 <p>El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 1 de 32

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 Sucre
Dependencia líder:	Dirección General
Servidor responsable del Proceso:	Isaac Hernandez Hernandez
Tipo de auditoría realizada:	Efectividad del sistema de control interno
Fecha de auditoría:	septiembre 23 al 29 de noviembre de 2019
Equipo Auditor:	Auditora líder: Liliana Marcela Criales Rincón - Abogada Auditora: Rosbery Campos Trigos - Contadora


Es de anotar que la Oficina de Control Interno remitió el informe preliminar a la Dirección Territorial Central mediante correo electrónico del 22 de noviembre de 2019, concediendo un término de tres días hábiles para recibir observaciones con respecto al concepto de auditoría, término que finalizó el miércoles 27 de diciembre de la presente anualidad, sin que el auditado haya presentado observaciones y en consecuencia se protocoliza el informe preliminar como definitivo.

1. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

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

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

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

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 2 de 32

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 Sucre desde el 01 de enero de 2018 hasta el 30 de junio de la vigencia 2019.

3. GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR

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


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

4. METODOLOGÍA UTILIZADA

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

5. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

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

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 3 de 32

La Dirección Territorial Sucre 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 Sucre 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 Sucre contenidas en el artículo 29 del Decreto 4802 de 2011. La finalidad es establecer que todas y cada una de las funciones son atendidas en la gestión institucional a nivel de la jurisdicción que le corresponde.


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

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

5.2 Aplicación Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión

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

Frente al análisis de los indicadores gerenciales existe evidencia de un sistema de medición formado que está siendo tomado como fuente de información del proceso para corregir las desviaciones que se presentan. Por lo anterior, no se encuentra debilidad del sistema de control interno por este ítem.

 <p>El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 4 de 32

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

Frente al análisis de los riesgos gerenciales existe evidencia de que en el mapa de riesgos se tiene en cuenta los mismos y que está formado, adoptada la administración de estos y están siendo tomados como fuente de información del proceso para corregir las desviaciones que se presentan. Por lo anterior, no se encuentra debilidad del sistema de control interno por este ítem.

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

Frente al análisis del modelo de control gerencial de la Dirección Territorial existe evidencia que indica que el mismo se encuentra semi-estructurado y se usa como fuente de información del proceso para corregir las desviaciones que se presentan. Por lo anterior, no se encuentra debilidad del sistema de control interno por este ítem. No obstante, el Equipo Auditor considera que existe una oportunidad de mejora consistente en tomar las acciones pertinentes y conducentes a fin de tener un sistema de control completamente estructurado y que le brinde al Director Territorial y a su equipo de trabajo la información necesaria para coadyuvar a soportar el ejercicio de la toma de decisiones.

5.2.4 Análisis a la mejora o valor agregado.

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

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:



El futuro es de todos

Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

Código: 150,19,15-8

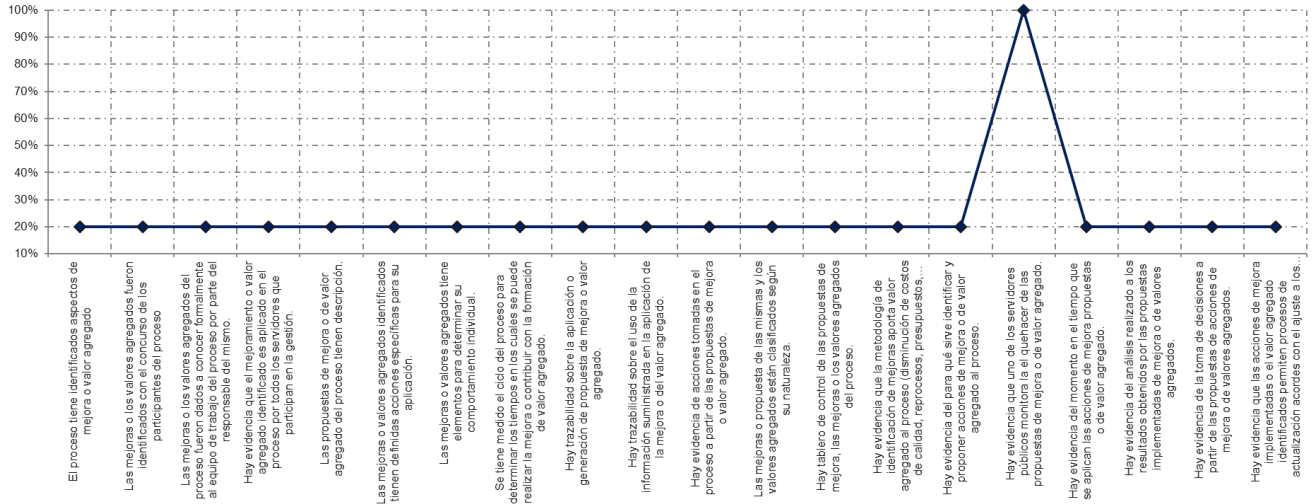
PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

Versión: 07

PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO

Fecha: 17/04/2019

Página 5 de 32



Del análisis de datos se tiene que los servidores consideran que el modelo de control inherente a la mejora o valor agregado está totalmente en desacuerdo, dado que se ubica en el 24% del valor mínimo posible en la escala de Likert¹, metodología utilizada en la herramienta de evaluación. Lo anterior significa que "Hay evidencia incipiente de propuestas de mejora o valor agregado asociados a la gestión del proceso. Sin embargo, esta información y el uso de la misma no es aprovechada de manera efectiva en el proceso".


