

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>1</b> de <b>8</b>

<b>FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME</b>	<b>Día:</b> 29	<b>Mes:</b> 11	<b>Año:</b> 2021
-------------------------------------	----------------	----------------	------------------

<b>Número de Informe</b>	1
<b>Nombre del Seguimiento</b>	Plan de mejoramiento a las debilidades del Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial Central relacionadas con la auditoría de gestión realizada en la vigencia 2019.
<b>Objetivo del Seguimiento</b>	Verificar la efectividad de las actividades propuestas por los responsables de la Dirección Territorial Central para superar las debilidades del Sistema de Control Interno de la auditoría de gestión vigencia 2019.
<b>Alcance del Seguimiento</b>	Inicia con la verificación de la información cargada en el sistema de la Oficina de Control Interno y concluye con el presente informe de seguimiento.
<b>Normatividad</b>	Ley 87 de 1993, específicamente lo dispuesto en el artículo 2° literal e); el artículo 3° literal c) y el artículo 4° literal c), g) e i), y el artículo 12 literal k). Decreto 648 de 2017, artículo 17. Decreto 1499 de 2017 Modelo Integrado de Planeación y Gestión, actualizado: MIPG. Guía Rol de las Unidades Control Interno Auditoría Interna de la Función Pública.

## A. ANÁLISIS Y OBSERVACIONES.

La Oficina de Control Interno, en ejercicio de las funciones legales establecidas en la Ley 87 de 1993 y lo dispuesto en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, verifica el avance y cumplimiento a las acciones establecidas en el plan de mejoramiento de la auditoría de gestión vigencia 2019 por los responsables de la Dirección Territorial Central, a través del cual se evalúa la efectividad del sistema de control interno.

El presente informe de seguimiento a la territorial se desarrolla teniendo en cuenta lo establecido en el Plan Anual de Auditoría de la Oficina de Control Interno, a fin de determinar el cumplimiento de las obligaciones que la entidad adquiere como producto de las auditorías de gestión realizadas a la Dirección Territorial Central por esta Oficina.

Es necesario tener presente que en este seguimiento se verifican criterios de cumplimiento que dan cuenta a las actividades propuestas y ejecutadas por el auditado, a saber:

- i. *La causa busca eliminar la debilidad.*
- ii. *La actividad se relaciona con la causa descrita.*
- iii. *La actividad propende por eliminar la debilidad.*
- iv. *La evidencia prueba total integridad en la ejecución de la actividad.*

Como resultado de dichos criterios la OCI determina si el plan de mejoramiento propuesto por la territorial supera y subsana las debilidades evidenciadas en el ejercicio auditor. Para determinar el nivel de logro de las acciones, la OCI define y aplica una herramienta que a partir de parámetros estandarizados determina si se dan los mínimos necesarios para cerrar la debilidad, dado a un ejercicio juicioso de la dirección territorial para mejorar o si se mantiene abierta; lo cual implica que si bien las acciones planteadas se cumplen, ellas no tienen la fuerza ni la efectividad requerida para superar la debilidad encontrada,

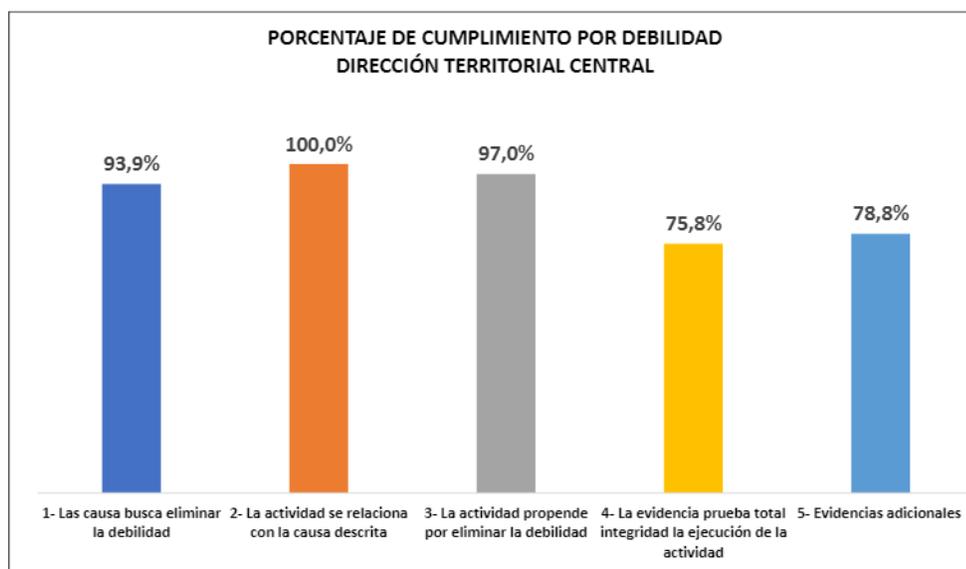
 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>2</b> de <b>8</b>

documentada y comunicada en el ejercicio auditor que da origen al plan de mejoramiento objeto de seguimiento.

Para que el director de la territorial y su equipo de trabajo tengan un mejor conocimiento de las razones que llevan a cerrar las debilidades o dejarlas abiertas, se anexa como parte integrante del informe la matriz de evaluación. En ella se encuentran las razones que orientan al evaluador del Sistema de Control Interno para emitir su criterio. En todo caso, se recomienda que en las debilidades calificadas como cerradas el proceso mantenga una constante gestión y control para evitar en el futuro nuevas manifestaciones de debilidad.

En el caso de dejarlas abiertas, se recomienda que el director territorial y su equipo hagan un análisis de causa raíz respecto del verdadero alcance de las acciones ejecutadas para así no incurrir en las mismas situaciones que dieron por resultado la falta de efectividad en ellas.

La siguiente gráfica es el resultado generado después del estudio efectuado por el evaluador y el criterio auditor por cada una de las actividades propuestas por la Dirección Territorial Central, a fin de superar las debilidades del Sistema de Control Interno comunicadas en el ejercicio auditor, verificados los criterios de cumplimiento ya mencionados se evidencia el comportamiento estadístico de la gestión de la Dirección Territorial Central, así:



La Dirección Territorial establece 12 actividades con el fin de superar los 11 hallazgos evidenciados por la Oficina de Control Interno, una vez revisadas y verificadas las evidencias se determina que:

- i. Diez (10) actividades se encuentran cerradas y dos (2) se mantienen para reformulación de acuerdo con el concepto dado en el criterio del evaluador, el cual es diligenciado en la herramienta diseñada por la Oficina de Control Interno parte integrante de este informe, el mismo se anexa para conocimiento de la Dirección Territorial.

 <b>El futuro es de todos</b>	Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
		PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
		ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 3 de 8

ii. De seis (6) actividades que se encuentran cerradas, pertenecientes a las debilidades número 3, 4, 5, 8, 9 y 10, el criterio de cumplimiento “La evidencia prueba total integridad en la ejecución de la actividad” arroja un resultado en estado parcial, que conlleva a una zona de solidez media. Toda vez que, la evidencia remitida por el auditado no prueba total ejecución de las actividades propuestas en el plan de mejoramiento, en el sentido que no se efectúa el cargue y diligenciamiento de las matrices de seguimiento diseñadas por la territorial en su totalidad; por lo que se hace necesario sugerir a la Dirección Territorial fortalecer e implementar controles y seguimientos con el propósito de lograr la efectividad en el desarrollo de las actividades que conlleve a eliminar en su totalidad las causas que originaron las debilidades, tal como se presenta a continuación:

DEBILIDAD	ESTADO DE CUMPLIMIENTO	ZONA DE SOLIDEZ	CRITERIOS DEL EVALUADOR
3	Cerrada	Medio	La Dirección Territorial Central presenta para la vigencia 2020 y 2021 carpetas por cada uno de los procesos, por mes y de acuerdo al número de indicador que corresponde del plan de acción en cada uno de ellos, carpetas en las cuales indica y evidencia la territorial se carga la información pertinente de ejecución y desarrollo de cada una de las actividades. Adicionalmente, el enlace carga correo electrónico del 15 de abril y 01 de julio del 2020 en donde se solicita efectuar el diligenciamiento del formulario en FORMS del reporte del plan de acción correspondiente al primer y segundo trimestre de 2020 y el enlace de cargue de evidencias que den cuenta de lo consignado según el avance efectuado en el trimestre. Es importante que se continúe y se fortalezca el sistema de control inherente a la gestión de la Dirección Territorial Central, a fin de diseñar e implementar actividades que coadyuven a asegurar mecanismos y herramientas que den cuenta de su aplicación en materia de controles, toda vez que si bien se crean las carpetas no se evidencia que se efectúe un seguimiento al cargue de la documentación tal como lo indica la acción de mejora propuesta por la territorial: “Seguimiento a las bases de control de cada proceso por funcionarios delegados por cada departamento, se centralizará las bases de cada profesional en un (One Drive)”.
4	Cerrada	Medio	De acuerdo con la evidencia cargada por la Dirección Territorial se observan 3 bases de datos en Excel denominadas: Contratistas Cundinamarca 2021, Contratistas Tolima 2021 y Seguimiento a Contratistas Bogotá 2021, en ellas se identifica el control a los contratistas por cada uno de los municipios en los cuales pertenece la territorial, en donde se puede revisar porcentaje de avances, obligaciones, pagos, cargue de supervisión y seguridad social; información que esta vinculada a una carpeta en OneDrive para el cargue de las evidencias que den cuenta del avance y/o cumplimiento de las obligaciones. Es importante establecer un modelo y/o esquema de seguimiento con los funcionarios que permita monitorear las actividades que desempeñan todos los servidores públicos adscritos a la Dirección Territorial, el cual pueda ser utilizado como fuente de información para corregir, prevenir y mejorar en la gestión de la territorial.
5	Cerrada	Medio	La Dirección Territorial Central presenta para la vigencia 2020 y 2021 carpetas por cada uno de los procesos, por mes y de acuerdo al número de indicador que corresponde del plan de acción en cada uno de ellos, carpetas en las cuales indica y evidencia la territorial se carga la información pertinente de ejecución y desarrollo de cada una de las actividades. Adicionalmente, el enlace carga correo electrónico del 15 de abril y 01 de julio del 2020 en donde se solicita efectuar el diligenciamiento del formulario en FORMS del reporte del plan de acción correspondiente al primer y segundo trimestre de 2020 y el enlace de cargue de evidencias que den cuenta de lo consignado según el avance efectuado en el trimestre. Si bien es cierto que se evidencia la realización de formularios en FORMS y el reporte del mismo, no se evidencia el seguimiento periódico que se cita en la actividad, en cuanto a generar los reportes a los servidores de la territorial para informar sobre el cumplimiento de las metas de los indicadores. Por lo cual, se recomienda que las actividades sean formuladas de acuerdo a lo que se realiza al interior de la territorial para que la evidencia de cuenta de la realización y aplicación de esas actividades, controles y seguimientos.
8	Cerrada	Medio	A partir de la evidencia suministrada por la Dirección Territorial se observan ocho (8) correos electrónicos por medio del cual quedan consignados los incidentes y requerimientos escalados a la Oficina de Tecnologías de la Información de la entidad con el fin de solucionar temas de: herramienta SGV (02/10/2021), configuración de contraseña de su usuario de cuenta local (14/10/2021), configuración de IP fija (14/10/2021) e instalación de la impresora HP Laser jet PRO M404-M405 (15/10/2021). Es importante mencionar que, si bien se observa por parte del auditor la documentación de los casos, gestión y toma de acciones para obtener solución a los casos o fallas presentadas, la actividad formulada por la territorial es: “Realizar capacitación a los funcionarios por parte de la OTI sobre el manejo de herramientas informáticas y envío de solicitudes vía correo electrónico.”, es importante mencionar que no se evidencia la realización de la capacitación.
9	Cerrada	Medio	De acuerdo con la actividad planteada por la Dirección Territorial “Realizar capacitación a los Funcionarios por parte de la OTI de la Dt. en herramientas ofimáticas y manejo de One Drive, cargue automático de documentos.”, y de acuerdo a la evidencia remitida se evidencian actas de entrega de equipos de computo del 04 de mayo, 23 de agosto y 12 de octubre del 2021 con sus respectivas guayas de seguridad, tal como se enuncia en el documento firmado por el funcionario y/o contratista que recibe el mismo. Sumado a lo anterior, en cuanto a los back up de los equipos de computo la OTI informa mediante correo electrónico del 19 de diciembre del 2019 lo siguiente: “...la OTI no hace bk de ningún equipo. Por favor que los contratistas suban la información al one drive el cual tiene el respaldo suficiente en servidores en la nube (Internet).” Adicionalmente la Dirección Territorial comparte los formularios generados en FORMS de los seguimientos al plan de acción por medio del cual los servidores públicos indican el avance respecto a los indicadores que tienen a su cargo, la evidencia y la descripción de las actividades realizadas. Es importante mencionar que en cuanto a la actividad formulada por el auditado no se evidencia capacitación por parte de la OTI, pero se evidencian otras actividades que van encaminadas a la eliminación de la debilidad.
10	Cerrada	Medio	La Dirección Territorial Central presenta en la debilidad 10 carpeta por cada uno de los departamentos que tiene la territorial, adicionalmente en cada una de ellas se observa la relación de los contratistas y su respectiva carpeta para el cargue del informe de supervisión y de seguridad social por cada uno de los meses. Al momento de realizar la verificación se observan carpetas vacías, es decir, que no se efectúa el cargue oportuno de las mismas, lo cual permite evidenciar que, si bien la territorial establece matriz, herramientas y demás instrumentos los servidores adscritos no hacen el cargue de la información de acuerdo con lo solicitado. Por lo cual se recomienda establecer controles y realizar verificaciones y seguimientos para corroborar que lo solicitado efectivamente sea cargado y este coincida con lo diligenciado.

Fuente Propia: Matriz de Seguimiento

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>4</b> de <b>8</b>

- iii. Las debilidades seis (6), siete (7) y once (11) presentan estado de cumplimiento Cerrada y zona de solidez Alto, por lo cual se recomienda a la Dirección Territorial continuar con las actividades propuestas en miras de que no se presenten nuevamente los hallazgos descritos por el equipo auditor.
- iv. Es importante precisar, en cuanto a la debilidad numero siete (7) el auditor efectúa análisis a los controles definidos en la matriz de riesgos de la vigencia 2021 de la territorial, evaluando y verificando las variables para el adecuado diseño de controles definidos en la “*Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital - Versión 4 - Octubre de 2018*”, de acuerdo a la gráfica siguiente se evidencia que la Dirección Territorial no incluye el total de las variables en cada uno de todos los controles definidos por ellos, así:

Controles	Responsable	Periodicidad	Propósito	Como se realiza	Observaciones o desviaciones	Evidencia
1	X	X	X	X	X	X
2	X	X	X	X	X	X
3	X	X	X	X	X	Falta incluir
4	X	X	X	X	X	X
5	X	X	X	X	X	X
6	X	X	X	X	X	X
7	X	X	X	X	Falta incluir	X
8	X	X	X	X	X	X
9	X	X	X	X	Falta incluir	X
10	X	X	X	X	X	X
11	X	X	X	X	Falta incluir	X
12	X	X	X	X	Falta incluir	Falta incluir
13	X	X	X	X	X	X
14	X	X	X	X	X	X
15	X	X	X	X	X	X
16	X	Falta incluir	X	X	Falta incluir	X
17	X	X	X	X	X	X
18	X	X	X	X	Falta incluir	X
19	X	X	X	X	X	X
20	X	X	X	X	X	X
21	X	X	Falta incluir	X	X	X
22	X	X	X	X	X	X
23	X	X	X	X	X	Falta incluir
24	X	X	X	X	X	X

Fuente propia

No obstante, es importante mencionar que en diciembre del 2020 se actualiza la “*Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Versión 5 - Diciembre de 2020*”, la cual contempla que para el diseño de controles, los parámetros señalados en la versión 4, continúan vigentes y se incorporan otros lineamientos a seguir. Por lo cual, se recomienda tenerlos en cuenta para el mapa de riesgos de la vigencia 2022.

- v. A fin de superar las debilidades del Sistema de Control Interno comunicada en el ejercicio auditor, en cuanto a las dos (2) actividades que se mantienen abiertas y que son objeto de reformulación por parte de la Dirección Territorial Central, se debe tener en cuenta lo siguiente:
- ✓ *Debilidad número 1:* “Existe debilidad en la implementación de mecanismos y metodologías de medición a través de indicadores de gestión distintos a los formulados en el plan de acción, que permitan generar valor agregado a los objetivos trazados en la Dirección Territorial. Lo anterior no está conforme con la Ley 87 de 1993, artículo 2º literales b) y g) y artículo 4 literal a) y Decreto 1499 de 2017 dimensión 2ª Direccionamiento

 <b>El futuro es de todos</b>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>5</b> de <b>8</b>

Estratégico y Planeación numeral 2.2.1 “Formular los indicadores”, lo que aumenta el riesgo en la oportunidad de toma de decisiones gerenciales, incumplimiento de metas y efectos no deseados, siendo las potenciales causas el desconocimiento de las baterías de medición como herramienta de gerencia en la construcción de indicadores y falta de capacitación en temas gerenciales. Lo anterior aumenta el riesgo de no lograr las metas y objetivos propuestos para la Dirección Territorial.”

*Actividad:* Creación de indicadores estratégicos por cada departamento asignado a la DT.

*Criterios del Evaluador:* La Oficina de Control Interno observa que para la debilidad numero 1 la dirección territorial remite actas de reunión de equipo de seguimiento de los distintos meses de la vigencia 2021, así mismo archivo en Excel denominado “Matriz de Temas Estratégicos”, la cual se encuentra diligenciada únicamente en el tema de la Subdirección de atención y prevención a emergencias. Por lo cual, en esta actividad no se puede evidenciar el producto establecido en el plan de mejoramiento de la territorial la cual definía lo siguiente: “Creación de indicadores estratégicos por cada departamento asignado a la DT”. Sumado a lo anterior, el enlace informa que se cuenta con el Plan Operativo solicitado por la Dirección General, pero no es cargada la evidencia que permite verificar los indicadores por cada uno de los procesos y el respectivo control, únicamente se carga el seguimiento que mensualmente le efectúan a los mismo al interior de la territorial.

Adicionalmente, en cuanto al evaluar el criterio: “La causa busca eliminar la debilidad”, se observa que la territorial establece como causa: “No se contaba con la previa indicación por parte de nivel nacional sobre la creación de indicadores propios de cada Dirección territorial diferentes a los que se encuentran en le plan de acción.” Aquí es importante mencionar que si desde el nivel nacional no definen la creación de indicadores como buena práctica la territorial puede establecer metodologías o herramientas que permitan controlar, verificar y medir su avance frente a las metas u objetivos internos que den cuenta de la gestión, operación y demás actividades que en ella se efectúan.

- ✓ Debilidad número 2: “Hay debilidad del Sistema de Control Interno en la identificación, administración y tratamiento de los riesgos gerenciales, disímiles a los identificados en el mapa de riesgos de corrupción y gestión institucional. Lo anterior, genera incumplimiento a lo establecido en la Ley 87 de 1993 artículo 2° literales a) y f), lo que aumenta el riesgo en la aplicación de buenas prácticas gerenciales, toma de decisiones y oportunidades de cómo evitar o mitigar fallas en la gestión. Siendo las potenciales causas el desconocimiento de metodologías y herramientas que contribuyan a la eficacia y eficiencia del control del riesgo de la gestión que ejecuta la Dirección Territorial.”

*Actividad:* Revisar los riesgos que se encuentran actualmente en el mapa de Riesgos, generado las correcciones pertinentes si se identifican riesgos gerenciales incluirlos, solicitar a la OAP la actualización y publicación del Mapa de Riesgos.

