterior, el Equipo Auditor encuentra suficiente soporte para romper el escepticismo profesional, la incertidumbre en relación con la ejecución de las funciones en el marco de las disposiciones normativas y administrativas, razón por la cual, la debilidad sufre variación y se retira del informe de debilidades.

## **5.2 Aplicación Modelo de Control y Seguimiento**

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

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019
		Página 5 de 42

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



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


Del análisis de datos se tiene que los servidores consideran que la medición del proceso (batería de indicadores) está totalmente indiferentes a las necesidades, dado que se ubica en el 64% del valor máximo posible en la escala de Likert<sup>1</sup>, metodología utilizada en la herramienta de evaluación. Lo anterior significa que "Hay evidencia de un sistema de medición formado que está siendo tomado como fuente de información del proceso para corregir las desviaciones que se presentan".

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"*<sup>2</sup>

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

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

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>6</b> de <b>42</b>

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"<sup>3</sup>

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.<sup>4</sup> (...)*

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

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

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>7</b> de <b>42</b>

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

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

Durante la visita in situ, al Equipo Auditor se entrega información, que una vez evaluada con los criterios de auditoria generalmente aceptados se encuentra que no cumple con los requisitos mínimos para ser catalogada como evidencia.


Aplicado el papel de trabajo relacionado con el análisis de indicadores a servidores de la Dirección Territorial, da como resultado que el proceso no tiene un sistema de medición que pueda ser calificado como tal y por lo tanto carece de confiabilidad. Sin embargo, la información y el uso de esta es insignificante o mínima.

La ausencia de evidencias que demuestren el uso de la herramienta gerencial indicadores de gestión genera incertidumbre en el Equipo Auditor, por lo tanto, no evidencia indicadores gerenciales por parte de la Dirección Territorial Santander, 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.

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 Santander frente a las demás.

Este aspecto fue dado a conocer al auditado el día 29 de octubre de 2019. Al respecto, en comunicación del 01 noviembre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado hace una amplia relación de las acciones ejecutadas en el marco de las funciones legales que le corresponden a la Dirección Territorial. considera en términos generales lo siguiente:

*"Al respecto se precisa que la Dirección Territorial Santander, cuenta con seis (6) indicadores gerenciales de los cuales dos se retomaron de las actividades eliminadas del Plan de Acción y cuatro hacen parte de los indicadores de Gestión identificados por el Director Territorial, con el fin de hacer seguimiento a todas las acciones realizadas al interior de la Dirección Territorial"*

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>8</b> de <b>42</b>

Para determinar si las consideraciones aportadas por el auditado tienen el suficiente soporte que lleve inequívocamente al Equipo Auditor a cambiar el concepto de la debilidad comunicada, se parte del hecho que allega evidencia en soporte documental que puede desvirtuar el criterio auditor.

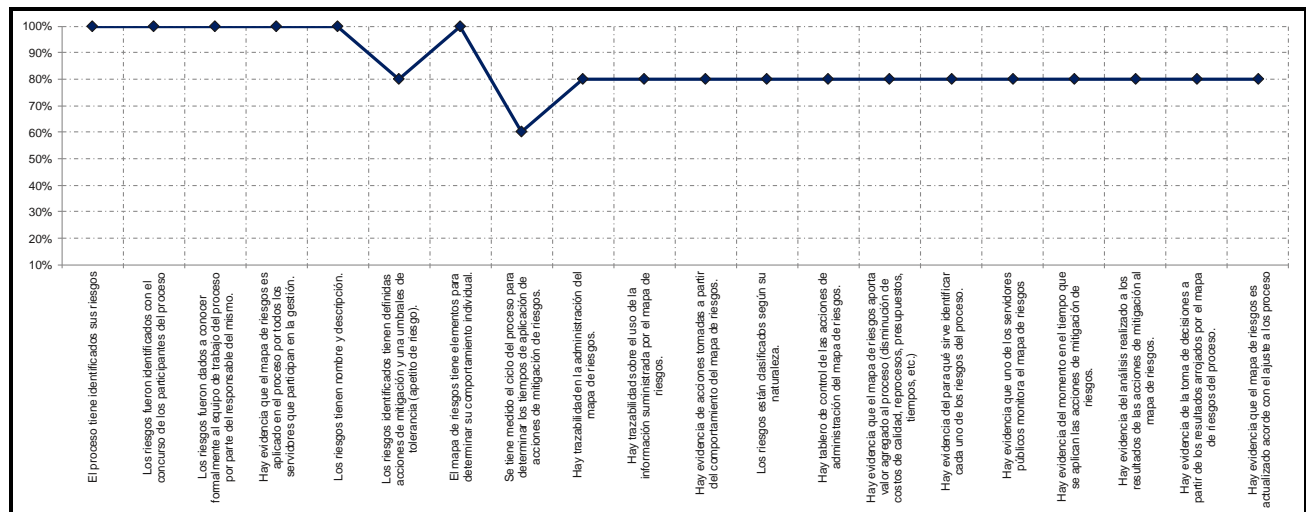
El Equipo Auditor encuentra procedente las evidencias soportadas en relación con indicadores de seguimiento a las acciones adelantadas por parte de cada uno de los procesos realizado mensualmente con el equipo de la Dirección Territorial (funcionarios de planta y contratistas).

Por todo lo anterior, el Equipo Auditor encuentra suficiente soporte para romper el escepticismo profesional, la incertidumbre en relación con el Sistema de Control Interno en lo que respecta a indicadores gerenciales. razón por la cual, la debilidad sufre variación y se retira del capítulo de debilidades.

Para fortalecer el modelo de control interno de la Dirección Territorial, el Equipo Auditor sugiere tener en cuenta la herramienta gerencial del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión<sup>5</sup>, donde determina como deben ser elaborados y como se lleva a cabo su análisis.

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


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



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

<sup>5</sup> Guía para la Construcción y Análisis de Indicadores de Gestión



 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>9</b> de <b>42</b>

Del análisis de datos se tiene que los servidores consideran que el mapa de riesgos del proceso (amenazas/peligros) está de acuerdo con las necesidades, dado que se ubica en el 85% del valor máximo posible en la escala de Likert, metodología utilizada en la herramienta de evaluación. Lo anterior significa que *"Hay evidencia de un mapa de riesgos y modelo de administración de los mismos en plena producción que sustenta la toma de decisiones, que es inherente al proceso, actualizado y socializado adecuadamente"*.

Estos resultados son reveladores en cuanto muestran que 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"*<sup>6</sup>.

