

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 1 de 58

INFORME FINAL DE AUDITORIA AL PROCESO DE GESTION PARA LA ASISTENCIA

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, en ejercicio de las funciones legales dispuestas en la Ley 87 de 1993, el Decreto 943 de 2014 y la Resolución 100 del 5 de febrero de 2016 de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, además de las normas que reglamentan o modifican las anteriores disposiciones normativas en el ámbito de la evaluación del Sistema de Control Interno, presenta el informe final del proceso auditor que se relaciona a continuación:

Nombre del Proceso:	Gestión para la asistencia
Dependencia líder:	Dirección de Gestión Social y Humanitaria – Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria
Responsable del Proceso:	Luis José Azcárate García
Tipo de auditoría realizada:	De primera parte, efectividad del sistema de control interno
Fecha de auditoría:	Del 15 de febrero al 30 de junio de 2023
Equipo Auditor:	Liliana Marcela Criales Rincon - Auditora Líder Olga Rosmery Ahumada Castaneda – Auditora Isaias Lozano Vera - Auditor Basco German Ricaurte Guerra – Auditor Francisco Orlando Wilches Salazar - Auditor William Arturo Marquez Montero – Auditor

Es de anotar que la Oficina de Control Interno remitió el informe preliminar a la Dirección de Gestión Social y Humanitaria, mediante correo electrónico martes, 4 de julio de 2023 12:37 p. m. dándole tres días hábiles para recibir observaciones. La respuesta fue remitida por el auditado el martes 11/07/2023 5:28 p. m., sin que el área auditada haya presentado observaciones de fondo y en consecuencia se protocoliza el informe preliminar como definitivo

1. OBJETIVO DE LA AUDITORIA

La auditoría tiene como objetivo evaluar el sistema de control interno del proceso de Gestión para la Asistencia visto desde el logro de metas, la aplicación de normas y modelos de gestión efectivos. Para lograr el propósito, se examinan los aspectos comunicacionales y de seguimiento a las acciones de control que se deben realizar de conformidad con la naturaleza del proceso.

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 2 de 58

de control (batería de medición, mapa de riesgos, controles, seguimiento y mejoramiento); iii) Verificar que los líderes del proceso hagan seguimiento a la gestión delegada funcional u operativamente a los miembros de su equipo de trabajo y, iv) Verificar que los líderes de los procesos implementen, ejecuten y controlen las directrices que ellos han dispuesto con base en el modelo de gestión y control para lograr las metas propuestas en el plan de acción.

2. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Inicia con la recolección y análisis de la información obtenida por el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno de las fuentes identificadas y concluye con el informe final de auditoría. En lo pertinente se auditan los resultados de los modelos de medición, riesgo, control y gestión.

3. GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR

Durante el desarrollo del proceso auditor no se materializan los riesgos asociados al a gestión auditora identificados en el Programa de Auditoría para la vigencia 2023. En especial se debe resaltar que el acceso a las fuentes de información del proceso por parte del auditor se realiza de manera armónica y ello no genera ninguna perturbación a la gestión.

Por lo demás, el trabajo mancomunado con el auditado y la claridad en las actividades permiten que el proceso se cumpla dentro de los plazos y cronogramas establecidos. Por último, los servidores que atienden la auditoría tienen claridad de este tipo de procesos y brindan la colaboración esperada, contribuyendo con ello a crear un clima de confianza, respeto y lealtad

4. METODOLOGIA UTILIZADA

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

5. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

5.1 Análisis del Entorno el Proceso de Gestión para la Asistencia

El sistema de control interno contempla como mínimo la caracterización de procesos y procedimientos; mecanismos que materializan la gestión. El modelo de medición soportado en

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 3 de 58

indicadores de gestión que dan cuenta de la evolución y logro de resultados del proceso. El mapa de riesgos, donde se identifican y administran los eventos que puedan impedir el logro de los objetivos. El modelo de control que se constituye en la herramienta gerencial que pretende minimizar la ocurrencia de eventos negativos o administrarlos y el esquema de seguimiento que sustenta el monitorea a las acciones, controles y decisiones que influyen en la gestión del proceso. Cuando los elementos del sistema de control interno interactúan y se gestionan contribuyen al logro del objetivo definido por la Unidad para el Proceso de Gestión para la Asistencia, el cual esta dispuesto en la caracterización del proceso en su V10 del 20 de agosto de 2021, en los siguientes términos

Determinar la entrega o no de la atención y ayuda humanitaria a las víctimas del conflicto armado en Colombia, incluidos en el RUV, a través de la identificación de necesidades, capacidades y/o afectaciones en cumplimiento de los requisitos legales durante la vigencia de la ley.

5.1.1 Caracterización del proceso y los procedimientos

El Gobierno Nacional, en el año 2015, actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (en adelante MIPG)¹ y lo define como:

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio.

En el 2017². se actualiza el decreto único del sector función pública y allí el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, al regular la 3ª. Dimensión correspondiente a la Gestión con valores para resultados y en el marco de la Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos, bajo el título de trabajar por procesos lo define como “la secuencia ordenada de actividades, interrelacionadas, para crear valor, deben tener en cuenta que el ciudadano es el eje fundamental de la

¹ Decreto 1083. (26, mayo, 2015). Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública. Diario Oficial. Bogotá D.C., No. 49.523 de 26 de mayo de 2015.

² Decreto 1499. (11, septiembre, 2017). Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2017 No.50.353. Artículo 2. Sustituir el Título 23 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, el cual quedará así; ARTÍCULO 2.2.23.2. Actualización del Modelo Estándar de Control Interno. La actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano - MECI, se efectuará a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, el cual será de obligatorio cumplimiento y aplicación para las entidades y organismos a que hace referencia el artículo 5° de la Ley 87 de 1993.

Parágrafo. El Gobierno Nacional a través del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), podrá realizar actualizaciones y modificaciones al Manual Técnico, con el fin de adecuarlo a las necesidades de fortalecimiento y a los cambios de los referentes internacionales, previa aprobación del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno.”

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 4 de 58

gestión pública (CLAD: 2008). Los procesos se pueden clasificar en estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, lo que permitirá la adecuada gestión y prestación del servicio de la organización”³

Continuando la línea conductora normativa, el Decreto 1083 de 2015, (que recopila al Decreto 1537 de 2001 artículo 2º) en el Capítulo 5 elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del estado se establece en los artículos 2.2.21.5.1 y 2.2.21.5.2 Racionalización de la gestión institucional así;

Artículo 2.2.21.5.1. Las entidades y organismos del Estado implementarán acciones para el desarrollo racional de su gestión. Para tal efecto, identificarán los procesos institucionales, de tal manera que la gestión de las diferentes dependencias de la organización, se desarrollen articuladamente en torno a dichos procesos, los cuales se racionalizarán cuando sea necesario. (subrayado fuera de texto)

Artículo 2.2.21.5.2 Manuales de procedimientos. Como instrumento que garantice el cumplimiento del control interno en las organizaciones públicas, éstas elaborarán, adoptarán y aplicarán manuales a través de los cuales se documentarán y formalizarán los procedimientos a partir de la identificación de los procesos institucionales.

Por otra parte, el Departamento Administrativo de la Función Pública en la guía para la gestión por procesos en el marco del modelo integrado de planeación y gestión resalta que:

Cabe señalar que los procesos de una entidad constituyen un punto de enlace no solo entre la planeación y operación de esta sino también un punto en el que varios elementos del modelo operan de manera articulada e integrada, siendo este el fin último de la implementación de este. Así mismo, el modelo retoma el enfoque de procesos del sistema de gestión de calidad y de la Carta Iberoamericana para la Calidad de 2008 de la gestión pública centrada en el servicio al ciudadano y para resultados, por ello, Función Pública define en su Marco general del sistema de gestión V2 (2018) que para la operación del MIPG:

(...) el modelo focaliza su atención en las organizaciones y sus servidores públicos, específicamente en las prácticas y procesos que adelantan para transformar insumos en resultados y en generar los impactos, es decir, su foco, es tanto la gestión y el desempeño organizacional como la satisfacción de los intereses generales de la sociedad (garantizar los derechos, resolver problemas sociales, satisfacer una necesidad de la sociedad, implementar programas concretos, entre otros). Atender su propósito fundamental es la esencia del

³ COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Manual Operativo. Sistema de Gestión, Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Bogotá, D.C., 2021 V4, p - 57

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 5 de 58

trabajo de una entidad, lo que la debe llevar a generar un mejor bienestar general de la población, esto es, aportar en la creación de valor público. (p. 30)⁴

En desarrollo del anterior precepto, los procesos y procedimientos están encaminados a fortalecer la cadena de valor, para lo cual se debe tener presente los ítems de insumos, procesos, productos, resultados o efectos e impactos. Para ilustrar este aspecto, se trae la siguiente gráfica tomada de la guía para la gestión por procesos en el marco del modelo integrado de planeación y gestión, la cual tiene como fuente la Función Pública, Dirección de Gestión y Desempeño Institucional, 2017.



En lo pertinente a los procesos, dentro de la cadena de valor, ellos permiten la transformación de los insumos agregándoles valor para generar los productos institucionales.

El mapa de procesos refleja la identificación e interacción de los procesos de una entidad u organización de manera gráfica permitiendo conocer la organización interna de los mismos. Se considera como un diagrama de valor que debe demostrar el engranaje entre cada proceso que lo conforma y la importancia de cada uno de los mismos frente al funcionamiento y gestión de la entidad u organización. Trae consigo beneficios como: Alineación de objetivos y metas comunes entre los diferentes procesos establecidos; ayuda a definir estructuralmente a la entidad u organización; entender el quehacer de la entidad aumentando la calidad en la gestión y la eficiencia de tiempos; define responsabilidades y responsables; mejora la comunicación entre los procesos; identifica debilidades a mejorar, entre otros.

⁴ COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Guía para la gestión por procesos en el marco del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG). Bogotá, D.C., 2020 V1, p - 12

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 6 de 58

Al respecto es necesario traer a colación lo expresado por el Departamento Administrativo de la Función Pública:

El mapa de procesos es la representación gráfica de cómo opera la organización para conocer y para satisfacer las necesidades de sus grupos de valor. Para su elaboración es necesario clasificar los procesos en cuatro grupos así: (subrayado fuera de texto)

Procesos estratégicos: incluyen los relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, comunicación, disposición de recursos necesarios y revisiones por parte de la Alta Dirección de la entidad.

Procesos misionales: incluyen todos aquellos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento del objeto social o razón de ser.

Procesos de apoyo: incluyen aquellos que proveen los recursos necesarios para el desarrollo de los procesos estratégicos, misionales y de evaluación.

Procesos de evaluación: necesarios para medir y recopilar datos para el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia de la entidad⁵.

La importancia de los procesos depende de su descripción y como esta detalla sus actividades, prácticas, criterios y métodos que conlleven a que tanto sus actividades y sus respectivos controles sean eficaces y efectivos en la gestión del proceso. Las prácticas que describen al proceso detallan la forma de trabajo de los miembros que lo componen y esto facilita tanto su aprendizaje como el de nuevos integrantes en el desenvolvimiento de sus roles y tareas.

El Equipo Auditor verifica que tanto la caracterización del proceso como los procedimientos identificados para el mismo están dentro de un rango de actualización adecuados, ello implica que el líder del proceso posee las herramientas administrativas de gestión acordes con los desarrollos normativos, administrativo y tecnológicos que le permite realizar el quehacer cotidiano. Al respecto, se le recomienda al líder mantener esta dinámica de actualización de los instrumentos del Sistema Integrado de Gestión, para que tanto los servidores adscritos al proceso como cualquier persona interesada pueda conocer las formas como el proceso realiza sus funciones.

La siguiente tabla muestra el procedimiento, la versión y la fecha de publicación donde se demuestra que el proceso auditado durante la vigencia 2022 actualizó la totalidad de sus procedimientos:

⁵ COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Guía para la gestión por procesos en el marco del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG). Bogotá, D.C., 2020 V1, p - 59

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 7 de 58

No.	Nombre	No. de versión	Fecha de versión
1	Procedimiento para la Implementación y Seguimiento a los Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas V1	5	20/9/2022
2	Procedimiento de Trámite y Colocación de Ayuda Humanitaria para Víctimas de Hechos Victimizantes Diferentes al Desplazamiento Forzado V4	4	4/5/2022
3	Procedimiento de Atención Humanitaria en las Rutas de Primer Año Étnico e Identificación de Carencias a Comunidades Étnicas V1	1	23/2/2022
No.	Nombre	No. de versión	Fecha de versión
5	Procedimiento Proyección de Actos Administrativos de Atención Humanitaria Modelo Individual V4 Instructivo para el Trámite de Actos Administrativos V3	3	4/5/2022

5.1.2 Análisis del modelo de medición (Indicadores de gestión diferentes al plan de acción)

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el nivel de madurez del modelo de indicadores definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales b), c), d), e), g) y h) que la administración de los indicadores propende por:

- b) Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional;
- c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad;
- d) Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional;
- e) Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros;
- g) Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación;
- h) Velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características, y en artículo 3° literales a) El Sistema de Control Interno forma parte integrante de los sistemas contables, financieros, de planeación, de información y operacionales de la respectiva entidad; y c) En cada área de la organización, el funcionario encargado de dirigirla es responsable por control interno ante su jefe inmediato de acuerdo con los niveles de autoridad establecidos en cada entidad.

De igual manera, se dispone la importancia en la definición de indicadores como sistema de medida de la gestión institucional. Para el efecto, la responsabilidad de este tema está regulada en el Decreto 1083 de 2015, que en el artículo 2.2.13.1.8 dispone:

Artículo 2.2.13.1.8 responsables. Las Oficinas de Planeación deberán prestar el apoyo requerido en el proceso de concertación de los Acuerdos, suministrando la información definida en los respectivos

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 8 de 58

planes operativos o de gestión anual de la entidad y los correspondientes objetivos o propósitos de cada dependencia. Así mismo, deberán colaborar en la definición de los indicadores a través de los cuales se valorará el desempeño de los gerentes. (subrayado fuera de texto).