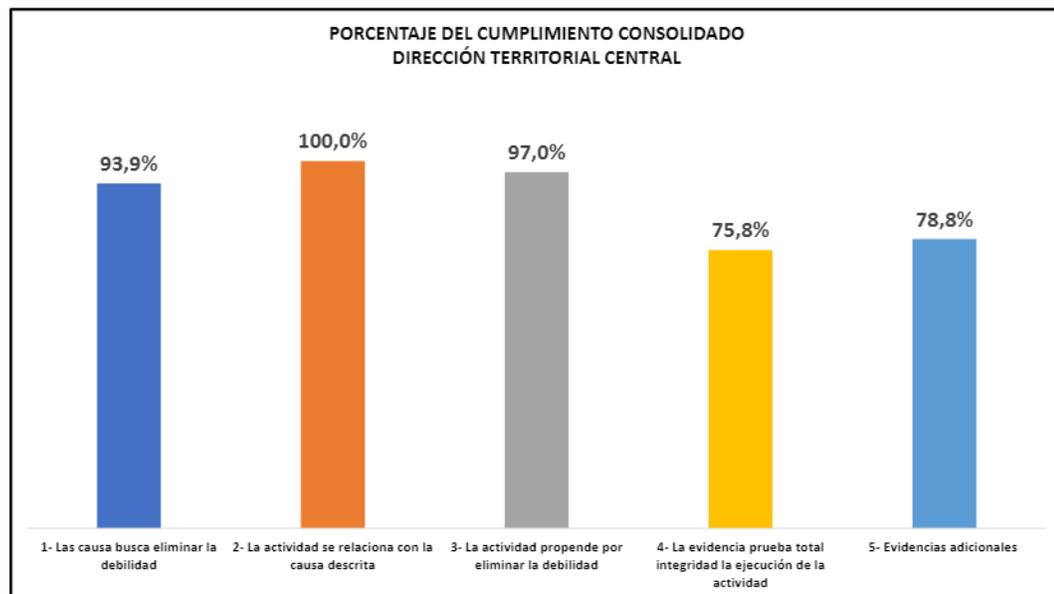
*Criterios del Evaluador:* Teniendo en cuenta la evidencia presentada por la Dirección Territorial, se observa contexto estratégico de las vigencias 2020 y 2021 aprobados el 04 de diciembre del 2020 y 06 de septiembre del 2021 respectivamente, documentación que se presenta a través de correos electrónicos. Así mismo, se observan las actas de aprobación de las mismas vigencias firmadas por el enlace y la Directora Territorial.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>6</b> de <b>8</b>

Ahora bien, es importante mencionar que teniendo en cuenta el hallazgo evidenciado en la auditoría de gestión realizada se indica: "2. Hay debilidad del Sistema de Control Interno en la identificación, administración y tratamiento de los riesgos gerenciales, disímiles a los identificados en el mapa de riesgos de corrupción y gestión institucional...", y al verificar y constatar con el enlace se evidencia que no se identificaron, administraron y trataron riesgos gerenciales, distintos a los que se controlan a través del mapa de riesgos. Es importante que al interior de la territorial se evalúe con todo el equipo tanto administrativo como operativo y se verifique e incluyan riesgos gerenciales que en el día a día impactan y afectan la gestión de la territorial.

Por lo anteriormente descrito, las actividades mencionadas presentan debilidades en los criterios evaluados situación que no permite demostrar y evidenciar que las acciones y actividades subsanan, corrijan y superan las debilidades identificadas por la Oficina, por lo cual la Dirección Territorial debe reformular las debilidades mencionadas estableciendo acciones y actividades enfocadas a superar los mismos.

En cuanto a los criterios de cumplimiento aplicados al plan de mejoramiento del informe de auditoría de gestión efectuada a la Dirección Territorial Central, se anexan los resultados consolidados a través de la siguiente gráfica:



Fuente Propia: Matriz de Seguimiento

El análisis determina que la totalidad de las causas identificadas por la Dirección Territorial Central presentan 93,9% en busca de eliminar la debilidad. El 100% de las actividades propuestas son un desarrollo directo del análisis de las causas, lo que determina una fortaleza del proceso y tiene un espacio de mejoramiento. El 97% de las actividades están enmarcadas en el ámbito de la superación de las causas que dieron origen a las debilidades del Sistema de Control Interno.

El 75,8% de las evidencias por sí mismas están en capacidad de dar certeza sobre la gestión desplegada por la territorial, sin embargo, en el momento de registrarlo en el aplicativo de la OCI se observa que el

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>7</b> de <b>8</b>

análisis de la evidencia no demostró prueba total de la ejecución de la actividad, razón por la cual las dos (2) debilidades anteriormente mencionadas en el acápite anterior se mantienen abiertas de acuerdo con el criterio auditor.

Con lo anterior se hizo necesario solicitar evidencia adicional para determinar el nivel de certeza del evaluador, el cual arroja porcentaje de cumplimiento del 78,8%, en este punto hay oportunidad de mejora para así reorientar los recursos definidos de la Dirección Territorial para optimizarlos en el escenario de la maximización de ellos y sus impactos en las debilidades comunicadas, lo que se pretende es que la Oficina de Control Interno no requiera utilizar esta alternativa para establecer el nivel de efectividad logrado.

Aun con los resultados obtenidos, la Oficina de Control Interno pone de manifiesto el esfuerzo desplegado por la Directora Territorial y el equipo de trabajo en lo relacionado con la superación de las debilidades del Sistema de Control Interno comunicadas en las auditorías de gestión efectuadas. Es aquí donde la OCI tiene la convicción que si la directora y su equipo de trabajo reorientan las actividades lograrán superar las causas generadoras de las debilidades.

Es importante mencionar que debido a dificultades presentadas en el aplicativo OCI, las evidencias son remitidas por el enlace SIG de la territorial a través de un OneDrive con el fin de evaluar el nivel de cumplimiento y certeza en el desarrollo y cumplimiento de las actividades.

## **B. CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES.**

La Oficina de Control Interno reconoce el esfuerzo del líder de la territorial en aras de superar o remover las causas que dan origen a las debilidades del Sistema de Control Interno. En este sentido se cierran 10 actividades de las 12 debilidades que corresponde a un avance del 83,3%, se evidencia un primer ejercicio de identificación de causas y la realización de las actividades que permitan la mejora y una inversión adecuada de recursos a fin de superar esas debilidades.

De las once (11) debilidades suscritas en el plan de mejoramiento y de las 12 actividades propuestas se concluye que dos (2) arrojan estado de reformuladas que corresponden al 16,7%, y diez (10) actividades cerradas lo que equivale al 83,3%.

Respecto de las actividades que se encuentran en estado reformuladas, se recomienda tomar acciones adicionales para dar efectivo cumplimiento a eliminar en su totalidad las causas que originaron estas debilidades, con el fin de que sean subsanadas y controladas, las cuales serán objeto de verificación en próximo seguimiento. Además de ello, se sugiere al líder de la territorial el uso de la herramienta tecnológica dispuesta por la Oficina de Control Interno para allegar las evidencias y toda la información pertinente que demuestre la gestión realizada para superar las debilidades del Sistema de Control Interno comunicadas en el proceso auditor, ello no solo minimiza tiempos administrativos, sino que permite incursionar en una cultura del control por vía de herramientas tecnológicas.

Se destaca la creación de la herramienta de seguimiento a los contratistas y la implementación de formularios en *Forms* para efectuar el reporte del Plan de Acción, lo cual permite llevar la información en línea para la toma de decisiones al interior de la dirección territorial, resaltando la importancia de promover el uso correcto de las mismas en cuanto al cargue oportuno de la documentación que den cuenta de la efectividad y aplicabilidad de las mismas para que éstas cumplan su objetivo y utilidad de creación. Sin embargo, se hace necesario recomendar a los servidores adscritos a la dirección territorial el cargue en las

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>8</b> de <b>8</b>

carpetas asignadas los informes de supervisión, reportes de seguridad social, documentos que soportan el seguimiento del plan de acción y demás información requerida por los líderes de la territorial, para que así las herramientas de control y seguimiento sean efectivas y de apoyo para contribuir al esfuerzo que hacen los líderes en la implementación y creación de estas herramientas.

Por otra parte, se recomienda fortalecer la gestión en lo concerniente a la realización constante de seguimiento y control de las actividades formuladas tanto en el plan de mejoramiento, así como en la gestión propia de la territorial, con el fin de evitar que se vuelvan a presentar las causas que generaron las debilidades y así lograr los objetivos y metas institucionales.

En relación con las debilidades cerradas en este informe, se recomienda que la Dirección Territorial continúe ejerciendo acciones de verificación, evaluación y control, que permitan seguir midiendo la efectividad, para que las debilidades evidenciadas no vuelvan a presentarse y lo que en el pretérito fue debilidad hoy sean fortaleza de la territorial, con esto aportar a la mejora continua y en el cumplimiento de los objetivos institucionales, que propenda por superar las debilidades asociadas a los riesgos y controles propios del proceso.

Cabe resaltar la disposición de la Directora Territorial y sus colaboradores en la ejecución de las acciones para subsanar los hallazgos encontrados en la auditoría de gestión realizada en el año 2019 y las evidencias allegadas dentro de los términos solicitados.



**APROBÓ**

\_\_\_\_\_  
**CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO**  
**Jefe Oficina De Control Interno**

## ANEXOS

### Anexo 1 Control de cambios

Versión	Fecha de Cambio	Descripción de la modificación
1	04/08/2014	Creación del formato.
2	09/03/2015	Al revisar el formato se evidencia que la casilla fecha de informe está repetida.
3	02/08/2017	Se modifica formato y se adiciona firma aprobación del Jefe Oficina de Control Interno.
4	30/04/2020	Se actualiza formato, se ajusta la distribución del texto en filas y columnas, las fuentes y fecha de la tabla control de cambios.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>1</b> de <b>9</b>

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME		Día:	29	Mes:	12	Año:	2021
<b>Número de Informe</b>	1/1						
<b>Nombre del Seguimiento</b>	Plan de mejoramiento a las debilidades del Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial Cesar-Guajira.						
<b>Objetivo del Seguimiento</b>	Verificar el avance o logro de las actividades propuestas por los responsables del proceso para superar las debilidades del Sistema de Control Interno relacionadas con la Dirección Territorial Cesar-Guajira.						
<b>Alcance del Seguimiento</b>	Inicia con la verificación de la información cargada en el sistema de la Oficina de Control Interno y concluye con el presente informe de seguimiento.						
<b>Normatividad</b>	Ley 87 de 1993, específicamente lo dispuesto en el artículo 2° literal e); el artículo 3° literal c) y el artículo 4° literal c), g) e i), y el artículo 12 literal k). Decreto 648 de 2017, artículo 17. Decreto 1499 de 2017 Modelo Integrado de Planeación y Gestión, actualizado: MIPG. Guía Rol de las Unidades Control Interno Auditoría Interna de la Función Pública.						

## A. ANÁLISIS Y OBSERVACIONES.

La Oficina de Control Interno, en ejercicio de las funciones legales establecidas en la Ley 87 de 1993 y lo dispuesto en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, verifica el avance y cumplimiento a las acciones establecidas por los responsables de la Dirección Territorial Cesar-Guajira.

El presente informe de seguimiento al proceso se desarrolla teniendo en cuenta lo establecido en el Plan Anual de Auditoría de la Oficina de Control Interno, a fin de determinar el cumplimiento de las obligaciones que la entidad adquiere como producto de las auditorías de gestión realizadas a la Dirección Territorial Cesar-Guajira. por esta Oficina.

Es necesario tener presente que en este seguimiento se verifican criterios de cumplimiento que dan cuenta a las actividades propuestas y ejecutadas por el auditado, a saber:

- i. *La causa busca eliminar la debilidad.*
- ii. *La actividad se relaciona con la causa descrita.*
- iii. *La actividad propende por eliminar la debilidad.*
- iv. *La evidencia prueba total integridad en la ejecución de la actividad.*

Como resultado de dichos criterios la OCI determina si el plan de mejoramiento propuesto por la Dirección Territorial supera y subsana las debilidades evidenciadas en el ejercicio auditor. Para determinar el nivel de logro de las acciones, la OCI define y aplica una herramienta que a partir de parámetros estandarizados determina si se dan los mínimos necesarios para cerrar la debilidad, dado a un ejercicio juicioso de la Dirección para mejorar o si se mantiene abierta; lo cual implica que, si bien las acciones planteadas se cumplen, ellas no tienen la fuerza ni la efectividad requerida para superar la debilidad encontrada, documentada y comunicada en el ejercicio auditor que da origen al plan de mejoramiento objeto de seguimiento.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>2</b> de <b>9</b>

Para que el líder del proceso y su equipo de trabajo tengan un mejor conocimiento de las razones que llevan a cerrar las debilidades o dejarlas abiertas, se anexa como parte integrante del informe la matriz de evaluación. En ella se encuentran las razones que orientan al evaluador del Sistema de Control Interno para emitir su criterio. En todo caso, se recomienda que en las debilidades calificadas como cerradas el proceso mantenga una constante gestión y control para evitar en el futuro nuevas manifestaciones de debilidad. En el caso de dejarlas abiertas, se recomienda que el líder y su equipo hagan un análisis de causa raíz respecto del verdadero alcance de las acciones ejecutadas para así no incurrir en las mismas situaciones que dieron por resultado la falta de efectividad en ellas, respecto del sistema de control interno.

El siguiente es el resultado de la evaluación de las debilidades del plan de mejoramiento de la Dirección Territorial Cesar-Guajira, de acuerdo con el estudio efectuado y la aplicación de la herramienta en Excel de la Oficina de Control Interno, donde se analiza cada una de las debilidades, las acciones y actividades planteadas.

La siguiente es la lista de debilidades que después del análisis y evaluación realizado por el auditor dando como resultado el cierre o en reformulación las cuales deben ser objeto de nueva formulación de las actividades para que la Dirección Territorial Cesar-guajira supere la debilidad del Sistema de Control Interno comunicada en el ejercicio auditor, de acuerdo con los siguientes resultados:

1. “La ausencia de evidencias que demuestren el uso de la herramienta gerencial indicadores de gestión genera incertidumbre en el Equipo Auditor y por lo tanto, aplicando las normas de auditoria generalmente aceptadas, considera el no cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 48 de la Ley 190 de 1995 y se constituyen en una debilidad del Sistema de Control Interno en virtud a lo dispuesto en el artículo 2° literales b), e) y g); artículo 3° literales a) y d); artículo 4° literales c) y e) y el artículo 6° de la Ley 87 de 1993. El Equipo Auditor considera como potenciales causas la falta de capacitación en temas organizacionales y gerenciales en la DT, en la elaboración de un modelo de medición robusto que recoja todas las actuaciones que se desarrollan en la jurisdicción de la Dirección Territorial. Lo anterior aumenta el riesgo de la toma de decisiones sin el uso del sistema de medición correspondiente, adecuado y pertinente que en ultimas redundan en el logro de los objetivos de la Dirección Territorial.”

Frente a este hallazgo se puede evidenciar que el ejercicio tal como quedo planteada en el plan de mejoramiento se realizó ya que al hacer la revisión de las evidencias se pudo corroborar que se llevaron a cabo no obstante no fueron cargadas en el aplicativo en la temporalidad establecida.

De otra parte, se pudo evidenciar que frente a este hallazgo elaboraron un modelo de formato llamado PISCET (Plan integral de seguimiento y control de la Entidad Territorial) donde se está haciendo el seguimiento y verificación de las actividades gerenciales las cuales también fueron llevadas en el plan de acción.

2. “La ausencia de evidencias que demuestren que la herramienta gerencial de riesgos es conocido y aplicado en el proceso por todos los servidores que participan en la gestión, genera incertidumbre en el Equipo Auditor y por lo tanto, aplicando las normas de auditoria generalmente aceptadas, considera el no cumplimiento de lo dispuesto en la Dimensión 7 del MIPG (Decreto 1499 de 2017) frente a asegurar la gestión del riesgo en la entidad y se constituyen en una debilidad del Sistema de Control Interno en virtud a lo dispuesto en el artículo 2° literales a), c) y f); artículo 3° literal e); artículo 4° literales a), b), c), y k) y el artículo

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>3</b> de <b>9</b>

6° de la Ley 87 de 1993.

- a) con respecto a lo descrito entre la causa, las acciones y las actividades, se evidencia que existe una relación directa con el hallazgo, razón por la cual las actividades planteadas eliminan la debilidad. Para esta debilidad se plantea una (1) actividad y de acuerdo con la evaluación realizada a las evidencias registradas, se obtiene el siguiente análisis. Actividad No. 1. “Realizar Capacitaciones”, Se evidencia el cumplimiento total de la actividad programada, no obstante, se deja la observación que las evidencias no fueron cargadas en la temporalidad establecida.

Adicional a lo anterior y de acuerdo con la revisión realizada por el equipo auditor y para complementar el tema de riesgos en el diseño de los controles, se verifica en la página Web de la entidad la matriz de riesgos vigente y se evalúa los seis (6) criterios a tener en cuenta en el diseño de los controles requerido por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP. Se obtiene como resultado que la Dirección Territorial Cesar-Guajira tuvo en cuenta los criterios en el diseño de cada uno sus controles.

3. “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 auditoria 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 Equipo Auditor considera como potenciales causas la falta de identificación clara de los puntos de control de cada proceso y su respectiva clasificación que permita obtener una herramienta sólida en el análisis de los resultados para el cumplimiento de la misión institucional, así como el desconocimiento en el diseño y seguimiento de tableros de control, en modelos de control gerencial para la Dirección Territorial. Lo anterior aumenta el riesgo que se puede presentar con esta situación en la toma de decisiones sin la información suficiente, integra y necesaria, lo que puede derivar en incumplimiento de logros o metas institucionales a falta de mecanismos confiables de verificación y evaluación en los procesos de la Dirección Territorial”.

Frente a esta debilidad se evidencia que se llevaron a cabo 2 actividades tales como capacitaciones en los temas relacionados y reuniones con el fin de socializar y fortalecer todos los temas de supervisión y monitoreo en la territorial, sus evidencias fueron los listados de asistencia y sus respectivas actas de reunión, no obstante, se deja la observación que no se cargó en la herramienta de acuerdo a la temporalidad respectiva.

4. “ La ausencia de evidencias que demuestren el uso de herramientas gerenciales de mejora o valor agregado, situación que repercute en el uso de buenas prácticas que puedan contribuir a un mejor desempeño institucional a nivel de la Dirección Territorial y para que ello 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 auditoria generalmente aceptadas, considera el no cumplimiento de lo dispuesto en la Dimensión 7 del

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página 4 de 9

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 Equipo Auditor considera como potenciales causas la falta de capacitación en temas organizacionales y gerenciales en la Dirección Territorial y en la elaboración de un modelo de mejora y valor agregado que recoja todas las actuaciones que se desarrollan en la jurisdicción de la Dirección Territorial. Los potenciales riesgos que se pueden presentar con esta situación son la imposibilidad de una eficiente evaluación ordenada de las actividades, interrelacionadas en la Dirección Territorial orientadas a crear valor y desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación de los procesos para la toma de decisiones y la mejora continua”.

En esta actividad se pudo evidenciar que, en la Territorial, aunque no se haya cumplido con la temporalidad en el cargue de las evidencias al aplicativo de la OCI, tres (3) funcionarios realizaron el diplomado en Herramientas gerenciales de lo cual se pudo evidenciar los tres documentos cargados en la plataforma, se puede detraer el compromiso para que en adelante no se pueda encontrar estas debilidades.

5. “La ausencia de evidencias que demuestren el uso del sistema de control interno en la variable seguimiento, la cual 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 auditoria 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 Equipo Auditor considera como potenciales causas la falta de capacitación y entrenamiento en metodologías de seguimiento y en el uso de tecnologías de apoyo para realizar el seguimiento a las actividades de la Dirección Territorial. Lo anterior aumenta el riesgo que se puede presentar con esta situación en la toma de decisiones sin la información suficiente, integra y necesaria, lo que puede derivar en incumplimiento de logros o metas institucionales a falta de mecanismos confiables de verificación y evaluación en los procesos de la Dirección Territorial”.

Frente a este hallazgo se puede establecer que los funcionarios realizaron el diplomado Excel avanzado que permite una mejora continua en cuanto a herramientas tecnológicas que lo que hacen es permitir un mejor seguimiento a las actividades de la Territorial en la toma de decisiones disminuyendo los riesgos en la información que se suministra.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>5</b> de <b>9</b>

6. “Se evidencia debilidad en el sistema de control interno del procedimiento de evaluación del desempeño. Lo anterior no está conforme con lo dispuesto en la Ley 909 de 2004, artículo 25, la Ley 443 de 1998, artículo 1 y la Ley 87 de 1993 artículos 2º, literales b), c), d), e) y g); 3º, literal b) y 4º, literales a), f) y j) Este aspecto aumenta el riesgo en el manejo inadecuado de la información y en posibles actuaciones de tipo disciplinario tanto para el evaluador como para el evaluado. (5.2.3)”.

Frente a este numeral nuevamente se deja la observación en el cargue oportuno de los correctivos aplicados se pudo establecer que se realizaron reuniones con los funcionarios y contratistas de lo cual se pueden evidenciar listados de asistencia y actas de reunión.

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

Frente a esta debilidad se solicitó a la Oficina asesora de planeación la capacitación en los temas relacionados con una metodología en la elaboración de controles a los riesgos identificado de lo cual se puede evidenciar listado de asistencia y acta de reunión junto con un video, no obstante, no se cumplió en la temporalidad para el cargue en la herramienta de la OCI.