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

De acuerdo con lo programado en la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación, para una eficiente ejecución del gasto público se debe ejercer un permanente y efectivo control administrativo, seguimiento y evaluación, para soportar decisiones y tomar medidas correctivas en caso de ser necesario. Además, el seguimiento facilita el reporte de informes y estadísticas a las entidades del Estado, responsables de la gestión presupuestal².

El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de control a la información documentada respecto de las evidencias que soporten la gestión de mejora, la falta de conocimiento y capacitación en temas de mejora continua a partir de las herramientas

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

² COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Manual Operativo. Sistema de Gestión, Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Bogotá, D.C., 2017, p - 44

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 6 de 32

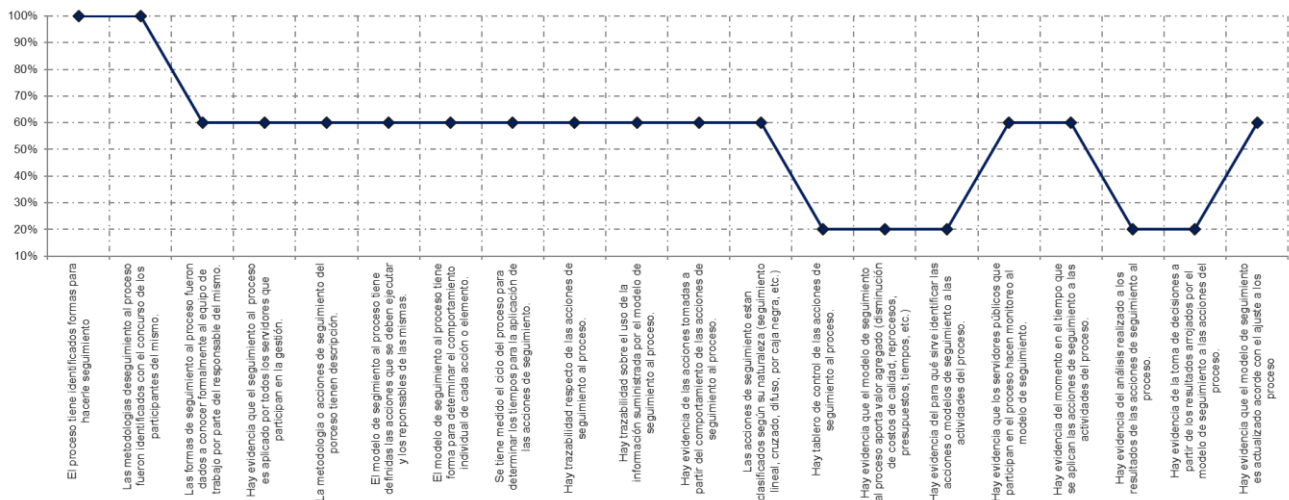
gerenciales. Lo anterior aumenta el riesgo de tomar decisiones sin consultar una herramienta de gerencia como lo es la mejora continua a partir del conocimiento pleno de la gestión efectuada por la Dirección Territorial y la persistencia de actuaciones o actividades que hoy tengan mejores prácticas internas o externas.

Este aspecto fue dado a conocer al auditado el día 28 de octubre de 2019. Al respecto, en comunicación del 31 de octubre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado señala que: se concluye que la DT concuerda con los puntos del 1 al 4, puesto que las acciones que estamos aplicando no están dentro de los cortes de la Auditoria (hasta 30 de junio de 2019).


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

5.2.5 Análisis de los sistemas de seguimiento.

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



Del análisis de datos se tiene que los servidores consideran que el seguimiento es indiferente a las necesidades, dado que se ubica en el 54% del valor máximo posible en la escala de Likert, metodología utilizada en la herramienta de evaluación. Lo anterior significa que "Hay evidencia que existe un sistema de seguimiento a la gestión del proceso medianamente conformado. No obstante, falta que este modelo sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones".

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 7 de 32

Por lo anterior, 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 6° al hablar de la responsabilidad del control interno determina que:

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


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

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

Aplicado el papel de trabajo relacionado con el análisis de sistemas de control a servidores de la Dirección Territorial, da como resultado que no se evidencia en ella un sistema de control de seguimiento sustentado en puntos de control u otro mecanismo.

La ausencia de evidencias que demuestren el uso de un sistema de control relevante, que proporcione información confiable que permita evaluar y comunicar las deficiencias de control interno de forma oportuna a fin de aplicar las medidas correctivas en los procesos de la Dirección Territorial como una herramienta gerencial para la toma de decisiones a partir de los resultados, genera incertidumbre en el Equipo Auditor y por lo tanto, aplicando las normas de auditoría generalmente aceptadas, considera el no cumplimiento de lo dispuesto en la Dimensión 7 del MIPG (Decreto 1499 de 2017) frente a la implementación de actividades de monitoreo y supervisión continua en la Dirección Territorial y se constituyen en una debilidad del Sistema de Control Interno en virtud a lo dispuesto en el artículo 2° literales c), d) y g); artículo 3° literales b) y d); artículo 4° literales b), c), g) y i) y el artículo 6° de la Ley 87 de 1993.