Manual Operativo de MIPG, en la 2ª. Dimensión: Direccionamiento Estratégico y Planeación, a pagina 38 dispone que

Desde el ejercicio de planeación se deben definir los mecanismos a través de los cuales se hará el seguimiento y evaluación a su cumplimiento (ver 4a Dimensión Evaluación de Resultados). Esto permitirá, verificar el logro de objetivos y metas, así como el alcance de los resultados propuestos e introducir ajustes a los planes de acción. Por ello, es recomendable contar con un grupo de indicadores que permita conocer el estado real de la ejecución de las actividades, el logro de metas, objetivos o resultados y sus efectos en la ciudadanía. Para su construcción es útil:

- Tener claro los objetivos, planes, programas y proyectos para identificar los aspectos prioritarios a ser susceptibles de medición.
- Determinar puntos o factores críticos de éxito, es decir, aquellas acciones o actividades de cuyo desarrollo depende la consecución de los objetivos.
- Establecer qué se debe medir y qué información se quiere obtener de esa medición, para saber qué tipo de indicador se necesita. Establecer la frecuencia adecuada para la medición de los indicadores, para tomar decisiones en el momento justo.
- Definir los indicadores a utilizar y el método de construcción que más se adapte a la propia dinámica y cultura organizacional. De acuerdo con el manual "Planificación estratégica e indicadores de desempeño en el sector público" (CEPAL, 2011: 59) se pueden diferenciar varios tipos de indicadores de producto o resultados, de Insumos de proceso, procesos o actividades, o de desempeño de dichas actuaciones en las dimensiones de eficiencia, eficacia, calidad y economía:

En el mismo instrumento citado a pagina 81 en la 4ª. Dimensión: Evaluación de Resultados se tiene que:

En términos generales, MIPG busca que la Evaluación de Resultados se aprecie en dos momentos: a través del seguimiento a la gestión institucional, y en la evaluación propiamente de los resultados obtenidos. Tanto el seguimiento como la evaluación exigen contar con indicadores para monitorear y medir el desempeño de las entidades. Estos indicadores se diseñan en la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación, y dada la importancia que tienen, deben enfocarse en los criterios, directrices y normas que orientan la gestión, y en los productos, resultados e impactos derivados de ésta.

De lo anterior se tiene que el sistema de medición de la gestión institucional vía indicadores requiere de una metodología en su elaboración y una sindéresis en la práctica, pues el resultado de los indicadores es información primaria para la toma de decisiones, ya sea haciendo correcciones o ajustes pertinentes,

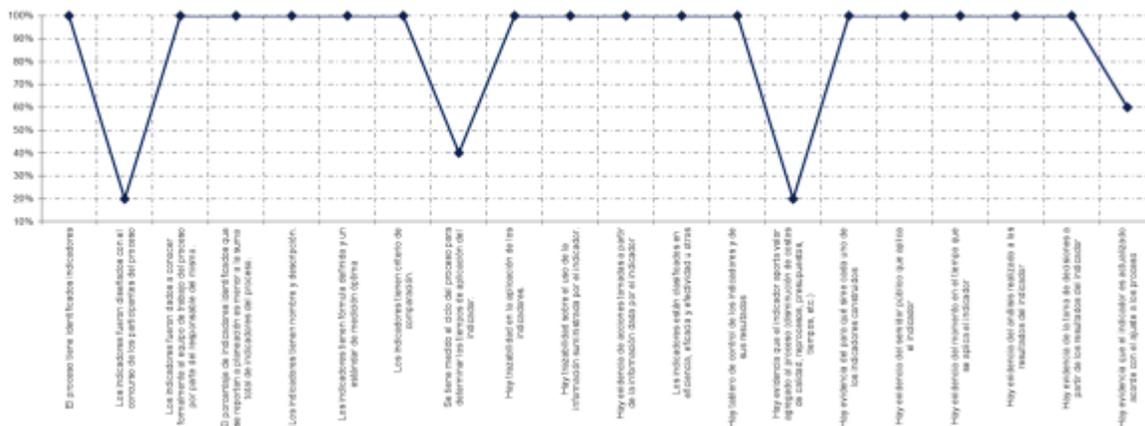


El Departamento Administrativo de la Función Pública dispone de una “guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión” versión 4, la cual es concordante con el manual del sistema integrado de gestión de la UARIV, donde se establece los parámetros de la implementación y seguimiento de “la evaluación de la gestión pública, importancia de la medición, conceptualización, tipología de los indicadores, construcción de los indicadores e interpretación”.

En el modelo estándar de control de interno – MECI, versión 2014, estable en el ítem 1.2.4 Indicadores de Gestión, donde dispone que: “(...) Los Indicadores son mecanismos que permiten controlar el comportamiento de factores críticos en la ejecución de los planes, programas, proyectos y de los procesos de la entidad (...)”.

Del análisis de datos producto de la aplicación de la herramienta que determina el nivel de madurez del modelo de indicadores del proceso auditado, se obtiene que los servidores consideran que la medición del proceso (batería de indicadores) está en el 87% del valor máximo posible en la escala de Likert⁶, metodología utilizada en la herramienta de evaluación.

Lo anterior significa que “Hay evidencia de un sistema de medición en plena producción que sustenta la toma de decisiones que es inherente al proceso, actualizado y socializado adecuadamente”. Los resultados obtenidos se muestran en la siguiente gráfica:



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

La calificación de las 20 afirmaciones de la herramienta se muestra en desacuerdo con una calificación del 87/100, de donde se colige que existe un escenario propicio para mejorar la batería de medición y así lograr que:

⁶ La escala de Likert es una de las escalas más utilizadas en investigación en ciencias sociales. Ofrecen un sistema de clasificación simple que es común a las encuestas de todo tipo. La escala se llama así por el psicólogo que lo creó, Rensis Likert. Un uso común de la escala de Likert es una encuesta que pregunta a los encuestados para ofrecer su opinión sobre algo, indicando el nivel al que están de acuerdo o en desacuerdo.

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 10 de 58

“Los indicadores (sean) una forma clave de realimentar un proceso, de monitorear el avance o la ejecución de un proyecto y de los planes estratégicos, entre otros. Y son más importantes todavía si su tiempo de respuesta es inmediato, o muy corto, ya que de esta manera las acciones correctivas son realizadas sin demora y en forma oportuna”, al igual que “los indicadores son mecanismos que permiten controlar el comportamiento de factores críticos en la ejecución de los planes, programas, proyectos y de los procesos de la entidad”⁷

5.1.3 Riesgos de gestión

El artículo 2° de la Ley 87 de 1993 al hablar de los objetivos del sistema de Control Interno dispone en los literales a) y f) que la administración de los riesgos propende por:

a) Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten; y f) Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos.

En este mismo sentido se tiene que normativamente se regula la administración de los riesgos a través de lo dispuesto en el Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017 que en el artículo 2.2.21.3.1 dispone:

Artículo 2.2.21.3.1 Sistema Institucional de Control Interno. El Sistema Institucional de Control Interno estará integrado por el esquema de controles de la organización, la gestión de riesgos, la administración de la información y de los recursos y por el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos, y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por la entidad, dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas, resultados u objetivos de la entidad.” (subrayado fuera de texto)

Adicional, en el mismo Decreto 1085 de 2015 artículo 2.2.21.5.4, (que consolida al Decreto 1537 de 2001) dispone que:

Artículo 2.2.21.5.4 Administración de riesgos. Como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas las autoridades correspondientes establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo. Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y las oficinas de control interno o quien haga sus veces, evaluando los aspecto tanto internos como externos que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos organizaciones (sic), con miras a establecer acciones efectivas, representadas en actividades de control, acordadas entre los responsables de las áreas o procesos y las oficinas de control interno e integradas de manera inherente a los procedimientos. (subrayado fuera de texto).

⁷ COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI. Bogotá, D.C., 2014, p-51 y 58.

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 11 de 58

De lo anterior se desprende que la entidad debe tener una política de riesgos la cual, según lo estipulado por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Sistema de Gestión, Modelo Integrado de Planeación y Gestión, 2021 V4, en la pagina 38:

Esta es una tarea propia del equipo directivo y se debe hacer desde el ejercicio de Direccionamiento Estratégico y de Planeación. En este punto, se deben emitir los lineamientos precisos para el tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos que afectan el logro de los objetivos institucionales para lo cual es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- *La política de administración de riesgos es la declaración de dirección y las intenciones generales de la entidad con respecto a la gestión del riesgo, la cual establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.*
- *El alcance de la política establece el ámbito de aplicación de los lineamientos, el cual debe abarcar todos los procesos y áreas de la entidad. (subrayado fuera de texto).*
- *La política establece “los niveles aceptables de desviación relativa a la consecución de los objetivos”, asociados a la estrategia de la entidad y pueden considerarse para cada uno de los procesos. Los riesgos de corrupción son inaceptables.*
- *En la política determina la estructura para la administración del riesgo, con aspectos metodológicos para cada una de las etapas de la gestión del riesgo.*

Por otra parte, en el mismo documento a pagina 57 al hablar del trabajo por procesos dentro de la Dimensión 3° Gestión con valores para resultados dispone que:

En este punto, los aspectos mínimos que una entidad debe tener en cuenta para trabajar por procesos son los siguientes:

(...) Identificar los riesgos del proceso, así como establecer los controles correspondientes (subrayado fuera de texto).

En este escenario, la misma disposición en pagina 84 dicta que:

Evaluar la gestión del riesgo en la entidad.

Quando se detecten desviaciones en los avances de gestión e indicadores, o posibilidad de materialización de un riesgo, es indispensable que el responsable establezca las acciones de mejora de manera inmediata. La utilidad de este ejercicio es apoyar la toma de decisiones para lograr mejores resultados, gestionar con mayor eficacia y eficiencia los recursos y facilitar la rendición de cuentas a los ciudadanos e informes a los organismos de control. (subrayado fuera de texto).

Al hablar de las líneas de defensa, se tiene que en la línea estratégica se debe tener la Definición y evaluación de la Política de Administración del Riesgo. La evaluación debe considerar su aplicación en la entidad, cambios en el entorno que puedan definir ajustes, dificultades para su desarrollo, riesgos emergentes. Por su parte la primera línea de defensa debe realizar La identificación de

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 12 de 58

riesgos y el establecimiento de controles, así como su seguimiento, acorde con el diseño de dichos controles, evitando la materialización de los riesgos.

La segunda línea de defensa a cargo del nivel directivo debe asegura(r) de que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente, además, se encarga de supervisar la eficacia e implementación de las prácticas de gestión de riesgo, ejercicio que implicará la implementación de actividades de control específicas que permitan adelantar estos procesos de seguimiento y verificación con un enfoque basado en riesgos.

Por último, Previo a la Gestión del Riesgo, la entidad establece sus objetivos alineados con la planeación estratégica, dirigidos al cumplimiento de la normatividad vigente; partiendo del análisis del contexto interno, externo de la entidad y el del proceso, se identifican los riesgos para la consecución de sus objetivos en todos los niveles y los analiza como base para determinar cómo deben gestionarse, para lo cual la entidad debe contar con mecanismos efectivos de evaluación de riesgos, con el fin de establecer en nivel de riesgo inherente y residual.

El Departamento Administrativo de la Función Pública dispone de una guía para la administración de los riesgos denominada “Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” Versión 6, la cual es concordante con la política institucional de riesgos contenida en el manual del sistema integrado de gestión de la UARIV, donde se establece que:

6.5.2. Política de Gestión Integral de Riesgos

“La Unidad administra integralmente los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos estratégicos, trabajando para la reparación integral de las víctimas y la implementación de la ley 1448 del 2011, con el fin de aumentar su eficacia y eficiencia a través de la identificación, análisis y valoración de riesgos que permita tomar acciones para evitar su materialización”.

La política de administración de riesgos de la Unidad se desarrolla con mayor detalle en la Metodología de Administración de riesgos, la cual integra los lineamientos aplicables a los riesgos de corrupción, Operativos, de Seguridad de la Información y Seguridad Digital, de Seguridad y Salud en el trabajo, Ambientales y Públicos.

Siguiendo el eje de la política de riesgos de la entidad se tiene que la metodología usada está apoyada en lo dispuesto por el Departamento Administrativo de la Función Pública, dado que señala que:

El presente documento establece los lineamientos para la identificación, análisis, valoración, evaluación, tratamiento, respuesta a los riesgos integrales de la Unidad que puedan afectar la misión, el cumplimiento de los objetivos estratégicos y la gestión de los procesos, proyectos y planes institucionales, tomando como referencia las directrices del Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG, la responsabilidad de las líneas de defensa definidas en el Modelo Estándar de Control Interno – MECI, los requerimientos de la Guía para la administración del riesgo de FP, la Secretaria de Transparencia de la Presidencia de la República, el Ministerio de Tecnologías de la información y Comunicaciones, la Resolución 3783 de 2021 de la Unidad y las normas GNTC

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 13 de 58

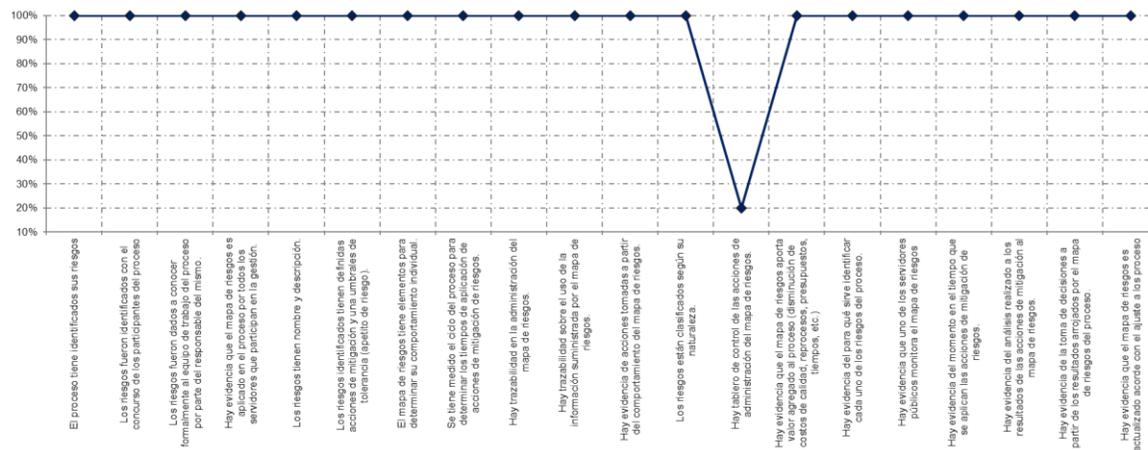
45:2012, NTC 14001: 2015, NTC 27001: 2013

Mas adelante la metodología enfatiza que:

Este documento (la metodología) adopta los lineamientos de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP vigente, la cual integra las metodologías para la gestión de riesgos impartidos por el DAFP.