8. “De lo anterior el Equipo Auditor determina una debilidad del sistema de control interno relacionada con la calidad de oportunidad de la información y certeza de los registros consignados en el expediente contractual. Esto no está conforme con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2 literal e), 4º literal i); Ley 594 de 2000 artículo 11 y parágrafo del artículo 5º del Acuerdo 002 de 2014 del Archivo General de la Nación. Lo anterior puede ser consecuencia de la falta de capacitación en materia de supervisión contractual en su componente administrativo, al igual que falta de capacitación en materia de gestión documental relacionada con el componente de los expedientes contractuales. La situación descrita aumenta el riesgo de incertidumbre de la información documentada respecto de la absoluta claridad de cuál es el informe que realmente recoge la gestión contractual”.

Se puede evidenciar en este numeral que 3 funcionarios de la territorial recibieron capacitación en temas relacionados en materia de supervisión contractual en su componente administrativo sin embargo queda la debilidad por el no cargue de las evidencias en el aplicativo OCI.

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>6</b> de <b>9</b>

9. Debilidad del sistema de control interno relacionado con aspectos administrativos. El Equipo Auditor evalúa el sistema de control interno implementado en la Dirección Territorial Cesar - Guajira y evidencia que en lo relacionado con el equipamiento e infraestructura hay fallas en el funcionamiento de los servicios de mantenimiento del equipamiento e infraestructura de la Dirección Territorial. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales a), b), c) y e), 4º literal e) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 3.2.1.1, gestionar recursos físicos y servicios internos. El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de seguimiento para la solución definitiva de la necesidad y respuesta oportuna y efectiva de la OTI. Lo anterior dificulta la comunicación oportuna del Director Territorial con las partes interesadas.

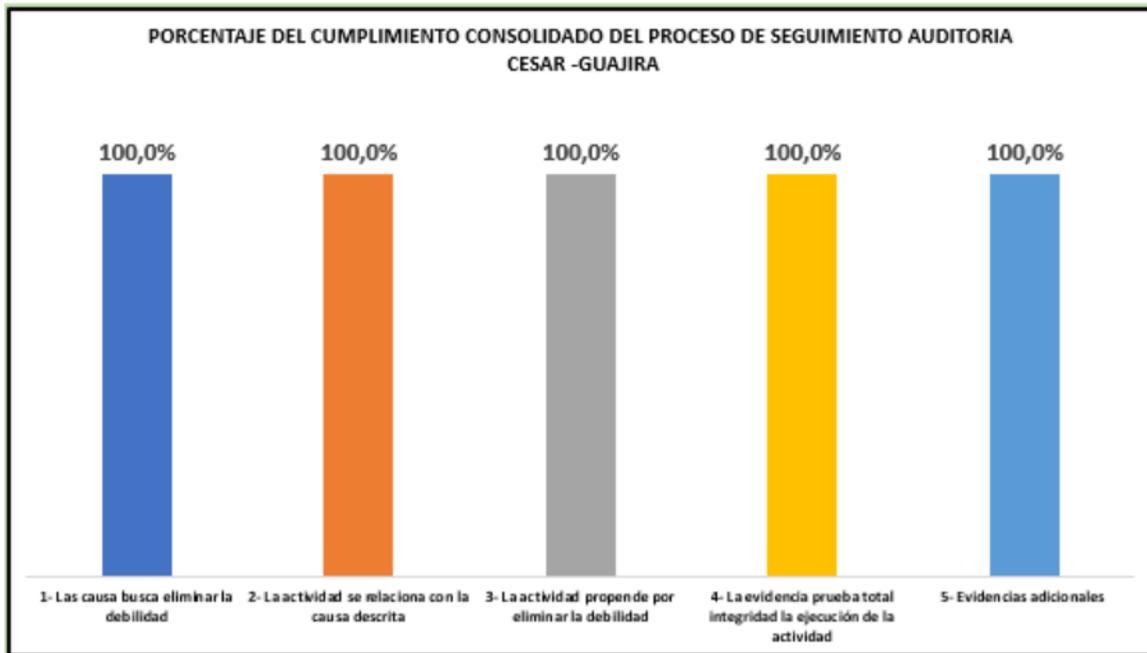
Frente a esta debilidad la Territorial procedió hacer la respectiva solicitud a Gestión administrativa enviando correo donde se requiere el mantenimiento de los equipos el cual fue subsanado y se lleva su control de estos mantenimientos, respecto de la infraestructura se evidencia el cambio de sede la cual cumple con todas las especificaciones, se presentan las evidencias no obstante se deja por parte del auditor la temporalidad en el cargue de los respectivos soportes.

El equipo al evaluar los soportes presentados por la DT Santander y al analizar cada uno los temas específicos de las actividades gestionadas, evidencia que la Dirección Territorial cumple los criterios de cumplimiento de las actividades planteadas, donde cada soporte elimina la debilidad.

Consolidadas las gráficas anteriores, de acuerdo con los criterios de cumplimiento aplicado al plan de mejoramiento de la auditoría de gestión efectuada a la Dirección Territorial Santander vigencia 2019, se anexa el resultado consolidado a través de la siguiente gráfica:

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>7</b> de <b>9</b>

**Gráfica No. 1: Consolidado porcentaje de cumplimiento.**



Fuente Propia: Matriz de Seguimiento

El análisis determina que la totalidad de las causas identificadas por la Dirección Territorial tienen relación directa con la debilidad comunicada en el proceso auditor. El 100% de las actividades propuestas son un desarrollo directo del análisis de las causas, lo que determina una fortaleza de la DT y están enmarcadas en el ámbito de la superación de las causas que dieron origen a las debilidades del Sistema de Control Interno.

El 100% de las evidencias están en capacidad de dar certeza sobre la gestión desplegada por la Dirección Territorial Cesar-Guajira, se observa que el análisis de la evidencia demuestra prueba total de la ejecución de la actividad, razón por la cual las nueve (9) debilidades anteriormente evaluadas se cierran de acuerdo con el criterio del auditor.

La Oficina de Control Interno destaca el esfuerzo del líder y el equipo de trabajo de la Dirección Territorial Cesar-Guajira en lo relacionado con la superación de las debilidades del Sistema de Control Interno identificadas en la auditorias y recomienda continuar con la excelente gestión, con el fin de mantener, mejorar y fortalecer el sistema de control y evitar debilidades futuras.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>8</b> de <b>9</b>

## B. CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES.

La Oficina de Control Interno destaca el desempeño de los responsables de la Dirección Territorial en el cumplimiento de subsanar las causas que dieron origen a las debilidades identificadas en el Sistema de Control Interno y de acuerdo con la evaluación realizada por el equipo auditor, se cierran las nueve (9) debilidades que corresponde al 100%; donde el total de las actividades definidas con sus respectivos soportes, cumplen y tienen relación directa con la eliminación de la debilidad.

El equipo auditor resalta el compromiso de la Dirección Territorial en el cumplimiento del plan de mejoramiento de acuerdo con lo planificado, donde se evidencia coherencia de las actividades con respecto a la eliminación la debilidad y la contribución adicional de soportes complementarios, con el fin de fortalecer las acciones de las debilidades identificadas en la auditoria de gestión.

Se recomienda al líder de la Dirección Territorial y su equipo de trabajo continúen ejerciendo acciones de verificación, evaluación y control, que permitan medir la efectividad, para que las debilidades evidenciadas no vuelvan a presentarse y lo que en el pretérito fue debilidad hoy sean fortaleza del proceso. Con esta gestión se aporta a la mejora continua de la Dirección Territorial, al cumplimiento de los objetivos institucionales y a la superación de futuras debilidades del Sistema de Control Interno.

APROBÓ



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

## ANEXOS

### Anexo 1 Control de cambios

Versión	Fecha de Cambio	Descripción de la modificación
1	04/08/2014	Creación del formato.
2	09/03/2015	Al revisar el formato se evidencia que la casilla fecha de informe está repetida.
3	02/08/2017	Se modifica formato y se adiciona firma aprobación del jefe Oficina de Control Interno.

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>9</b> de <b>9</b>

4	30/04/2020	Se actualiza formato, se ajusta la distribución del texto en filas y columnas, las fuentes y fecha de la tabla control de cambios.
---	------------	--

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>1</b> de <b>7</b>

<b>FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME</b>	<b>Día:</b> 23	<b>Mes:</b> 11	<b>Año:</b> 2021
-------------------------------------	----------------	----------------	------------------

<b>Número de Informe</b>	1
<b>Nombre del Seguimiento</b>	Plan de mejoramiento a las debilidades del Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial Putumayo relacionada con la auditoría de gestión realizada en la vigencia 2019.
<b>Objetivo del Seguimiento</b>	Verificar el avance o logro de las actividades propuestas por los responsables, para superar las debilidades del Sistema de Control Interno relacionadas con la Dirección Territorial Putumayo.
<b>Alcance del Seguimiento</b>	Inicia con la verificación de la información cargada en el sistema de la Oficina de Control Interno y concluye con el presente informe de seguimiento.
<b>Normatividad</b>	Ley 87 de 1993, específicamente lo dispuesto en el artículo 2° literal e); el artículo 3° literal c) y el artículo 4° literal c), g) e i), y el artículo 12 literal k). Decreto 648 de 2017, artículo 17. Decreto 1499 de 2017 Modelo Integrado de Planeación y Gestión, actualizado: MIPG. Guía Rol de las Unidades Control Interno Auditoría Interna de la Función Pública.

## A. ANÁLISIS Y OBSERVACIONES.

La Oficina de Control Interno, en ejercicio de las funciones legales establecidas en la Ley 87 de 1993 y lo dispuesto en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, evalúa el avance y cumplimiento a las acciones establecidas por los responsables de la Dirección Territorial de Putumayo producto del informe final de auditoría vigencia 2019 a través del cual se verifica la efectividad del sistema de control interno.

El presente informe de seguimiento al proceso se desarrolla teniendo en cuenta lo establecido en el Plan Anual de Auditoría de la Oficina de Control Interno, a fin de determinar el cumplimiento de las obligaciones que la entidad adquiere como producto de las auditorías de gestión realizada a la Dirección Territorial por esta Oficina.

Es necesario tener presente que en este seguimiento se verifican criterios de cumplimiento que dan cuenta a las actividades propuestas y ejecutadas por el auditado, a saber:

- i. *La causa busca eliminar la debilidad.*
- ii. *La actividad se relaciona con la causa descrita.*
- iii. *La actividad propende por eliminar la debilidad.*
- iv. *La evidencia prueba total integridad en la ejecución de la actividad.*

Como resultado de dichos criterios la OCI determina si el plan de mejoramiento propuesto por la DT Putumayo supera y subsana las debilidades evidenciadas en el ejercicio auditor. Para determinar el nivel de logro de las acciones, la OCI define y aplica una herramienta que a partir de parámetros estandarizados determina si se dan los mínimos necesarios para cerrar la debilidad, dado a un ejercicio juicioso de la Dirección Territorial para mejorar o si se mantiene abierta; lo cual implica que si bien las acciones planteadas se cumplen, ellas no tienen la fuerza ni la efectividad requerida para superar la debilidad encontrada, documentada y comunicada en el ejercicio auditor que da origen al plan de mejoramiento objeto de seguimiento.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las Víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	<b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b>	Versión: 04
	<b>ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES</b>	Fecha: 30/04/2020 Página <b>2</b> de <b>7</b>

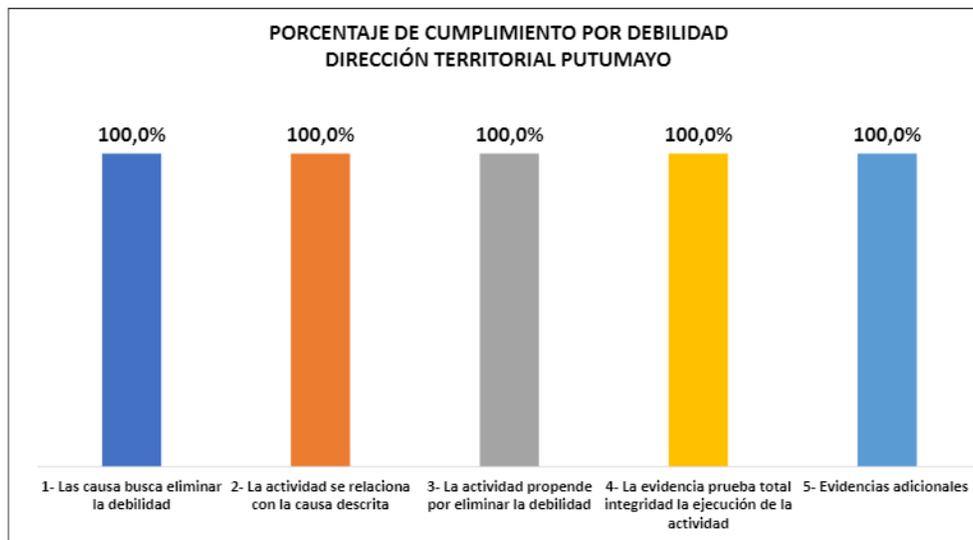
Para que el Director Territorial y su equipo de trabajo tengan un mejor conocimiento de las razones que llevan a cerrar las debilidades o dejarlas abiertas, se anexa como parte integrante del informe la matriz de evaluación. En ella se encuentran las razones que orientan al evaluador del Sistema de Control Interno para emitir su criterio. En todo caso, se recomienda que en las debilidades calificadas como cerradas el proceso mantenga una constante gestión y control para evitar en el futuro nuevas manifestaciones de debilidad o hallazgos. En el caso de dejarlas abiertas, se recomienda que el líder territorial y su equipo hagan un análisis de causa raíz respecto del verdadero alcance de las acciones ejecutadas para así no incurrir en las mismas situaciones que dieron por resultado la falta de efectividad en ellas.

La siguiente es la lista de debilidades generadas en ejercicio de la auditoría, las causas y actividades propuestas por el auditado a fin de eliminarlas, presentadas a continuación;

DEBILIDAD	CAUSA	ACTIVIDAD
1. Debilidad del sistema de control interno por ausencia de indicadores gerenciales. No se evidencian uso de indicadores gerenciales por parte de la Dirección Territorial Putumayo, diferentes a los establecidos en el plan de acción y acuerdos de gestión, aunque se despliegan actividades gerenciales que serán objeto de análisis en el ítem 7 de esta comunicación.	No se contó ni con exigencia ni con metodología por parte del nivel nacional para formular un plan gerencial.	Elaborar un Plan Gerencial que recoja aspectos administrativos y operativos. Solicitar la inclusión en el plan de capacitación anual curso o diplomado en diseño y seguimiento de tableros de control
2. 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 Putumayo. 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 11 de 24 metas; lo que corresponde a un 45.83%. 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.	La fecha de inicio de algunas actividad se programaron con mucha anticipación. Para la ejecución de algunas actividades dependemos de lineamientos del nivel nacional.	Para el Plan de Acción de la vigencia 2020, se deberá definir con precisión la programación teniendo en cuenta la fecha de inicio y fecha de finalización de cada actividad.
3. Debilidad del sistema de control interno en el diseño del control de los riesgos. Lo anterior no está conforme a los lineamientos establecidos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas emanada del Departamento Administrativo de la Función Pública, lo que se constituye en una debilidad del sistema de control interno por no cumplir cabalmente lo dispuesto en ella artículos 2º literales a), b) y f), 4º literal i) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 3.2.1.1 y 4.2.1. Norma ISO 9001:2015, capítulo 6, planificación, numeral 6.1 acciones para abordar riesgos y oportunidades. Lo anterior tiene como potenciales causas 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.	Falta de seguimiento a las evidencias reportadas. Se aclarar que la revisión que hizo la OCI se realizó sobre el mapa de riesgos anterior (Vigencia 2018), el cual no cumplía con la metodología del DAPP	Solicitar a Sirley Barbosa, capacitación en metodología de Riesgos via Videoconferencia. Recepción de evidencias de los controles realizados, identificando la coherencia de estas evidencias frente a los controles. Mapa de Riesgos 2019.
4. Debilidad del sistema de control interno en el mantenimiento, protección de la información y control de equipos, en cuanto a 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. 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, pérdida de información sensible que obstruyan la gestión de la DT y el logro de los objetivos institucionales.	Falta de orientación e implementación para el control de entradas y salidas de equipos de cómputo, manejo de la información y, uso de guayas para equipos portátiles e instalación de alarmas contra incendios.	Orientar al vigilante y a todo el personal de la Dirección Territorial sobre la necesidad de ejercer el control de entradas y salidas de equipos. Implementar el uso de las guayas de seguridad de los equipos de cómputo portátiles. Continuar con la Implementación del uso de ONE DRIVE para el almacenamiento de la información <a href="https://unidadvictimas.sharepoint.com/:u:/s/DT-Putumayo/PLANDEACCINDETUTUMAYO2021/EcXoMkLz4tIJsriCz_nTI3ABSMh3tFU_mHQDUz53qMa p1Q?e=TGNKQO">https://unidadvictimas.sharepoint.com/:u:/s/DT-Putumayo/PLANDEACCINDETUTUMAYO2021/EcXoMkLz4tIJsriCz_nTI3ABSMh3tFU_mHQDUz53qMa p1Q?e=TGNKQO</a> Solicitar al arrendatario la instalación de alarmas contra incendios.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>3</b> de <b>7</b>

Ahora bien, luego del estudio efectuado en la herramienta diseñada por la OCI y verificados los criterios de cumplimiento mencionados anteriormente, la siguiente gráfica evidencia el comportamiento estadístico de la gestión de la Dirección territorial de Putumayo, así:



La Dirección Territorial auditada establece nueve (9) actividades, a fin de superar los cuatro (4) hallazgos evidenciados por la OCI, a criterio de los evaluadores determina qué:

**La debilidad No. 1:** Apunta a que el componente estratégico para la planificación y evaluación del Plan Gerencial propuesto por la Dirección Territorial nos permita evidenciar que las actividades formuladas en él coadyuvan al desarrollo y cumplimiento de metas y objetivos formulados por el líder para la eficiente gestión de la Dirección Territorial, y con ello identificar fortalezas y aspectos de mejora al interior de la DT.

Así las cosas, analizadas las evidencias se observa un nivel de cumplimiento en la formulación e implementación del Plan Gerencial evaluado y corresponde a lo formulado por el auditado. No obstante, en lo que respecta a la vigencia 2021 y con ocasión a la emergencia sanitaria se implementó el plan operativo que incluye la desagregación de las actividades formuladas en el plan de acción, con sus respectivos indicadores y metas a cumplir, el cual se presenta ante el nivel nacional con una periodicidad mensual. Por lo tanto, el equipo auditor determina el cierre de la actividad.

Verificadas las evidencias allegadas en la herramienta de la OCI y en la carpeta *one drive* compartida por el auditado, se observa que efectivamente se realizó el día 05 de febrero de 2020 solicitud de inclusión en el Plan de Capacitaciones al Grupo de Talento Humano, por lo cual, corresponde a lo formulado por el auditado y cumple con la actividad, por lo tanto, el grupo auditor da por cumplida la actividad y decide cerrar la debilidad.

**La debilidad No. 2:** El evaluador verifica que las evidencias aportadas corresponden con lo formulado por el auditado y cumple con la actividad. Toda vez que, el plan de acción va de la mano con el plan operativo y contempla indicadores, tablero de control, gráficas de comportamiento y semáforos que permiten efectuar un seguimiento semanal, mensual y anual. Aunado a lo anterior, y conforme reunión

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>4</b> de <b>7</b>

de seguimiento al plan de mejoramiento efectuada con el auditado el día martes nueve de noviembre del año en curso, el auditado muestra el cumplimiento a las metas establecidas en el plan de acción evaluado, indica que la tercera semana de cada mes, se verifica lo programado con lo ejecutado por la Dirección Territorial para determinar el porcentaje de cumplimiento del periodo y así mismo, saber que estrategia se sigue a fin de cumplir con lo programado. Con lo anterior, se determina el cierre de la actividad por el grupo auditor.

**La debilidad No. 3:** El equipo auditor verifica la actividad propuesta por la Dirección Territorial en los términos establecidos dentro del plan de mejoramiento, por lo que se evidencia que el miércoles 05 de febrero de 2020 el auditado remite a través de correo electrónico a la Oficina Asesora de Planeación “*SOLICITUD DE CAPACITACIÓN METODOLOGÍA DE RIESGOS*” la cual fue ejecutada en la vigencia año 2020, por la oficina de Planeación de la Unidad como se evidencia en las capturas de pantalla cargadas en el aplicativo de la OCI y para el 2021 fue realizada por la Función Pública de acuerdo a la nueva metodología del DAFP evidenciado mediante correo electrónico allegado por el auditado. Con lo anterior, se observa que la evidencia corresponde a lo formulado por el auditado y cumple con la actividad, el equipo auditor determina el cierre de la misma.