El seguimiento es una actividad que propende por lograr que las decisiones adoptadas bajo certidumbre o en baja incertidumbre contribuyan al logro de las metas y objetivos institucionales, para lo cual la evidencia es un elemento vital de evaluación. Aplicado el papel de trabajo que evalúa este ítem del sistema de control interno se encuentra que hay evidencia de un sistema de seguimiento a la gestión de la Dirección Territorial medianamente conformado, no obstante falta que el modelo sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones y este adecuadamente evidenciada la gestión que a él

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 8 de 32

corresponde. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literal d) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 4.2.1.

El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de conocimiento y buenas prácticas asociadas a la temática de seguimiento a las decisiones tomadas, la ausencia de un mecanismo de alerta de manera temprana los niveles y calidades de seguimiento a las acciones planteadas por la Dirección Territorial. Lo anterior aumenta el riesgo de la no consecución de las acciones de mejora o de las decisiones tomadas por parte del Director Territorial que afecten los procesos o actividades ejecutadas en su jurisdicción.

Este aspecto fue dado a conocer al auditado el día 28 de octubre de 2019. Al respecto, en comunicación del 31 de octubre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado señala que: "se concluye que la DT concuerda con los puntos del 1 al 4, puesto que las acciones que estamos aplicando no están dentro de los cortes de la Auditoria (hasta 30 de junio de 2019)".

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

5.3 Seguimiento al Plan de Acción


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

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

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

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

Parágrafo 1º. La integración de los planes mencionados en el presente artículo se hará sin perjuicio de las competencias de las instancias respectivas para formularlos y adoptarlos. Cuando

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 9 de 32

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.*

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

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


 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 17/04/2019 Página 10 de 32

La Oficina Asesora de Planeación dentro de su fuero, ámbito normativo y operativo estudia el comportamiento de las metas pactadas con la Dirección Territorial Sucre 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:

Dirección Territorial		Sucre	
Total de metas de la Dirección Territorial		24	75,00%
Total de metas excluidas		6	
Total muestra		18	
Análisis de los datos		Cantidad	Resultado porcentual
1	Avances adecuados a lo programado	6	33,33%
	Comportamiento óptimo		100%
	Porcentaje de debilidad		66,67%
2	Estado crítico del avance	0	0,00%
	Comportamiento óptimo		0%
	Porcentaje de debilidad		0,00%


 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 17/04/2019 Página 11 de 32

3	Estado super programado	1	5,56%
	Comportamiento óptimo		0%
	Porcentaje de debilidad		5,56%
4	Estado de no cumplimiento y no incumplimiento	0	0,00%
	Comportamiento óptimo		0%
	Porcentaje de debilidad		0,00%
5	Estado de recuperación superior al programado	2	11,11%
6	Estado de deterioro	5	27,78%
7	Estado de mejoramiento	4	22,22%
8	Estado de exclusión	1	5,56%

La Dirección Territorial de Sucre 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 5 actividades. En consecuencia, la muestra de trabajo es de 18 actividades que corresponden al 75.00% de la población.

Tomando las 18 actividades como la totalidad de la población de estudio, se tiene el siguiente comportamiento en relación con la política dispuesta por la Oficina Asesora de Planeación:

Estado óptimo: Las actividades reportadas en los dos periodos (marzo y junio) y que en ambos tiene el valor planeado con el ejecutado igual, es decir se cumple lo planeado es de 6 actividades de las 18 posibles, lo que equivale al 33.33% de la muestra.

 <p>El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 12 de 32

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 1 actividades de las 18 posibles, lo que equivale al 5.56% 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.

Estado de recuperación: Las actividades reportadas en el segundo informe (junio) son superlativas en relación con lo reportado en el primer informe (marzo), es de 2 actividades de las 18 posibles, lo que equivale al 11.11% 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 5 actividades de las 18 posibles, lo que equivale al 27.78% de la muestra.



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

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 13 de 32

De lo anterior se colige que hay debilidad del sistema de control por incumplimiento de lo planeado contra lo ejecutado, evaluación plan de acción. El Equipo Auditor examina el comportamiento de los reportes del avance de las metas del plan de acción asignadas a la Dirección Territorial Sucre. Teniendo como parámetro de evaluación que los reportes de avance deben corresponder al 100 % de lo planeado, se tiene que para los dos primeros trimestres de la vigencia 2019 el citado parámetro solo se cumple en 6 de 18 metas, lo que corresponde a un 33.33%. 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 control, deficiencias en el conocimiento de modelos de control gerencial y planeación. Lo anterior potencializa el riesgo de incumplimiento de las metas institucionales.

Este aspecto fue dado a conocer al auditado el día 28 de octubre de 2019. Al respecto, en comunicación del 31 de octubre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado señala que: "se concluye que la DT concuerda con los puntos del 1 al 4, puesto que las acciones que estamos aplicando no están dentro de los cortes de la Auditoria (hasta 30 de junio de 2019)".