Es importante tener presente que en la metodología de riesgos de la entidad se establece que ella se debe aplicar a todos los procesos, dependencias y Direcciones Territoriales de la Unidad para la Atención y Reparación a las víctimas. (subrayado fuera de texto).

A partir del marco normativo Decreto 1499 de 2017 “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015” y los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública, el Equipo Auditor aplica a servidores seleccionados adscritos al proceso auditado la herramienta de percepción, la cual tiene como finalidad determinar el nivel de madurez del sistema de control interno concerniente al control de eventos negativos (riesgos). Los resultados obtenidos se muestran en la siguiente gráfica:



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

Del análisis de datos se tiene que los servidores consideran que el mapa de riesgos del proceso (amenazas/peligros) está en desacuerdo con las necesidades, dado que se ubica en el 96% del valor máximo posible en la escala de Likert, metodología utilizada en la herramienta de evaluación. Lo anterior significa que “Hay evidencia de un mapa de riesgos y modelo de administración de lo mismo en plena producción que sustenta la toma de decisiones, que es inherente al proceso, actualizado y socializado adecuadamente.”

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 15 de 58

El promedio de las 20 afirmaciones de la herramienta da como resultado 90/100. Es así como el Equipo Auditor vislumbra la posibilidad de reforzar el sistema de control inherente al proceso auditado. En efecto, las personas son el centro de la gestión pública y en la medida que se tenga adecuadamente controlado el proceso se logra un entorno propicio para el logro de las metas y en el mismo sentido, la satisfacción de las necesidades de los grupos de interés de la entidad.

5.1.5 Mejora o Valor Agregado

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el nivel de madurez del modelo de control y seguimiento definidos en la Ley 87 de 1993 en el artículo 2º literales b), c), d), e) y g), que propende por:

- b) Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional;
 - c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad;
 - d) Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional;
 - e) Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros;
 - g) Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación;
- artículo 3º literales a) El Sistema de Control Interno forma parte integrante de los sistemas contables, financieros, de planeación, de información y operacionales de la respectiva entidad; y c) En cada área de la organización, el funcionario encargado de dirigirla es responsable por control interno ante su jefe inmediato de acuerdo con los niveles de autoridad establecidos en cada entidad.

Adicional a lo anterior, en el Decreto 1499 de 2017, Título 23, Articulación del Sistema de Gestión con los Sistemas de Control Interno, artículo 2.2.23.2. señala que:

“El Sistema de Control Interno previsto en la Ley 87 de 1993 y en la Ley 489 de 1998, se articulará al Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, a través de los mecanismos de control y verificación que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades”, en concordancia con lo establecido en el Manual Operativo, Sistema de Gestión, Modelo Integrado de Planeación y Gestión donde señala que: “Luego de tener los resultados de la medición la entidad debe diseñar e implementar acciones concretas de mejora que permitan aumentar la efectividad de la gestión para alcanzar mejores resultados”⁹.

En lo que respecta al Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG en la dimensión 4ª Evaluación de Resultados nos indica que:

⁹ COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Manual Operativo. Sistema de Gestión, Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Bogotá, D.C., 2021 V4, p - 16

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 16 de 58

“(…) es importante verificar permanentemente que la ejecución de las actividades, el cumplimiento de metas o el uso de recursos correspondan con lo programado en la planeación institucional. En este punto, es importante señalar que la ejecución de programas, planes y proyectos se debe medir en los diferentes momentos o etapas de su desarrollo, para garantizar el logro de los resultados previstos, e identificar con mayor precisión las oportunidades de mejora que se deban emprender.”¹⁰

En el modelo estándar de control de interno – MECI, versión 2014, establece en el título 2 Módulo Control de Evaluación y Seguimiento, donde dispone que: (...) los instrumentos y herramientas de gestión y de control de la entidad requieren evaluación y seguimiento, es decir, un proceso que verifique el nivel de desarrollo del Sistema de Control Interno y de la gestión de la entidad. Esto se consigue mediante actividades de supervisión continua, evaluaciones periódicas o una combinación de ambas cosas (...).

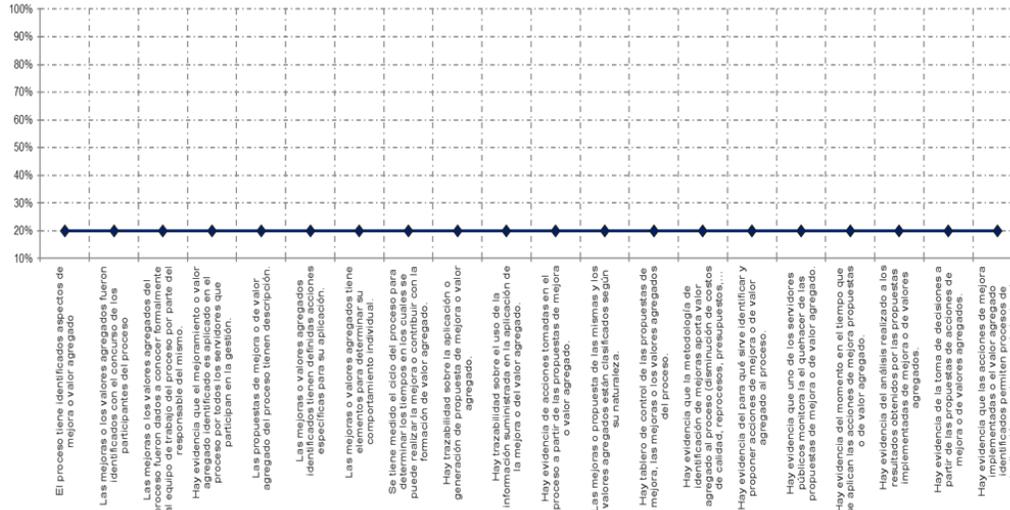
El uso de la matriz aplicada en la auditoría permite establecer los puntos críticos y de inflexión donde una gerencia pública puede tomar acciones preventivas que propendan por el logro de los objetivos institucionales. Cualquier incumplimiento se tiene como debilidad del sistema de control interno.

Producto del resultado de la herramienta no hay evidencia de acciones de mejora propuestas o de valores agregados en el proceso de Gestión para la Asistencia que determinen mayor efectividad en la gestión del proceso, lo que puede tener como riesgos el rezago de las actividades asociadas al proceso, reflejando una calificación del 69% en la herramienta arrojando como resultado un hallazgo, en donde se infiere, según el criterio del auditor, que el proceso debe fortalecer sus mecanismos de mejora que evidencien un valor agregado de manera articulada y armónica al interior con la participación de todos los colaboradores, a través de tableros de control que permitan determinar y alertar los tiempos de aplicación de las actividades, planes y programas propuestos en los cuales se puede realizar la mejora y coadyuven en la formación del valor agregado.

Siguiendo los parámetros de la herramienta citada en los párrafos anteriores, el Equipo Auditor la aplica para determinar el nivel de uso en la gestión para que la entidad pueda mejorar constantemente sus procesos y así ser más eficiente y tener un mejor rendimiento para el logro de sus proyectos, programas, metas, objetivos, estrategias, políticas y lineamientos formulados en el proceso de planeación, con el objeto de optimizar las actividades que generan valor agregado para las partes interesadas y eliminar las ineficiencias inherente al proceso auditado.

Los resultados obtenidos se muestran en la siguiente gráfica:

¹⁰ Ibidem, pág. 84



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

Del análisis de datos se tiene que los servidores consideran que la medición del proceso (modelo de mejora o valor agregado) no está de acuerdo con las necesidades, dado que se ubica en el 20% del valor máximo posible en la escala de Likert, metodología utilizada en la herramienta de evaluación. Lo anterior significa que existe un hallazgo debido a que: "No se evidencia al interior del proceso propuestas de mejora ni de valores agregados que determinen mayor efectividad en la gestión del proceso, lo que puede tener como riesgos el rezago de las actividades asociadas al proceso."

Lo anterior sustenta el criterio auditor de recomendar un ejercicio más profundo para determinar acciones de mejora para el proceso, de los cuales es aconsejable que se muevan en entornos disímiles como el impacto, la calidad, la oportunidad, el costo administrativo e incluso la medición transversal del proceso con otros componentes como el financiero y de planeación estratégica que den cuenta del impacto que las actividades del proceso de Gestión para la Asistencia tienen en los diferentes escenarios institucionales y que aportan al logro de las metas, como también el terreno expedito para realizar acciones de seguimiento que aseguren una toma de decisiones en un entorno de certeza razonable, teniendo como sustento la información de los anteriores componentes, todos ellos como herramienta de gerencia proclive a mejorar la gestión, minimizar costos de todo tipo y maximizar las acciones misionales en favor de los usuarios de la UARIV desde las funcionalidades del proceso auditado.

Debilidad No. 1

La ausencia de instrumentos de mejora o valor agregado al proceso de gestión para la asistencia no está conforme con el artículo 2º literales d) y f) de la Ley 87 de 1993 y artículo 2.2.21.3.2 del Decreto 1083 de 2015, modificado Decreto 648 de 2017, art 9. Siendo las potenciales causas el desconocimiento normativo relacionado con el mejoramiento continuo de las gestiones institucionales. Lo anterior conlleva a un posible incremento de los efectos negativos en la

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 18 de 58

materialización de los eventos adversos y el incumplimiento de planes de mejoramiento institucionales y de gestión, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales.

Esta debilidad se le comunica a los doctores Luis Jose Azcarate Garcia luis.azcarate@unidadvictimas.gov.co y Angela Maria Lascarro Quinto angela.lascarro@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditados mediante correo electrónico del martes 23 de mayo de 2023 a las 2:27:03 p. m., suscrito por la jefatura del a Oficina de Control Interno. Se le da al auditado un plazo de tres días hábiles para aportar sus comentarios y evidencias.

Mediante correo electrónico del martes 30 de mayo de 2023 a las 10:35 a. m., el doctor Luis Jose Azcarate Garcia luis.azcarate@unidadvictimas.gov.co responde que:

Frente a la debilidad en mención, resulta imperante indicar que los tableros de control no son los únicos instrumentos que permiten hacer seguimiento a los diferentes procesos de una entidad pública, por ende, es valiosa la gestión de seguimiento a través de reuniones, que tienen como objetivo velar por el cumplimiento de lo trazado en el proceso de manera periódica. Es decir, los espacios de reunión cumplen con el objetivo de hacer seguimiento, generando alertas frente a la gestión en caso de estimarse necesario y compromisos respecto a lo identificado. (Adicional a las actas previamente remitidas, se adjunta acta de primer comité operativo el operador Supergiros donde se genera el compromiso de incluir en el informe de pagos semanal los campos de la fecha de inicio y la fecha final de disponibilidad los giros, en el acta del segundo comité se evidencia el seguimiento al cumplimiento de dicho compromiso).

Igualmente, es muy pertinente considerar como acciones de mejoramiento y control, los ajustes que se han materializado con la modificación del procedimiento de solicitudes de atención humanitaria Versión No. 4 y Versión No. 5, realizadas durante la vigencia 2022, correspondiente al periodo auditado.

Finalmente, damos alcance a lo ya remitido en el proceso de auditoria conforme a los insumos suministrados en el marco de la misma, haciendo alusión a lo descrito en la debilidad No. 1 aun considerando que no corresponde a la Dirección de Gestión Social Humanitaria y la Subdirección de Atención y Asistencia Humanitaria, pues es muy claro en indicar el informe de debilidades que se refiere a la Dirección de Asuntos Étnicos y nuestra misionalidad dista de lo citado en el párrafo respecto a nuestro hacer como DGSH y SAAH.

El auditado hace referencia a actividades de gestión asociadas al seguimiento de su misionalidad funcional de seguimiento, las cuales son necesarias e importantes. Es evidente que cuando se habla de control, existen una serie de metodologías que lo hacen viable; un tablero de control que determina el comportamiento de los indicadores en tiempo real y que sirve para la toma de decisiones bajo un grado de certeza. Otro mecanismo es las reuniones que pueden realizar los

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 19 de 58

equipos de trabajo con su líder, donde se expresa el nivel de avance de la gestión en todos los campos de la administración.

No obstante, la debilidad comunicada no tiene relación con el sistema de control sino con la posibilidad que tiene la dependencia de hacer mejora o realizar acciones de valor agregado, situaciones que trascienden más allá del control (de hecho, el control es una de las fuentes de información para la mejora y el valor agregado).

La debilidad se centra en la falta de evidencias que demuestren una gestión de mejora continua y valor agregado. Para los auditores es claro que la actualización de procedimientos esta en la esfera de esa mejora, pero no constituye su esencia. En efecto, hacer ajustes a los procesos tienen causas diversas como por ejemplo el advenimiento de una reforma al marco normativo, la entrada en producción de un nuevo sistema o la repotencialización de uno existente, la desaparición de una función o su cambio en la esfera administrativa. Todas esas acciones son los motivos por los cuales se hacen actualizaciones a los procesos y procedimientos, pero no necesariamente corresponde a la mejora continua y el valor agregado.

Un ejemplo de mejora continua lo expone Masaaki Imai en sus obras sobre el kaizen, cuando expresa que “Kaizen es la mejora diaria, la mejora de todos, la mejora en todas partes”. La mejora y el valor agregado parten de la premisa de preguntarse que requiere el usuario de los servicios antes que él las comunique e incluso antes que se de cuenta que requiere de esa innovación, es adelantarse a los acontecimientos previsibles y adentrarse en el campo de una visión de futuro.

Por lo anterior, el Equipo Auditor evalúa la respuesta dada por el auditado y luego de aplicar normas de auditoria generalmente aceptadas y criterios de auditoría, considera pertinente mantener la debilidad comunicada.