Por otra parte, el mapa de riesgos para el año 2020 y 2021 fue creado de acuerdo a la nueva metodología implementada por el Departamento de la Función Pública, para los seis riesgos que contempla la territorial del Putumayo y se realizó la verificación aleatoria del riesgo No. 2 y No. 3 con sus respectivas evidencias que se encuentran en una carpeta alojada en un repositorio de *one drive* de la Dirección Territorial, actualmente se encuentra el acta de aprobación del mapa con la nueva metodología firmada el día 11 de noviembre de la presente anualidad por parte de la Oficina Asesora de Planeación. Por lo tanto, el grupo auditor da por cumplida la actividad y decide cerrar la debilidad.

**La debilidad No. 4:** Una vez verificadas las evidencias de cada actividad se observa el cumplimiento de las mismas en el sentido que en la actividad uno, el líder territorial mediante memorando comunica a los servidores y guardas de seguridad el deber de efectuar registro de ingreso y salida en la bitácora utilizadas por estos, para llevar el control de los equipos de cómputo (portátiles) que ingresan y salen de la sede territorial. Así las cosas, el grupo auditor da por cumplida la actividad.

Con relación a la implementación del uso de las guayas de seguridad de los equipos de cómputo portátiles, se evidencia en documento anexo memorando del director territorial mediante el cual comunica a los empleados y contratistas el uso permanente de las guayas de seguridad como medida de control y vigilancia en los equipos de cómputo (portátiles). Lo anterior es evidenciado a través de registro fotográfico aportados por el auditado, por lo que el equipo auditor determina que la evidencia aportada corresponde a lo formulado por el auditado y cumple con la actividad.

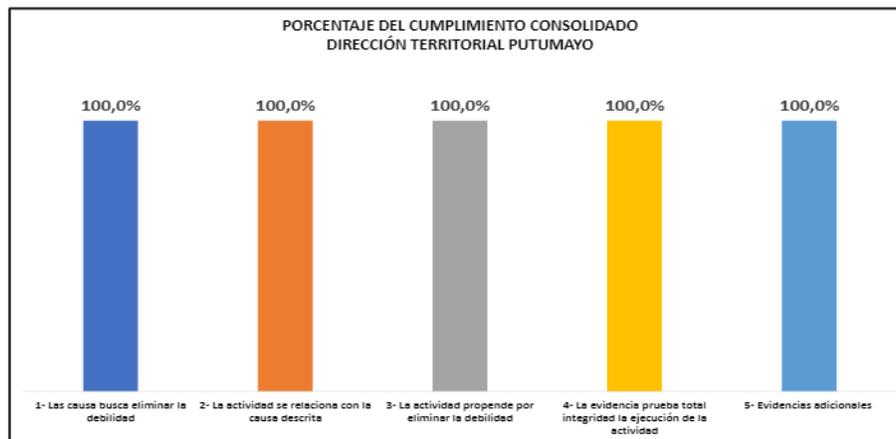
Ahora bien, por instrucción del director territorial y mediante memorando se comunica a los servidores públicos el uso y registro de la información que opera en la sede territorial, a través de *one drive*, para lo cual se le da la instrucción al ingeniero de sistemas de respaldar toda la información de acuerdo con las carpetas que maneja cada uno de los usuarios. Lo anterior se evidencia en las capturas de pantalla donde refleja la creación de las mismas. Por otro lado, se observa el seguimiento que se efectúa por parte del responsable de sistemas de la territorial mediante hoja de cálculo donde se observa el tamaño en megas utilizado por cada uno, por lo tanto, el grupo auditor da por cumplida la actividad propuesta por el auditado.

Finalmente, respecto de la solicitud al arrendatario para la instalación de alarmas contra incendios, se evidencia que efectivamente se realiza el requerimiento en el tiempo propuesto por el auditado. De

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>5</b> de <b>7</b>

suerte que la dirección territorial obtiene traslado de la sede posteriormente, en la actualidad la misma cuenta con dos clases de alarma de pánico, una fija y una móvil. Por lo tanto, el grupo auditor da por cumplida la actividad y decide cerrar la debilidad en su totalidad.

En consecuencia, el porcentaje de cumplimiento consolidado de acuerdo con los criterios de cumplimiento y anexo el criterio auditor al plan de mejoramiento, se evidencia a través de la siguiente gráfica:



El análisis determina que la totalidad de las causas identificadas por la Dirección Territorial de Putumayo tienen relación directa con la debilidad comunicada en el proceso auditor. El 100% de las actividades propuestas son un desarrollo directo del análisis de las causas, lo que determina una fortaleza del proceso y tiene un espacio de mejoramiento. El 100% de las actividades están enmarcadas en el ámbito de la superación de las causas que dieron origen a las debilidades del Sistema de Control Interno.

Es necesario indicar que para el respectivo análisis se solicitó evidencia adicional a fin de evaluar la continuidad del proceso de seguimiento en lo transcurrido del 2021, lo que determinó una mayor certeza en el cumplimiento a las actividades propuestas por la Dirección Territorial al equipo auditor, el cual arroja un porcentaje de cumplimiento del 100%, con la evidencia presentada se observa una oportunidad de mejora en la actualización, innovación y cumplimiento a los diferentes planes presentados ante nivel central lo cual general un impacto positivo a las debilidades comunicadas.

El 100% de las evidencias por sí mismas están en capacidad de dar certeza sobre la gestión desplegada por Dirección Territorial de Putumayo, una vez subsanadas las mismas el equipo auditor infiere el cierre total de las debilidades presentadas en el informe auditor 2019.

Con los resultados obtenidos, la Oficina de Control Interno pone de manifiesto el esfuerzo desplegado por el líder y su equipo de trabajo de la Dirección Territorial de Putumayo en lo relacionado con la superación de las debilidades del Sistema de Control Interno comunicadas en la auditoría de gestión efectuada en la vigencia 2019. Aunado a ello, resalta el interés del auditado el cual presenta la construcción del Plan Operativo ligado al Plan de Acción con los porcentajes de cumplimiento, indicadores y tablero de control graficados, proponiendo como herramienta estándar a nivel nacional. Es aquí donde la OCI tiene la convicción que, si el líder y su equipo de trabajo reorientan las actividades, superan las causas generadoras de las debilidades.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>6</b> de <b>7</b>

## B. CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES.

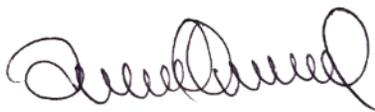
La Oficina de Control Interno reconoce el esfuerzo de la Dirección Territorial evaluada en aras de superar o remover las causas que dan origen a las debilidades del Sistema de Control Interno. En este sentido se cierran cuatro (4) debilidades que corresponde a un avance del 100%, se evidencia un primer ejercicio de identificación de causas y la realización de las actividades que permitan la mejora y una inversión adecuada de recursos a fin de superar las debilidades.

Se destaca la creación de la herramienta propuesta como plan gerencial, reemplazada en la vigencia 2020 por el plan operativo que va de la mano con el plan de acción institucional, el cual refleja el comportamiento y cumplimiento de las metas anuales tanto en valor relativo como en valor absoluto, eliminando la debilidad y constituyendo una oportunidad de mejora, para que se estudie y se analice la viabilidad de ser estandarizada a nivel nacional en la Unidad.

Cabe resaltar la disposición del líder territorial y sus colaboradores en la ejecución de las acciones para subsanar los hallazgos encontrados en la auditoría de gestión realizada en el año 2019 y las evidencias allegadas dentro de los términos propuestos en el plan de mejoramiento, además de las evidencias adicionales solicitadas en el curso del seguimiento al plan y a través de reunión ejecutada con el auditado. Por otra parte, se observa en la evaluación de las evidencias el cumplimiento a las capacitaciones, acatando los lineamientos propuestos en el plan de mejoramiento de acuerdo con los hallazgos presentados e implementación de nuevos enfoques en la actualización de los procesos.

En relación con las debilidades cerradas en este informe, se recomienda que el líder del proceso y su equipo de trabajo continúen ejerciendo acciones de verificación, evaluación y control, que permitan seguir midiendo la efectividad, para que las debilidades evidenciadas no vuelvan a presentarse y lo que en el pretérito fue debilidad hoy sea fortaleza para la Dirección Territorial, con esto aportamos a la mejora continua del proceso y en el cumplimiento de los objetivos institucionales, que propenda por superar las debilidades asociadas a los riegos y controles propios del proceso.

**APROBÓ**



CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO  
Jefe Oficina De Control Interno

## ANEXOS

### Anexo 1 Control de cambios

Versión	Fecha de Cambio	Descripción de la modificación
---------	-----------------	--------------------------------

 <p>El futuro es de todos Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>7</b> de <b>7</b>

1	04/08/2014	Creación del formato.
2	09/03/2015	Al revisar el formato se evidencia que la casilla fecha de informe está repetida.
3	02/08/2017	Se modifica formato y se adiciona firma aprobación del Jefe Oficina de Control Interno.
4	30/04/2020	Se actualiza formato, se ajusta la distribución del texto en filas y columnas, las fuentes y fecha de la tabla control de cambios.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>1</b> de <b>10</b>

<b>FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME</b>	<b>Día:</b>	14	<b>Mes:</b>	11	<b>Año:</b>	2021
-------------------------------------	-------------	----	-------------	----	-------------	------

<b>Número de Informe</b>	1/1
<b>Nombre del Seguimiento</b>	Plan de mejoramiento a las debilidades del Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial Sucre
<b>Objetivo del Seguimiento</b>	Verificar el avance o logro de las actividades propuestas por los responsables del proceso para superar las debilidades del Sistema de Control Interno relacionadas con la Dirección Territorial Sucre.
<b>Alcance del Seguimiento</b>	Inicia con la verificación de la información cargada en el sistema de la Oficina de Control Interno y concluye con el informe de seguimiento.
<b>Normatividad</b>	Ley 87 de 1993, específicamente lo dispuesto en el artículo 2° literal e); el artículo 3° literal c) y el artículo 4° literal c), g) e i), y el artículo 12 literal k). Decreto 648 de 2017, artículo 17. Decreto 1499 de 2017 Modelo Integrado de Planeación y Gestión, actualizado: MIPG. Guía Rol de las Unidades Control Interno Auditoría Interna de la Función Pública.

## A. ANÁLISIS Y OBSERVACIONES.

La Oficina de Control Interno en ejercicio de las funciones legales establecidas en la Ley 87 de 1993 y lo dispuesto en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, verifica el avance y cumplimiento a las acciones establecidas en el plan de mejoramiento por los responsables de la Dirección Territorial Sucre.

El informe de seguimiento al proceso se desarrolla teniendo en cuenta lo establecido en el Plan Anual de Auditoría de la Oficina de Control Interno, a fin de determinar el cumplimiento de las obligaciones que la entidad adquiere como producto de las auditorías de gestión realizadas a la Dirección Territorial Sucre por esta Oficina.

Es necesario tener presente que en este seguimiento se verifican criterios de cumplimiento que dan cuenta a las actividades propuestas y ejecutadas por el auditado, a saber:

- i. *La causa busca eliminar la debilidad.*
- ii. *La actividad se relaciona con la causa descrita.*
- iii. *La actividad propende por eliminar la debilidad.*
- iv. *La evidencia prueba total integridad en la ejecución de la actividad.*

Como resultado de dichos criterios la OCI determina si el plan de mejoramiento propuesto por la Dirección Territorial supera y subsana las debilidades evidenciadas en el ejercicio auditor. Para determinar el nivel de logro de las acciones, la OCI define y aplica una herramienta que a partir de parámetros estandarizados determina si se dan los mínimos necesarios para cerrar la debilidad, dado a un ejercicio juicioso de la Dirección para mejorar o si se mantiene abierta; lo cual implica que si bien las acciones planteadas se cumplen, ellas no tienen la fuerza ni la efectividad requerida para superar la debilidad encontrada, documentada y comunicada en el ejercicio auditor que da origen al plan de mejoramiento objeto de seguimiento.

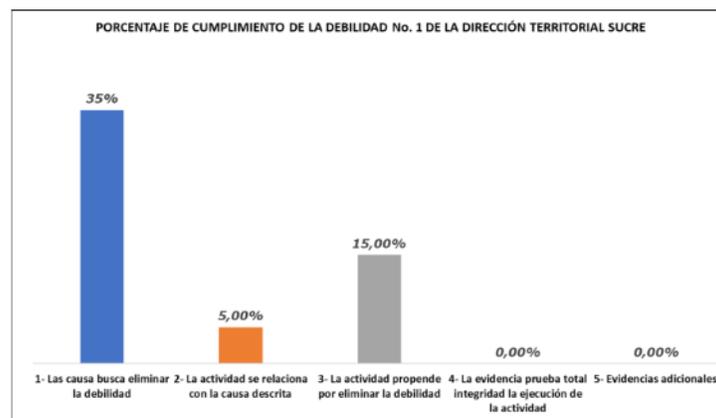
 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>2</b> de <b>10</b>

Para que el líder del proceso y su equipo de trabajo tengan un mejor conocimiento de las razones que llevan a cerrar las debilidades o dejarlas abiertas, se anexa como parte integrante del informe la matriz de evaluación. En ella se encuentran las razones que orientan al evaluador del Sistema de Control Interno para emitir su criterio. En todo caso, se recomienda que en las debilidades calificadas como cerradas el proceso mantenga una constante gestión y control para evitar en el futuro nuevas manifestaciones de debilidad. En el caso de dejarlas abiertas, se recomienda que el líder y su equipo hagan un análisis de causa raíz respecto del verdadero alcance de las acciones ejecutadas para así no incurrir en las mismas situaciones que dieron por resultado la falta de efectividad en ellas, respecto del sistema de control interno.

El siguiente es el resultado de la evaluación de las debilidades del plan de mejoramiento de la Dirección Territorial Sucre, de acuerdo con el estudio efectuado y la aplicación de la herramienta en Excel de la Oficina de Control Interno, donde se analiza cada una de las debilidades, las acciones y actividades planteadas.

En las siguientes graficas se evidencia el comportamiento estadístico del resultado del seguimiento a las 35 actividades definidas por la Dirección Territorial de los seis (6) debilidades evidenciadas por la Oficina de Control Interno, así:

**Grafica No. 1 Debilidad 1**



Fuente Propia: Matriz de Seguimiento

- a) *Debilidad No 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.*

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>3</b> de <b>10</b>

Para esta debilidad se plantean diez (10) actividades donde la Oficina de Control interno se pronuncia, teniendo en consideración que la Dirección Territorial no cargo evidencias en el aplicativo OCI, de la siguiente manera:

De la información recibida por la Oficina de Control Interno se encuentra evidenciado que la Dirección Territorial solo realizó la solicitud de la capacitación, la cual se extendió a una capacitación abierta en la entidad. No obstante, no hay certeza que dicha capacitación se haya realizado, los tiempos en los cuales se ejecutó, se desconocen los servidores de la Dirección Territorial que se capacitaron, no se tiene conocimiento que esa capacitación en la herramienta tecnológica dio o no resultado o si está actualmente en producción o no. En términos generales, la evaluación conduce a fortalecer en el evaluador-auditor un nivel de incertidumbre que hace imposible determinar la efectividad de la gestión adelantada y en consecuencia se mantendrá abierta la debilidad. De otra parte, la Oficina de Control Interno expresa su inconformismo con el auditado dado que en el correo que se solicitaron las evidencias expresamente se pedían allegar todas y en la respuesta, además de ser insuficientes por lo indicado renglones arriba, se deja claro que el auditado no tiene una gestión propositiva enviando todo lo que este documentado para mostrar su gestión, sino que transfiere esa obligación a la OCI al señalar que si se requiere más evidencia sea solicitada."

Por lo anterior las diez actividades planteadas por la Dirección Territorial son calificadas en la zona de bajo, lo que implica la reformulación de todas ellas.

### Grafica No. 2 Debilidad 2



Fuente Propia: Matriz de Seguimiento

- b) Debilidad No. 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*

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>4</b> de <b>10</b>

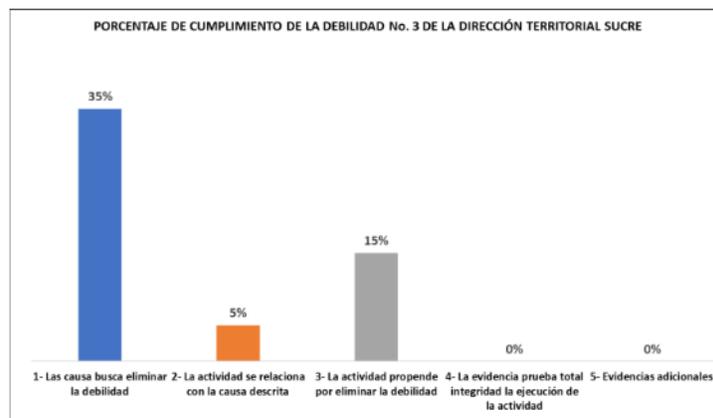
*el riesgo de la no consecución de las acciones de mejora o de las decisiones tomadas por parte del director territorial que afecten los procesos o actividades ejecutadas en su jurisdicción.*

Para esta debilidad se plantean diez (10) actividades donde la Oficina de Control interno se pronuncia, teniendo en consideración que la Dirección Territorial no cargo evidencias en el aplicativo OCI, de la siguiente manera:

De la información recibida por la Oficina de Control Interno se encuentra evidenciado que la Dirección Territorial solo realizó la solicitud de la capacitación, la cual se extendió a una capacitación abierta en la entidad. No obstante, no hay certeza que dicha capacitación se haya realizado, los tiempos en los cuales se ejecutó, se desconocen los servidores de la Dirección Territorial que se capacitaron, no se tiene conocimiento que esa capacitación en la herramienta tecnológica dio o no resultado o si está actualmente en producción o no. En términos generales, la evaluación conduce a fortalecer en el evaluador-auditor un nivel de incertidumbre que hace imposible determinar la efectividad de la gestión adelantada y en consecuencia se mantendrá abierta la debilidad. De otra parte, la Oficina de Control Interno expresa su inconformismo con el auditado dado que en el correo que se solicitaron las evidencias expresamente se pedían allegar todas y en la respuesta, además de ser insuficientes por lo indicado renglones arriba, se deja claro que el auditado no tiene una gestión propositiva enviando todo lo que este documentado para mostrar su gestión, sino que transfiere esa obligación a la OCI al señalar que si se requiere más evidencia sea solicitada."

Por lo anterior las diez actividades planteadas por la Dirección Territorial son calificadas en la zona de bajo, lo que implica la reformulación de todas ellas.

**Grafica No. 3: Debilidad 3**



Fuente Propia: Matriz de Seguimiento

- c) Debilidad No. 3 *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*

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>5</b> de <b>10</b>

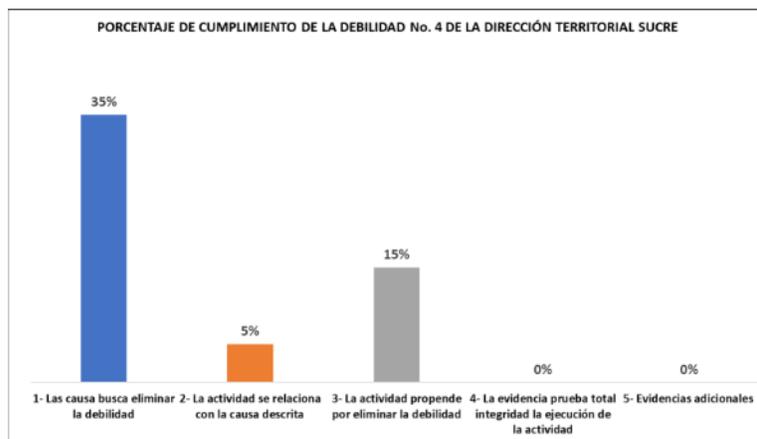
los controles instituidos en la matriz de riesgos. Lo anterior conlleva a la posible materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales.