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


5.4 Seguimiento al Modelo de Riesgos

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

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

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

Los riesgos definidos como la posibilidad de que suceda algún evento que tenga un impacto sobre el cumplimiento de los objetivos, se constituye en una de las herramientas de gerencia

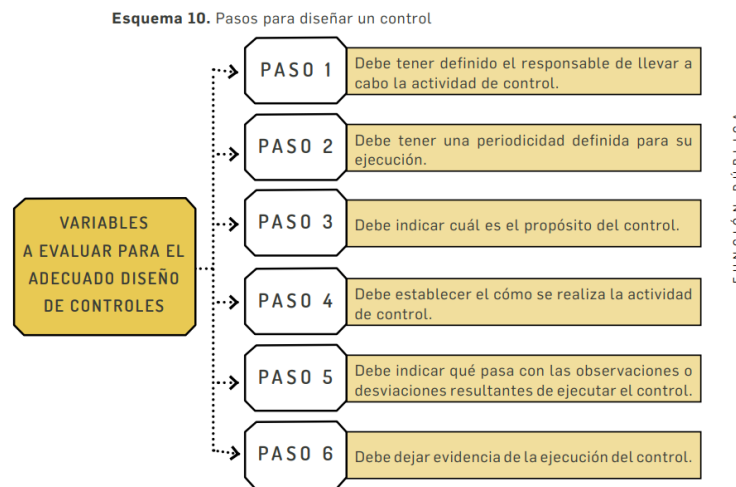
 <p>El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 14 de 32

con la cual cuenta la entidad y específicamente los Gerentes Públicos o los servidores encargados de la gerencia pública a nivel territorial. Por esta razón, el Equipo Auditor examina el manejo de la herramienta en su conjunto, desde la perspectiva del control y su implementación.


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

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

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



El 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.

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

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:

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 Sucre tiene identificado siete (63.64%) riesgos administrativos y cuatro (33.36%) riesgo de corrupción, para un total de once (11) riesgos. Para gestionar los riesgos identificados de índole administrativa, la Dirección Territorial aplica un total de 14 controles y

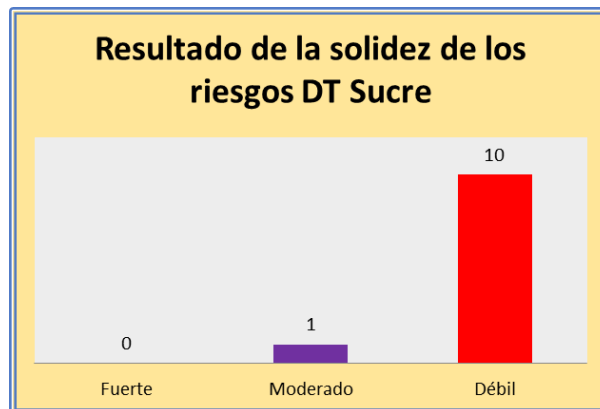
 El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 16 de 32

para el riesgo de corrupción 7 controles, el DAFP establece los límites de evaluación del criterio control, a partir de los aspectos cuantitativos y cualitativos.

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

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


Al examinar las variables dispuestas por el DAFP se tiene como resultado que el 90.91% de los riesgos es calificado como débil y 9.09% como moderado en cuanto al diseño del control, como lo muestra la gráfica.



Matriz de trabajo riesgos

Las evidencias de la ejecución del control, entendidas como la información que da certidumbre sobre la aplicación y resultados sin importar el soporte material, son evaluadas por el Equipo Auditor encontrando que al momento de la auditoria se contó con el acopio de ellas. Una vez recibida se evalúa con los criterios de auditoria generalmente aceptados y se establece que la Dirección Territorial en la efectividad de ejecución del control se tiene como resultado que 56.00% existe la evidencia del control y para el 64.29% la evidencia demuestra un control débil.

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

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

control interno por no cumplir cabalmente lo dispuesto en ella. artículos 2º literales a), b) y f), 4º literal i) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 3.2.1.1 y 4.2.1. Norma ISO 9001:2015, capítulo 6, planificación, numeral 6.1 acciones para abordar riesgos y oportunidades.

Lo anterior tiene como potenciales causas la falta de conocimiento y comprensión de la metodología de elaboración de controles a los riesgos identificados, falta de seguimiento a la ejecución de estos y ausencia en la identificación y coherencia de las evidencias frente a los controles instituidos en la matriz de riesgos. Ello incrementa el riesgo institucional de la materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales.

Por otra parte, el Equipo Auditor evidencia que el mapa de riesgos tiene identificados siete (7) riesgos de tipo administrativo, los cuales tienen el siguiente comportamiento numérico respecto de causas y controles:

Riesgos	número de causas	número de controles existente	número de controles no existentes	porcentaje de controles no existentes
1	3	1	2	66,67%
2	3	2	1	33,33%
3	3	2	1	33,33%
4	4	1	3	75,00%
5	4	2	2	50,00%
6	3	3	0	0,00%
7	5	3	2	40,00%


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

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

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

La Dirección Territorial del Sucre, 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 seis (12) riesgos administrativos, para lo cual se establecen 47 causas y el 72.34% de ellas sin controles. El examinar el diseño de los controles propuestos por la Dirección Territorial se tiene que:

 <p>El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 17/04/2019 Página 18 de 32

Riesgos	número de causas	número de controles	número de controles con diseño fuertes	porcentaje de controles con diseño moderado y debil	porcentaje de controles con diseño morerado y debil
12	47	13	5	8	61,54%

Como se puede observar, solo el 10.64% % de los controles cumplen con los lineamientos del DAFP. Por lo anterior, el equipo Auditor de la Oficina de Control Interno recomienda al Director Territorial del Sucre, considerar hacer los ajustes pertinentes a fin de que la estructura de los controles responda a los criterios del DAFP.