5.1.6 Seguimiento

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el nivel de madurez del modelo de seguimiento definido en el artículo 2º de la Ley 87 de 1993, donde dispone en los literales b), c), d), e), f) y g) lo siguiente:

- b) garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional;*
- c) velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad;*
- d) garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional;*
- f) definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos;*
- y g) garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y*

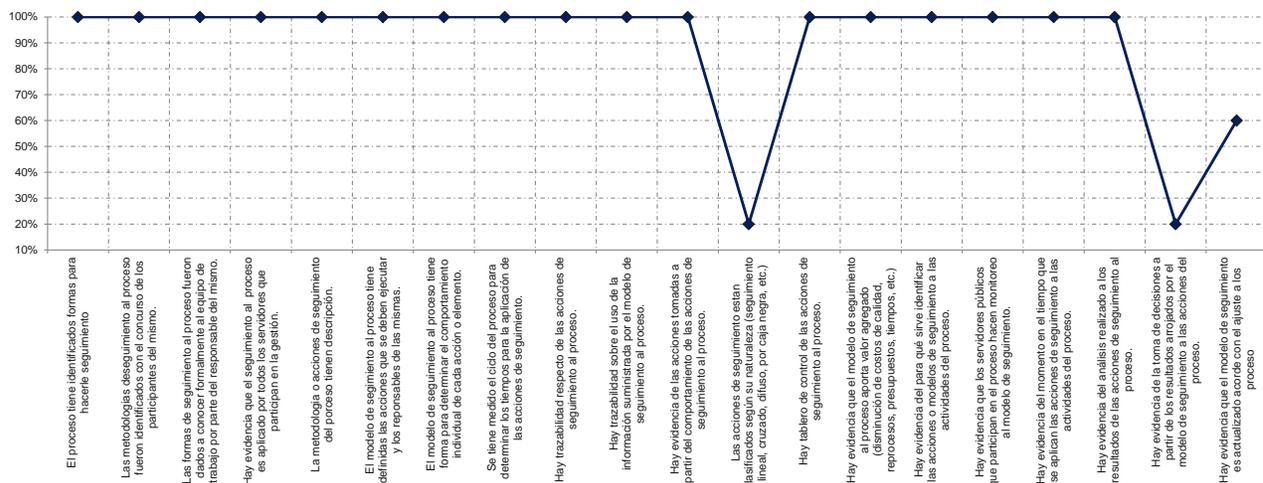


evaluación, así mismo en el artículo 6° de la Ley 87 de 1993 al hablar de la responsabilidad del control interno determina que: "El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas, será responsabilidad del representante legal o máximo directivo correspondiente. No obstante, la aplicación de los métodos y procedimientos al igual que la calidad, eficiencia y eficacia del control interno, también será de responsabilidad de los jefes de cada una de las distintas dependencias de las entidades y organismos".

Adicional en el Decreto 1499 de 2017 Manual Operativo de MIPG, en la dimensión 4° evaluación de resultados, en los ítems 4.2.1. Seguimiento y evaluación del desempeño institucional se extrae los lineamientos generales para la implementación: "Definir un área o servidor responsable del diseño, implementación y comunicación de los mecanismos de seguimiento y evaluación, revisar y actualizar los indicadores y demás mecanismos de seguimiento y evaluación establecidos en la entidad y por otras autoridades, Evaluar el logro de los resultados".

En el modelo estándar de control de interno – MECI, versión 2014, establece en el titulo 2 Módulo Control de Evaluación y Seguimiento, donde dispone que: (...) los instrumentos y herramientas de gestión y de control de la entidad requieren evaluación y seguimiento, es decir, un proceso que verifique el nivel de desarrollo del Sistema de Control Interno y de la gestión de la entidad. Esto se consigue mediante actividades de supervisión continua, evaluaciones periódicas o una combinación de ambas cosas (...),

Conforme a lo anterior, se aplica la herramienta al auditado con el fin de establecer el nivel de madurez del sistema de control interno asociado al seguimiento. Los resultados obtenidos se muestran en la siguiente gráfica:



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

Del análisis de datos se tiene que los servidores consideran que el seguimiento está de acuerdo con las necesidades, dado que se ubica en el 90% del valor máximo posible en la escala de Likert, metodología utilizada en la herramienta de evaluación. Lo anterior significa que "Hay evidencia de

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 21 de 58

que el modelo de seguimiento a la gestión del proceso esta implementado, lo que permite sustentar la toma de decisiones, que son inherentes al proceso, actualizado y socializado adecuadamente”

El promedio de las 20 afirmaciones da como resultado 90/100. Es así como el Grupo Auditor ve un terreno expedito para realizar acciones de seguimiento que aseguren una toma de decisiones en un entorno de certeza razonable teniendo como sustento la información de los anteriores componentes, todos ellos como herramienta de gerencia proclive a mejorar la gestión, minimizar costos de todo tipo y maximizar las acciones misionales en favor de los usuarios de la UARIV desde las funcionalidades de la dependencia auditada.

En este sentido, es importante mantener y superar el seguimiento actual a las acciones, actividades u objetivos propuestos que se constituye en el baluarte de un modelo de control interno fuerte para el auditado.

5.2 Análisis del Diseño y Efectividad del Control del Riesgo en la Gestión para la Asistencia

El artículo 2° de la Ley 87 de 1993 al hablar de los objetivos del sistema de Control Interno dispone en los literales a) y f) que la administración de los riesgos propende por: a) Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten; y f) Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos.

En este mismo sentido se tiene que normativamente se regula la administración de los riesgos a través de lo dispuesto en el Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017 que en el artículo 2.2.21.3.1 dispone:

Artículo 2.2.21.3.1 Sistema Institucional de Control Interno. El Sistema Institucional de Control Interno estará integrado por el esquema de controles de la organización, la gestión de riesgos, la administración de la información y de los recursos y por el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos, y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por la entidad, dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas, resultados u objetivos de la entidad.” (subrayado fuera de texto)

Adicional en el mismo Decreto 1083 de 2015 artículo 2.2.21.5.4, (que consolida al Decreto 1537 de 2001) dispone que:

Artículo 2.2.21.5.4 Administración de riesgos. Como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas las autoridades correspondientes establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo. Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y las oficinas de control interno o quien haga sus veces, evaluando los aspecto tanto internos como externos que pueden llegar a

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 22 de 58

representar amenaza para la consecución de los objetivos organizaciones, con miras a establecer acciones efectivas, representadas en actividades de control, acordadas entre los responsables de las áreas o procesos y las oficinas de control interno e integradas de manera inherente a los procedimientos. (subrayado fuera de texto).

De lo anterior se desprende que la entidad debe tener una política de riesgos la cual, según lo estipulado por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del decreto 1499 de 2017 y el Manual Operativo del Sistema de Gestión, Modelo Integrado de Planeación y Gestión, 2021 V4, conforme se indica en el capítulo de la Política de Planeación institucional y descrito en el sexto lineamiento; “se deben atender las recomendaciones para formular los lineamientos para administración del riesgo - Política de Riesgo” en su pagina 38:

Esta es una tarea propia del equipo directivo y se debe hacer desde el ejercicio de Direccionamiento Estratégico y de Planeación. En este punto, se deben emitir los lineamientos precisos para el tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos que afectan el logro de los objetivos institucionales para lo cual es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La política de administración de riesgos es la declaración de dirección y las intenciones generales de la entidad con respecto a la gestión del riesgo, la cual establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.
- El alcance de la política establece el ámbito de aplicación de los lineamientos, el cual debe abarcar todos los procesos y áreas de la entidad. (subrayado fuera de texto).
- La política establece “los niveles aceptables de desviación relativa a la consecución de los objetivos”, asociados a la estrategia de la entidad y pueden considerarse para cada uno de los procesos. Los riesgos de corrupción son inaceptables.
- En la política determina la estructura para la administración del riesgo, con aspectos metodológicos para cada una de las etapas de la gestión del riesgo.

Por otra parte, en el mismo documento a pagina 57 al hablar del trabajo por procesos dentro de la Dimensión 3° Gestión con valores para resultados dispone que:

En este punto, los aspectos mínimos que una entidad debe tener en cuenta para trabajar por procesos son los siguientes:

(...) Identificar los riesgos del proceso, así como establecer los controles correspondientes (subrayado fuera de texto).

En este escenario, la misma disposición en página 84 dicta que:

Evaluar la gestión del riesgo en la entidad.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 23 de 58

Quando se detecten desviaciones en los avances de gestión e indicadores, o posibilidad de materialización de un riesgo, es indispensable que el responsable establezca las acciones de mejora de manera inmediata. La utilidad de este ejercicio es apoyar la toma de decisiones para lograr mejores resultados, gestionar con mayor eficacia y eficiencia los recursos y facilitar la rendición de cuentas a los ciudadanos e informes a los organismos de control. (subrayado fuera de texto).

Al hablar de las líneas de defensa, se tiene que en la línea estratégica se debe tener la Definición y evaluación de la Política de Administración del Riesgo. La evaluación debe considerar su aplicación en la entidad, cambios en el entorno que puedan definir ajustes, dificultades para su desarrollo, riesgos emergentes, por su parte la primera línea de defensa debe realizar La identificación de riesgos y el establecimiento de controles, así como su seguimiento, acorde con el diseño de dichos controles, evitando la materialización de los riesgos.

La segunda línea de defensa a cargo del nivel directivo debe asegura(r) de que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente, además, se encarga de supervisar la eficacia e implementación de las prácticas de gestión de riesgo, ejercicio que implicará la implementación de actividades de control específicas que permitan adelantar estos procesos de seguimiento y verificación con un enfoque basado en riesgos.

Por último, Previo a la Gestión del Riesgo, la entidad establece sus objetivos alineados con la planeación estratégica, dirigidos al cumplimiento de la normatividad vigente; partiendo del análisis del contexto interno, externo de la entidad y el del proceso, se identifican los riesgos para la consecución de sus objetivos en todos los niveles y los analiza como base para determinar cómo deben gestionarse, para lo cual la entidad debe contar con mecanismos efectivos de evaluación de riesgos, con el fin de establecer en nivel de riesgo inherente y residual.

El Departamento Administrativo de la Función Pública dispone de una guía para la administración de los riesgos denominada “Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” Versión 6, la cual es concordante con la política de riesgos contenida en el manual del sistema integrado de gestión donde se establece que:

6.5.2. Política de Gestión Integral de Riesgos

“La Unidad administra integralmente los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos estratégicos, trabajando para la reparación integral de las víctimas y la implementación de la ley 1448 del 2011, con el fin de aumentar su eficacia y eficiencia a través de la identificación, análisis y valoración de riesgos que permita tomar acciones para evitar su materialización”.

La política de administración de riesgos de la Unidad se desarrolla con mayor detalle en la Metodología de Administración de riesgos, la cual integra los lineamientos aplicables a los riesgos de corrupción, Operativos, de Seguridad de la Información y Seguridad Digital, de Seguridad y Salud en el trabajo, Ambientales y Públicos.

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 24 de 58

Siguiendo el eje de la política de riesgos de la entidad se tiene que la metodología usada está apoyada en lo dispuesto por el Departamento Administrativo de la Función Pública, dado que señala que:

El presente documento establece los lineamientos para la identificación, análisis, valoración, evaluación, tratamiento, respuesta a los riesgos integrales de la Unidad que puedan afectar la misión, el cumplimiento de los objetivos estratégicos y la gestión de los procesos, proyectos y planes institucionales, tomando como referencia las directrices del Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG, la responsabilidad de las líneas de defensa definidas en el Modelo Estándar de Control Interno – MECl, los requerimientos de la Guía para la administración del riesgo de FP, la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, el Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones, la Resolución 3783 de 2021 de la Unidad y las normas GNTC 45:2012, NTC 14001: 2015, NTC 27001: 2013

Mas adelante la metodología enfatiza que:

Este documento (la metodología) adopta los lineamientos de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP vigente, la cual integra las metodologías para la gestión de riesgos impartidos por el DAFP.

Es importante tener presente que en la metodología de riesgos de la entidad se estable que ella se debe aplicar a todos los procesos, dependencias y Direcciones Territoriales de la Unidad para la Atención y Reparación a las víctimas. (subrayado fuera de texto).

A partir del marco normativo y los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública, el Equipo Auditor establece que la gestión para la asistencia tiene el siguiente comportamiento, el cual desde ya se tendrá como una debilidad del sistema de control interno.

Examinado el mapa de riesgos institucional, publicado en la página web de la UARIV el 31 de enero de 2023, se evidencia que la Unidad tiene identificados seis (6) riesgos de tipo administrativo o de gestión, para el proceso auditado.

Si bien la presencia de esta batería de riesgo permite dar cumplimiento a lo estipulado en el marco normativo para efectos del sistema de control interno, por cuanto la Ley 87 de 1993, en el literal a) del artículo 2° dispone:

Objetivos del sistema de Control Interno. Atendiendo los principios constitucionales que debe caracterizar la administración pública, el diseño y el desarrollo del Sistema de Control Interno se orientará al logro de los siguientes objetivos fundamentales:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 25 de 58

- a. Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten;
- f. Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos;

El equipo Auditor recomienda realizar un ejercicio más estricto a la identificación de la batería de riesgos que pueden llegar a afectar el logro de los objetivos, dado que los identificados y tratados se refieren a la posibilidad de pérdida económica y reputacional, cuando en el escenario de riesgos se encuentran acciones no necesariamente relacionadas con estas dos variables. Un ejemplo puede ser el hecho del príncipe, dada la versatilidad normativa que el Gobierno Nacional expide en relación con la asistencia humanitaria, quedarse sin aplicar una situación normativa advenediza puede general un siniestro no advertido.

5.3 Debilidad del Sistema de Control Interno en la Ejecución del Plan de Acción 2022 de la del proceso de Gestión para Asistencia.

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el nivel de avance y ejecución del modelo de indicadores del plan de acción definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales b), c), d), e), g) y h) que la administración de los indicadores propende por:

- b) Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional;
- c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad;
- d) Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional;
- e) Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros;
- g) Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación;
- y h) Velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características.

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 26 de 58

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

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

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

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

Lo anterior está dentro del ámbito de aplicación de lo dispuesto en la Ley 152 de 1994 artículo 26 que determina: Planes de acción. Con base en el Plan Nacional de Desarrollo aprobado cada uno de los organismos públicos de todo orden a los que se aplica esta Ley preparará su correspondiente plan de acción. En la elaboración del plan de acción y en la programación del gasto se tendrán en cuenta los principios a que se refiere el artículo 3° de la presente Ley, así como las disposiciones constitucionales y legales pertinentes.

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

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

En lo que respecta al Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, se determina que: A nivel institucional, es fundamental efectuar el seguimiento periódico a todos planes que se implementan en la

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 27 de 58

entidad tales como el plan de acción, el PAAC, el PAA, entre otros, así como evaluar los resultados que se dan en materia de ejecución presupuestal, acorde con las directrices de Min-Hacienda. A nivel sectorial, se debe evaluar el plan estratégico sectorial y las metas asociadas al plan nacional de desarrollo vigente.