Para esta debilidad se plantean seis (6) actividades donde la Oficina de Control interno se pronuncia, teniendo en consideración que la Dirección Territorial no cargo evidencias en el aplicativo OCI, de la siguiente manera:

De la información recibida por la Oficina de Control Interno se encuentra evidenciado que la Dirección Territorial solo realizó la solicitud de la capacitación, la cual se extendió a una capacitación abierta en la entidad. No obstante, no hay certeza que dicha capacitación se haya realizado, los tiempos en los cuales se ejecutó, se desconocen los servidores de la Dirección Territorial que se capacitaron, no se tiene conocimiento que esa capacitación en la herramienta tecnológica dio o no resultado o si está actualmente en producción o no. En términos generales, la evaluación conduce a fortalecer en el evaluador-auditor un nivel de incertidumbre que hace imposible determinar la efectividad de la gestión adelantada y en consecuencia se mantendrá abierta la debilidad. De otra parte, la Oficina de Control Interno expresa su inconformismo con el auditado dado que en el correo que se solicitaron las evidencias expresamente se pedían allegar todas y en la respuesta, además de ser insuficientes por lo indicado renglones arriba, se deja claro que el auditado no tiene una gestión propositiva enviando todo lo que este documentado para mostrar su gestión, sino que transfiere esa obligación a la OCI al señalar que si se requiere más evidencia sea solicitada."

Por lo anterior las diez actividades planteadas por la Dirección Territorial son calificadas en la zona de bajo, lo que implica la reformulación de todas ellas.

#### Grafica No. 4 Debilidad 4



Fuente Propia: Matriz de Seguimiento

Debilidad No. 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*

	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>6</b> de <b>10</b>

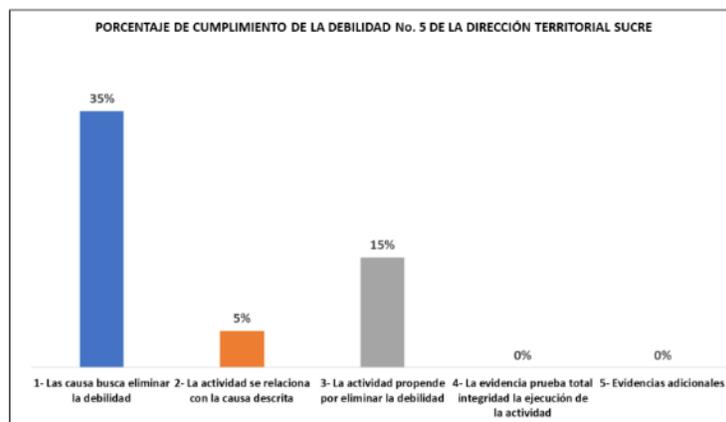
*seguimiento a la ejecución de estos y ausencia en la identificación y coherencia de las evidencias frente a los controles instituidos en la matriz de riesgos. Lo anterior conlleva a la posible materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales.*

Para esta debilidad se plantean tres (3) actividades donde la Oficina de Control interno se pronuncia, teniendo en consideración que la Dirección Territorial no cargo evidencias en el aplicativo OCI, de la siguiente manera:

De la información recibida por la Oficina de Control Interno se encuentra evidenciado que la Dirección Territorial solo realizó la solicitud de la capacitación, la cual se extendió a una capacitación abierta en la entidad. No obstante, no hay certeza que dicha capacitación se haya realizado, los tiempos en los cuales se ejecutó, se desconocen los servidores de la Dirección Territorial que se capacitaron, no se tiene conocimiento que esa capacitación en la herramienta tecnológica dio o no resultado o si está actualmente en producción o no. En términos generales, la evaluación conduce a fortalecer en el evaluador-auditor un nivel de incertidumbre que hace imposible determinar la efectividad de la gestión adelantada y en consecuencia se mantendrá abierta la debilidad. De otra parte, la Oficina de Control Interno expresa su inconformismo con el auditado dado que en el correo que se solicitaron las evidencias expresamente se pedían allegar todas y en la respuesta, además de ser insuficientes por lo indicado renglones arriba, se deja claro que el auditado no tiene una gestión propositiva enviando todo lo que este documentado para mostrar su gestión, sino que transfiere esa obligación a la OCI al señalar que si se requiere más evidencia sea solicitada."

Por lo anterior las diez actividades planteadas por la Dirección Territorial son calificadas en la zona de bajo, lo que implica la reformulación de todas ellas.

**Grafica No. 5 Debilidad 5**



Fuente Propia: Matriz de Seguimiento

*Debilidad No. 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 2° literales a), e) y f); artículo 3° 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.*

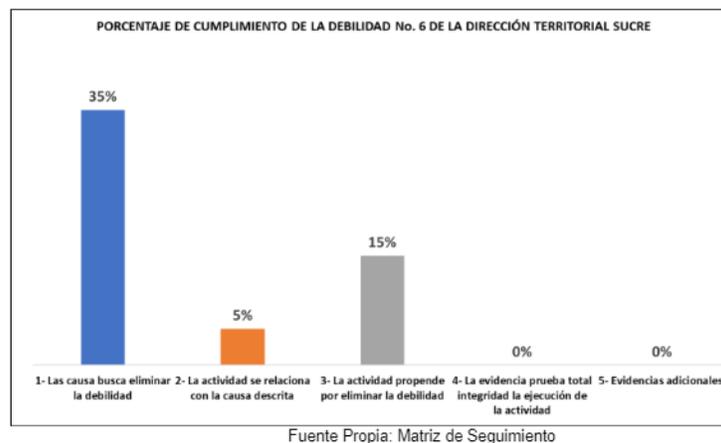
 <b>El futuro es de todos</b>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>7</b> de <b>10</b>

Para esta debilidad se plantean cinco (5) actividades donde la Oficina de Control interno se pronuncia, teniendo en consideración que la Dirección Territorial no cargo evidencias en el aplicativo OCI, de la siguiente manera:

De la información recibida por la Oficina de Control Interno se encuentra evidenciado que la Dirección Territorial solo realizó la solicitud de la capacitación, la cual se extendió a una capacitación abierta en la entidad. No obstante, no hay certeza que dicha capacitación se haya realizado, los tiempos en los cuales se ejecutó, se desconocen los servidores de la Dirección Territorial que se capacitaron, no se tiene conocimiento que esa capacitación en la herramienta tecnológica dio o no resultado o si está actualmente en producción o no. En términos generales, la evaluación conduce a fortalecer en el evaluador-auditor un nivel de incertidumbre que hace imposible determinar la efectividad de la gestión adelantada y en consecuencia se mantendrá abierta la debilidad. De otra parte, la Oficina de Control Interno expresa su inconformismo con el auditado dado que en el correo que se solicitaron las evidencias expresamente se pedían allegar todas y en la respuesta, además de ser insuficientes por lo indicado renglones arriba, se deja claro que el auditado no tiene una gestión propositiva enviando todo lo que este documentado para mostrar su gestión, sino que transfiere esa obligación a la OCI al señalar que si se requiere más evidencia sea solicitada."

Por lo anterior las diez actividades planteadas por la Dirección Territorial son calificadas en la zona de bajo, lo que implica la reformulación de todas ellas.

### Grafica No. 6 Debilidad 6



Debilidad No. 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 2° literales a), e) y f), 4° literales d), e) y i) y 6° 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*

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>8</b> de <b>10</b>

*pertenecientes a la Unidad, perdida de información sensible que obstruyan la gestión de la DT y el logro de los objetivos institucionales.*

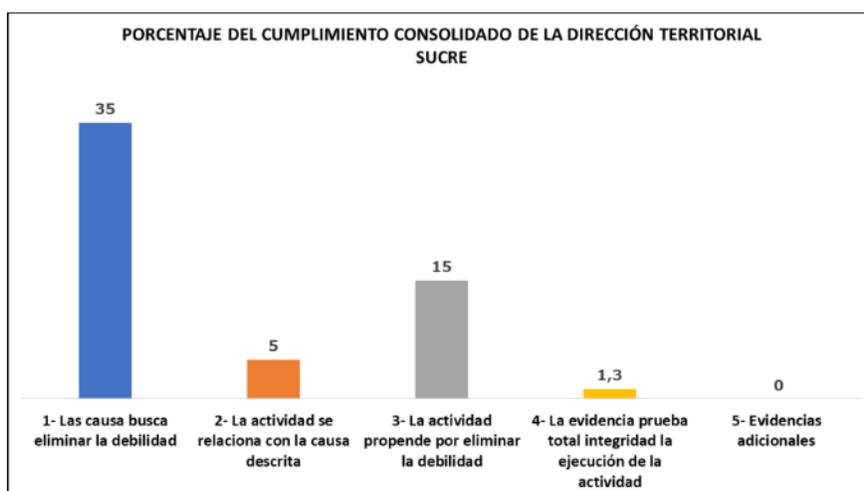
Para esta debilidad se plantea una (1) actividad donde la Oficina de Control interno se pronuncia, teniendo en consideración que la Dirección Territorial no cargo evidencias en el aplicativo OCI, de la siguiente manera:

De la información recibida por la Oficina de Control Interno se encuentra evidenciado que la Dirección Territorial solo realizó la solicitud de la capacitación, la cual se extendió a una capacitación abierta en la entidad. No obstante, no hay certeza que dicha capacitación se haya realizado, los tiempos en los cuales se ejecutó, se desconocen los servidores de la Dirección Territorial que se capacitaron, no se tiene conocimiento que esa capacitación en la herramienta tecnológica dio o no resultado o si está actualmente en producción o no. En términos generales, la evaluación conduce a fortalecer en el evaluador-auditor un nivel de incertidumbre que hace imposible determinar la efectividad de la gestión adelantada y en consecuencia se mantendrá abierta la debilidad. De otra parte, la Oficina de Control Interno expresa su inconformismo con el auditado dado que en el correo que se solicitaron las evidencias expresamente se pedían allegar todas y en la respuesta, además de ser insuficientes por lo indicado renglones arriba, se deja claro que el auditado no tiene una gestión propositiva enviando todo lo que este documentado para mostrar su gestión, sino que transfiere esa obligación a la OCI al señalar que si se requiere más evidencia sea solicitada."

Por lo anterior las diez actividades planteadas por la Dirección Territorial son calificadas en la zona de bajo, lo que implica la reformulación de todas ellas.

Consolidadas las gráficas anteriores, de acuerdo con los criterios de cumplimiento aplicado al plan de mejoramiento de la auditoría de gestión efectuada a la Dirección Territorial Sucre vigencia 2019, se anexa el resultado consolidado a través de la siguiente gráfica:

**Gráfica No. 7 Consolidado porcentaje de cumplimiento.**



Fuente Propia: Matriz de Seguimiento

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>9</b> de <b>10</b>

El análisis determina que la totalidad de las causas identificadas por la Dirección Territorial tienen relación indirecta con la debilidad comunicada en el proceso auditor. El 35% de las actividades propuestas son un desarrollo directo del análisis de las causas, lo que determina una debilidad de la DT y no están enmarcadas en el ámbito de la superación de las causas que dieron origen a las debilidades del Sistema de Control Interno.

El 1.3% de las evidencias están en capacidad de dar certeza sobre la gestión desplegada por la Dirección Territorial Sucre, se observa que la dependencia remitió documentos que no cumplen con las características de ser una evidencia y que ellas estén en la capacidad de romper el escepticismo profesional que tutela la actividad evaluadora-auditora

## B. CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES.

La Oficina de Control Interno ve con preocupación el desempeño de los responsables de la Dirección Territorial en el cumplimiento de subsanar las causas que dieron origen a las debilidades identificadas en el Sistema de Control Interno y de acuerdo con la evaluación realizada por el equipo auditor, solo se cierra una (1) debilidades que corresponde al 2.86%; donde el total de las 35 actividades definidas con sus respectivos soportes solo se cumple una. Es de anotar que respecto de la actividad cerrada la DT no remitió evidencia, sino que la OCI conocía la gestión institucional.

El equipo auditor resalta la necesidad que los servidores de la Dirección Territorial Sucre tomen conciencia que los planes de mejoramiento se deben cumplir cuando ellos han sido comunicados a los entes de control, indistintamente que el ente de control sea interno o externo. El sistema de control interno requiere del trabajo armónico de todos los servidores y de aplicar las normas de mejora continua para evitar que las causas identificadas como motivo de la debilidad del sistema perduren en el tiempo y tenga una influencia negativa en el logro de las metas institucionales.

APROBÓ



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

## ANEXOS

### Anexo 1 Control de cambios

Versión	Fecha de Cambio	Descripción de la modificación
1	04/08/2014	Creación del formato.

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Página <b>10</b> de <b>10</b>

2	09/03/2015	Al revisar el formato se evidencia que la casilla fecha de informe está repetida.
3	02/08/2017	Se modifica formato y se adiciona firma aprobación del jefe Oficina de Control Interno.
4	30/04/2020	Se actualiza formato, se ajusta la distribución del texto en filas y columnas, las fuentes y fecha de la tabla control de cambios.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

<b>FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME</b>	<b>Día:</b>	14	<b>Mes:</b>	12	<b>Año:</b>	2021
-------------------------------------	-------------	----	-------------	----	-------------	------

<b>Número de Informe</b>	Informe Requerimiento Legal Seguimiento al Plan de Mejoramiento Archivístico. Archivo General de la Nación N° 07
<b>Nombre del Seguimiento</b>	Seguimiento Plan de Mejoramiento Archivo General de la Nación Colombia N°7
<b>Objetivo del Seguimiento</b>	Determinar el avance de las acciones establecidas en el Plan de Mejoramiento Archivístico
<b>Alcance del Seguimiento</b>	Plan de mejoramiento con corte a 31 de noviembre de 2021
<b>Normatividad</b>	Decreto 1080 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Cultura.

#### A. ANÁLISIS Y OBSERVACIONES.

En ejecución del Plan Anual de Auditorias y en cumplimiento de los Informes por Requerimiento Legal 2021 y lo establecido en el Decreto 1080 de 2015, la Oficina de Control Interno de la Unidad para las Víctimas presenta el informe de seguimiento al Plan de Mejoramiento Archivístico suscrito entre la Unidad y el Archivo General de la Nación con corte a 10 de noviembre de 2021.

Se referencian los informes anteriores remitidos al AGN con copia al líder del proceso de Gestión Documental y a secretaria general de la Unidad

- Informe seguimiento IRL 1 PMA 2018 del 12102018
- Informe seguimiento IRL 2 PMA 02 2019
- Informe seguimiento IRL 3 PMA 03 2019
- Informe seguimiento IRL 4 PMA de 31 marzo 2020.
- Informe seguimiento IRL 5 PMA de 15 diciembre 2020. Rad 202015033768521
- Informe seguimiento IRL 6 PMA con Rad 202115014101631 radicado AGN N.º 1-2021-5290 de mayo 2021.

Estos informes se pueden consultar por cada una de la vigencia en la página de la Unidad en:

<https://www.unidadvictimas.gov.co/es/planeacion-y-seguimiento/control-interno/42463>.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

Como antecedente a este seguimiento la Oficina de Control Interno solicitó evidencias con corte a 29 noviembre, con base en dicha información se genera el informe de seguimiento IRL 07 2021, consistente en 9 hallazgos y 15 actividades la cual se detalla a continuación:

**Acción No. 1. Instancias Asesoras en Materia Archivística:** El comité Interno de Archivo no cumple con las funciones que le han sido proferidas normativamente.

**1.1 Ajustar la Resolución del Comité** de conformidad con el Art 2.8.2.1.16 del decreto 1080 del 2015.

**Descripción avances reportados por el proceso de Gestión Documental** con corte a 11 de noviembre: reporta que según comunicado AGN N.º 2 2-2018-16089 de 17 diciembre 2018 el hallazgo se encuentra superado.

**Observaciones Archivo General de la Nación:** En comunicación del 30 de junio 2021 radicado 2-2021-6523 el AGN no hace referencia a este ítem sin embargo teniendo en cuenta comunicación Rad 2-2019-16931 del 20 de diciembre 2019 se reitera que: *"El Hallazgo se encuentra superado. Comunicación AGN No. 2-2018-16089 de fecha 17 de diciembre 2018"*.

**Observaciones Oficina de Control Interno:** A partir de comunicación del AGN este hallazgo superado informado en el informe IRL 01 2018 del 12102018; se adjunta Resolución 01250 de 27 de abril de 2018, en la cual se crea el Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

Hallazgo superado. Porcentaje de avance 100 %

**Acción No. 2. Tabla de retención documental y cuadros de clasificación documental:** La entidad no cuenta TRD debidamente aprobadas, convalidadas, así como tampoco con CCD.

**2.1** Revisar y Radicar las TRD de las tablas de retención documental y los cuadros de clasificación documental ante la AGN; a la espera de respuesta de evaluación de estas.

**2.2** Acoger las recomendaciones de la evaluación en el tiempo estipulado.

**Descripción avances reportados por el proceso de Gestión Documental** con corte a 11 de noviembre: informa que el AGN mediante radicado N.º 2-2021-6523 este hallazgo se encuentra superado

 <b>El futuro es de todos</b>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

**Observaciones Archivo General de la Nación:** en comunicación del 30 de junio 2021 radicado 2-2021-6523 el AGN concluye: *"La Unidad remitió los soportes documentales solicitados en el anterior informe según se puede observar en el oficio 2-2021-392. Vale la pena que este hallazgo se encuentra superado. Se exhorta a la Unidad seguir el proceso de implementación del instrumento, y si llegare a cumplir cualquiera de las situaciones descritas en el artículo 23 del Acuerdo 4 de 2019, deberá proceder con la actualización del instrumento convalidado. "*

**Observaciones Oficina de Control Interno:** A partir de comunicación del AGN en cuanto al hallazgo superado esta Oficina recomienda realizar la gestión correspondiente para la inclusión de nuevos grupos de trabajo en las TRD de la entidad.

El hallazgo se encuentra superado. Porcentaje de avance 100 %

**Acción No 3.** Programa de Gestión Documental. No hay un capítulo especial para la protección y salvaguarda de acceso a la información.

**3.1** Actualizar el PGD de la entidad referente a la protección salvaguarda de acceso a la información.

**Descripción avances reportados por el proceso de Gestión Documental** con corte a 11 de noviembre: de acuerdo con visita de Control realizada el día 9 de octubre 2020 y tal como lo menciona el AGN según el radicado N.º 2-2021-392 del 20 de enero 2021 el hallazgo se encuentra superado.

**Observaciones Archivo General de la Nación:** En comunicación del 30 de junio 2021 radicado 2-2021-6523 el AGN no hace referencia a este ítem, sin embargo, teniendo en cuenta Radicado N.º 2-2021-392 del 20 de enero 2021 de acuerdo con visita de control del 9 octubre de 2020 el hallazgo se encuentra superado.

**Observaciones Oficina de Control Interno:** El hallazgo se encuentra superado. Porcentaje de avance 100 %

**Acción No. 4. Formato de Inventario Único Documental - FUID:** La Entidad no cuenta con los inventarios documentales de los documentos producidos en los archivos de gestión, ni los administrados en sus depósitos de archivo.

**4.1** Remitir las evidencias de la aplicación del FUID.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

**Descripción avances reportados por el proceso de Gestión Documental** con corte a 11 de noviembre: " *Con corte octubre 2021 la Unidad para las Víctimas recibió mediante radicado 2-2021-1856 el certificado de convalidación de Las TRD por parte del AGN, en el año 2021 un plan de capacitaciones que abarca la totalidad de las dependencias de la entidad en materia de gestión documental con el propósito de brindar los conocimientos necesarios para la correcta aplicación de las TRD en los procesos de organización de archivos de gestión. Por lo anterior solicitamos esa actividad se revisada en el primer informe al IGN del 2022 en donde evidenciaremos los resultados obtenidos.* "

**Observaciones Archivo General de la Nación:** en comunicación del 30 de junio 2021 radicado 2-2021-6523 el AGN indica: "Respecto a este hallazgo la entidad reporta un porcentaje del 85% se remitieron las siguientes evidencias:

- FUID año 2015 del grupo de Gestión Documental

*Tal como se indico en el acta de visita como en los informes posteriores, se reitera a la Unidad el diligenciamiento de los cuadros reportando los datos requeridos en estos, y poder tener en la información exacta para realizar un seguimiento efectivo al porcentaje de avance reportado en cada informe. También, se reitera la remisión de los inventarios debidamente diligenciados junto con el procedimiento establecido por la entidad para la entrega de los cargos o por culminación de las obligaciones contractuales que incluya la entrega de los archivos mediante inventario documental.*

**Conclusión:** *No se da por superado el hallazgo "*

**Observaciones Oficina de Control Interno:** Con base en los requerimientos del AGN y los documentos enviados por el proceso de Gestión Documental la Oficina de Control interno evidencia que esta tarea se encuentra en ejecución y reitera el porcentaje de avance reportado y se dará por superado cuando se cumpla con la totalidad del diligenciamiento de la información en todos los campos requeridos en el FUID y estos se mantengan actualizados y enviar una muestra representativa al AGN.