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 control y seguimiento**

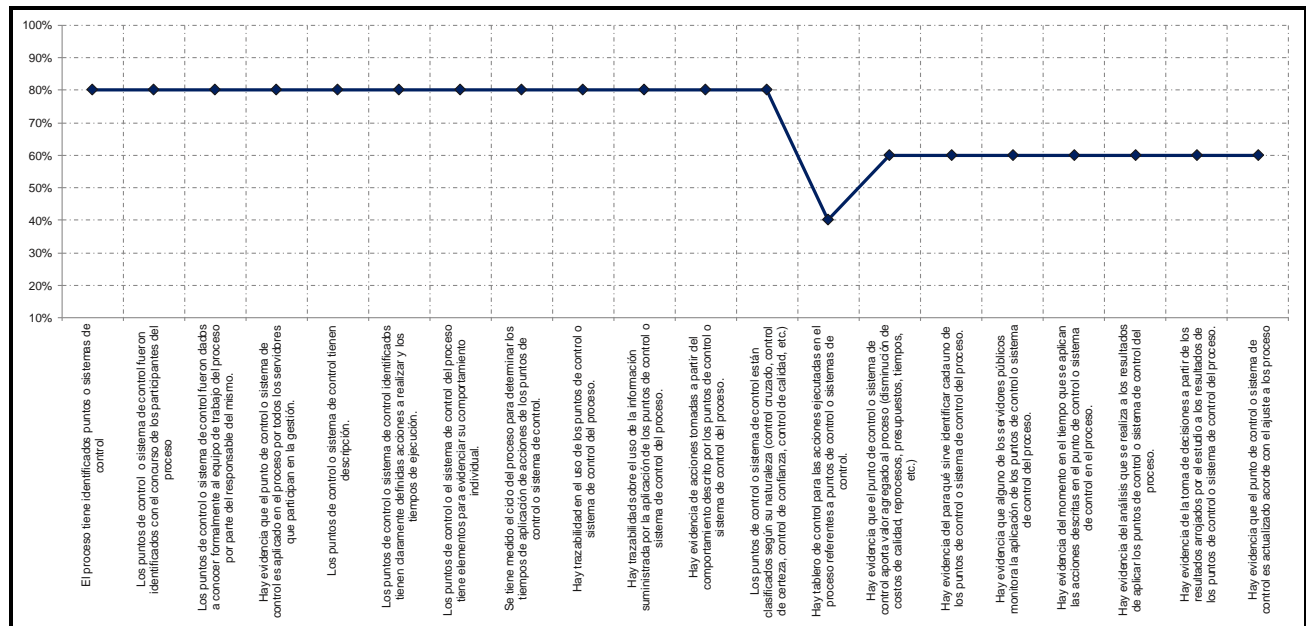
<sup>6</sup> Op cit., p - 58

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019
		Página <b>10</b> de <b>42</b>

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 Santander.

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


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



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

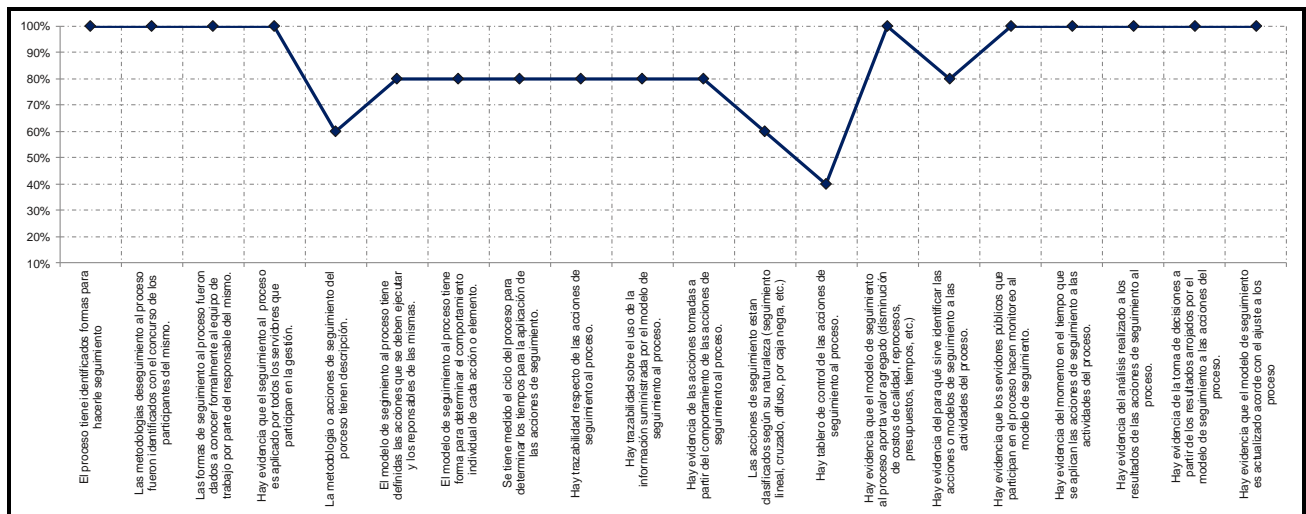
Del análisis de datos se tiene que los servidores consideran que el modelo de control inherente está totalmente de acuerdo, dado que se ubica en el 71% del valor máximo posible en la escala de Likert, metodología utilizada en la herramienta de evaluación. Lo anterior significa que *“Hay evidencia que el modelo de control esta adecuadamente estructurado y se usa como fuente de información del proceso para corregir las desviaciones que se presentan”*.

Es así como el Equipo Auditor 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:

 <p><b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019
		Página <b>11</b> de <b>42</b>

*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 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:




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

Del análisis de datos se tiene que los servidores consideran que el seguimiento está totalmente de acuerdo con las necesidades, dado que se ubica en el 86% 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 implementado, lo que permite sustentar la toma de decisiones, que son inherentes al proceso, actualizado y socializado adecuadamente"*.

Es así como el Equipo Auditor ve un terreno expedito para que 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*

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019
		Página <b>12</b> de <b>42</b>

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

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

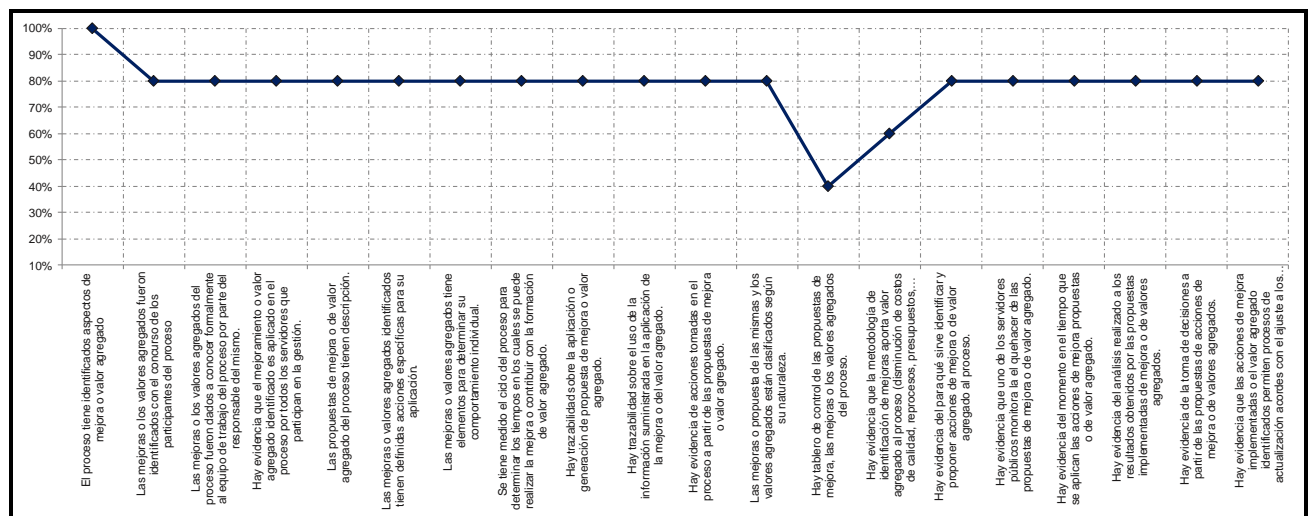
El Equipo Auditor durante la visita efectuada a la Dirección Territorial solicita las evidencias pertinentes y conducentes que demuestren un adecuado monitoreo de los sistemas de control a la gestión orientada a resultados en la Dirección Territorial. Una vez evaluada con los criterios de auditoria generalmente aceptados se encuentra que cumple con los requisitos mínimos para ser catalogada como evidencia.