De igual manera, en la dimensión 4º evaluación de resultados del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, en los ítems 4.2.1. Seguimiento y evaluación del desempeño institucional se extrae los lineamientos generales para la implementación, indicando que, se debe: “Definir un área o servidor responsable del diseño, implementación y comunicación de los mecanismos de seguimiento y evaluación, revisar y actualizar los indicadores y demás mecanismos de seguimiento y evaluación establecidos en la entidad y por otras autoridades, Evaluar el logro de los resultado, Documentar los resultados de los ejercicios de seguimiento y evaluación”, y el 4.2.2. Evaluación de indicadores y metas de gobierno de entidades nacionales.

Adicional a lo anterior, el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP dispone de una “guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión” versión 4, la cual es concordante con el manual del sistema integrado de gestión de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas UARIV, donde se establece los parámetros de la implementación y seguimiento de “la evaluación de la gestión pública, importancia de la medición, conceptualización, tipología de los indicadores, construcción de los indicadores e interpretación”.

Asimismo, el modelo estándar de control de interno MECI, versión 2014, en el ítem 1.2.4 Indicadores de Gestión, dispone que: “(...) Los Indicadores son mecanismos que permiten controlar el comportamiento de factores críticos en la ejecución de los planes, programas, proyectos y de los procesos de la entidad (...)”.

Dado este marco normativo, se tiene claro que en la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas por mandato legal existe una multiplicidad de planes que se deben cumplir y, por lo tanto, deben ser objeto de evaluación del sistema de Control Interno. Frente a esta gama amplia de planes, se selecciona el plan de acción de la entidad construido con la participación de los responsables de las áreas y procesos como herramienta de gestión objeto de evaluación. La información base de los análisis es la aportada directamente por los citados responsables y almacenada en aplicativo SISGESTION 2.0.

Por consiguiente, el equipo auditor selecciona el Proceso Gestión para la Asistencia, representados por la Dirección de Gestión de Gestión Social y Humanitaria DGSH y la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria SAAH. De acuerdo con lo anterior, se aplica la herramienta Verificación Plan de Acción, teniendo en cuenta los cuatro (4) reportes trimestrales registrados en el aplicativo SISGESTION 2.0 con corte a 31 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre de 2022.

Una vez se haya efectuado el diligenciamiento de la citada herramienta con base en la información reportada en SISGESTION 2.0 por parte de la Dirección de Gestión de Gestión Social y

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 28 de 58

Humanitaria DGSH y la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria SAAH, el equipo auditor determina el nivel porcentual de avance y ejecución obtenido de acuerdo con la meta programada en cada periodo objeto de análisis.

En consecuencia, de todo lo anteriormente explicado, el Equipo Auditor parte del criterio institucional dado por la Oficina Asesora de Planeación OAP en el sentido de que las metas se deben lograr en su totalidad, tal como están pactadas en el plan de acción. Para el efecto elabora y aplica un papel de trabajo que toma la información de manera directa del aplicativo SISGESTION 2.0, el que a su vez es alimentado (mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral, semestral o anual) a través de reportes efectuados por cada responsable de las acciones y actividades de acuerdo con el periodo de tiempo establecido en cada meta programada para cada vigencia.

La Oficina Asesora de Planeación OAP dentro de su fuero, ámbito normativo y operativo estudia el comportamiento de las metas pactadas con la Dirección de Gestión de Gestión Social y Humanitaria DGSH y la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria SAAH mediante su propio instrumento. Los resultados de esta evaluación se deben entender dentro de los lineamientos estratégicos institucionales. En este escenario, la metodología utilizada por la OAP es de análisis de comportamiento acumulado temporal, es decir, examina el quantum acumulado de la variable en un tiempo único específico. Por su parte, la Oficina de Control Interno OCI realiza un examen disímil al comportamiento del reporte de las metas pactadas para el periodo establecido en el alcance de la auditoría. En este sentido, el análisis es diferente y tiene una razonabilidad distinta a la aplicada por la OAP. Aquí, la metodología de análisis corresponde al comportamiento multipunto de variable pre acumulada en diversos tiempos relacionada con la movilidad de cada variable en los segmentos de tiempo de reporte.

La Oficina de Control Interno efectúa el análisis del comportamiento de cada uno de los reportes para cada una de las variables. En este escenario se tiene que, la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria cuenta con un total de doce (12) actividades en el Plan de Acción 2022. Donde se observa que, para el primer semestre de 2022 aplica reporte de avance en la totalidad de las actividades programadas para la vigencia. Por consiguiente, la muestra de trabajo es de doce (12) actividades que corresponden al 100% de la población (Aclarando que, 1 actividad identificada con el código 201, inicia su reporte en junio de 2022).

Estado óptimo (100%): Las actividades reportadas en los dos periodos (marzo y junio) del primer semestre, y que en ambos tiene el valor planeado, es decir se cumple lo planeado es de cero (0) actividad de las 12 posibles, lo que equivale al 0,00% de la muestra.

Estado crítico (menor del 60%): Las actividades reportadas en los dos periodos (marzo y junio) del primer semestre, y que en ambos tiene un menor valor a lo planeado, es decir no se cumple lo

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 29 de 58

planeado es de una (1) actividad de las doce (12) posibles, lo que equivale al 8,33% de la muestra. Cabe aclarar que, esta actividad presentó estado crítico en el reporte de marzo con un porcentaje del 51%, en junio registra un incremento del 78%.

Estado superlativo (Mayor al 100%): Las actividades reportadas en los dos periodos (marzo y junio) del primer semestre, y que en ambos tiene un mayor valor a lo planeado, es decir se excede a lo planeado, es de 7 de las 12 posibles, lo que equivale al 58,33% de la muestra.

Estado Medio (entre el 60% y 99%): Las actividades reportadas en los dos periodos (marzo y junio) del primer semestre, y que en ambos no cumple con lo planeado, pero si hay reporte de avance significativo de las actividades, es de 4 de las 12 posibles, lo que equivale al 33,33% de la muestra. Es de anotar que, la actividad identificada con el código 201, inicia su reporte en junio de 2022, con un porcentaje de avance del 86%, razón por la cual se ubicada dentro del estado medio.

En lo que atañe a los dos periodos correspondientes al segundo semestre de 2022 (septiembre y diciembre), el tercer trimestre mantiene el reporte de avance similar al del corte del primer semestre de 2022, es decir, no presenta actividad eliminada y la muestra de trabajo es del 100% de la población (12 actividades). Asimismo, persiste la constante presentada en los estados: óptimo, crítico, superlativo y medio.

Para el último trimestre de 2022, el comportamiento de ejecución de las doce (12) actividades de la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria programadas para la vigencia 2022, presentan el nivel de cumplimiento que se relaciona a continuación:

Seis (6) presentan estado superlativo, equivalente al 50%.

Seis (6) registran estado medio, equivalente al 50%.

Como soporte de lo anterior, a continuación, se anexa matriz de seguimiento al reporte trimestral del plan de acción 2022 de la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria:



Unidad para las Víctimas

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

Código: 150,19,15-8

PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

Versión: 08

PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO

Fecha: 25/10/2022

Página 30 de 58

SUBDIRECCIÓN DE ASISTENCIA Y ATENCIÓN HUMANITARIA	1. Tramitar solicitudes en jornadas de atención móvil de orientación y comunicación a las víctimas (Cód. 197)												2. Tramitar solicitudes a través del canal telefónico virtual de la Unidad (Cód. 198)				3. Tramitar solicitudes a través de centros regionales y puntos de atención en donde la Unidad hace presencia (Cód.199)				4. Atender las solicitudes de la población por el canal escrito (Cód. 200)				5. Hogares víctimas de desplazamiento forzado incluidos en el RUI con autoconocimiento NAPP y carencias en subsistencia mínima que reciben atención humanitaria (Cód. 201)				6. Entregar la ayuda humanitaria a las víctimas de hechos diferentes al desplazamiento forzado (Cód. 219)			
	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance								
	Reporte	Meta	Avance	2022	Reporte	Meta	Avance	2022	Reporte	Meta	Avance	2022	Reporte	Meta	Avance	2022	Reporte	Meta	Avance	2022	Reporte	Meta	Avance	2021	Reporte	Meta	Avance	2022				
1 Enero																																
2 Febrero	39528	12000	329.4	329%	1829657	780161	240.09	241%	1251420	1232457	101.54	102%	18%	182484	180555	119.89	120%	17%														
3 Marzo	61823	17000	363.06	364%	2812241	959443	281.38	281%	1989530	1638445	121.38	121%	29%	263607	199111	142.44	142%	26%					59.41	90	66.011	66%	17%					
4 Abril	82980	34968	237.3	237%	3547931	1204468	294.56	295%	42%	2420581	1997412	121.19	121%	36%	380402	287389	134.79	135%	33%					59.41	90	66.011	66%	17%				
5 Mayo	107811	52836	203.60	204%	4342871	1666434	260.61	261%	51%	3012148	2381551	126.48	126%	44%	416350	336687	123.67	124%	38%													
6 Junio	139479	61358	227.32	227%	5200761	2138879	243.18	243%	61%	3588817	2765710	129.9	130%	52%	472292	407944	115.77	116%	43%	86.09	100	86.09	86%	86%	124.27	180	69.039	69%	35%			
7 Julio	178027	69780	256.13	256%	5878869	2528702	236.44	236%	70%	4200989	3257858	128.94	129%	61%	525358	476221	110.32	110%	48%	86.09	100	86.09	86%	86%	124.27	180	69.039	69%	35%			
8 Agosto	208852	78202	267.07	267%	6871770	2929003	234.61	235%	81%	4891710	3650006	134.02	134%	71%	567851	545488	104.06	104%	51%	86.09	100	86.09	86%	86%	124.27	180	69.039	69%	35%			
9 Septiembre	241868	124561	154.18	154%	7811729	4321762	180.75	181%	92%	5605495	4458802	125.72	126%	81%	724009	684885	105.7	106%	66%	86.09	100	86.09	86%	86%	206.41	270	177.559	78%	58%			
10 Octubre	271559	178620	158.88	159%	8694922	5714501	152.16	152%	102%	6262889	5267198	118.9	119%	91%	824316	822756	100.19	100%	75%	86.09	100	86.09	86%	86%	206.41	270	177.559	78%	58%			
11 Noviembre	284894	217280	135.75	136%	9605375	7107260	135.15	135%	113%	6885382	6075794	113.32	113%	100%	847508	1003034	94.454	94%	86%	86.09	100	86.09	86%	86%	206.41	270	177.559	78%	58%			
12 Diciembre	299605	263640	113.25	113%	10485621	8500000	123.30	123%	123%	7449987	6884389	108.22	108%	108%	1027932	1103034	93.115	93%	93%	97.02	100	97.02	97%	97%	288.18	360	80.05	80%	80%			

	7. Otorgar atención humanitaria a hogares víctimas de desplazamiento forzado con carencias en subsistencia mínima, que no cumplen criterios del primer año (Cód.222)				8. Otorgar atención humanitaria a los hogares víctimas de desplazamiento forzado que cumplen criterios del primer año (Cód.223)				9. Otorgar atención humanitaria a hogares víctimas de desplazamiento forzado pertenecientes a las comunidades étnicas de acuerdo con la identificación de carencias en subsistencia mínima (Cód. 224)				10. Aumentar la capacidad de las estrategias virtuales de los servicios de orientación e información, con el fin de que la población pueda acceder a la oferta. (Cód. 225)				11. Realizar las entregas de atención humanitaria a las víctimas de desplazamiento forzado en el territorio nacional (Cód. 382)				12. Tramitar solicitudes a través de los diferentes canales de orientación y comunicación con los que cuenta la Unidad (Cód. 383)								
	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance									
	Reporte	Meta	Avance	2022	Reporte	Meta	Avance	2022	Reporte	Meta	Avance	2022	Reporte	Meta	Avance	2022	Reporte	Meta	Avance	2022	Reporte	Meta	Avance	2022					
																	32550	15306	212.862	213%	9%	1555112	918484	170.41	170%	9%			
84.14	90	93.488	93%	23%	45.63	90	50.7	13%	85.74	90	95.287	95%	24%	331809	207900	159.6	150%	40%	176777	110971	159.3	159%	49%	3313089	2165172	155.02	153%	20%	
84.14	90	93.489	93%	23%	45.63	90	50.7	0%	13%	85.74	90	95.287	95%	24%	331809	207900	159.6	150%	40%	201009	122451	164.155	164%	55%	6411884	3495753	163.42	163%	38%
84.14	90	93.489	93%	23%	45.63	90	50.7	0%	13%	85.74	90	95.287	95%	24%	331809	207900	159.6	150%	40%	218178	166457	131.072	131%	60%	7907082	4421657	178.83	179%	47%
166.41	180	92.45	92%	46%	141.25	180	78.472	73%	39%	171.38	180	95.211	95%	48%	670784	415800	161.32	161%	81%	245310	197070	124.988	125%	68%	6430259	5358628	175.54	175%	56%
166.41	180	92.45	91%	46%	141.25	180	78.472	106%	39%	171.38	180	95.211	95%	48%	670784	415800	161.32	161%	81%	274094	231510	118.364	118%	75%	10910863	8322776	172.56	173%	65%
166.41	180	92.45	91%	46%	141.25	180	78.472	106%	39%	171.38	180	95.211	95%	48%	670784	415800	161.32	161%	81%	308675	292738	164.782	165%	84%	12657863	7196002	174.05	175%	75%
252.44	270	93.496	93%	70%	239.87	270	88.841	89%	67%	259.94	270	96.274	96%	72%	1050092	623700	168.38	168%	126%	327368	308042	196.274	197%	90%	14411011	9584871	150.38	150%	86%
252.44	270	93.496	93%	70%	239.87	270	88.841	89%	67%	259.94	270	96.274	96%	72%	1050092	623700	168.38	168%	126%	333218	328791	191.345	191%	91%	16081869	11972023	134.33	134%	86%
252.44	270	93.496	93%	70%	239.87	270	88.841	89%	67%	259.94	270	96.274	96%	72%	1050092	623700	168.38	168%	126%	368504	348640	195.425	195%	101%	17781422	14401682	123.30	123%	106%
345.54	360	96.094	96%	96%	338.54	360	94.067	94%	94%	355.03	360	98.887	99%	99%	1408748	831901	169.4	169%	169%	377114	364290	103.52	104%	104%	19290962	16751063	115.16	115%	115%

Como se puede observar, este análisis examina el movimiento de los reportes y variables en los tiempos para establecer el comportamiento general de las actividades asociadas al plan de acción. Teniendo como horizonte el criterio que todo lo planeado se debe cumplir dentro del periodo pactado y en las cantidades asignadas; las actividades que no cumplen completamente el mandato de la Oficina Asesora de Planeación (ya sea inferior o superior de lo programado) son desviaciones que deben ser estudiadas por la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria del Proceso de Gestión para la Asistencia, para ello cuentan con la facultad de solicitar la modificación (debidamente justificada) mediante las actas correspondientes, la cual es analizada por la OAP para su aprobación.