Este aspecto fue dado a conocer al auditado el día 28 de octubre de 2019. Al respecto, en comunicación del 31 de octubre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado señala que: "se concluye que la DT concuerda con los puntos del 1 al 4, puesto que las acciones que estamos aplicando no están dentro de los cortes de la Auditoria (hasta 30 de junio de 2019)".

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

5.5 Seguimiento al ejercicio Contractual y Financiero


El Equipo Auditor, evalúa el sistema de control interno de la documentación que se archiva en el expediente contractual del convenio interadministrativo No. 1510 de 2018. El propósito de este examen, a partir de las Normas de Auditoria generalmente aceptadas, es establecer que la gestión documental se apegue a los criterios legales y administrativos rectores en la materia documental contractual, entendiendo la responsabilidad del seguimiento y verificación en la ejecución de los contratos, convenios y órdenes de compra son responsabilidad del supervisor, puesto que este ejercicio tiene como finalidad proteger la moralidad administrativa, prevenir la ocurrencia de actos de corrupción y tutelar la transparencia de la actividad contractual, a la voz del artículo 83 de la Ley 1474 de 2011.

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

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

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

Lo anterior no está conforme con:

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 19 de 32


- 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 es el Sistema Electrónico para la Contratación Pública (SECOP).*

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

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

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

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.

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 20 de 32

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 15 de noviembre de 2019. Al respecto, y luego de cumplido el plazo, el auditado no se pronuncia ni remite evidencias que modifiquen el criterio auditor del Equipo Auditor.

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

5.5.2 Debilidad del sistema de control interno asociado a la gestión de supervisión.


El Equipo Auditor al examinar los documentos del expediente contractual evidencia las siguientes situaciones, que por efectos metodológicos se agrupa en una sola pero que corresponde a varias situaciones acaecidas en la ejecución contractual:

- a) Se evidencia en el folio 37, carpeta 1 de 4 que el presupuesto de inversión presentado carece de firma.
- b) En la cláusula sexta del convenio, actividades específicas, numeral 4 y 5 se establece la construcción de 400 porquerizas y dotación de 400 unidades productivas de porcinos para su funcionamiento, sin embargo, se evidencia en las carpetas 3 de 4 (folio 401-600) y carpeta 4 de 4 (folios 601-627), que solo se reporta 225 certificados de participación voluntaria en estrategia de recuperación emocional y acompañamiento a la reparación integral-EREARI.
- c) Acta de seguimiento de fecha 17 de diciembre de la carpeta 4 de 4 carece de firma a folio (665-666). En ella se evidencia el incumplimiento de los compromisos adquiridos por la Alcaldía de Sincé y se reitera que la vigencia legal de este contrato va hasta el 31 de diciembre de 2018.
- d) No se hicieron los ajustes al POA, documento guía para para el seguimiento a la ejecución del convenio, aunque es una solicitud reiterada. Carpeta 4 de 4 (folio 665-numeral 3) acta de fecha 26 de diciembre de 2018.
- e) Se manifiesta la preocupación en la consecución de los 4.000 animales porcinos con la característica sugerida; que en la medida de lo posible ellos sean de la región y estén adaptados al clima. Acta de seguimiento fecha 26 de diciembre carpeta 4 de 4 (folio 665-numeral 6).

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 21 de 32

- f) Acta de seguimiento de fecha 26 diciembre, se reitera el incumplimiento de los compromisos y solicita prórroga del contrato en forma verbal. (folio 667 de la carpeta 4 de 4).
- g) No se evidencia la gestión de la supervisión del convenio respecto de los incumplimientos identificados en la fase de ejecución contractual, aspecto relevante para establecer el cumplimiento definitivo de objeto contractual y su impacto en la comunidad objetivo de estas.
- h) No se evidencia la gestión relacionada con lo relacionado a los pagos establecidos en el convenio, solo hay uno de ellos y respecto de los siguientes no hay información relevante. se radica primer desembolso el 11 de diciembre 2018 y se paga el 13 de diciembre de 2019.
- i) A fecha 26 de diciembre se habían incumplido casi todas las obligaciones, sin embargo, se evidencia presentación del segundo informe radicado el 27 de diciembre. (a pesar de todos los incumplimientos expuestos en al acta del 26 de diciembre, se observa la firma de todos los supervisores y de la ordenadora del gasto. (folios 645-650) carpeta 4 de 4.
- Adicional en esa misma fecha 26 de diciembre de 2018, se evidencia incumplimiento del contrato según consta en el acta, incluyendo la estrategia psicosocial (ver contrato).
- j) No se evidencian acciones del supervisor tendientes a solicitar la aplicación de la cláusula 13 del convenio, teniendo en cuenta que la Ley 80 de 1993 dispone en su artículo 3º que: *“Los servidores públicos tendrán en consideración que al celebrar contratos y con la ejecución de los mismos, las entidades buscan el cumplimiento de los fines estatales, la continua y eficiente prestación de los servicios públicos y la efectividad de los derechos e intereses de los administrados que colaboran con ellas en la consecución de dichos fines”*.
- k) No hay evidencia de la aplicación de la cláusula 32 del convenio relacionada con la liquidación contractual. Este aspecto genera incertidumbre en el Equipo Auditor respecto de las situaciones administrativas y jurídicas que se derivan de la liquidación y la situación de los recursos financieros comprometidos en el registro presupuestal pertinente.