Aplicado el papel de trabajo relacionado con el análisis de 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 modelo de Mejora o valor agregado

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:



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

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>13</b> de <b>42</b>

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 78% 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 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 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:

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>14</b> de <b>42</b>

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

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

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


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

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

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

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

El Equipo Auditor parte del criterio institucional dado por la Oficina Asesora de Planeación en el sentido que las metas se deben lograr en su totalidad, tal como están pactadas en el plan de acción. Para el efecto elabora y aplica un papel de trabajo que toma la información de manera 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 Santander 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 de Santander tiene en total 24 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 18 actividades que corresponden al 75.00% 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 13 actividades de las 18 posibles, lo que equivale al 72.22% 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 18 posibles, lo que equivale al 0.00% de la muestra.

Estado superlativo: Las actividades reportadas en los dos periodos (marzo y junio) y que en ambos tiene un mayor el valor a lo planeado, es decir se excede a lo planeado es de 0 actividades de las 18 posibles, lo que equivale al 0.00% 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 18 posibles, lo que equivale al 0.00% de la muestra.

 <p><b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 17/04/2019 Página <b>16</b> de <b>42</b>

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 0 actividades de las 18 posibles, lo que equivale al 0.00% 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 18 posibles, lo que equivale al 5.56% 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 3 actividades de las 18 posibles, lo que equivale al 16.67% de la muestra.


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

**Gráfica 1: Comportamiento de variables**

Dirección Territorial			
Total de metas de la Dirección Territorial		24	
Total de metas excluidas		6	75,00%
Total muestra		18	
Análisis de los datos		Cantidad	Resultado porcentual
1	Avances adecuados a lo programado		72,22%
	Comportamiento óptimo	13	100%
	Porcentaje de debilidad		27,78%
2	Estado crítico del avance		0,00%
	Comportamiento óptimo	0	0%
	Porcentaje de debilidad		0,00%
3	Estado super programado		0,00%
	Comportamiento óptimo	0	0%
	Porcentaje de debilidad		0,00%
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	0	0,00%
6	Estado de deterioro	1	5,56%
7	Estado de mejoramiento	3	16,67%
8	Estado de exclusión	1	5,56%

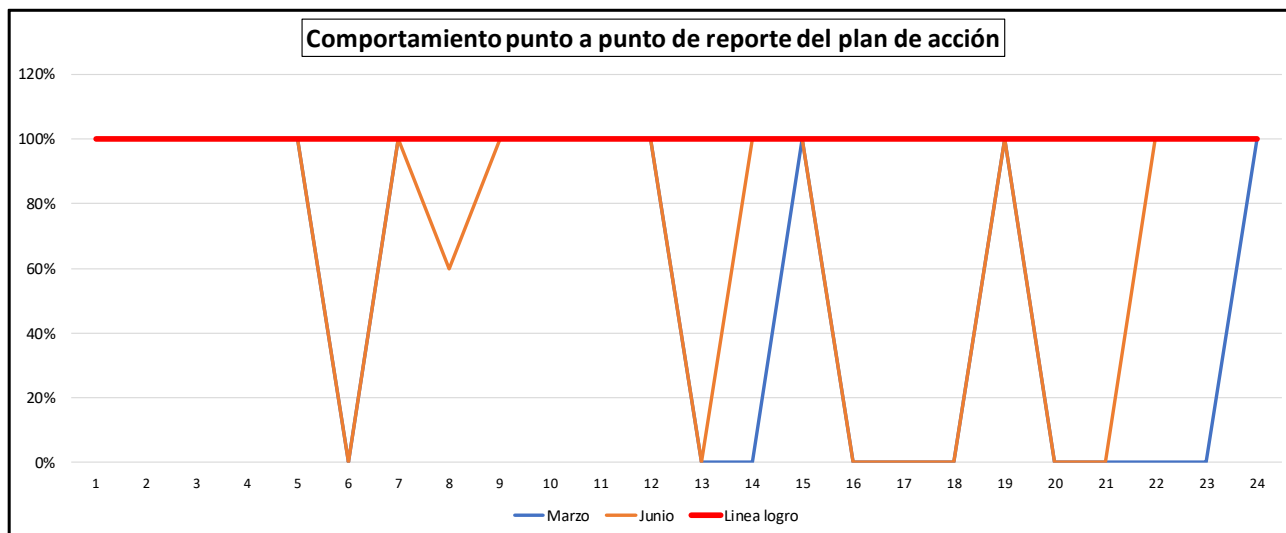
Fuente: Herramienta Análisis de variables del Plan de Acción. Fuente propia OCI



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

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

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




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

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 Santander. Teniendo como parámetro de evaluación el que los reportes de avance deben corresponder al 100% de lo planeado, se tiene que para los dos primeros trimestres de la vigencia 2019 el citado parámetro solo se cumple en 13 de 18 metas, lo que corresponde a un 72.22%".

Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la DT al no estar conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales b) y d), 4º literal c), i) y j) y 6º de la Ley 87 de 1993 y la Ley 152 de 1994 artículo 3º literal k). Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 4.1. El Equipo Auditor establece como potenciales causas: debilidades en los procesos de planeación, fallas en la proyección de metas y objetivos, falta de conocimiento en el diseño y seguimiento de tableros de seguimiento y control, deficiencias en el conocimiento en modelos

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>18</b> de <b>42</b>

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 01 noviembre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado señala que:

*"Tomando como referencia la plataforma de SISGESTION, se puede evidenciar que, con corte al 30 de junio de 2019, se reportaron 16 indicadores y no 18 como se menciona en el informe. Igualmente comenta sobre el uso de una hoja de cálculo donde se controla la ejecución de las metas y los soportes de acuerdo con lo solicitado por la OAP".*

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 que desvirtúe el criterio auditor.