Debido a lo anterior, se colige que, hay debilidad del sistema de control por incumplimiento de lo planeado frente a lo ejecutado en el plan de acción. El equipo auditor examina el comportamiento de los reportes de avance y ejecución de las metas del plan de acción 2022 asignadas a la

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 31 de 58

Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria del Proceso de Gestión para la Asistencia. Teniendo como parámetro de evaluación que tanto los reportes de avance como de ejecución deben corresponder al 100% de lo planeado.

Por consiguiente, se tiene que para el primer trimestre de 2022 el parámetro en mención no se cumple en 11 de las 11 metas programadas (lo que corresponde al 100% de indicadores a 31 de marzo de 2021), toda vez que en siete (7) actividades presenta un porcentaje de avance superior al proyectado (121%, 142%, 159%, 160%, 180%, 281% y 364%), entretanto que las cuatro (4) restantes muestran avances inferiores (51%, 66%, 93% y 95%). De igual manera (incluyendo 1 actividad más, identificada con el código 201), se presenta una situación similar en el segundo, tercer y cuarto trimestre, así:

Segundo trimestre: de 12 actividades, 7 presentan porcentaje de avance superior (116%, 125%, 130%, 161%, 176%, 227% y 243), equivalente al 58% del total de indicadores y 5 muestran avance inferior (69%, 86%, 78%, 92% y 95%), lo que equivale al 42% restante.

Tercer trimestre: de 12 actividades, 7 registran porcentaje de avance superior (126%, 150%, 168%, 181%, 194% y 2 con el 106%) y 5 inferiores (78%, 86%, 89%, 93% y 96%). Cabe anotar que, los porcentajes de avance para ambos casos es igual al obtenido en el segundo trimestre.

Cuarto trimestre: de 12 actividades, 6 muestran porcentaje de avance superior (104%, 108%, 113%, 115%, 123% y 169%) y 6 inferior (80%, 93%, 94%, 96%, 97% y 99%), equivalente al 50% del total de indicadores en cada caso.

Cabe aclarar que, a pesar de que once (11) de las doce (12) actividades se encuentran en nivel satisfactorio de ejecución vigencia 2022, seis (6) de estas se encuentran por encima de la meta ideal y cinco (5) por debajo, sin incluir el indicador denominado “Entregar la ayuda humanitaria a las víctimas de hechos diferentes al desplazamiento forzado (Cód. 219)”, el cual presenta un porcentaje de cumplimiento aceptable del 80%.

Debilidad No. 2

Hay evidencia de debilidad en la gestión de la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria del proceso Gestión para la Asistencia referente al avance y ejecución del total de actividades (indicadores), programadas en su plan de acción para la vigencia 2022. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2° literales b) y d), 4° literal c), i) y j) y 6° de la Ley 87 de 1993 y la Ley 152 de 1994 artículo 3° literal k). Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 4.1. El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de conocimiento en la planeación apropiada de la programación de las metas a determinar en cada actividad

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 32 de 58

(indicador), teniendo como referencia una línea base tomada de los resultados obtenidos en las vigencias anteriores, que permita la realización adecuada en el diseño y seguimiento de tableros de control que fortalezca el conocimiento en modelos de control gerencial. Lo anterior aumenta el riesgo en el incumplimiento de los objetivos institucionales.

Dirección de Gestión Social y Humanitaria.

La Oficina de Control Interno examina el comportamiento de cada uno de los reportes para cada una de las variables. En este contexto se tiene que, la Dirección de Gestión Social y Humanitaria tiene inscrito un total de tres (3) actividades en el Plan de Acción 2022. Asimismo, para el primer semestre de 2022 aplica reporte de avance en la totalidad de las actividades programadas para la vigencia en mención. Por consiguiente, la muestra de trabajo corresponde al 100% de la población (Cabe aclarar que, 1 actividad identificada con el código 485, inicia su reporte en junio de 2022). A continuación, se describe el estado que registra las actividades a 30 de junio de 2022:

Estado óptimo (100%): Las actividades reportadas en los dos periodos (marzo y junio) del primer semestre, y que en ambos tiene el valor planeado, es decir se cumple lo planeado es de una (1) actividad de las 3 posibles, lo que equivale al 33.33% de la muestra.

Estado crítico (menor del 60%): Las actividades reportadas en los dos periodos (marzo y junio) del primer semestre, y que en ambos tiene un menor valor a lo planeado, es decir no se cumple lo planeado es de una (1) actividad de las tres (3) posibles, lo que equivale al 33,33% de la muestra. Cabe aclarar que, esta actividad presentó estado crítico en el reporte de junio con un porcentaje del 50%, toda vez que su fecha de inicio se programó en el segundo semestre de 2023.

Estado superlativo (Mayor al 100%): Las actividades reportadas en los dos periodos (marzo y junio) del primer semestre, y que en ambos tiene un mayor valor a lo planeado, es decir se excede a lo planeado, es de 1 de las 3 posibles, lo que equivale al 33,33% de la muestra.

Estado Medio (entre el 60% y 99%): Las actividades reportadas en los dos periodos (marzo y junio) del primer semestre, y que en ambos no cumplen con lo planeado, pero si hay reporte de avance significativo de las actividades, es de 0 de las 3 posibles, lo que equivale al 00,0% de la muestra.

En lo que concierne a los dos periodos del segundo semestre de 2022 (septiembre y diciembre), en el tercer trimestre se mantiene el reporte de avance igual al del primer semestre de 2022, es decir, no presenta actividad eliminada y la muestra de trabajo es del 100% de la población (3 actividades). Igualmente, continúa la constante presentada en los estados: óptimo, crítico, superlativo y medio.



En el último trimestre de 2022, el comportamiento de ejecución de las tres (3) actividades inscritas en el plan de acción de la Dirección de Asistencia y Atención Humanitaria programadas para el año 2022, no presenta ninguna variación con respecto a los avances registrados en los tres (3) trimestres anteriores. Como evidencia de lo explicado, se describe el nivel de cumplimiento obtenido a diciembre 31 de 2022, así:

Uno (1) presenta estado óptimo del 100%, equivalente al 33.33% del total de indicadores.

Uno (1) registra estado superlativo del 111%, equivalente al 33.33%.

Uno (1) muestra estado crítico del 50%, equivalente al 33.33%.

Como soporte de lo anterior, se anexa matriz de seguimiento al reporte trimestral del plan de acción 2022 de la Dirección de Gestión Social y Humanitaria, así:

DIRECCIÓN GESTIÓN SOCIAL Y HUMANITARIA	INDICADORES DIRECCIÓN GESTIÓN SOCIAL Y HUMANITARIA														
	1. Implementación y seguimiento al plan de fortalecimiento de enfoque diferencial y de género (Cód. 391)					2. Proyectar actos administrativos que reconocen o no el pago de la atención humanitaria. (Cód. 392)					3. Tramitar la liquidación de los contratos y/o convenios a cargo del área o Dirección Territorial dando cumplimiento a la normatividad legal vigente. (Cód. 485)				
	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2022	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2022	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2022
	Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance		
1 Enero	100	100	100	100%	8%	63725	40000	159,31	159%	14%					
2 Febrero	200	200	100	100%	17%	109285	70000	156,12	156%	23%					
3 Marzo	300	300	100	100%	25%	149617	90000	166,24	166%	32%					
4 Abril	400	400	100	100%	33%	186249	120000	155,21	155%	40%					
5 Mayo	500	500	100	100%	42%	228284	155000	147,28	147%	49%					
6 Junio	600	600	100	100%	50%	249512	190000	131,32	131%	53%	50	100	50	50%	25%
7 Julio	700	700	100	100%	58%	301655	226385	133,25	133%	65%	50	100	50	50%	25%
8 Agosto	800	800	100	100%	67%	341845	262770	130,09	130%	73%	50	100	50	50%	25%
9 Septiembre	900	900	100	100%	75%	377104	295872	127,46	128%	81%	50	100	50	50%	25%
10 Octubre	1000	1000	100	100%	83%	420583	332258	126,58	127%	90%	50	100	50	50%	25%
11 Noviembre	1100	1100	100	100%	92%	492037	441928	111,34	111%	105%	50	100	50	50%	25%
12 Diciembre	1200	1200	100	100%	100%	520420	466928	111,46	111%	111%	100	200	50	50%	50%

Debilidad No. 3

Hay evidencia de debilidad en la gestión de la Dirección de Gestión Social y Humanitaria del proceso Gestión para la Asistencia, en lo concerniente al avance y ejecución del total de actividades (indicadores), programadas en su plan de acción para la vigencia 2022. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2° literales b) y d), 4° literal c), i) y j) y 6° de la Ley 87 de 1993 y la Ley 152 de 1994 artículo 3° literal k). Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 4.1. El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de conocimiento en la planeación apropiada de la programación de las metas a establecer en cada actividad (indicador), teniendo como referencia una línea base tomada de los resultados obtenidos en las vigencias anteriores, que permita la realización adecuada en el diseño y seguimiento de tableros de control que fortalezca el conocimiento en modelos de control gerencial. Lo anterior aumenta el riesgo en el incumplimiento de los objetivos institucionales.

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 34 de 58

En relación con las debilidades 2 y 3 se les comunica a los doctores Luis Jose Azcarate Garcia luis.azcarate@unidadvictimas.gov.co y Angela Maria Lascarro Quinto angela.lascarro@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditados mediante correo electrónico del martes 23 de mayo de 2023 a las 2:27:03 p. m., suscrito por la jefatura del a Oficina de Control Interno. Se le da al auditado un plazo de tres días hábiles para aportar sus comentarios y evidencias.

Mediante correo electrónico del martes 30 de mayo de 2023 a las 10:35 a. m., el doctor Luis Jose Azcarate Garcia luis.azcarate@unidadvictimas.gov.co responde que:

Con relación a la debilidad identificada por el equipó auditor respecto de la gestión de la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria del proceso Gestión para la Asistencia referente al avance y ejecución del total de indicadores programados en el plan de acción para la vigencia 2022, es importante que se tenga en cuenta para la aplicación de la metodología que (6) de los (12) indicadores referenciados responden la gestión del proceso de “Relación con el Ciudadano”, es decir, en el proceso de aplicación de la metodología y de análisis se deben considerar los (6) indicadores asociados al proceso de gestión para la asistencia motivo de esta auditoría. Adicionalmente, es preciso considerar como factor determinante en la avaluación el origen de los indicadores referenciados, toda vez que los mismos responden a: i) proyectos de inversión, ii) CONPES 4031 y Plan Nacional de Desarrollo, y cuya definición de metas no respondió a una propuesta exclusiva de la Entidad sino parte de un proceso de elaboración conjunta con el DNP y DPS, lo que no permite modificación alguna y solo procede justificación respecto a su incumplimiento o cumplimiento superior al proyectado.

Así las cosas, nos permitimos referenciar en detalle la información:

- Seis (6) de las actividades reportadas en el plan de acción, hacen parte de la gestión del proceso de “Relación con el Ciudadano”, proceso que no es objeto de auditoria actual, toda vez que la Oficina de Control Interno expresamente ha señalado que el proceso auditado es el de Gestión para la Asistencia.
- Cuatro (4) actividades del plan de acción del “Proceso Gestión para la Asistencia” corresponden a indicadores establecidos en CONPES 4031 de 2021 – como máxima autoridad nacional de planeación- que en su construcción y definición exige una metodología participativa; razón por la cual no es viable la modificación, situación ratificada por la OAP.
- Una (1) actividad del plan de acción del “Proceso Gestión para la Asistencia” corresponde al Plan Nacional de Desarrollo PND, la cual tampoco es viable modificar como es planteado por la Oficina de Control Interno OCI por su rango normativo y toda vez que hace parte de concertaciones que se realizaron en mesas de trabajo y responden a ejercicios de participación de las víctimas o sus representantes y las entidades del sector que hacen posible la planeación de la política pública.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 35 de 58

- Una actividad responde a proyecto de inversión, y en el cual se evidencia un cumplimiento del 101% debido a que el indicador esta dado en número de giros y al identificar que el presupuesto asociado permitía la colocación de 4.207 giros más y ello garantizaba el derecho de las victimas a recibir la atención humanitaria, efectuándose la colocación de estos recursos. Lo anterior, no puede anticiparse de manera inflexible en virtud que el monto de los recursos de los giros por concepto de atención humanitaria responde a las carencias identificadas producto del trámite de las solicitudes allegadas y las dinámicas propias del conflicto armado interno.

Así las cosas, la sugerencia planteada por la oficina de control interno, respecto al procedimiento de ajustes de indicadores definido por la OAP no es dable en el estricto sentido de la auditoria, toda vez que la acción de modificación no depende exclusivamente de la Entidad, ni de alguna de las áreas del proceso de gestión para la asistencia y más, cuando en uno de los casos se procede en garantía del derecho de las víctimas de desplazamiento forzado.

3. Debilidad Dirección de Gestión Social y Humanitaria.

Respecto de la debilidad en la gestión de la Dirección de Gestión Social y Humanitaria del proceso Gestión para la Asistencia, en lo concerniente al avance y ejecución del total de actividades (indicadores), programadas en su plan de acción para la vigencia 2022, específicamente en el indicador asociado a liquidación de contratos o convenios a cargo del área con un cumplimiento inferior al 100%, es de gran relevancia manifestar que, conforme a lo estipulado en el aplicativo SISGESTIÓN para este indicador, la unidad de medida es porcentual tranzándose para el primer semestre el 50% (junio mes de corte) y segundo semestre el 50% (diciembre mes de corte) sumatoria anual del 100%.

Sin embargo, se evidencia que en el aplicativo se presenta una inconsistencia que afecta el resultado frente al cumplimiento del área, toda vez que a pesar de tener como unidad de medida el carácter porcentual, se incluye tanto en el numerador como en el denominador el dato de 200, lo que implica como meta un cumplimiento del 200% que a todas luces evidencia una inconsistencia, que adicionalmente puede ser soportado en el reporte del cuarto trimestre del plan de acción 2022 publicado en la página de la Entidad donde en la descripción del indicador 485 aprobada por la Oficina Asesora de Planeación referencia: “Para la Dirección de Gestión Social y Humanitaria se tiene una base total de liquidaciones a 30 de noviembre de 2022 de 2 liquidaciones de contratos y/o convenios, 0 liquidaciones efectivas, 2 memorandos radicados, para un total de avance del liquidador de 2, correspondiente a un 100.0 %.