La Ley 1474 en su artículo 83 a inciso 2º se dispone que *“La supervisión consistirá en el seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable, y jurídico que, sobre el cumplimiento del objeto del contrato, es ejercida por la misma entidad estatal cuando no requieren conocimientos especializados. Para la supervisión, la Entidad estatal podrá contratar personal de apoyo, a través de los contratos de prestación de servicios que sean requeridos”*, y artículo 84 que ordena que: *“La supervisión e interventoría contractual implica el seguimiento al ejercicio del cumplimiento obligacional por la entidad contratante sobre las obligaciones a cargo del contratista”*.

 <p>El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 22 de 32

Los interventores y supervisores están facultados para solicitar informes, aclaraciones y explicaciones sobre el desarrollo de la ejecución contractual, y serán responsables por mantener informada a la entidad contratante de los hechos o circunstancias que puedan constituir actos de corrupción tipificados como conductas punibles, o que puedan poner o pongan en riesgo el cumplimiento del contrato, o cuando tal incumplimiento se presente.

Al examinar la documentación del convenio en estudio se evidencia una debilidad en la gestión de supervisión que dan por resultado una incertidumbre respecto del cumplimiento de las obligaciones contractuales. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993 en su artículo 2º literales a), e) y f); artículo 3º literal d). artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011.

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

Este aspecto fue dado a conocer al auditado el día 15 de noviembre de 2019. Al respecto, y luego de cumplido el plazo, el auditado no se pronuncia ni remite evidencias que modifiquen el criterio auditor del Equipo Auditor.

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

5.6 Seguimiento al Control y Gestión Administrativa

El Equipo Auditor evalúa el sistema de control interno implementado en la Dirección Territorial Sucre y evidencia que la sede administrativa, donde actualmente labora, es objeto de análisis para su cambio.


El Director Territorial al adelantar la gestión de traslado obtiene como resultado la viabilidad de la solicitud y, en consecuencia, el Equipo Auditor considera innecesario hacer alusión a debilidades del sistema.

No obstante, se debe tener en consideración como una oportunidad de mejora que en la nueva sede administrativa se adelante todo un esquema de control interno enfocado a la infraestructura, al autocuidado y autoprotección de los servidores y visitantes. Igualmente se reconoce que el cambio de sede tendrá un impacto positivo en el clima laboral, el cual redundará en la productividad.

Por otra parte, se resalta la gestión de control adelantada por la Dirección Territorial en relación con el centro regional, el cual presenta un aspecto positivo desde la infraestructura, aspecto que debe tener el reconocimiento de esta auditoría de gestión como un aspecto a ser aplicado en otras Direcciones Territoriales.

5.6 Seguimiento al Modelo de Seguridad de Información

La Oficina de Tecnologías de la Información solicita explorar algunos temas relacionados con el sistema de control interno en el campo de las TICs. Al efecto remite un formato que se traduce

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 23 de 32

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 practicas 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 33.33%

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 66.67%


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

En términos generales, el nivel de cumplido del estándar es del 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.

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

El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de sensibilización al personal de la DT con el propósito de concienciar acerca de la importancia en el control de entradas y salidas de equipos propiedad de la Unidad, confidencialidad de la información, mantenimiento de elementos para la prevención contra incendios y protección del sistema eléctrico. Lo anterior conlleva a la posible ocurrencia de eventos adversos que afecten las instalaciones de la DT, pérdida de elementos pertenecientes a la Unidad, perdida 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 28 de octubre de 2019. Al respecto, y luego de cumplido el plazo, el auditado se pronuncia y remite evidencias que propenden por modificar el criterio auditor del Equipo Auditor.

 <p>El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 24 de 32

Al respecto, en comunicación del 31 de octubre de 2019 y dentro de los términos establecidos, el auditado considera en términos generales lo siguiente:

La DT Sucre implemento un control que permite garantizar la custodia de los equipos, definir la responsabilidad de los mismos y llevar una trazabilidad sobre el uso de los mismos, así como el estado y funcionamiento.

En cuanto a la confidencialidad de la información, todos los funcionarios con acceso a las herramientas cuentan con acuerdo de confidencialidad debidamente firmado, y respecto a la sensibilización; desde las publicaciones que realiza SUMA todos los funcionarios reciben tips para la seguridad y manejo de la información. Solo podríamos ratificar la falta de guayas para los equipos, sin embargo, esta dotación no ha sido recibida por parte de NN, y tampoco se han recibido instrucciones por parte de la OTI frente a ubicación de guayas de seguridad a los equipos.

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 documental y fotográfica.