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

Como quiera que el principio de escepticismo profesional es rector de la actividad auditora, solo las evidencias pueden tener la posibilidad de cambiarlo, si ellas cumplen los requerimientos de evaluación que son necesarios a la luz de las normas de auditoría generalmente aceptadas. Al analizar y evaluar las evidencias allegadas estas corresponden a los soportes recolectados en la auditoría in situ de la Dirección Territorial.


Por todo lo anterior, el Equipo Auditor no encuentra suficiente soporte para romper el escepticismo profesional, la incertidumbre en relación con la gestión del plan de acción. En consecuencia, la debilidad no sufre variación y hará parte del informe final de auditoría.

#### **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.*

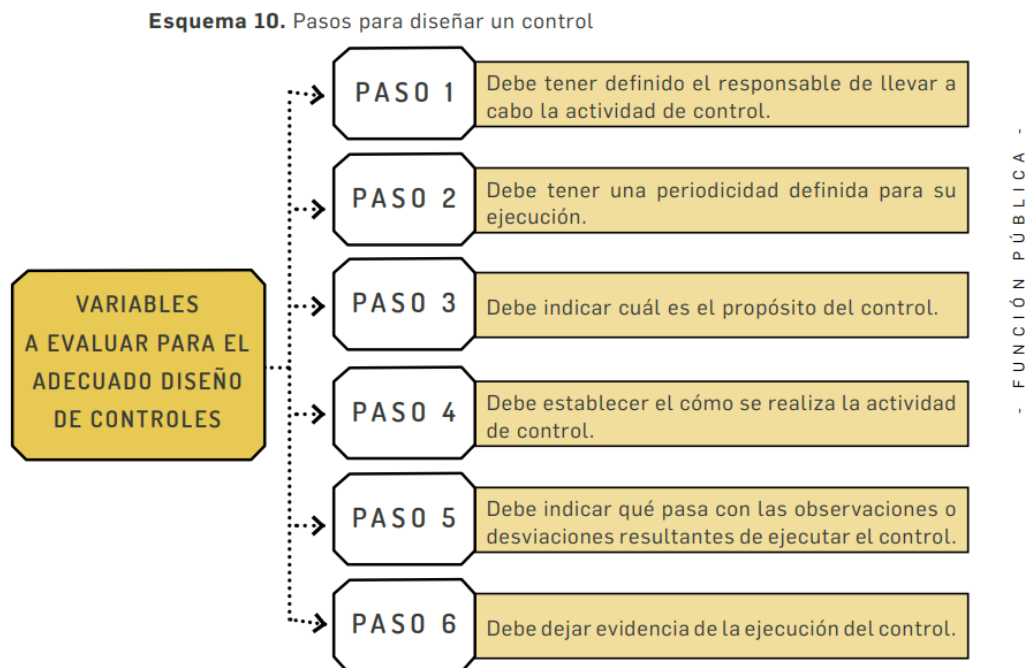
 <p>El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>19</b> de <b>42</b>


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:




 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 17/04/2019 Página <b>20</b> de <b>42</b>

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

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

- FUNCIÓN PÚBLICA -

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

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>21</b> de <b>42</b>

### 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 de Santander tiene identificado seis (85.71%) riesgos administrativos incluido uno del año 2018 y un (14.29%) riesgo de corrupción, para un total de siete (7) riesgos. Para gestionar los riesgos identificados de índole administrativa, la Dirección Territorial aplica un total de 14 controles evidenciando la falta de un control y para el riesgo de corrupción se evidencia la falta de un control para las dos causas definidas, el DAFP establece los límites de evaluación del criterio control, a partir de los aspectos cuantitativos y cualitativos.

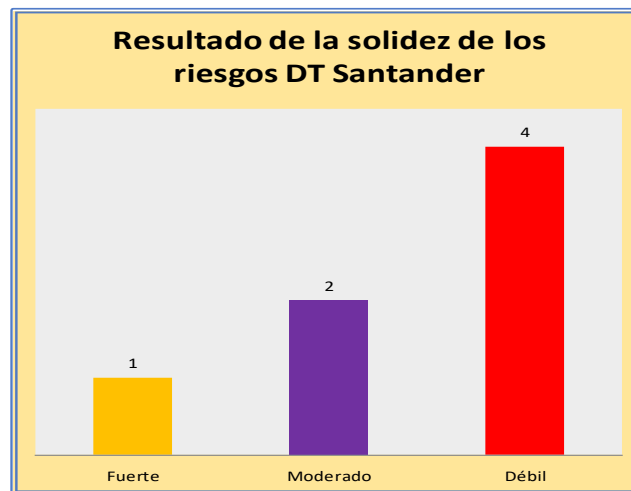
Por otra parte, como una segunda fase del papel de trabajo y como evaluación de la ejecución del control, el Equipo Auditor aplica en los papeles de trabajo los estándares proporcionados por el DAFP y cuyos ítems son:

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.

 <p>El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>22</b> de <b>42</b>

Al examinar las variables dispuestas por el DAFP se tiene como resultado que el 85.71% de los riesgos es calificado como débil (zona moderado y débil) y el 14.29% está en el rango de fuerte, en cuanto al diseño del control. El promedio de todos ellos es de 80,29 puntos de 100 posibles, que arroja la herramienta aplicada.

A continuación, se relaciona la gráfica denominada, "análisis de los riesgos", así:




Fuente: herramienta análisis de riesgos. Fuente propia OCI

Las evidencias de la ejecución del control, entendidas como la información que da certidumbre sobre la aplicación y resultados sin importar el soporte material, son evaluadas por el 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 auditoria generalmente aceptados y se establece que la dirección territorial en la efectividad de ejecución del control se tiene como resultado que 58.82% existe la evidencia y el control total y el 41.18% 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.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>23</b> de <b>42</b>

Por otra parte, el Equipo Auditor evidencia que el mapa de riesgos tiene identificados seis (6) riesgos de tipo administrativo, los cuales tienen el siguiente comportamiento numérico respecto de causas y controles:

Riesgos	Números de causas	Números de controles existentes	Números de controles no existentes	Porcentaje de controles no existentes
1	2	2	0	0,00%
2	2	2	0	0,00%
3	4	4	0	0,00%
4	3	2	1	33,33%
5	2	2	0	0,00%
6	2	2	0	0,00%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>6,67%</b>

Fuente: herramienta análisis de riesgos. Fuente propia OCI

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


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

Del análisis del mapa de riesgos se determina que el 6.67% 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.

Durante la visita in situ, al Equipo Auditor se entrega información, que una vez evaluada con los criterios de auditoría generalmente aceptados se encuentra que cumple con los requisitos mínimos para ser catalogada como evidencia.

Aplicado el papel de trabajo relacionado con el análisis de riesgos y al evaluar las evidencias, da como resultado que el proceso no cuenta con un mapa de riesgos conforme a los lineamientos establecidos en las guías del DAFP que pueda ser calificado como tal. Del análisis se obtienen el siguiente resultado.