Nota: durante el último periodo se encontraba pendiente (1) liquidación de las (2) que tenía como responsabilidad la DGSH durante el año 2022 adjunto memorando” (se adjunta reporte plan de acción publicado)

En este sentido, se concluye que en efecto el área logró el cumplimiento de lo establecido (se adjuntan las evidencias cargadas en SISGESTIÓN) radicando ante el Grupo de Gestión Contractual la

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 36 de 58

documentación correspondiente para la liquidación de Contrato Convenio de Asociación No. 821 de 2020 y Contrato Interadministrativo No. 2294 de 2019, se adjuntan soportes.

A continuación, se incluye imagen del aplicativo SISGESTION donde se evidencia la inconsistencia referenciada.

Información del Indicador	
Código Indicador:	485
Objetivo Estratégico:	Trabajar conjuntamente con las víctimas en el proceso de reparación integral para la reconstrucción y transformación de sus proyectos de vida
Resultado Institucional:	Empoderamiento de las víctimas como ciudadanos autónomos y ejerciendo participación efectiva.
Actividad:	Tramitar la liquidación de los contratos y/o convenios a cargo del área o Dirección Territorial dando cumplimiento a la normatividad legal vigente.
Indicador:	Tramite de liquidaciones de los contratos y/o convenios suscritos por las dependencias del Nivel Nacional y las Direcciones Territoriales acorde a la norm
Origen del Indicador	Gestión Institucional
Proceso:	GESTIÓN CONTRACTUAL
Objetivo del Proceso:	Desarrollar los procesos de planificación, elaboración, ejecución y acciones para la adquisición de bienes y servicios requeridos para el desarrollo y cum
Información de la Hoja de Vida	
Clase de Indicador:	Eficacia
Objetivo SIG	1. Atender, asistir y reparar de manera efectiva a las víctimas del conflicto armado interno.
Soporte:	Memorando radicado de solicitud de liquidación (recibido en el GGC, con VoBo GGFC y VoBo abogado "físico o digital" GGC que apoyo la liquidación) o
Línea base:	0
Meta Anual	100
¿Por demanda?	SI
Unidad de Medida:	Porcentual
Formula:	(Numero de liquidaciones de los contratos y/o convenios a cargo del área o Dirección Territorial Radicadas/Total de Contratos y/o convenios a cargo de
Numerador:	200
Denominador:	200
Fecha Inicio:	01/06/2022

3.1 Dirección de Gestión Social y Humanitaria.

En atención a la solicitud de la Oficina de Control Interno respecto de la necesidad de ampliar los soportes en cuanto al cumplimiento de las funciones "Dirigir las estrategias de prevención de las situaciones de riesgo para la población civil, con el fin de activar una respuesta integral, coordinada y eficaz, en el marco de sus competencias", "Participar en las instancias de coordinación interinstitucional orientadas a la prevención de violaciones a los Derechos Humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario", y "Coordinar la implementación de los planes, programas y proyectos que en materia de ayuda, atención y asistencia humanitaria se adopten en la Unidad a nivel nacional, departamental, distrital y municipal" es necesario manifestar que se adjuntan y amplían las evidencias correspondientes en reafirmación de la gestión desde la Dirección Técnica y donde para el reporte inicial se cumplió con la recomendación dada por el equipo auditor de considerar como suficiente la entrega de al menos (1) evidencia.

En la respuesta del auditado se enuncia en primer termino que de los doce (12) indicadores, la mitad corresponden al procedimiento de relación con el ciudadano y por lo tanto le son ajenos. Al respecto se le informa al auditado que, dado que ese procedimiento hace parte de la dependencia

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 37 de 58

y del proceso matriz, debe responder por los indicadores que el procedimiento reporte, por lo ordenado en la Ley 87 de 1993 en su artículo 3° literal c) y artículo 6°, que respectivamente establecen:

*Artículo 3° Características del Control Interno. Son características del Control Interno las siguientes:
c. En cada área de la organización, el funcionario encargado de dirigirla es responsable por control interno ante su jefe inmediato de acuerdo con los niveles de autoridad establecidos en cada entidad;*

Artículo 6° Responsabilidad del control interno. El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas, será responsabilidad del representante legal o máximo directivo correspondiente. No obstante, la aplicación de los métodos y procedimientos al igual que la calidad, eficiencia y eficacia del control interno, también será de responsabilidad de los jefes de cada una de las distintas dependencias de las entidades y organismos

En relación que los indicadores (metas) son impuestos por entes externos, la afirmación no es de recibo del Equipo Auditor porque la fuente u origen del indicados no puede ser excusa para no cumplirlo o lograrlo. Si una entidad adscribe una meta a otra, lo hace en el marco de sus competencias y en ese mismo escenario se debe cumplir el mandato dado, máxime cuando estas metas están dentro de instrumentos de política pública nacional.

Frente a este tipo de indicadores, le corresponde a la dependencia y a la Oficina Asesora de Planeación determinar conjuntamente la manera de lograr los indicadores institucionales, no se puede aceptar como excusa que es imposible la modificación, dado que la Oficina de Control Interno no señala que los cambien sino ajusten el quehacer diario del proceso para lograr los indicadores impuestos por las autoridades competentes. Es necesario que, en este sentido, el líder del proceso como autoridad interna de control interno tome las acciones pertinentes a fin de lograr el indicador.

En relación con el indicador de liquidación contractual, el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno no acepta el hecho de haberse cumplido con solo dejar radicado en el grupo de Gestión Contractual las liquidaciones propuestas. Es de conocimiento general que la responsabilidad de quienes son supervisores de contratos en aquellas modalidades que requieren el cierre contractual denominado liquidación, solo cumplen su función hasta tener el acta de liquidación firmada por las partes, o firmada por la entidad en el caso excepcional. Por lo anterior un memorando de radicación en términos legales no implica el logro de la liquidación misma y, por lo tanto, la debilidad esta llamada a mantenerse.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 38 de 58

5.5 DEBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO A LA GESTIÓN FUNCIONAL-LEGAL

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el cumplimiento de las funciones de la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria contenidas en los artículos 18 y 20 del Decreto 4802 de 2011 cuyo proceso bajo el sistema de gestión es “Determinar la entrega o no de la atención y ayuda humanitaria a las víctimas del conflicto armado en Colombia, incluidos en el RUV, a través de la identificación de necesidades, capacidades y/o afectaciones en cumplimiento de los requisitos legales durante la vigencia de la ley”. La finalidad del papel de trabajo es establecer que todas y cada una de las funciones son atendidas en la gestión institucional a nivel de la jurisdicción que le corresponde.

El cruce de la información permite evidenciar que los métodos o actuaciones funcionales de los servidores del proceso corresponden con los dispuestos en el ordenamiento legal. Cualquier incumplimiento se tiene como una debilidad del Sistema de Control Interno.

El Equipo Auditor durante la auditoria solicita las evidencias pertinentes y conducentes que demuestren el cabal cumplimiento de las funciones dispuestas en el Decreto 4802 de 2011 para la Dirección de Gestión Social y Humanitaria y la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria. En dicha oportunidad los servidores encargados de atender la auditoría entregan las evidencias en la herramienta de Office 365 (SharePoint) creado por el Equipo Auditor, las cuales deben ser consecuentes con lo diligenciado por el proceso auditado en la herramienta denominada “funciones vs procesos” que una vez evaluada con los criterios de auditoría generalmente aceptados se evidencia que no se están cumpliendo las siguientes funciones establecidas por el decreto que estructura la Unidad de Víctimas:

Dirección de Gestión Social y Humanitaria.

Según lo dispuesto en el Capítulo II, Artículo 18. Numeral 6 del Decreto 4802 de 2011 y haciendo referencia a las directrices que permiten prevenir las situaciones de riesgos la población civil, a la Dirección de Gestión Social y humanitaria (DGSH), es quien debe concertar u coordinar con los entes gubernamentales los planes y programas con las directrices que apunten a la prevención de este flagelo, “Dirigir las estrategias de prevención de las situaciones de riesgo para la población civil, con el fin de activar una respuesta integral, coordinada y eficaz, en el marco de sus competencias”. En los documentos aportados no se evidencia dentro de su contenido la implementación de lo dictado por la ley 1448 de 2011 y el decreto mencionado anteriormente.

La Oficina de Control Interno propone a la DGSH se recopilen los soportes necesarios (actas, acuerdos Directrices, protocolos, manuales y comunicaciones electrónicas) de la implementación para cada una de las acciones tomadas para la mitigación de las situaciones de riesgos.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 39 de 58

Verificando el artículo 18. numeral 7 del Decreto 4802 de 2011 el cual establece: “Participar en las instancias de coordinación interinstitucional orientadas a la prevención de violaciones a los Derechos Humanos e Infracciones al Derecho Internacional Humanitario”. Se observa que en los documentos aportados solo demuestran evidencia a partir del mes de septiembre de 2022 evidenciando una baja ejecución de la función. La Oficina de Control Interno propone a la DGSH se recopilen los soportes necesarios (actas, acuerdos Directrices, protocolos, manuales y comunicaciones electrónicas) de la implementación para cada una de las acciones tomadas para la mitigación de las situaciones de riesgos.

Así mismo, al indagar por la evidencia que sustente la aplicación del artículo 18 numeral 8 del Decreto 4802 de 2011 el cual dispone: “Coordinar la implementación de los planes, programas y proyectos que en materia de ayuda, atención y asistencia humanitaria se adopten en la Unidad a nivel nacional, departamental, distrital y municipal” se observa que la documentación aportada no corresponde a la realización o ejecución de la función, por la tanto, la coordinación fijada no se sustenta documentalmente.

La Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria:

De acuerdo con el Decreto 4802 del 2011 artículo 20 numeral 4, la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria, le corresponde: “Implementar los esquemas especiales de acompañamiento y seguimiento a los hogares víctimas y contribuir su inclusión en los distintos programas sociales que desarrolle el Gobierno Nacional”. Función que no cumple sin tener conocimiento de su incumplimiento.

Por lo anterior, el Equipo Auditor considera que el proceso de Gestión para la Asistencia presenta una debilidad del sistema de control interno por cuanto no dan estricto cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993: en su “artículo 1, parágrafo único, el Control Interno se cumplirá mediante la elaboración y aplicación, entre otros, de técnicas de dirección, verificación y evaluación, y manuales de procedimientos “.

De igual manera establece que:

“Artículo 2°. Objetivos del sistema de Control Interno. Atendiendo los principios constitucionales que debe caracterizar la administración pública, el diseño y el desarrollo del Sistema de Control Interno se orientará al logro de los siguientes objetivos fundamentales:

- c. Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad
- d. Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 40 de 58

Lo anterior concordante con el Decreto 1083 de 2015, con relación al sistema de gestión, refiere:

Artículo 2.2.22.1.1 Sistema De Gestión. El Sistema de Gestión, creado en el Artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, que integra los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad, es el conjunto de entidades y organismos del Estado, políticas, normas, recursos e información cuyo objeto es dirigir la gestión pública al mejor desempeño institucional y a la consecución de resultados para la satisfacción de las necesidades y el goce efectivo de los derechos de los ciudadanos en el marco de la legalidad y la integridad.”

Artículo 2.2.23.1. Articulación del Sistema de Gestión con los Sistemas de Control Interno. El Sistema de Control Interno previsto en la Ley 87 de 1993 y en la Ley 489 de 1998, se articulará al Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG, a través de los mecanismos de control y verificación que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades.

Por su parte, la Ley 1952 de 2019 en su artículo 38 numeral 1° establece el deber que le compete a todo servidor público cumplir lo ordenado en las leyes, decretos, entre otras varias disposiciones.

Realizando un análisis holístico de las funcionalidades ejecutadas se tienen este escenario: no se evidencia el cumplimiento de una función que legalmente le establece el marco jurídico rector del tema, aspecto que se enmarca en los lineamientos antes citados y que se constituye en una debilidad del sistema de control interno.

Debilidad No. 4

El no cumplimiento de las funciones asignadas legalmente es una debilidad del sistema de control interno. Lo anterior no está conforme con lo dispuesto en numeral 1° del artículo 19 del Decreto 4802 de 2011, concordante con lo dispuesto en los artículos 122 y 124 de la Constitución Política y Ley 1952 de 2019 en su artículo 38 numeral 1°. Una potencial causa de esta debilidad está dada por la falta de conocimiento normativo. Lo anterior aumenta el riesgo de incumplimiento funcional y por ende de la toma de decisiones.

En relación con la debilidad 4 se les comunica a los doctores Luis Jose Azcarate Garcia luis.azcarate@unidadvictimas.gov.co y Angela Maria Lascarro Quinto angela.lascarro@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditados mediante correo electrónico del martes 23 de mayo de 2023 a las 2:27:03 p. m., suscrito por la jefatura del a Oficina de Control Interno. Se le da al auditado un plazo de tres días hábiles para aportar sus comentarios y evidencias.

Mediante correo electrónico del martes 30 de mayo de 2023 a las 10:35 a. m., el doctor Luis Jose Azcarate Garcia luis.azcarate@unidadvictimas.gov.co responde que:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 41 de 58

Con relación a la debilidad identificada por el equipo auditor respecto del no cumplimiento de la función “Implementar los esquemas especiales de acompañamiento y seguimiento a los hogares víctimas y contribuir su inclusión en los distintos programas sociales que desarrolle el Gobierno Nacional”, función a cargo de la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria, es preciso confirmar que desde la Dirección de Gestión Social Humanitaria y la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria no se evidencia incumplimiento institucional de la inclusión de los hogares víctimas en los distintos programas sociales y tampoco desconocimiento de la SAAH frente a la gestión que adelanta la entidad, toda vez que tal y como está establecido en la Resolución No. 2200 de 2018 “Por medio de la cual se adoptan los criterios técnicos de evaluación de la superación de la situación de vulnerabilidad de las víctimas de desplazamiento forzado y se deroga la Resolución No. 01126 de 2015” define “el índice global de restablecimiento social y económico como mecanismo de focalización y priorización de la oferta destinada a garantizar la superación de la situación de vulnerabilidad, así como un mecanismo para verificar los avances de la política en esta materia”; lo anterior, liderado por la Dirección de Gestión Interinstitucional -DGI-. En este sentido, materialmente se contribuye con la inclusión de los hogares víctimas en los distintos programas sociales del gobierno nacional, ahora bien, es la SAAH quien contribuye con la información relacionada con derecho a la Subsistencia mínima en alimentación y alojamiento temporal de los hogares incluidos en el RUV por desplazamiento forzado, para la medición de Superación de Situación de Vulnerabilidad – SSV.