Sea lo primero tener en consideración que el auditado reconoce la ausencia de sistema de seguridad física para equipos portátiles (guayas). Por otra parte, no se allega evidencias que desvirtúen el hecho que los equipos no son bloqueados cuando el servidor se retira de su estación de trabajo, situación que hace vulnerable el ingreso no permitido de terceros.


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

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

5.8 Seguimiento al Control de Defensa Jurídica

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

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

 <p>El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 25 de 32

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

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


1. Debilidad del sistema de control interno por ausencia de análisis a la mejora o valor agregado. La mejora tiene como propósito superar las causas que generan o potencializan eventos adversos. Aplicado el papel de trabajo que evalúa este ítem del sistema de control interno se encuentra que hay evidencia incipiente de propuestas de mejora o valor agregado asociado a la gestión de la Dirección Territorial. Sin embargo, esta información y su uso no es aprovechada de manera efectiva. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 1º inciso segundo; 2º literal b); 3º literal b) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 4.1.

El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de control a la información documentada respecto de las evidencias que soporten la gestión de mejora, la falta de conocimiento y capacitación en temas de mejora continua a partir de las herramientas gerenciales. Lo anterior aumenta el riesgo de tomar decisiones sin consultar una herramienta de gerencia como lo es la mejora continua a partir del conocimiento pleno de la gestión efectuada por la Dirección Territorial y la persistencia de actuaciones o actividades que hoy tengan mejores prácticas internas o externas.

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

El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de conocimiento y buenas prácticas asociadas a la temática de seguimiento a las decisiones tomadas, la ausencia de un mecanismo de alerta de manera temprana los niveles y calidades de seguimiento a las acciones planteadas por la Dirección Territorial. Lo anterior aumenta el riesgo de la no consecución de las acciones de mejora o de las decisiones tomadas por parte del Director Territorial que afecten los procesos o actividades ejecutadas en su jurisdicción.

3. Debilidad del sistema de control por incumplimiento de lo planeado contra lo ejecutado, evaluación plan de acción. El Equipo Auditor examina el comportamiento de los reportes del avance de las metas del plan de acción asignadas a la Dirección Territorial Sucre. Teniendo

 <p>El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 26 de 32

como parámetro de evaluación que los reportes de avance deben corresponder al 100 % de lo planeado, se tiene que para los dos primeros trimestres de la vigencia 2019 el citado parámetro solo se cumple en 6 de 18 metas, lo que corresponde a un 33.33%. 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 control, deficiencias en el conocimiento de modelos de control gerencial y planeación. Lo anterior potencializa el riesgo de incumplimiento de las metas institucionales.


4. Debilidad del sistema de control interno en el diseño del control de los riesgos. Se evidencia que 10 de 11 controles (90.91%) establecidos por la DT Sucre no cumplen con las variables determinadas por el DAFP en la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas". Esta situación 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 la falta de conocimiento y comprensión de la metodología de elaboración de controles a los riesgos identificados, falta de seguimiento a la ejecución de estos y ausencia en la identificación y coherencia de las evidencias frente a los controles instituidos en la matriz de riesgos. Lo anterior conlleva a la posible materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales.

5. Al examinar la documentación del convenio en estudio se evidencia una debilidad en la gestión de supervisión que dan por resultado una incertidumbre respecto del cumplimiento de las obligaciones contractuales. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993 en su artículo 2º literales a), e) y f); artículo 3º literal d). artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011.

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

6. Debilidad del sistema de control interno en el mantenimiento, protección de la información y control de equipos. Se evidencia ausencia de controles referente a la seguridad (por ejemplo, guayas de seguridad) de los equipos de cómputo portátiles, copia de seguridad de la información, borrado de la información almacenada en los equipos de cómputo cuando son reasignados a otros usuarios, alarmas contra incendio. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales a), e) y f), 4º literales d), e) y i) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 3.1 y 3.2.1.4,

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 27 de 32

Norma ISO 9001:2015, capítulo 7 Apoyo, numeral 7.1.3 Infraestructura y 7.1.4 Ambiente para la Operación de los Procesos.

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

7. ASPECTOS SOBRESALIENTES


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

En lo relacionado con el talento humano se evidencia un compromiso no solo frente a la institucionalidad sino, aquello que es más importante, frente a las víctimas. El trabajo personalizado y la forma como se aborda la labor desde lo humano se expresa desde el Director Territorial mismo hasta cada uno de los servidores. En este escenario también se muestra la necesidad de un mayor acercamiento de la política de talento humano y por ende es pertinente tener reconocimiento a la labor humanista de las personas que representan y gestionan la institucionalidad en el territorio. En términos generales, se destaca la calidez, prontitud y agrado en el servicio desplegado por los servidores. Como oportunidad de mejora, es importante fortalecer el clima organizacional y los niveles de confianza participativa que redundan en el bienestar de todos los servidores.

Por otra parte, el Director Territorial lleva aproximadamente 8 meses ejerciendo su rol dentro de los cuales se ha esforzado por mejorar el bienestar y el compromiso de sus colaboradores. Es así como solicita a Nivel Nacional un espacio amplio y acogedor para que todos los colaboradores de la DT puedan trabajar en armonía y disponibilidad. Su labor por crear un ambiente donde los funcionarios y contratistas quieran y puedan trabajar es de vital importancia.