Se evidencia que la totalidad de los controles asociados a los riesgos identificados en el mapa de riesgos establecidos por la Dirección Territorial Santander no cumple con los lineamientos establecidos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas emanada del Departamento Administrativo de la Función Pública. Esta situación no

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>24</b> de <b>42</b>

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.

Este aspecto fue dado a conocer al auditado el día 29 de octubre de 2019. Al respecto, en comunicación del 01 noviembre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado señala que:

*"Teniendo en cuenta la debilidad a la cual hace referencia el Equipo Auditor en el tema de diseño del Control de Riesgos del Mapa de Riesgos (Gestión y Corrupción) de la Dirección Territorial Santander, cabe resaltar que se auditó el mapa de riesgos, que se encontraba cargado en la página de la Unidad en el momento de realizar la auditoria (2018); sobre el particular, hay que señalar que con la asesoría y acompañamiento de la OAP a través de nuestro enlace, lo que se ha implementado en razón de la instrucción recibida, son apartes de los criterios establecidos en la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de Controles en Entidades Públicas; como soporte de lo anterior, se adjuntan las siguientes evidencias brindadas al Equipo Auditor en el momento de su visita: F-OAP-018-CAR\*20196290014563\* Al contestar por favor cite estos datos: Radicado No.: 20196290014563 Fecha: 11/1/2019 10:04:33 AM.*

*Acta mesa de trabajo Análisis de Contexto estratégico (12 de julio de 2019) • Acta de Aprobación de Riesgos (26 de septiembre de 2019) • Acta socialización Metodología de Riesgos (23 de agosto de 2019) • Acta de socialización Avances Mapa de Riesgos (27 de agosto de 2019) • Mapa de Riesgos actualizado 2019 • Matriz de contexto estratégico • Evidencia de los controles de los Riesgos identificados.*

*Es oportuno advertir que en proceso de articulación con el Nivel Nacional se tiene previsto en el mes de noviembre, una mesa de trabajo con el Equipo de Riesgos, con el fin de realizar la revisión al Mapa de Riesgos actualizado. Anexo No. 16".*


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 que desvirtúe el criterio auditor.

El mapa de riesgos que se examina por parte del Equipo Auditor corresponde al publicado al final del mes de enero de la vigencia, tal como lo ordena el marco normativo. Desde esta perspectiva, los estudios y análisis pertinentes corresponden únicamente a esta herramienta gerencial y no a aquella que está en trámite de actualización y aprobada en el segundo semestre de 2019.

La Oficina de Control Interno conoce que la OAP está trabajando en la actualización del mapa de riesgos para entrada en producción en la vigencia 2019, pero después de la fecha legal de publicación del mapa que el Equipo Auditor examina.

Lo anterior se soporta en la Ley 87 de 1993, artículo 2º *Objetivos del sistema de Control Interno. 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:*



 <p>El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>25</b> de <b>42</b>

a) Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten; 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.

Como quiera que el principio de escepticismo profesional es rector de la actividad auditora, solo las evidencias pueden tener la posibilidad de cambiarlo, si ellas cumplen los requerimientos de evaluación que son necesarios a la luz de las normas de auditoria generalmente aceptadas. Al analizar y evaluar las evidencias allegadas el Equipo Auditor no encuentra suficiente soporte, el cual conserva la preservación del escepticismo y la no modificación de la evaluación comunicada.

Por todo lo anterior, el Equipo Auditor no encuentra suficiente soporte para romper el escepticismo profesional, la incertidumbre en relación con gestión del mapa de riesgos de la Dirección Territorial. En consecuencia, la debilidad no sufre variación y hará parte del informe final de auditoria.


Así mismo, La Dirección Territorial de Santander, 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 dos (2) de corrupción, para lo cual se establecen 13 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 tres (3) en su control cuatro (4) falta su respectiva causa. El examinar el diseño de los controles propuestos por la Dirección Territorial se tiene que:

Riesgos	Números de causas	Números de controles	Controles con diseño fuerte	Controles con diseño debil	Porcentaje de controles con diseño debil
5	13	13	11	3	23,08%

Fuente: herramienta análisis de riesgos. Fuente propia OCI

Como se puede observar, solo el 76.92% % de los controles cumplen con los lineamientos del DAFP. Aquellos que están por fuera de los parámetros dispuestos en la Guía son los siguientes:

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 17/04/2019 Página <b>26</b> de <b>42</b>

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

**Nota:** (\*) existe el control, pero no tiene definida la causa

Fuente: herramienta análisis de riesgos. Fuente propia OCI

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

### 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 auditoria 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 667 de 2019, Contrato de prestación de servicios 1056 de 2018, Contrato de prestación de servicios 1060 de 2018 y Convenio 1512 de 2018, se obtienen los siguientes resultados.

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".

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>27</b> de <b>42</b>

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

Lo anterior no está conforme con:

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

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) 3º literal e) y 4º 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.

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>28</b> de <b>42</b>

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.

Este aspecto fue dado a conocer al auditado el día 18 de noviembre de 2019. Al respecto, en comunicación del 21 noviembre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado señala que:

*“Al revisar el contrato 667 de 2019, por parte del Grupo de Gestión Contractual, se pudo evidenciar que cuenta en la plataforma con los informes de supervisión completos, por error involuntario, se omitió subir a la plataforma SECOP el análisis del sector y estudios previos, permitiendo subsanar el día de hoy 21 de noviembre de 2019, subiendo estos documentos.*

*Así mismo, la creación en SECOP II para todos los contratos se realiza con la creación del proceso en este caso UARIV-CPSP-2019-1098685184, En dicho proceso se carga la información previa y las condiciones en las que se suscribirá el contrato luego de los clics internos se habilita la posibilidad de realizar el contrato y subir el clausulado, el RP y las garantías solicitadas.”*


Para determinar si las consideraciones aportadas por el auditado tienen el suficiente soporte que lleve inequívocamente al Equipo Auditor a cambiar el concepto de la debilidad comunicada, se parte del hecho que allega evidencia en soporte documental que puede desvirtuar el criterio auditor.

El Equipo Auditor encuentra procedente las evidencias soportadas en relación con los contratos de prestación de servicios y convenios examinados: Contrato de prestación de servicios 667 de 2019 donde se soporta la subsanación en la plataforma SECOP los documentos del análisis del sector y estudios previos.

Por todo lo anterior, el Equipo Auditor encuentra suficiente soporte para romper el escepticismo profesional, la incertidumbre en relación con la ejecución de las funciones en el marco de las disposiciones normativas y administrativas, razón por la cual, la debilidad sufre variación y se retira del capítulo de debilidades.

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

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>29</b> de <b>42</b>

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.