El hallazgo no se encuentra superado. Porcentaje de avance 85 %

**Acción No. 5. Unidad de Correspondencia:** La Entidad no cuenta con la unidad de correspondencia de conformidad con la norma, que permitan controlar sus Comunicaciones Oficiales.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

**Descripción avances reportados por el proceso de Gestión Documental** con corte a 11 de noviembre: "Según radicado del AGN N.º 2-2021-3992 del 20 de enero 2021 se informa que este hallazgo se encuentra superado.

**Observaciones Archivo General de la Nación:** En comunicación del 30 de junio 2021 radicado 2-2021-6523 el AGN establece: "Frente a este hallazgo vale la pena precisar que fue dado por superado mediante oficio 2-2021-392. Teniendo en cuenta que la entidad dio cumplimiento con la remisión de lo requerido por el GIV en la visita de control, lo que equivale a su cumplimiento se encuentra en el 100% de ejecución de las actividades correspondientes "

**Observaciones Oficina de Control Interno:** teniendo en cuenta oficio 2-2021-392 del AGN se da por superado el hallazgo.

Hallazgo superado. Porcentaje de avance 100 %

**Acción No. 6. Conformación de Archivos Públicos:** La Entidad no ha elaborado las tablas de Valoración Documental, para la organización del fondo documental acumulado

**6.1** Analizar y ajustar si es necesario el diagnóstico para determinar si la entidad tiene o no Fondos Documentales acumulados.

**6.2** Definir si la entidad cuenta con Fondos documentales para proceder a elaborar el plan de trabajo para la elaboración de las TVD y el mismo será presentado al AGN.

**Descripción avances reportados por el proceso de Gestión Documental** con corte a 11 de noviembre: "Con corte a octubre 2021 La Unidad para las Víctimas recibió radicado 2-3032-9457 del 13 de septiembre de 2021 con las observaciones realizadas a la TVD presentadas por la unidad para el proceso de convalidación. el equipo técnico de Gestión documental de la Unidad para las Víctimas se encuentra realizando el análisis de estos para dar respuesta, sin embargo, debido a su complejidad no se ha remitido respuesta formal, se tiene como meta dar respuesta antes de finalizar esa vigencia."

**Observaciones Archivo General de la Nación:** En comunicación Rad 2-2019-16931 del 20 diciembre 2019 el AGN determina "Nos permitimos informar que, para realizar el proceso de valoración documental a los documentos almacenados y recibidos de otras entidades por funciones, es necesario contar las Tablas de Valoración Documental-TVD, para lo cual el AGN seguirá atento a recibir copia de Plan de Trabajo y demás soporte que demuestre la convalidación y registro de las TVD".

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

En comunicación del 30 de junio 2021 radicado 2-2021-6523 el AGN se establece que para superar este hallazgo la entidad deberá contar con las siguientes evidencias:

- *"Plan de trabajo Archivístico para la intervención del fondo acumulado.*
- *Inventarios documentales de las unidades documentales por periodo, unidad administrativa y oficina productora.*
- *Acta de aprobación de las TVD por el Comité Interno de Archivo o Comité Institucional de Gestión y Desempeño.*
- *Comunicación que conste la radicación de la TVD ante la instancia competente para su convalidación dentro de los 30 días hábiles siguientes a su aprobación.*
- *Concepto de evaluación por instancia asesora archivística competente para su convalidación.*
- *Certificado de convalidación por la instancia asesora archivística.*
- *Enlace de publicación en página*
- *web de las TVD con los respectivos soportes.*
- *Certificado de inscripción o actualización del instrumento archivístico en el Registro Único de Series Documentales.*
- *Informes de seguimiento y ejecución del Plan de trabajo Archivístico Integral.*

*Conclusión: No se da por superado el hallazgo. "*

**Observaciones Oficina de Control Interno:** Tarea en ejecución, la OCI reitera solicitud al proceso de los documentos solicitados por el AGN, plan de trabajo y demás soportes relacionados con la aprobación y convalidación de las TVD al igual que la adopción del concepto técnico de revisión, evaluación y convalidación de las Tablas de Valoración Documental- TVD, Radicado AGN N.º 2-2021-9457.

El Hallazgo no se encuentra superado con avance del 70 %

**Acción No. 7. Organización de los Archivos De Gestión:** La Entidad no está aplicando los criterios de organización de los archivos de gestión, según la normatividad relacionada: organización, foliación, hoja de control, control de préstamos documentos, numeración de actos administrativos e integridad física de los documentos.

7.1 Adoptar y socializar de manera presencial los lineamientos para la conformación de archivos de gestión fortaleciendo buenas prácticas archivísticas.

7.2 Implementar una herramienta de monitoreo para la organización de los archivos de gestión en las áreas.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

**Descripción de avances reportado por el proceso de Gestión Documental** con corte a 11 de noviembre: Con corte a octubre: *" La Unidad para las Víctimas recibió mediante radicado 2-2021-1856 el certificado de convalidación de las TRD por parte del AGN , en el año 2021 formuló un plan que abarca la totalidad de las dependencias de la entidad en materia de gestión documental con el propósito de brindar los conocimientos necesarios para la correcta aplicación de las TRD en los procesos de organización de los archivos de gestión. Por lo anterior solicitamos esa actividad sea revisada en el primer informe al AGN del 2022 en donde evidenciaremos los resultados obtenidos.*

**Observaciones Archivo General de la Nación:** En comunicación del 30 de junio 2021 radicado 2-2021-6523: "El AGN exhorta a la Unidad dar continuidad al proceso de organización de los archivos faltantes y remitir dichas evidencias al AGN. Una vez certificado el 100% de ejecución de las actividades por parte de la Oficina de control Interno se dará por superado el hallazgo. "

**Observaciones Oficina de Control Interno:** Tarea en ejecución no se cuenta con, los inventarios documentales de las dependencias y se espera validación de las actividades en el primer informe de seguimiento del 2022

El Hallazgo no se encuentra superado con avance del 80 %

**Acción No. 8. Organización de Historia Laborales:** La Entidad no ha aplicado los criterios de organización control de la Serie Documental Historias Laborales.

**8.1** Elaborar Guía de organización de Historias Laborales en concordancia con la Circular 004 del 2013 del AGN.

**8.2** Implementar Guía de organización de Historias Laborales en concordancia con la Circular 004 del 2013 del AGN.

**Descripción avances reportados por el proceso de Gestión Documental** con corte a 11 de noviembre: *"Frente a esta actividad el Grupo de gestión documental cuenta con el 100% de las historias laborales que se encuentran custodiadas en el archivo de gestión centralizado y en el archivo central organizadas de acuerdo con los lineamientos del AGN y los propios de la entidad. Sin embargo, existen historias laborales del personal vinculado en esta vigencia que aún se encuentran en proceso de formalización y organización en la dependencia de Gestión del Talento Humano. Se encuentra pendiente la revisión y certificación por parte de la oficina de control Interno.*

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

Evidencias inventario de historias laborales

**Observaciones Archivo General de la Nación:** En comunicación Rad 2-2019-16931 del 20 de diciembre 2019 se informa que: *"Se requiere que la entidad presente en el próximo informe semestral copia de los siguientes documentos:*

- *Certificación del universo total de las historias laborales de la entidad tanto activas como inactivas ya organizadas con su respectiva hoja de control, informar el avance y total a intervenir.*
- *Inventarios documentales de las historias laborales en el formato único de inventario documental (FUID) de las que están en gestión y en el archivo central, ya organizadas.*
- *Muestra de implementación de mínimo 15 hojas de control de expedientes de historias laborales activas e inactivas.*
- *Procedimiento para la consulta y préstamo de las historias laborales".*

*En comunicación del 30 de junio 2021 radicado 2-2021-6523 el AGN indica a la Entidad continuar con el proceso de organización y actualización de los expedientes de historias laborales en el caso de las activas. Remitir las evidencias pertinentes al AGN. Una vez certificado el 100% de ejecución de las actividades por parte de la Oficina de control Interno se dará por superado el hallazgo. "*

*El Hallazgo no se encuentra superado."*

**Observaciones Oficina de Control Interno:** Teniendo en cuenta requerimiento del AGN y documentos por enviar por parte del Proceso de Gestión Documental se espera aprobación para superar este hallazgo.

La oficina de Control Interno convocó reunión con los grupos del proceso de gestión documental y talento humano correspondiente el día 22 de noviembre de la cual quedaron los siguientes compromisos por parte de los grupos de trabajo

- Hacer la organización y entrega del total de las historias laborales. Grupo de Gestión del Talento Humano.
- Elaborar una certificación en donde se mencione el total de las historias laborales y su estado frente al proceso de organización documental. Grupo de Gestión del Talento Humano. Grupo de Gestión Administrativa y Documental.
- Citar para la revisión de las historias laborales en el depósito de archivo. Grupo de Gestión Administrativa y Documental
- Actualizar: La Guía De Organización De Archivos De Gestión, Historias Laborales Y Contratos. Grupo de Gestión Administrativa y Documental.

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

Enviar los informes de condiciones ambientales de la Bodega 24 de los últimos 3 meses. Grupo de Gestión Administrativa y Documental.

Por solicitud del Jefe de Talento Humano mediante correo electrónico, se posterga la visita y concepto de la Oficina de Control Interno, para el siguiente informe, por lo cual se mantienen el reporte de grado de avance de esta actividad hasta que no se verifique las actividades y se cuente con la información para dar por superado este Item.

El Hallazgo no se encuentra superado, avance del 90 %

**Acción No. 9. Sistema Integrado de Conservación- SIC:** La Entidad no cuenta con un SIC para la preservación de los documentos de archivo desde su producción hasta su disposición final.

**9.1** Formular plan de trabajo para el diseño del sistema Integrado de Conservación.

**Descripción avances reportados por el proceso de Gestión Documental** con corte a 11 de noviembre: *"SIC Sistema Integrado de Conservación aprobado en el Comité de Gestión y Desempeño del 1 de agosto de 2019 de la entidad se encuentra publicado en la página web del sistema Integrado de Gestión. <https://unidadvictimas.gov.co/es/NODE754099>.*

*El Grupo de Gestión Documental viene adelantando rigurosamente la implementación del SIC y los monitoreos de las condiciones ambientales en los depósitos de archivo, dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por la Unidad, esto mediante un informe generado mensualmente.*

*Evidencia: Informes de inspección a condiciones ambientales archivo de control SIC."*

**Observaciones Archivo General de la Nación** En comunicación con Rad 2-2021-6523 del 30 de junio 2021 indica: "Respecto a este hallazgo la entidad reporta un porcentaje del 80 % de avance, se remitieron las siguientes evidencias:

- Informe implementación primer trimestre SIC.
- Desinfección y/o sanitización Complejo Logístico San Cayetano.
- Formato integrado de plagas.
- Formato de inspección de mantenimiento de sistemas de almacenamiento e instalaciones físicas.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

El Grupo de Inspección y Vigilancia queda atento a la remisión de las evidencias y soportes de la continuidad del proceso de implementación del SIC según cada programa específico del plan de conservación documental

-  
-

*Se Solicita a la entidad presente copia de los siguientes documentos:*

*Acta de reunión del comité Institucional de Gestión y Desempeño donde se haya aprobado el SIC*

- *Copia de los formatos, planillas y demás instrumentos de seguimiento y control conforme a los planes y programas de conservación formulados.*

El Hallazgo no se encuentra superado. "

**Observaciones Oficina de Control Interno:** El proceso se encuentra desarrollando esta actividad, una vez cumpla con los requisitos establecidos por el AGN se procederá a su verificación y se dará concepto para la superar este hallazgo, en la reunión del 22 de noviembre se solicitaron los certificados de fumigación de la bodega, y demás evidencias y soportes de la implementación del SIC- Plan de Conservación Documental. Este requerimiento que no ha tenido respuesta a la fecha de generación de ese informe.

El Hallazgo no se encuentra superado con avance del 80 %

#### A. CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES.

	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>PORCENTAJE AVANCE</b>
AVANCE CUMPLIMINETO PLAN DE MEJORAMIENTO ACTIVIDADES.	Actividad 1	100%
	Actividad 2	100%
	Actividad 3	100%
	Actividad 4	85%
	Actividad 5	100%
	Actividad 6	70%
	Actividad 7	80%
	Actividad 8	90%
	Actividad 9	80%
CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO		89%

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

Se concluye que a la fecha se cuenta con un porcentaje del 90% del Plan de Mejoramiento.



**Carlos Arturo Ordoñez Castro.**  
Jefe Oficina Control Interno.

CC Coordinador Grupo Gestión Administrativa y de Gestión Documental  
CC Secretaría General Unidad para las Víctimas.

ADJUNTOS: CD con informe, Tabla seguimiento Excel AGN y evidencias IRL 07 DE 2021

*Proyectó: JCCM*

## Anexo 1 Control de cambios

Versión	Fecha de Cambio	Descripción de la modificación
1	04/08/2014	Creación del formato.
2	09/03/2015	Al revisar el formato se evidencia que la casilla fecha de informe está repetida.
3	02/08/2017	Se modifica formato y se adiciona firma aprobación del Jefe Oficina de Control Interno.
4	30/04/2020	Se actualiza formato, se ajusta la distribución del texto en filas y columnas, las fuentes y fecha de la tabla control de cambios.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

<b>FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME</b>	<b>Día:</b>	15	<b>Mes:</b>	2	<b>Año:</b>	2021
-------------------------------------	-------------	----	-------------	---	-------------	------

<b>Número de Informe</b>	1/2
<b>Nombre del Seguimiento</b>	SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO CGR
<b>Objetivo del Seguimiento</b>	Realizar seguimiento a la eficacia del Plan de Mejoramiento Institucional suscrito con la Contraloría General de la República.
<b>Alcance del Seguimiento</b>	<p>La Oficina de Control Interno (OCI) realizó seguimiento a las actividades y unidades de medida reportadas por cada una de las dependencias de la Unidad, que son las directamente responsables de la ejecución de las actividades formuladas dentro del Plan de Mejoramiento Institucional suscrito con la Contraloría General de la República. El seguimiento se realiza a las actividades con corte al 31 de diciembre de 2020.</p> <p>Este informe presenta un avance estadístico del comportamiento de cada actividad y se detalla los aspectos relevantes que a juicio de la Oficina de Control Interno deben ser susceptibles de tratamiento con el fin de subsanar las dificultades presentadas por el ente de control.</p>
<b>Normatividad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolución Orgánica 7350 de 29 de noviembre de 2013. <i>“Por medio de la cual se modifica la resolución orgánica No. 6289 de 8 de marzo de 2011 que establece el Sistema de Rendición electrónica de la Cuenta e Informes – SIRECI -...”</i>.</li> <li>Circular 015 de septiembre 30 de 2020 <i>“Lineamientos generales sobre los Planes de Mejoramiento y manejo de acciones cumplidas”</i>.</li> </ul>

## A. ANÁLISIS Y OBSERVACIONES.

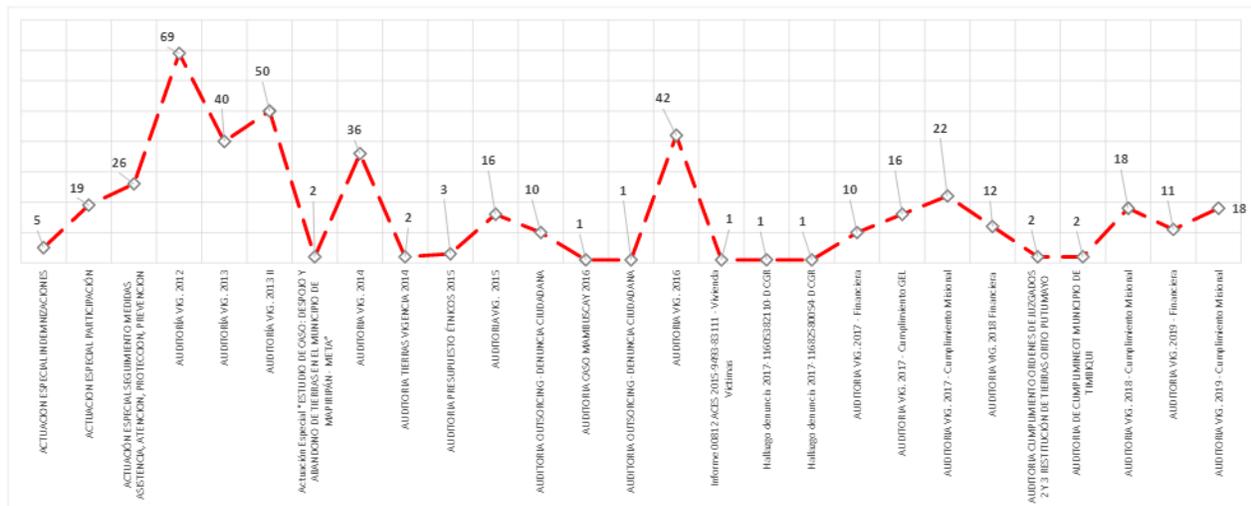
La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas ha suscrito veintisiete (27) planes de mejoramiento con la Contraloría General de la República, entre el 2013 y el segundo semestre de 2019, esto es hasta el 31 de diciembre de 2019. Es importante tener presente que durante el segundo semestre se llevó a cabo el proceso auditor de cumplimiento, el cual generó hallazgos que conllevan a un plan de mejoramiento suscrito en el mes de enero de la anualidad 2020. El ente de control ha generado, en el desarrollo de sus auditorías y actuaciones especiales, cuatrocientos treinta y seis (436) hallazgos y diez (10) funciones de advertencia.

Cuatro (4) funciones de advertencia están incluidas dentro de algunos hallazgos a saber: una (1) se encuentra en la actuación especial de indemnizaciones en el hallazgo No. 5; dos (2) están dentro de los sesenta y nueve (69) hallazgos de la Auditoría regular vigencia 2012, estas dos son: La función de advertencia No. 6, que se encuentra inserta dentro del hallazgo 62; y la función de advertencia No. 7 que se encuentra inmersa en el hallazgo No. 64; la función de advertencia del

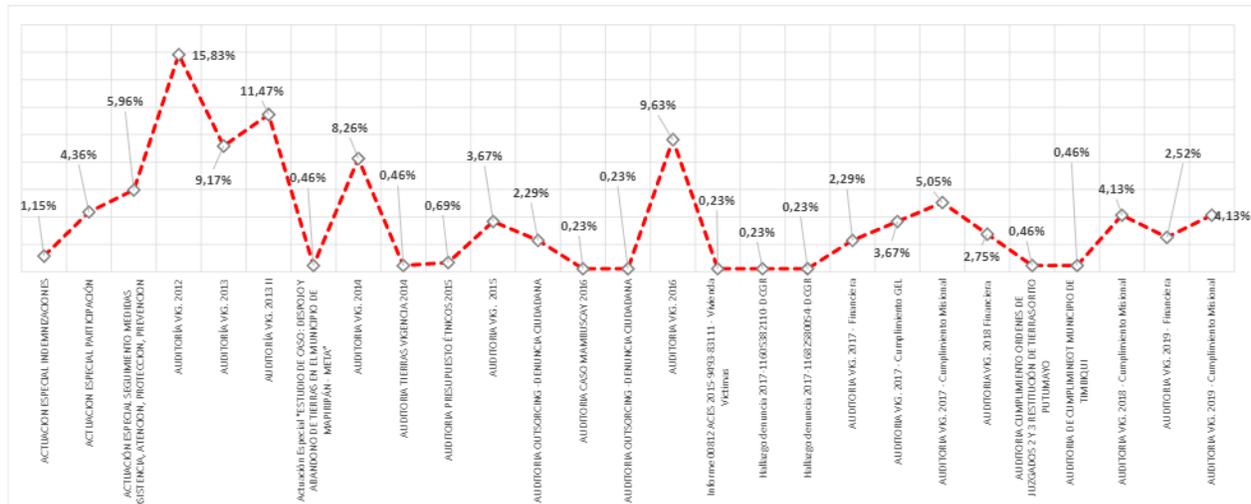
 <b>El futuro es de todos</b>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>		Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES		Fecha: 30/04/2020
			Páginas

primer informe de la vigencia 2013 se encuentra incluida en el hallazgo 7 y la última función de advertencia se encuentra en el hallazgo 47 del segundo informe de la auditoría vigencia 2013.

La gráfica No. 1 muestra la distribución de los hallazgos para los 27 planes de mejoramiento suscritos en términos nominales. La gráfica No.2 muestra los pesos porcentuales de los hallazgos referente a cada plan de mejoramiento frente al universo de hallazgos.