Es evidente la responsabilidad emocional que tanto funcionarios como contratistas de la Dirección Territorial Sucre tienen hacia la Unidad. La entrega y dedicación hacia lo que realizan es emocionante desde su perspectiva. Cuando se dirigen hacia el equipo auditor lo hacen con el fin de ser escuchados en sus necesidades y expectativas. Su sentido de pertenencia permite vislumbrar a un grupo de trabajo que, a pesar de las diferencias, ideológicas, religiosas, étnicas y demás, quiere salir adelante en el cumplimiento del servicio hacia las víctimas. Su compromiso conjuga sus valores personales con las metas a las que la Unidad quiere llegar en su cumplimiento organizacional.

En cuanto al direccionamiento estratégico y planeación, la Dirección Territorial se apoya en modelos tecnológicos para hacer el seguimiento a las actividades que le corresponden. Es importante resaltar el uso de paquetes contenidos en office 365 que minimizan los impactos negativos de un control puramente manual y potencializan los escenarios de toma de decisión

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 28 de 32

sustentados con la información proveniente de aquella almacenada y procesada en los paquetes de office.

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

En lo tocante a la gestión con valores para resultados, se debe resaltar la metodología de trabajo de la ventanilla hacia afuera y de la ventanilla hacia adentro. En el primero de los escenarios, el equipo de la Dirección Territorial despliega la gestión institucional para el logro de las actividades encomendadas desde el Nivel Nacional y tutoriadas por los responsables de los procesos. Este aspecto adquiere relevancia dado el volumen de atenciones que debe cumplir la Dirección Territorial en aras de satisfacer, en lo posible, los requerimientos de las personas que se acercan a demandar información o servicios.

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


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

En la Dirección Territorial, el aspecto de evaluación de resultados se sustenta en dos herramientas que la entidad le ha brindado; la primera en la herramienta Sigestión para efectos del seguimiento y reporte de las metas asignadas a la jurisdicción y la segunda, el modelo de autoevaluación remitido por la Oficina de Control Interno donde evalúa 14 diferentes variables en un lapso de 6 meses.

La evidencia de los resultados se sustenta en el logro de las metas aún cuando en ese mismo informe se señala el comportamiento del Plan de Acción reportado por la misma Dirección Territorial. Como oportunidad de mejora, esta territorial podría examinar los atributos de calidad de la dimensión de evaluación de resultados y en lo pertinente aplicarlos.

La comunicación del Director Territorial con los colaboradores es constante y dinámica. El interesarse por los quehaceres que cada semana realizan los integrantes de su equipo de trabajo se le abona como parte de su modelo de control.

La Dirección Territorial en lo que concierne a la gestión del conocimiento e innovación propende fortalecer el modelo de conocimiento con el uso de las tecnologías TIC's, aspecto que es sobresaliente en la medida que garantiza la conservación y trazabilidad de decisiones frente a eventos especiales que pueden ser reutilizadas ya como una buena práctica o como el estudio de causa frente a efectos adversos de esas decisiones.

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 29 de 32

La experiencia con la que cuentan todos los integrantes de la Dirección Territorial es meritoria puesto que la mayoría tiene entre 3 y 15 años de experiencia en el tema de Víctimas. La rotación de labores dentro de todos los procesos de la Dirección Territorial hace que adquieran conocimiento, habilidades y experticia a la hora de atender cualquier incidente que se presente.

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

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

8. RESULTADOS DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.

El Equipo Auditor examinando la vigencia 2017 no encuentra un Plan de Mejoramiento de Gestión asociado a la Dirección Territorial Sucre.

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 Sucre fue 9,0/10.

10. CONCEPTO DE AUDITORÍA

El propósito de la auditoría es evaluar el sistema de control interno de la Dirección Territorial Sucre 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 Sucre ejecuta un modelo de control interno en su quehacer cotidiano en aras de lograr los objetivos que le han sido asignados y contribuir con aquellos que le corresponde a nivel nacional. Si bien es cierto que durante el proceso auditor se identificaron puntos que llevan al convencimiento de la existencia del modelo también lo es, que este aspecto no es tan conocido por los ejecutores en la Dirección Territorial, en consecuencia el ejercicio de control se hace más desde lo empírico que desde lo técnico, esto no se constituye en aspecto negativo sino por el contrario, debe tomarse como punto de partida para fortalecer las competencias de todo el equipo humano de la Dirección Territorial en temas de control interno.

Existen fortalezas relevantes en la gestión examinadas por el equipo auditor respecto de los temas abordados por el modelo integrado de planeación y gestión, las cuales deben ser

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 30 de 32

potencializadas al interior de la Dirección Territorial e igualmente presentadas como buenas prácticas a responsables de otros procesos u otras direcciones.

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


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

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

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

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

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

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 07
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 17/04/2019 Página 31 de 32

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

El mapa de riesgos es una herramienta gerencial que tiene por propósito establecer los eventos positivos o negativos que puedan afectar el logro de los objetivos. Para el efecto, la entidad aplica la metodología dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Como quiera que la Dirección Territorial esta 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. 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.

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

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

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor recomienda al Director Territorial Sucre 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,

LILIANA MARCELA CRIALES RINCÓN
Auditor Líder

CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO
Jefe Oficina de Control Interno

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