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 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 18 de noviembre de 2019. Al respecto, en comunicación del 21 noviembre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado señala que:

- *CPS – 1056: mediante oficio radicado 20184300017393 del 19 de febrero de 2018, la Doctora Ruth Marlene Rivera Peña en calidad de Secretaria General, designa como Supervisora de este Contrato a la Directora Territorial Santander Martha Cecilia Guarín Lizcano, evidenciando de esta forma que dicha designación fue generada hasta el mes de febrero, razón por la cual el primer informe de actividades fue firmado por el Supervisor asignado en primera instancia que para este*

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>30</b> de <b>42</b>

*caso sería la Subdirectora de Reparación Colectiva. A partir del mes de febrero se inicia la supervisión de dicho contrato desde la DT Santander.*

- *CPS – 1060: mediante oficio radicado 20187600017703 del 14 de febrero de 2018, la Doctora Ruth Marlene Rivera Peña en calidad de Secretaria General, designa como Supervisora de este Contrato a la Directora Territorial Santander Martha Cecilia Guarín Lizcano, evidenciando de esta forma que dicha designación fue generada hasta el mes de febrero, y es a partir de ese mes que se inicia la supervisión de dicho contrato desde la DT.*

*Teniendo en cuenta que la designación de supervisión debe ser notificada por parte del representante legal o por el Director General, esta DT cumplió con lo establecido en dichos memorandos, generando supervisión de los contratos a partir de la fecha establecida.*


*Igualmente, al revisar los contratos de prestación de servicios 1056 y 1060 de 2018, se encuentran en la plataforma SECOP I y están cargados los documentos Análisis del sector, estudios previos, clausulado y garantías. En cuanto al cargue de los informes de supervisión el Grupo de Gestión Contractual se encontraba con la dificultad de tener retrasos en la accesibilidad a los informes de supervisión ya que el formato de informe de actividades se encontraba compartido con la cuenta de cobro y estos documentos se radicaban en el proceso de Gestión Financiera y este a su vez no tuvo la capacidad logística ni humana para transferir desde el 2017 los informes de actividades al Grupo de Gestión Contractual, esto genero retrasos significativos en esta actividad.*

*Para el año 2019 se implementó por el Grupo de Gestión Contractual acciones de mejora como; a) Generar el Formato informe de actividades, independiente de la cuenta de cobro. b) Establecer una ruta directa de los informes de actividades desde su radicación, con el apoyo de Gestión Administrativa, la OTI y Gestión Contractual, reduciendo tiempos y con resultado del cargue de 5400 informes de actividades del 2019 correspondientes a contratos de prestación de servicios profesionales en la plataforma de SECOP II a 31 de octubre de 2019. c) Se implementará para 2020, en la designación de Supervisión establecer como obligación, que los supervisores suban los informes de actividades a la plataforma SECOP II o SECOP I según sea el caso, de acuerdo co directrices de Colombia Compra Eficiente y d) finalmente se está realizando una contingencia de cargue de informes de actividades de la vigencia 2018, proyecta a finalizar a 31/06/2020.*

Para determinar si las consideraciones aportadas por el auditado tienen el suficiente soporte que lleve inequívocamente al Equipo Auditor a cambiar el concepto de la debilidad comunicada, se parte del hecho que allega evidencia en soporte documental que puede desvirtuar el criterio auditor.

El Equipo Auditor encuentra procedente las evidencias soportadas en relación a la designación de supervisión; pero dada la 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.

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>31</b> de <b>42</b>

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

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.


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

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.

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 calidad de la información y certeza de los registros consignados que le corresponden en la jurisdicción de su territorio.

Este aspecto fue dado a conocer al auditado el día 18 de noviembre de 2019. Al respecto, en comunicación del 21 noviembre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado señala que:

*"Es importante aclarar que la responsabilidad del archivo documental (expediente contractual) es del Grupo de Gestión Documental ya que cuenta con un archivo de gestión centralizado en la Unidad de Víctimas y es a este al que se debe consultar al momento de búsqueda de información requerida y esclarecer cualquier incertidumbre. Esta información no está en poder ni de Gestión Contractual ni de ningún proceso del Nivel Central o Dirección Territorial"*.

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>32</b> de <b>42</b>

Para determinar si las consideraciones aportadas por el auditado tienen el suficiente soporte que lleve inequívocamente al Equipo Auditor a cambiar el concepto de la debilidad comunicada, se parte del hecho que allega evidencia en soporte documental que puede desvirtuar el criterio auditor.

El Equipo Auditor encuentra procedente las evidencias soportadas en relación con la incertidumbre de la información documentada del expediente contractual; pero es importante tener presente que esta debilidad del sistema de control interno se asocia al 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 calidad de la información y certeza de los registros consignados que le corresponden en la jurisdicción de su territorio.

El Equipo Auditor considera una oportunidad de mejora para la dirección territorial de Santander, cuando allí se asigna la supervisión de un contrato, dar estricto y cabal cumplimiento a lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 83 de la Ley 1474 de 2011 en relación con los deberes de supervisión de carácter administrativo en concordancia con lo dispuesto por el Acuerdo segundo de 1994 del archivo general de la nación y la circular única de Colombia Compra Eficiente. En tratándose de archivo, el supervisor debe verificar y garantizar que el expediente físico u electrónico se encuentre completo.

4. El Equipo Auditor evidencia una debilidad en el sistema de control interno por incertidumbre en la información documentada proveniente de la aprobación de los informes de supervisión.


Contrato 667 de 2019 de prestación de servicios

Al verificar el expediente digital entregado por el Grupo de Gestión Contractual de la Unidad y al revisar los informes de actividades de supervisión, se evidencia los informes de ejecución del mes de abril (sin firma del supervisor), mayo, junio, julio y agosto (sin la firma del supervisor), de igual manera no se evidencia el informe de marzo y no se encuentran los soportes de pago de aportes obligatorios al sistema general de seguridad social. Así mismo no se evidencia los documento de certificado de antecedentes de la procuraduría, certificado de antecedentes de la contraloría, antecedentes policía nacional de Colombia, certificado de registro nacional de medidas correctivas, Copia examen pre ocupacional, certificación de encontrarse activo como independiente afiliado al sistema de salud, certificación de encontrarse activo como independiente afiliado al sistema de pensiones, copia soportes de formación académica y certificaciones de experiencia laboral.

El Equipo Auditor determina una debilidad del sistema de control interno relacionada con la aprobación del informe del ejercicio de supervisión.

El ejercicio de las actividades de supervisión reviste de alta importancia para el logro de los fines establecidos en el objeto del contrato y el cumplimiento de las metas institucionales. Lo anterior no está conforme con lo dispuesto en la Ley 1474 de 2011



 <p>El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>33</b> de <b>42</b>

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 entidad para disminuir el riesgo de incumpliendo contractual y oportunidad del control contractual.