Gráfica No. 1. Comportamiento de hallazgos por auditoría en el periodo 2012 a 2019. Fuente propia



Gráfica No. 2. Comportamiento porcentual de hallazgos por auditoría en el periodo 2012 a 2019. Fuente propia.

El comportamiento del número de hallazgos por auditorías en el periodo 2012 a 2019 no muestra tendencia definida durante todo el periodo. No obstante, se evidencia que situaciones como la vivida en la auditoría de la vigencia 2012, con 69 hallazgos que representan el 15.83% del peso total de hallazgos, no se ha repetido. En el informe anterior se recomendó a la Alta Dirección examinar las causas que dieron origen a los hallazgos y mediante metodologías de análisis de

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

raíz tomar las acciones pertinentes para reducción este hecho. El seguimiento a las actividades por parte de los responsables de las acciones y el mejoramiento en los sistemas de control ha permitido que este nivel de hallazgos no se vuelva a presentar.

Tomando como universo solamente las auditorias desde 2012 hasta 2019 (13 ejercicios) se tiene que los hallazgos en las auditorias financieras y de cumplimiento realizadas en la anualidad 2020 y correspondiente a la gestión 2019, ocupan el lugar 12 y 8 respectivamente. Si se reduce el universo solo desde los ejercicios auditores a las vigencias 2017 (realizadas en la anualidad 2018 y que corresponden a 7) se tiene que la auditoria financiera ocupa el lugar 6 y la de cumplimiento el tercero, ordenado de mayor a menor número de hallazgos.

AUDITORIA/ACTUACIÓN ESPECIAL	No. Hallazgos	Porcentaje	No. Hallazgos pendiente
AUDITORÍA VIG. 2012	69	15,83%	9
AUDITORÍA VIG. 2013	40	9,17%	7
AUDITORÍA VIG. 2013 II	50	11,47%	15
AUDITORIA VIG. 2014	36	8,26%	10
AUDITORIA VIG. 2015	16	3,67%	9
AUDITORIA VIG. 2016	42	9,63%	21
AUDITORIA VIG. 2017 - Financiera	10	2,29%	3
AUDITORIA VIG. 2017 - Cumplimiento GEL	16	3,67%	4
AUDITORIA VIG. 2017 - Cumplimiento Misional	22	5,05%	11
AUDITORIA VIG. 2018 Financiera	12	2,75%	5
AUDITORIA VIG. 2018 - Cumplimiento Misional	18	4,13%	12
AUDITORIA VIG. 2019 - Financiera	11	2,52%	11
AUDITORIA VIG. 2019 - Cumplimiento Misional	18	4,13%	18

En el mismo escenario, de las 7 auditorias, se tiene que la CGR ha comunicado un total de 33 hallazgos en auditorias financieras y 58 en las de cumplimiento y 16 en tecnología, para un total

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

de 107 hallazgos de los 436 comunicados por el ente de control desde 2012 hasta 2019, lo que representa un peso porcentual de 24.54% del peso total.

AUDITORIA/ACTUACIÓN ESPECIAL	No. Hallazgos	Porcentaje	No. Hallazgos pendiente
AUDITORIA VIG. 2017 - Financiera	10	2,29%	3
AUDITORIA VIG. 2017 - Cumplimiento GEL	16	3,67%	4
AUDITORIA VIG. 2017 - Cumplimiento Misional	22	5,05%	11
AUDITORIA VIG. 2018 Financiera	12	2,75%	5
AUDITORIA VIG. 2018 - Cumplimiento Misional	18	4,13%	12
AUDITORIA VIG. 2019 - Financiera	11	2,52%	11
AUDITORIA VIG. 2019 - Cumplimiento Misional	18	4,13%	18

Siguiendo con las 7 auditorias relacionadas en la tabla anterior, se tiene que hay 64 hallazgos cuyas actividades están en ejecución de los 159 hallazgos que en total esta trabajando la UARIV, lo que corresponde a un peso porcentual de 40.25%. Esta situación es importante tenerla en consideración para establecer las mejores prácticas para superar las causas establecidas en los hallazgos comunicados por la CGR.

Teniendo en consideración los ejercicios auditores desde 2012 hasta 2016 se tiene que la UARIV tiene 71 hallazgos con actividades en ejecución, lo que representa un peso porcentual de 44.65%. en relación con las actividades asociadas a estos hallazgos se tiene que están en ejecución 165 de 345 que tiene en total la UARIV, lo que representa un peso porcentual de 47.83% del total.

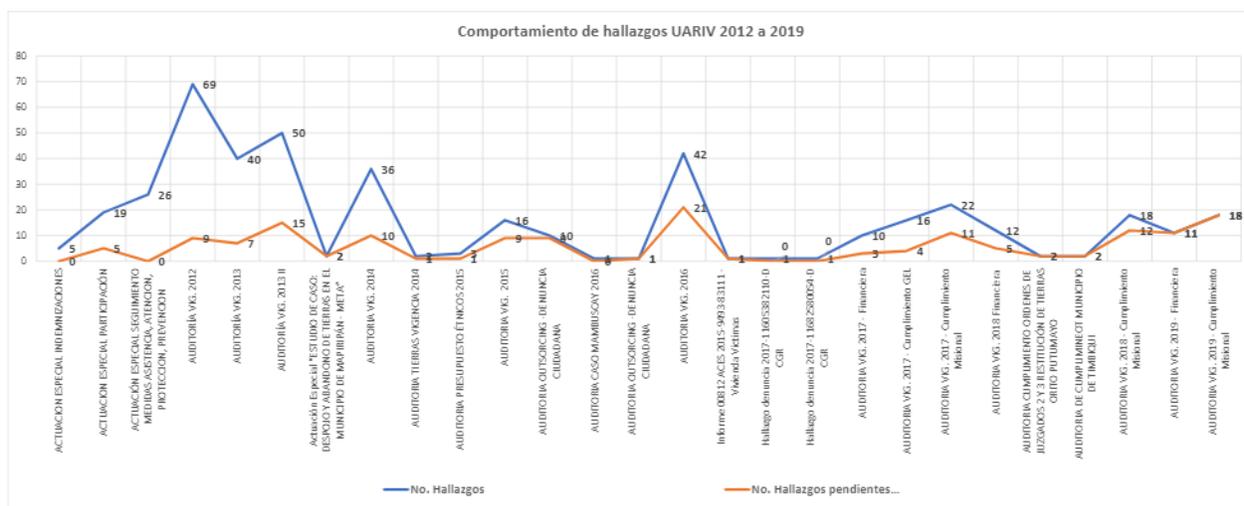
Estos dos escenarios reúnen el 86.67% de las actividades que se están ejecutando en la entidad. Lo anterior es un indicador importante para la toma de decisiones con el fin de superar los hallazgos actualmente vigentes con la Contraloría General de la República. La Oficina de Control Interno, de manera atenta, le recomienda a la Dirección General mantener e incrementar la táctica de abordar las acciones de los dos grupos bajo el control y seguimiento que actualmente realiza. Por su parte, la Oficina de Control Interno en cumplimiento de lo dispuesto en la Circular de la CGR número 15 del 30 de septiembre de 2020 examinará acciones de los dos escenarios propuestos y en virtud de los impactos logrados recomendará su efectividad y por ende su retiro del plan de mejoramiento.

Para que ello ocurra con forme a los lineamientos del ente de control y bajo el criterio de evaluación independiente, es necesario que los líderes de los procesos y los responsables de las

 <p>El futuro es de todos</p> <p>Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas</p>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

acciones evidencien que en los tiempos contemporáneos se han superado las debilidades identificadas en el pretérito por la CGR.

Por otra parte, es importante resaltar que las actividades desplegadas por la UARIV también muestran un comportamiento adecuado y positivo, si bien la velocidad de logros podría ser superior, se evidencia que el número total de hallazgos vigente es inferior a los comunicados por el ente de control desde 2012 a 2019. En efecto, de los 436 hallazgos en total comunicados en los 27 ejercicios auditores, a 31 de diciembre de 2020 se tiene 159 vigentes lo que implica un avance porcentual de 63.53%, guarismo que debe ser tomado como un paradigma para los hallazgos que aun subsisten en el plan de mejoramiento institucional. Este comportamiento se evidencia en la grafica número 3, donde la curva superior son los totales de hallazgos comunicados por la CGR, la curva inferior el numero de hallazgos aún vigentes y el área bajo la curva representa el nivel de avance institucional.



Gráfica No.3. Comportamiento de hallazgos vigentes en el periodo 2012 a 2019. Fuente propia

En lo que respecta a las evidencias aportadas por los responsables de las actividades presentan una mejoría, potencialmente por el filtro que realiza la Dirección General. No obstante, persiste en la entrega de evidencias sin el lleno de los requisitos que le permita a la jefatura de la Oficina de Control Interno tener un nivel de certeza que lo conduzca a la declaratoria de actividad cumplida y posteriormente a una actividad efectiva. Por ello se reitera los comentarios de informes anteriores en el sentido de fortalecer este mecanismo, para que el control sobre la calidad, conducencia y pertinencia sea realizado por los responsables de los procesos, quienes son llamados a demostrar que la gestión actual está superando las causas que dieron origen a los hallazgos por parte del ente de control.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

Del análisis del comportamiento de los hallazgos, la Oficina de Control Interno encuentra que la UARIV está en capacidad (capability<sup>1</sup>) de lograr en mejor guarismo en las próximas auditorías efectuadas por el ente de control, en tanto que el capability debe ser cercano a cero como su mejor escenario. Si la medida de la capacidad aumenta, significa deterioro de la presentación de la gestión a los auditores del ente de control, quienes lo califican, entre otras variables, con un aumento de hallazgos.

En el análisis del periodo inmediatamente anterior, la Oficina de Control Interno había señalado que, de tenerse un número menor a 36 hallazgos en la auditoría de cumplimiento, la tendencia se mantendría baja. Como quiera que el total de hallazgos en este ejercicio auditor fueron 18, se mantiene la tendencia baja, lo que es una oportunidad para la Alta Dirección de continuar ejerciendo sistemas de control aún más robustos. Aunado a lo anterior, la auditoría financiera 2019 se encuentra en el mismo valor de la tendencia central de los tres ejercicios auditores financieros y que corresponde a 11 hallazgos. En este sentido si se mantiene la tendencia de número de hallazgos en las auditorías financieras o incluso se pueda reducirlo, la tendencia tendería a moverse la tendencia central más a la izquierda o de subirse, se puede deteriorar el guarismo al moverse a la derecha la tendencia central.

En todo caso, es necesario tener presente el horizonte donde un punto alto e incluso bajos de inflexión en la cantidad de hallazgos se tiene un escenario de relación directa entre el número de hallazgos, la cantidad de actividades y el consumo administrativo que ello implica. Entre más hallazgos se tengan, se requieren más recursos, los cuales se pueden canalizar a otros ámbitos de la misionalidad institucional

La Oficina de Control Interno con la participación de los Equipos Auditores de la CGR en los casos pertinentes, durante la vigencia 2020 en ejercicio de la derogada Circular 5 de 2019 y la actual 15 de 2020 considero efectivas 431 acciones que fueron retiradas del plan de mejoramiento así: en el primer semestre 324 y en el segundo semestre 107.

<sup>1</sup> Arango Serna, Martín Darío. Londoño Salazar, Jesús Enrique, y Álvarez Uribe, Karla Cristina. Business Capabilities in the Enterprise Context. *Las capacidades de negocio no deben ser percibidas como procesos. Son dos conceptos completamente independientes pero complementarios entre sí. Los procesos definen el cómo se realizan una serie de rutinas o pasos para alcanzar un resultado específico, mientras que las capacidades representan las funcionalidades que, de forma efectiva llevan a la realidad, las acciones específicas que permiten la operacionalización de los servicios que presta la empresa, a través de diferentes acciones e interacciones, para lo cual incorporan el uso eficaz de diferentes recursos de tipo humano, tecnológico, operativo y en algunos casos se incorporan la utilización de otros activos de la organización. El resultado que espera obtener una organización a través de este modelo consiste en disponer de capacidades distintivas que apoyan las funciones esenciales “core” del negocio.* En “Revista Virtual Universidad Católica del Norte”. No. 35, (febrero-mayo de 2012, Colombia), acceso: [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

## B. CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES.

La Oficina de Control Interno, en ejercicio de sus funciones legales relacionadas con el seguimiento a la ejecución de las acciones de mejoramiento suscritas con la Contraloría General de la República, producto de las visitas de auditoría hace las siguientes consideraciones una vez concluido el ejercicio.

De antemano, los comentarios que presenta la Oficina de Control Interno están enmarcados en su rol de prevención. En este escenario es importante tener presente que las debilidades que se evidencian son una oportunidad para fortalecer los controles y tener mejores resultados frente a la gestión desplegada por la Unidad, de tal manera que los grupos de interés vean un desempeño efectivo de los servidores y procesos institucionales en aras de lograr los objetivos institucionales y de Gobierno.

Se identifican tres escenarios donde se ubican los actuales 159 hallazgos vigentes en el plan de mejoramiento. El primero, los ejercicios auditores desde 2017 a 2019, el segundo los relacionados en el periodo 2012 a 2016. También existe un tercer espacio que se relaciona con actuaciones del ente de control en marco de auditorías diferentes a la financiera y de cumplimiento. En términos generales se recomienda que las actividades relacionadas con los hallazgos vigentes se cumplan teniendo en cuenta la superación de las causas que dieron origen a dichos hallazgos.

Se debe resaltar que la vigencia 2020 presentó retos importantes en materia de gestión en virtud de la declaratoria de emergencia sanitaria, aspecto que sin duda también fue una externalidad no esperada por los líderes de los procesos y por los responsables de las acciones contenidas en el plan de mejoramiento. Lo anterior no fue óbice para gestionar de la mejor manera esas actividades, que, si bien tienen algunas aristas de diferencia entre ellas y las evidencias, se puede colegir una línea conductual de mejora.

Es recomendable que las dependencias misionales examinen de manera holística los hallazgos del ente de control durante todo el lapso 2012 a 2019 para determinar si existen situaciones reiteradas que aumentan el riesgo de la gestión y que con ajustes a los procesos, procedimientos y modelos de control pueden superar las debilidades expresadas por la CGR en sus diversos informes. Bajo esta misma cuerda, la auditoría financiera presenta mejora en los resultados y ello determina los dos fenecimientos consecutivos de la cuenta. El trabajo se debe reconocer y fortalecer el modelo de control implementado. Lo anterior se constituye en un reto para los líderes de las actividades financieras para mantener controlado el sistema financiero y presupuestal, continuar con la depuración y manejo transparente de las cifras y los resultados revelados conforme las buenas prácticas de información financiera.

En relación con las evidencias que las dependencias remiten respecto del plan de mejoramiento, nuevamente la Oficina de Control Interno recomienda que ellas se ajusten a la naturaleza de la actividad y no a un referente de este. Es recomendable que antes de remitir las evidencias a la

 <b>El futuro es de todos</b>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

Dirección General (como es la metodología adoptada por la UARIV) los responsables de los procesos las examinen en su integridad y que establezcan el cumplimiento de calidad, oportunidad, eficiencia, conducencia y pertinencia. Esta práctica impide reprocesos a nivel de la Dirección General o de la Oficina de Control Interno, quien en últimas establece de manera independiente si las evidencias cumplen los requerimientos o no y así se comunica al ente de control y para efectos de la efectividad y postulación de retiro del plan de mejoramiento, aspecto que es de vital importancia sea conocido por los líderes de los procesos en los términos de lo ordenado en el artículo 6° de la Ley 87 de 1993.

En general, la Oficina de Control Interno encuentra que se está adelantando el trabajo respecto de los planes de mejoramiento, pero ello no puede ser un derrotero sino un ejercicio cotidiano del autocontrol y la calidad en la gestión pública.

**APROBÓ** \_\_\_\_\_  
**JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO<sup>2</sup>**

## ANEXOS

### Anexo 1 Control de cambios

Versión	Fecha de Cambio	Descripción de la modificación
1	04/08/2014	Creación del formato.
2	09/03/2015	Al revisar el formato se evidencia que la casilla fecha de informe está repetida.
3	02/08/2017	Se modifica formato y se adiciona firma aprobación del Jefe Oficina de Control Interno.
4	30/04/2020	Se actualiza formato, se ajusta la distribución del texto en filas y columnas, las fuentes y fecha de la tabla control de cambios.

<sup>2</sup> Este documento fue firmado mediante correo electrónico institucional. Ley 527 del 18 de agosto de 1999, en su artículo 5° Reconocimiento jurídico de los mensajes de datos. No se negarán efectos jurídicos, validez o fuerza obligatoria a todo tipo de información por la sola razón de que esté en forma de mensaje de datos., y artículo 7°. Firma. Cuando cualquier norma exija la presencia de una firma o establezca ciertas consecuencias en ausencia de la misma, en relación con un mensaje de datos, se entenderá satisfecho dicho requerimiento si: a) Se ha utilizado un método que permita identificar al iniciador de un mensaje de datos y para indicar que el contenido cuenta con su aprobación; b) Que el método sea tanto confiable como apropiado para el propósito por el cual el mensaje fue generado o comunicado. Lo dispuesto en este artículo se aplicará tanto si el requisito establecido en cualquier norma constituye una obligación, como si las normas simplemente prevén consecuencias en el caso de que no exista una firma”

 <b>El futuro es de todos</b>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

<b>FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME</b>	<b>Día:</b> 27	<b>Mes:</b> 7	<b>Año:</b> 2021
-------------------------------------	----------------	---------------	------------------

<b>Número de Informe</b>	1/2
<b>Nombre del Seguimiento</b>	SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO CGR
<b>Objetivo del Seguimiento</b>	Realizar seguimiento a la eficacia del Plan de Mejoramiento Institucional suscrito con la Contraloría General de la República.
<b>Alcance del Seguimiento</b>	<p>La Oficina de Control Interno (OCI) realizó seguimiento a las actividades y unidades de medida reportadas por cada una de las dependencias de la Unidad, que son las directamente responsables de la ejecución de las actividades formuladas dentro del Plan de Mejoramiento Institucional suscrito con la Contraloría General de la República. El seguimiento se realiza a las actividades con corte al 30 de junio de 2021. Dentro de la metodología definida por la entidad, estas actividades se remiten a la OCI con el aval de la Dirección General.</p> <p>Este informe presenta un avance estadístico del comportamiento de cada actividad y se detalla los aspectos relevantes que a juicio de la Oficina de Control Interno deben ser susceptibles de tratamiento con el fin de subsanar las dificultades presentadas por el ente de control.</p>
<b>Normatividad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolución Orgánica 7350 de 29 de noviembre de 2013. <i>“Por medio de la cual se modifica la resolución orgánica No. 6289 de 8 de marzo de 2011 que establece el Sistema de Rendición electrónica de la Cuenta e Informes – SIRECI -...”</i>.</li> <li>Circular 015 de septiembre 30 de 2020 <i>“Lineamientos generales sobre los Planes de Mejoramiento y manejo de acciones cumplidas”</i>.</li> </ul>

## A. ANÁLISIS Y OBSERVACIONES.

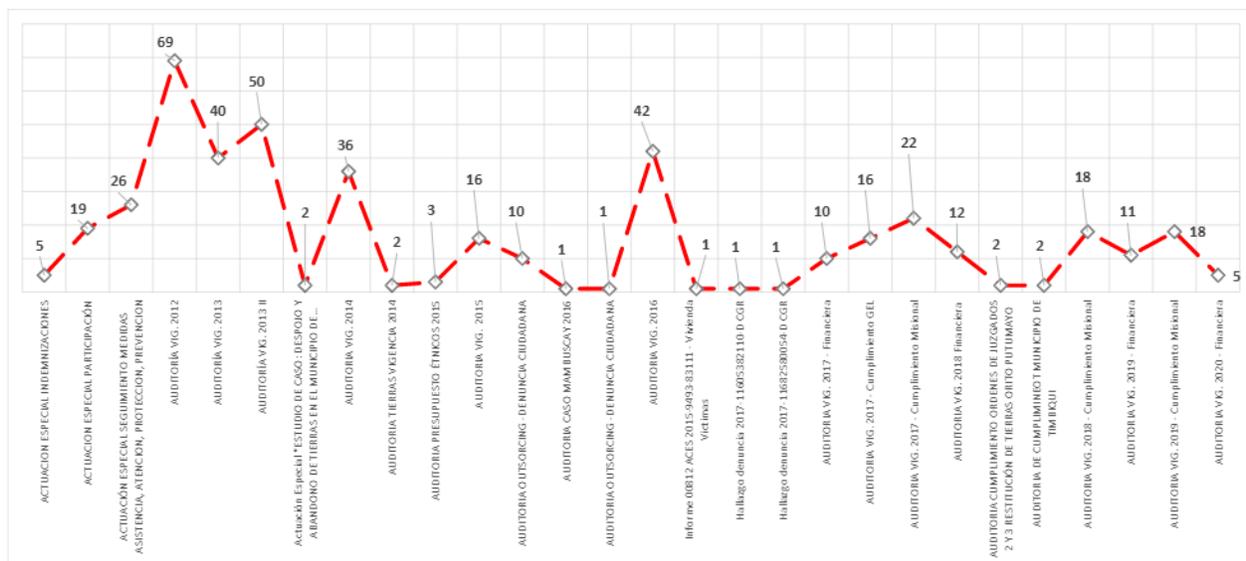
La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas ha suscrito veintiocho (28) planes de mejoramiento con la Contraloría General de la República, entre el 2013 y el primer semestre de 2021, esto es hasta el 30 de junio de 2021. Es importante tener presente que durante el primer semestre se llevó a cabo el proceso auditor financiero, el cual generó hallazgos que conllevaron a un plan de mejoramiento suscrito en el mes de julio de la anualidad 2021. El ente de control ha generado en total, en el desarrollo de sus auditorías y actuaciones especiales, cuatrocientos cuarenta y uno (441) hallazgos y diez (10) funciones de advertencia.