Este aspecto fue dado a conocer al auditado el día 18 de noviembre de 2019. Al respecto, en comunicación del 21 noviembre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado señala que:

*"Teniendo en cuenta la debilidad evidenciada en el Contrato N.667, correspondiente a la aprobación de los informes de supervisión, esta DT se permite informar que debido a un error involuntario en el cargue de evidencias, los soportes entregados tales como: informe de actividades y/o anexos, no eran los que correspondían. Por lo anterior se adjunta como evidencia los soportes remitidos para pago de los meses de marzo, abril, mayo, junio, julio y agosto.*

*En cuanto a los soportes precontractuales se adjunta evidencia del Pantallazo que soporta el respectivo envío de los documentos requeridos para la elaboración del contrato de la profesional Dennis Yulieith Zúñiga Alba, para la vigencia del año en curso, documentos que fueron enviados a la profesional Angelica Nayibe Susa Vera, profesional adscrita a la oficina de Gestión contractual en su momento, como soporte de lo anterior se adjuntan las siguientes evidencias: (evidencia: correo electrónico)".*


Para determinar si las consideraciones aportadas por el auditado tienen el suficiente soporte que lleve inequívocamente al Equipo Auditor a cambiar el concepto de la debilidad comunicada, se parte del hecho que allega evidencia en soporte documental que puede desvirtuar el criterio auditor.

El Equipo Auditor encuentra procedente las evidencias soportadas en relación correspondiente a la aprobación de los informes de supervisión del contrato 667 de 2019, donde se soporta la subsanación de dicha información que hace parte del expediente contractual.

Por todo lo anterior, el Equipo Auditor encuentra suficiente soporte para romper el escepticismo profesional, la incertidumbre en relación con la ejecución de las funciones en el marco de las disposiciones normativas y administrativas, razón por la cual, la debilidad sufre variación y se retira del informe de debilidades.

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

El Equipo Auditor evalúa el sistema de control interno implementado en la Dirección Territorial Santander 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 que conlleva un buen nivel de condiciones laborales en el marco del Subsistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>34</b> de <b>42</b>

Aplicado el papel de trabajo por el Equipo Auditor relacionado al control y gestión administrativa en el in situ y al evaluar internamente los soportes entregados, se observa que la Dirección Territorial de Santander referente a la solicitud de necesidades correspondiente a las variables de inmuebles, muebles, servicios, talento humano y tecnología no ha afectado la gestión de la dirección, donde se obtiene solución oportuna y eficiente.

El Director Territorial implementa un instrumento para el seguimiento y control de la planificación de las tareas y actividades a ejecutar por cada profesional en los diferentes corregimientos asociados a la territorial.

Por otra parte, se resalta la gestión de control adelantada por la Dirección Territorial en relación con el centro regional de servicio de atención a las víctimas sede Bucaramanga y los tres (3) puntos de atención de servicio al ciudadano (Girón, Floriblanca, Piedecuesta), 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 buena práctica de servicio al ciudadano para las demás Direcciones Territoriales.

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

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

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


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

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 80.00%

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>35</b> de <b>42</b>

En términos generales, el nivel de cumplimiento estándar es del 61.90% (13) y de no cumplimiento es del 38.10% (8). 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. De igual manera se evidencia ausencia de controles referente a entrada y salida de equipos portátiles los cuales no tienen guayas de seguridad, no existen registros de entrada y salida de equipos personales, falta de control en el mantenimiento de extintor y no se tiene alarmas contra incendio en las instalaciones. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales a), e) y f), 4º literales d), e) y i) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 3.1 y 3.2.1.4, Norma ISO 9001:2015, capítulo 7 Apoyo, numeral 7.1.3 Infraestructura y 7.1.4 Ambiente para la Operación de los Procesos.


El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de sensibilización al personal de la DT acerca de la importancia en el control de entradas y salidas de equipos propiedad de la Unidad, mantenimiento de elementos para la prevención contra incendios y protección del sistema eléctrico. Lo anterior conlleva a la posible ocurrencia de eventos adversos que afecten las instalaciones de la DT, pérdida de elementos pertenecientes a la Unidad, pérdida de información sensible que obstruyan la gestión de la DT y el logro de los objetivos institucionales.

Este aspecto fue dado a conocer al auditado el día 29 de octubre de 2019. Al respecto, en comunicación del 01 noviembre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado señala que:

*"La DT Santander cuenta a la fecha con 7 equipos de cómputo portátiles, de los cuales tan solo 3 llegaron con guaya. Los equipos restantes no cuentan con este elemento, razón por lo cual, al finalizar la jornada, dichos elementos son guardados bajo llave y custodia del personal administrativo de la DT, garantizando de esta forma el debido protocolo de seguridad y la custodia que se debe tener con los elementos asignados para el uso de la dirección territorial. (Anexo No. 17).*

*Acogiendo la recomendación que el Equipo Auditor nos hiciera en su visita, se estableció desde la Dirección Territorial Santander que a partir del primero (1) de noviembre de 2019, se llevará el registro de y/o salida de todo equipo electrónico tanto personal como de la Entidad, el cual será llevado a través de la minuta de vigilancia. De esta forma se garantizará la seguridad de dichos elementos.*

*En cuanto a la falta de mantenimiento de extintor, se evidencia que la Dirección Territorial informó sobre el vencimiento de estos elementos el pasado 24 de septiembre de 2019 a la Oficina de Talento Humano – Seguridad y salud en el trabajo, encontrando como respuesta inmediata que la actividad de recarga se realizaría en los territorios a finales de octubre principios de noviembre (ver correo adjunto). De igual forma se considera pertinente informar, que el personal de la DT Santander se encuentra capacitado en el uso de extintores (se adjunta información acta N.9 del mes de septiembre Equipo COPASST). Anexo No. 18".*

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>36</b> de <b>42</b>

Para determinar si las consideraciones aportadas por el auditado tienen el suficiente soporte que lleve inequívocamente al Equipo Auditor a cambiar el concepto de la debilidad comunicada, se parte del hecho que allega evidencia que desvirtúe el criterio auditor.

Al respecto de los 7 equipos de cómputo portátiles, de los cuales tan solo 3 llegaron con guaya. Los equipos restantes no cuentan con este elemento, razón por lo cual, al finalizar la jornada, dichos elementos son guardados bajo llave y custodia del personal administrativo de la DT, el Equipo Auditor valora dicha gestión desarrollada, pero las allegadas evidencias no son coherente con la debilidad identificada y en consecuencia ella queda en firme dentro del informe de debilidades.

En relación con el registro de ingreso y/o salida de todo equipo electrónico tanto personal como de la Entidad, esta es aceptada por el auditado y en consecuencia ella queda en firme dentro del informe de debilidades.


En cuanto a la falta de mantenimiento de extintor, se precisa en la justificación que la Dirección Territorial informó sobre el vencimiento de estos elementos el pasado 24 de septiembre de 2019 a la Oficina de Talento Humano – Seguridad y Salud en el Trabajo, encontrando como respuesta inmediata que la actividad de recarga se realizaría en los territorios a finales de octubre principios de noviembre, El Equipo Auditor encuentra procedente las evidencias soportadas en relación al mantenimiento de extintores, razón por la cual, la debilidad sufre variación y se retira del capítulo de debilidades.

Por otra parte, el auditado no se pronuncia respecto a las alarmas contra incendios, dicha debilidad queda en firme dentro del informe de debilidades.