Cuatro (4) funciones de advertencia están incluidas dentro de algunos hallazgos a saber: una (1) se encuentra en la actuación especial de indemnizaciones en el hallazgo No. 5; dos (2) están dentro de los sesenta y nueve (69) hallazgos de la Auditoría regular vigencia 2012, estas dos son: La función de advertencia No. 6, que se encuentra inserta dentro del hallazgo 62; y la función de

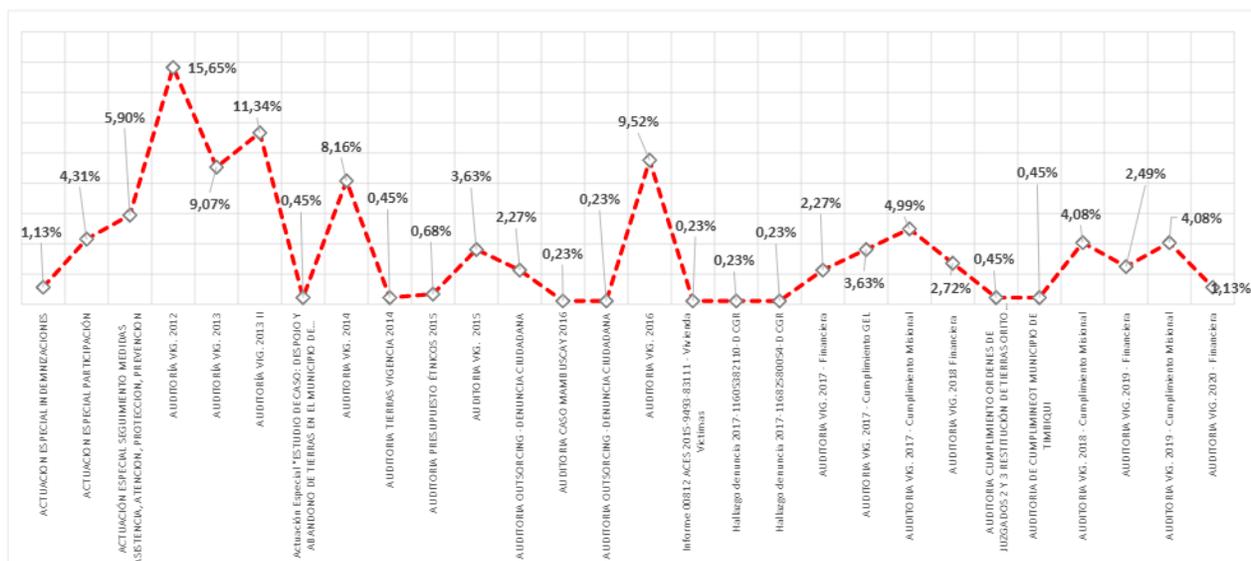
 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las Víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020
		Páginas

advertencia No. 7 que se encuentra inmersa en el hallazgo No. 64; la función de advertencia del primer informe de la vigencia 2013 se encuentra incluida en el hallazgo 7 y la última función de advertencia se encuentra en el hallazgo 47 del segundo informe de la auditoría vigencia 2013.

La gráfica No. 1 muestra la distribución de los hallazgos para los 28 planes de mejoramiento suscritos en términos nominales. La grafica No.2 muestra los pesos porcentuales de los hallazgos referente a cada plan de mejoramiento frente al universo de hallazgos.



Gráfica No. 1. Comportamiento de hallazgos por auditoría en el periodo 2012 a 2021. Fuente propia



Gráfica No. 2. Comportamiento porcentual de hallazgos por auditoría en el periodo 2012 a 2021. Fuente propia.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

El comportamiento del número de hallazgos por auditorías en el periodo 2012 a 2021 no muestra tendencia definida durante todo el periodo. No obstante, se evidencia que situaciones como la vivida en la auditoría de la vigencia 2012, con 69 hallazgos que representan el 15.65% del peso total de hallazgos, no se ha repetido. En el informe anterior se recomendó a la Alta Dirección examinar las causas que dieron origen a los hallazgos y mediante metodologías de análisis de raíz tomar las acciones pertinentes para reducción este hecho. El seguimiento a las actividades por parte de los responsables de las acciones y el mejoramiento en los sistemas de control ha permitido que este nivel de hallazgos no se vuelva a presentar.

Por otra parte, el universo de las actuaciones realizadas por la Contraloría General de la República desde 2012 a 2021, el número inicial de hallazgos, el número de actividades pendientes a la fecha y su distribución en los diferentes hallazgos se puede observar en la siguiente tabla de control diseñada y administrada por la Oficina de Control Interno.

No.	AUDITORIA/ACTUACIÓN ESPECIAL	No. Hallazgos	Porcentaje	No. Hallazgos pendientes a 30 junio 2021
4	AUDITORÍA VIG. 2012	69	15,83%	9
6	AUDITORÍA VIG. 2013 II	50	11,47%	21
15	AUDITORIA VIG. 2016	42	9,63%	21
5	AUDITORÍA VIG. 2013	40	9,17%	7
8	AUDITORIA VIG. 2014	36	8,26%	11
21	AUDITORIA VIG. 2017 - Cumplimiento Misional	22	5,05%	11
25	AUDITORIA VIG. 2018 - Cumplimiento Misional	18	4,13%	12
27	AUDITORIA VIG. 2019 - Cumplimiento Misional	18	4,13%	18
11	AUDITORIA VIG. 2015	16	3,67%	8
20	AUDITORIA VIG. 2017 - Cumplimiento GEL	16	3,67%	4
22	AUDITORIA VIG. 2018 Financiera	12	2,75%	5
26	AUDITORIA VIG. 2019 - Financiera	11	2,52%	11
19	AUDITORIA VIG. 2017 - Financiera	10	2,29%	5
20	AUDITORIA VIG. 2020 - Financiera	5	1,13%	8

Siguiendo con las 14 auditorías relacionadas en la tabla anterior, se tiene que la Contraloría General de la República comunico en su oportunidad un total de 365 hallazgos y con corte 30 de junio de 2021 están abiertos 151 hallazgos. Lo anterior representa que la UARIV en la gestión de las actividades de los planes de mejoramiento ha cumplido con 58,63%, aspecto que la Oficina de Control Interno considera que corresponde a una buena cifra y que dependiendo de la acción se puede determinar que la dinámica de mejoramiento puede ser más efectiva en la medida que se continúen logrando actividades plurales que minimicen o retiren las causas de los hallazgos.

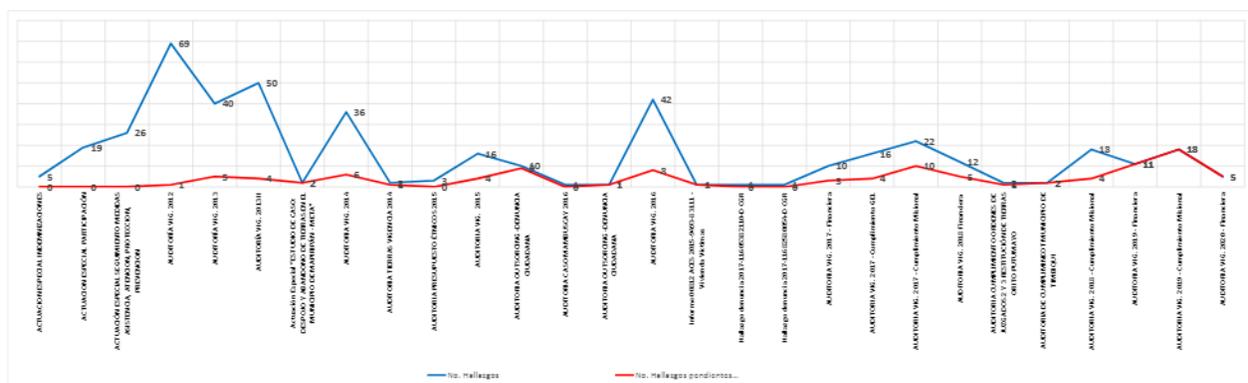
 <b>El futuro es de todos</b>	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>		Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES		Fecha: 30/04/2020 Paginas

Tomando como universo todas las actuaciones comunicadas por la Contraloría General de la República se tiene que en total la UARIV tiene pendiente culminar 201 actividades. Este ejercicio se ha depurado con el cierre de actividades a partir de la expedición de las Circulares 05 y 015 y con el trabajo realizado por la Oficina de Control Interno, el apoyo operativo y de validación de evidencias de la Dirección General.

En este escenario los planes que están comprometidos en estas actividades son 21 para un total de 108 hallazgos. Es importante tener presente que existen actividades que una vez consolidadas permiten que varios hallazgos estén cerrados y así culminar con el plan de mejoramiento correspondiente.

De las 21 auditorías que contienen las 201 actividades es necesario advertir que solo en 7 de ellos las actividades superan las 10 para un total de 128 actividades y los 14 restantes el número de actividades no es superior a 10 y el total de actividades es de 73 actividades. En este punto la Oficina de Control Interno recomienda que la gestión de la UARIV debería responder a un ejercicio de Pareto y con ello realizar una gestión encaminada a los casos en los cuales las actividades sean de mayor cantidad relacionada con el mayor número de hallazgos, dada la naturaleza homogénea de algunos de los hallazgos y las características operacionales de las actividades.

Para que ello ocurra con forme a los lineamientos del ente de control y bajo el criterio de evaluación independiente, es necesario que los líderes de los procesos y los responsables de las acciones evidencien que en los tiempos contemporáneos se han superado las debilidades identificadas en el pretérito por la CGR.



Gráfica No.3. Comportamiento de hallazgos vigentes en el periodo 2012 a 2021. Fuente propia

La grafica número tres muestra el comportamiento en el lapso de la gestión de los hallazgos en el quehacer cotidiano de la entidad. M para la Dirección General las actividades efectivas se deben convertir actuaciones positivas de cada proceso y de aplicación cotidiana, lo que permite que las potenciales causas que dieron origen al hallazgo estén controladas ya sea por actividades de control preventivo o porque ellas desaparecieron.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

Lo interesante del comportamiento mostrado por la grafica es como la gestión institucional viene achatando la curva, por una parte, en la cantidad de hallazgos producto del aprendizaje y mejora de la gestión y la otra por un mejor sistema de identificación de acciones cuya efectividad abarca un mayor numero de causas de los hallazgos. En ambos escenarios la entidad esta gestionando de manera efectiva los planes de mejoramiento y ello permite que la Oficina de Control Interno pueda, al evaluar independientemente esta actividad, dar por cerradas acciones que hacen parte de los hallazgos comunicados por el ente de control.

En lo que respecta a las evidencias aportadas por los responsables de las actividades presentan una mejoría, potencialmente por el filtro que realiza la Dirección General. También se evidencia que hay una mejora en la entrega de evidencias que en antaño no cumplían con el lleno de los requisitos que le permita a la jefatura de la Oficina de Control Interno tener un nivel de certeza que lo conduzca a la declaratoria de actividad cumplida y posteriormente a una actividad efectiva.

Del análisis del comportamiento de los hallazgos, la Oficina de Control Interno encuentra que la UARIV está en capacidad (capability<sup>1</sup>) de lograr en mejor guarismo en las próximas auditorias efectuadas por el ente de control, en tanto que el capability debe ser cercano a cero como su mejor escenario. Si la medida de la capacidad aumenta, significa deterioro de la presentación de la gestión a los auditores del ente de control, quienes lo califican, entre otras variables, con un aumento de hallazgos.

En el análisis del periodo inmediatamente anterior, la Oficina de Control Interno había señalado que, de tenerse un número menor a 36 hallazgos en la auditoria de cumplimiento, la tendencia se mantendría baja. Como quiera que el total de hallazgos en este ejercicio auditor fueron 18, se mantiene la tendencia baja, lo que es una oportunidad para la Alta Dirección de continuar ejerciendo sistemas de control aún más robustos. Aunado a lo anterior, la auditoria financiera 2020 rompió la tendencia central de los tres ejercicios auditores financieros y que corresponde a 11 hallazgos y paso a cinco con fenecimiento de la cuenta. En este sentido si se mantiene la tendencia de número de hallazgos en las auditorias financieras o incluso se pueda reducirlo, la tendencia tendería a moverse más a la izquierda o de subirse, se puede deteriorar el guarismo al moverse a la derecha la tendencia central.

<sup>1</sup> Arango Serna, Martín Darío. Londoño Salazar, Jesús Enrique, y Álvarez Uribe, Karla Cristina. Business Capabilities in the Enterprise Context. *Las capacidades de negocio no deben ser percibidas como procesos. Son dos conceptos completamente independientes pero complementarios entre sí. Los procesos definen el cómo se realizan una serie de rutinas o pasos para alcanzar un resultado específico, mientras que las capacidades representan las funcionalidades que, de forma efectiva llevan a la realidad, las acciones específicas que permiten la operacionalización de los servicios que presta la empresa, a través de diferentes acciones e interacciones, para lo cual incorporan el uso eficaz de diferentes recursos de tipo humano, tecnológico, operativo y en algunos casos se incorporan la utilización de otros activos de la organización. El resultado que espera obtener una organización a través de este modelo consiste en disponer de capacidades distintivas que apoyan las funciones esenciales “core” del negocio.* En “Revista Virtual Universidad Católica del Norte”. No. 35, (febrero-mayo de 2012, Colombia), acceso: [http://revistavirtual.ucn.edu.co/], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

En todo caso, es necesario tener presente el horizonte donde un punto alto e incluso bajos de inflexión en la cantidad de hallazgos se tiene un escenario de relación directa entre el número de hallazgos, la cantidad de actividades y el consumo administrativo que ello implica. Entre más hallazgos se tengan, se requieren más recursos, los cuales se pueden canalizar a otros ámbitos de la misionalidad institucional

La Oficina de Control Interno con la participación de los Equipos Auditores de la CGR en los casos pertinentes, durante la vigencia 2020 en ejercicio de la derogada Circular 5 de 2019 y la actual 15 de 2020 considero efectivas 431 acciones que fueron retiradas del plan de mejoramiento así: en el primer semestre 324 y en el segundo semestre 107 y para la vigencia del primer semestre de 2021 se retiran 152 actividades

## B. CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES.

La Oficina de Control Interno, en ejercicio de sus funciones legales relacionadas con el seguimiento a la ejecución de las acciones de mejoramiento suscritas con la Contraloría General de la República, producto de las visitas de auditoria hace las siguientes consideraciones una vez concluido el ejercicio.

De antemano, los comentarios que presenta la Oficina de Control Interno están enmarcados en su rol de prevención. En este escenario es importante tener presente que las debilidades que se evidencian son una oportunidad para fortalecer los controles y tener mejores resultados frente a la gestión desplegada por la Unidad, de tal manera que los grupos de interés vean un desempeño efectivo de los servidores y procesos institucionales en aras de lograr los objetivos institucionales y de Gobierno.

Se identifican tres escenarios donde se ubican los actuales 108 hallazgos vigentes en el plan de mejoramiento. El primero, los ejercicios auditores desde 2017 a 2021, el segundo los relacionados en el periodo 2012 a 2016. También existe un tercer espacio que se relaciona con actuaciones del ente de control en marco de auditorías diferentes a la financiera y de cumplimiento. En términos generales se recomienda que las actividades relacionadas con los hallazgos vigentes se cumplan teniendo en cuenta la superación de las causas que dieron origen a dichos hallazgos.

Se debe resaltar que la vigencia 2020 presentó retos importantes en materia de gestión en virtud de la declaratoria de emergencia sanitaria, aspecto que sin duda también fue una externalidad no esperada por los líderes de los procesos y por los responsables de las acciones contenidas en el plan de mejoramiento. Lo anterior no fue óbice para gestionar de la mejor manera esas actividades, que, si bien tienen algunas aristas de diferencia entre ellas y las evidencias, se puede colegir una línea conductual de mejora.

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

Es recomendable que las dependencias misionales examinen de manera holística los hallazgos del ente de control durante todo el lapso 2012 a 2021 para determinar si existen situaciones reiteradas que aumentan el riesgo de la gestión y que con ajustes a los procesos, procedimientos y modelos de control pueden superar las debilidades expresadas por la CGR en sus diversos informes. Bajo esta misma cuerda, la auditoría financiera presenta mejora en los resultados y ello determina los tres fenecimientos consecutivos de la cuenta. El trabajo se debe reconocer y fortalecer el modelo de control implementado. Lo anterior se constituye en un reto para los líderes de las actividades financieras para mantener controlado el sistema financiero y presupuestal, continuar con la depuración y manejo transparente de las cifras y los resultados revelados conforme las buenas prácticas de información financiera.

En relación con las evidencias es recomendable que antes de remitir las a la Dirección General (como es la metodología adoptada por la UARIV) los responsables de los procesos las examinen en su integridad y que establezcan el cumplimiento de calidad, oportunidad, eficiencia, conducencia y pertinencia. Esta práctica impide reprocesos a nivel de la Dirección General o de la Oficina de Control Interno, quien en últimas establece de manera independiente si las evidencias cumplen los requerimientos o no y así se comunica al ente de control y para efectos de la efectividad y postulación de retiro del plan de mejoramiento, aspecto que es de vital importancia sea conocido por los líderes de los procesos en los términos de lo ordenado en el artículo 6° de la Ley 87 de 1993.

En general, la Oficina de Control Interno encuentra que se está adelantando el trabajo respecto de los planes de mejoramiento, pero ello no puede ser un derrotero sino un ejercicio cotidiano del autocontrol y la calidad en la gestión pública.

**APROBÓ** \_\_\_\_\_  
**JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO<sup>2</sup>**

## ANEXOS

### Anexo 1 Control de cambios

Versión	Fecha de Cambio	Descripción de la modificación
---------	-----------------	--------------------------------

<sup>2</sup> Este documento fue firmado mediante correo electrónico institucional. Ley 527 del 18 de agosto de 1999, en su artículo 5° Reconocimiento jurídico de los mensajes de datos. No se negarán efectos jurídicos, validez o fuerza obligatoria a todo tipo de información por la sola razón de que esté en forma de mensaje de datos., y artículo 7°. Firma. Cuando cualquier norma exija la presencia de una firma o establezca ciertas consecuencias en ausencia de la misma, en relación con un mensaje de datos, se entenderá satisfecho dicho requerimiento si: a) Se ha utilizado un método que permita identificar al iniciador de un mensaje de datos y para indicar que el contenido cuenta con su aprobación; b) Que el método sea tanto confiable como apropiado para el propósito por el cual el mensaje fue generado o comunicado. Lo dispuesto en este artículo se aplicará tanto si el requisito establecido en cualquier norma constituye una obligación, como si las normas simplemente prevén consecuencias en el caso de que no exista una firma”

 <b>El futuro es de todos</b> Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas	<b>INFORME DE SEGUIMIENTO</b>	Código: 150.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 04
	ELABORACIÓN DE INFORMES INTERNOS, EXTERNOS POR REQUERIMIENTO LEGAL Y OTROS INFORMES	Fecha: 30/04/2020 Paginas

1	04/08/2014	Creación del formato.
2	09/03/2015	Al revisar el formato se evidencia que la casilla fecha de informe está repetida.
3	02/08/2017	Se modifica formato y se adiciona firma aprobación del Jefe Oficina de Control Interno.
4	30/04/2020	Se actualiza formato, se ajusta la distribución del texto en filas y columnas, las fuentes y fecha de la tabla control de cambios.