## **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 falta de gestión en el avance del plan de acción. El Equipo Auditor examina el comportamiento de los reportes del avance de las metas del plan de acción asignadas a la Dirección Territorial Santander. Teniendo como parámetro de evaluación el que los reportes de avance deben corresponder al 100 % de lo planeado, se tiene que para los dos primeros trimestres de la vigencia 2019 el citado parámetro solo se cumple en 13 de 18 metas, lo que corresponde a un 72,22%. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales b) y d), 4º literal c), i) y j) y 6º de la Ley 87 de 1993 y la Ley 152 de 1994 artículo 3º literal k). Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 4.1. El Equipo Auditor establece como potenciales causas: debilidades en los procesos de planeación, fallas en la proyección de metas y objetivos, falta de conocimiento en el diseño y seguimiento de tableros de seguimiento y control, deficiencias en el conocimiento en modelos de control

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>37</b> de <b>42</b>

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".

2. Debilidad del sistema de control interno en el diseño del control de los riesgos. Se evidencia que la totalidad de los controles asociados a los riesgos identificados en el mapa de riesgos establecidos por la Dirección Territorial Santander no cumple con los lineamientos establecidos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas emanada del Departamento Administrativo de la Función Pública. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales a), b) y 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. Debilidad identificada del numeral (5.4) del resultado de la auditoría "seguimiento del modelo de riesgos".


3. Debilidad del sistema de control interno en el mantenimiento, protección de la información y control de equipos. Se evidencia ausencia de controles referente a entrada y salida de equipos portátiles los cuales no tienen guayas de seguridad, no existen registros de entrada y salida de equipos personales y no se tiene alarmas contra incendio en las instalaciones. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales a), e) y f), 4º literales d), e) y i) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 3.1 y 3.2.1.4, Norma ISO 9001:2015, capítulo 7 Apoyo, numeral 7.1.3 Infraestructura y 7.1.4 Ambiente para la Operación de los Procesos.

El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de sensibilización al personal de la DT acerca de la importancia en el control de entradas y salidas de equipos propiedad de la Unidad, mantenimiento de elementos para la prevención contra incendios y protección del sistema eléctrico. Lo anterior conlleva a la posible ocurrencia de eventos adversos que afecten las instalaciones de la DT, pérdida de elementos pertenecientes a la Unidad, pérdida de información sensible que obstruyan la gestión de la DT y el logro de los objetivos institucionales. Debilidad identificada del numeral (5.7) del resultado de la auditoría "modelo de seguridad de información".

## **7. ASPECTOS SOBRESALIENTES**

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

En lo relacionado con el estilo de Dirección del Director Territorial se nota liderazgo transformacional donde crea cambios valiosos y positivos en su equipo de trabajo.

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>38</b> de <b>42</b>

Por otra parte, el Director Territorial está generando estrategias de trabajo en equipo y comunicación asertiva, para fortalecer la cultura y el ambiente laboral en la sede administrativa y la relación con las víctimas cuando son atendidas.

Otro aspecto en el marco del ambiente laboral que se identifica in situ en la auditoria es el trabajo colaborativo entre los funcionarios y contratistas, lo que conlleva al cumplimiento de las metas y los altos niveles de productividad; esto acompañado de una buena comunicación asertiva y planificación de trabajo por parte del Director Territorial.

Referente al modelo de atención del servicio al ciudadano se refleja la gestión a través de la implementación de estrategias en los cuatro (4) puntos de atención a las víctimas (Girón, Floriblanca, Piedecuesta y Bucaramanga) acompañado del seguimiento y control de Comités mensuales de servicio al ciudadano. Así mismo se identificó un alto nivel de coordinación, cooperación y comunicación entre la Dirección Territorial y los puntos de atención; esto conlleva la optimización de trámites, racionalización de tiempos de respuesta y oportunidad de mejora en el servicio.


En el marco de la planificación operacional de los proyectos, planes y programas se identifica el alto compromiso de la Dirección Territorial con los coordinadores para el desarrollo de estrategias de relacionamiento con las víctimas de varios corregimientos, el control y seguimiento de la supervisión de convenios de proyectos de cofinanciación No. 1383 de 2017 (Gobernación/beneficiarios Municipios de Rionegro y el Playón) y el Convenio 1512 de 2018 (Municipio Guadalupe). Esta armonización del trabajo se ve reflejada con los altos niveles de estandarización de los procesos misionales del nivel central. Así mismo se identifica un nivel alto de liderazgo a través de los Comités de Justicia Transicional (Nación - Territorio), articulación con la entidad (SENA, ICBF, etc.) y la asistencia técnica de 75/82 Municipios (Acta de fecha 30/4/2019) donde se realiza reunión de seguimiento mensual a las actividades desarrolladas por la DT.

De igual manera 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 el logro de 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.

Referente a los aspectos de evaluación de resultados se sustenta en dos herramientas que la entidad le ha brindado a la Dirección Territorial, la primera es el aplicativo SISGESTIÓN donde efectúa el 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 catorce (14)

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>39</b> de <b>42</b>

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 continua del Sistema Integrado de Gestión liderado por la Oficina Asesora de Planeación es 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, el Director Territorial realiza continuamente la optimalización del recurso humano por medio de la rotación de actividades, siempre cumpliendo con las competencias y perfiles establecidos, con el fin, que el equipo de trabajo conozca y genere seguridad en la gestión de los procesos misionales para aportar en el direccionamiento estratégico de la Dirección Territorial y el cumplimiento de los objetivos institucionales y misional 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 del Santander.

## **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 Santander fue 9.4/10.

## **10. CONCEPTO DE AUDITORÍA**

El propósito de la auditoría es evaluar el sistema de control interno de la Dirección Territorial Santander 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 Santander 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. Si bien es cierto que durante el proceso auditor se identificaron elementos de control fuertes y 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

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>40</b> de <b>42</b>

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 diecisiete (17) 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 una debilidad respecto al análisis de los indicadores y cuatro debilidades y observaciones en los componentes riesgos, sistemas de control gerencial, el componente de mejora y valor agregado y sistemas de seguimiento; aspectos que debe ser examinado por el equipo de la Dirección territorial dado que esta herramienta gerencial tiene como propósito superar (a partir de la experiencia) las dificultades de carácter técnico y administrativo que se le presenten en la cotidianidad de su labor.

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

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

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



	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>41</b> de <b>42</b>

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.

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, 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 una un ejercicio de la necesidad de aumentar o fortalecer competencias en este tema y respecto del proceso de gestión contractual, examinar si las acciones de mejora desplegadas están surtiendo el impacto esperado o reorientar para hacerlas efectivas.

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

	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página <b>42</b> de <b>42</b>

En términos generales, el sistema de control interno en la Dirección Territorial Santander 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 construya una línea de base para construir un sistema más robusto.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor recomienda al Director Territorial Santander 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 HERNANDEZ**  
Auditor Líder

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

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