Adicionalmente, es preciso tener en cuenta, que en desarrollo del “artículo 172 de la Ley 1448 de 2011 señala que la Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas deberá diseñar una estrategia, con base en los principios de coordinación, concurrencia y subsidiariedad, para articular la oferta pública de políticas nacionales, departamentales, distritales y municipales, en materia de ayuda humanitaria, atención, asistencia y reparación integral a las víctimas conflicto armado interno”; se expidió el lineamiento para articular la oferta pública atendiendo los citados principios de coordinación, concurrencia y subsidiariedad, a través del Decreto 2460 de 2015, que abarca los componentes de prevención, protección, asistencia, atención y reparación integral a víctimas del conflicto armado interno.

Teniendo en cuenta lo establecido en el Decreto 1499 de 2017, y en el Manual Operativo, Sistema de Gestión, Modelo Integrado de Planeación y Gestión donde señala en la tercera dimensión Gestión con valores para resultados, numeral 3.3 Atributos de calidad para la Dimensión: “La gestión de la entidad se soporta en: Un trabajo por procesos que tiene en cuenta los requisitos legales, las necesidades de los grupos de valor...”

El Equipo Auditor considera que las consideraciones del auditado no son de recibo y se mantiene la debilidad del sistema de control interno por cuanto no dan estricto cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993:

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 42 de 58

“Artículo 1, párrafo único, el Control Interno se cumplirá mediante la elaboración y aplicación, entre otros, de técnicas de dirección, verificación y evaluación, y manuales de procedimientos “.

De igual manera establece en:

“Artículo 2°. Objetivos del sistema de Control Interno. Atendiendo los principios constitucionales que debe caracterizar la administración pública, el diseño y el desarrollo del Sistema de Control Interno se orientará al logro de los siguientes objetivos fundamentales:

e. Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros

Lo anterior concordante con el Decreto 1083 de 2015, con relación al sistema de gestión, refiere:

Artículo 2.2.22.1.1 Sistema De Gestión. El Sistema de Gestión, creado en el Artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, que integra los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad, es el conjunto de entidades y organismos del Estado, políticas, normas, recursos e información cuyo objeto es dirigir la gestión pública al mejor desempeño institucional y a la consecución de resultados para la satisfacción de las necesidades y el goce efectivo de los derechos de los ciudadanos en el marco de la legalidad y la integridad.”

Artículo 2.2.23.1. Articulación del Sistema de Gestión con los Sistemas de Control Interno. El Sistema de Control Interno previsto en la Ley 87 de 1993 y en la Ley 489 de 1998, se articulará al Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG, a través de los mecanismos de control y verificación que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades.

Por su parte, la Ley 1952 de 2019 en su artículo 38 numeral 1° establece el deber que le compete a todo servidor público cumplir lo ordenado en las leyes, decretos, entre otras varias disposiciones.

Realizando un análisis holístico de las funcionalidades ejecutadas se tienen un escenario, un tanto complicado por el uso de las técnicas jurídicas que lo encierra, que corresponde al desplazamiento de una función que legalmente le está establecida a otro proceso mediante el uso de una resolución interna. En efecto la Carta política en su artículo 122 dispone, entre otras cosas, que No habrá empleo público que no tenga funciones detalladas en ley. Concordante con este pasaje constitucional se tiene que en el artículo 124 Superior se dispone que: La ley determinará la responsabilidad de los servidores públicos y la manera de hacerla efectiva.

Al respecto se trae a colación la cita efectuada en la sentencia C-893 de la Sala Plena de la Corte Constitucional, del 7 de octubre de 2003, con ponencia del magistrado Alfredo Beltrán Sierra.

La jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia afirmó que la función pública “supone el ceñimiento de quienes a ella se vinculan a las reglas señaladas en el orden jurídico y que exijan

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 43 de 58

determinadas condiciones y requisitos de aptitud, capacidad e idoneidad para desempeñarla a cabalidad, siempre y cuando esas regulaciones normativas se deriven de un mandato constitucional, hayan sido proferidos por el organismo o funcionario competente para expedirlas y no atenten contra alguno de los derechos o libertades reconocidos por la Carta” (CSJ, Sentencia No. 61 de agosto 12 de 1982; M.P. Manuel Gaona Cruz).

En consecuencia y dada la jerarquización normativa se hace oportuno traer en este documento lo dispuesto por la Corte Constitucional en su Sentencia C-037 del 26 de enero de 2000 con ponencia del magistrado Vladimiro Naranjo Mesa al señalar que:

El ordenamiento jurídico colombiano supone una jerarquía normativa que emana de la propia Constitución. Si bien ella no contiene disposición expresa que determine dicho orden, de su articulado puede deducirse su existencia, así no siempre resulte sencilla esta tarea. En efecto, diversas disposiciones superiores se refieren a la sujeción de cierto rango de normas frente a otras. Además de ser evidente que las normas constitucionales ocupan, sin discusión, el primer lugar dentro de la jerarquía del ordenamiento jurídico, dentro de la propia Carta, no todas las normas son igualmente prevalentes. Pero más allá de la supremacía constitucional, de la propia Carta también se desprende que las leyes expedidas por el Congreso dentro de la órbita de competencias que le asigna la Constitución ocupan, en principio, una posición prevalente en la escala normativa frente al resto del ordenamiento jurídico. Así las cosas, tenemos que los actos administrativos de contenido normativo deben tener por objeto el obedecimiento y cumplimiento de la ley, de donde se deduce su sujeción a aquella. Tenemos entonces que, de manera general, la normatividad jurídica emanada de autoridades administrativas o de entes autónomos, debe acatar las disposiciones de la ley, tanto en su sentido material como formal. Aunque existe una jerarquía normativa que se desprende de la Constitución, ella no abarca, de manera completa, la posición de todas y cada una de las disposiciones que conforman el orden jurídico; es decir el orden de prevalencia normativa no ha sido señalado en su totalidad por el constituyente. (Subrayado fuera de texto).

Ante estas consideraciones, no se puede mediante un acto administrativo pasar una función contenida en un Decreto de una dirección a otra sin con ello estar vulnerando los preceptos del control interno.

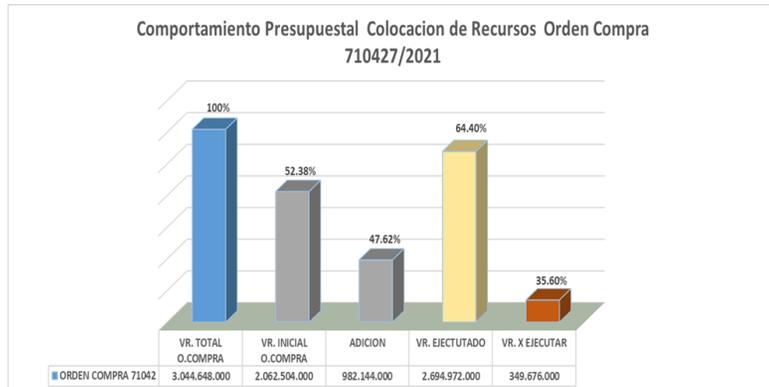
5.6 Debilidad del Sistema de control interno por ausencia de planeación presupuestal.

Se evidencia una debilidad en el Sistema de Control Interno asociada a la falta de planeación en cuanto a la relación entre los proyectos de inversión y la ejecución de los recursos, lo anterior de acuerdo con el comportamiento observado por parte del grupo auditor, en efecto de evidencia que:

La orden de compra 71042 de 18 de junio de 2021 por valor inicial de \$ 2.062.504.000 con fecha de ejecución del 18 de junio de 2021 al 30 de abril de 2022 presenta una solicitud de adición presupuestal por valor de \$ 982.144.000 millones equivalente al 47.62 % del valor total de la orden de compra. Esta adición tenía fecha de ejecución del 16 de noviembre de 2021 al 13 de abril

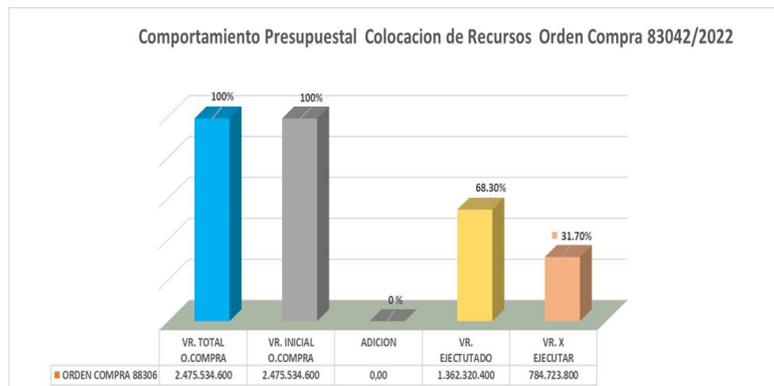


de 2022 y de la cual no se ejecuta el valor de \$ 349.676.000 millones equivalente a un 35.60 % del valor solicitado como adición lo que genera una liberación de estos recursos.



Fuente: Grupo de Gestión Financiera/ Colombia Compra Eficiente

De igual forma ocurrió con la orden de compra 81042 con fecha de ejecución 13 de abril de 2022 al 15 de diciembre de 2022 por valor de \$2.475.534.600 en donde se dejaron de ejecutar recursos por valor de \$784.723.800 equivalente a un 31.70 % del valor total de la orden de compra los cuales fueron liberados.



Fuente: Grupo de Gestión Financiera/ Colombia Compra Eficiente

El presupuesto es una de las herramientas más importantes de la gestión pública dado que es la fuente económica para la adquisición de bienes y/o servicios requeridos por la entidad para lograr los objetivos institucionales y por ende el deber legal de su funcionalidad. En este escenario, la planeación presupuestal a nivel de los contratos es un ejercicio que, no siendo exacto, requiere de una sindéresis apegada a las fuentes de información y a la creación de una convicción en el campo de la certidumbre.

Cuando los ejercicios de planeación contractual no se ajustan a una estricta disciplina de análisis previos se llega a instancias de adiciones, las cuales están permitidas por el legislador hasta el

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 45 de 58

monto del 50% del valor contractual. Esta licencia legal no puede ser de uso extenso sino excepcional, para aquellos casos en los cuales situaciones no previsibles obligan a adicionar el presupuesto. Siguiendo esta misma tesis, si es necesario hacer la adición presupuestal al contrato, lo lógico es que ella está de tal manera calculada que su gasto será equivalente a la totalidad de lo adicionado.

Un ejercicio no adecuado de análisis presupuestal contractual lleva a los casos evidenciados por el Equipo Auditor, donde primero desde el principio no se hace una calculo ajustado a la verdadera realidad presupuestal requerida para el abastecimiento, sino que, además, realizado un segundo estudio económico para determinar los recursos financieros requeridos de manera adicional, ellos tampoco responden a la situación fáctica contractual y devine el gasto de un porcentaje de la adición.

Al respecto el Consejo de Estado en múltiples sentencias establece el principio de la economía asociado a la planeación como una herramienta de especial importancia para la contratación estatal. En efectos, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera con ponencia de la magistrada Ruth Stella Correa Palacio, dentro del proceso con radicación número: 19001-23-31-000-2005-00005-01(AP) del 19 de junio de 2008 dispone que:

“Dentro de los principios capitales que de antaño han informado la actividad contractual del Estado, ocupa especial lugar el de economía, una de cuyas manifestaciones es la planeación. Por virtud de ésta la entidad estatal contratante está en el deber legal (ley 80 de 1993 numerales 7, 12, 25 y 26 del artículo 25, e inciso segundo del numeral 1º del artículo 30) de elaborar, antes de emprender el proceso de selección del contratista, los estudios completos y análisis serios que el proyecto demande, los cuales inciden en la etapa de formación del contrato y en forma –si se quiere más significativa- en su etapa de ejecución. En tal virtud, el deber de planeación, en tanto manifestación del principio de economía, tiene por finalidad asegurar que todo proyecto esté precedido de los estudios de orden técnico, financiero y jurídico requeridos para determinar su viabilidad económica y técnica y así poder establecer la conveniencia o no del objeto por contratar; si resulta o no necesario celebrar el respectivo negocio jurídico y su adecuación a los planes de inversión, de adquisición o compras, presupuesto y ley de apropiaciones, según el caso; y de ser necesario, deberá estar acompañado, además, de los diseños, planos y evaluaciones de prefactibilidad o factibilidad; qué modalidades contractuales pueden utilizarse y cuál de ellas resulta ser la más aconsejable; las características que deba reunir el bien o servicio objeto de licitación; así como los costos y recursos que su celebración y ejecución demanden”

De lo anterior se colige que en las órdenes de compra citadas no se da cumplimiento al principio de economía que tutela el marco normativo contractual y su expresión en la planeación contractual porque si bien se hacen adiciones dentro de los límites legales, ellas no son gastadas en su integridad generando devoluciones que previamente habían sido posible calcular al momento de determinar el monto de la adición.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 46 de 58

Además de lo anterior, se evidencia en la gestión que se traslada el valor reintegrado para una nueva colocación sin que cause variación en la asignación presupuestal, solo refleja la gestión realizada por el proceso con el objetivo de darle uso eficiente a los recursos a través de las colocaciones y recolocaciones hacia las víctimas que se encuentran en espera y cumplen los requisitos. Al confrontar las evidencias en torno a la asignación de recursos se observa que se incrementa en el cuadro el recurso asignado debido a la gestión realizada en las nuevas colocaciones y recolocaciones. Por lo anterior el proceso debe realizar los ajustes pertinentes para que la asignación presupuestal no refleje un mayor valor de lo apropiado sino la gestión en torno al número de las nuevas colocaciones y recolocaciones. Lo anterior no se enmarca en la ley 87 de 1993 en su artículo 3°, literal e). *“Todas las transacciones de las entidades deberán registrarse en forma exacta, veraz y oportuna de forma tal que permita preparar informes operativos, administrativos y financieros.”* Por lo anterior se recomienda efectuar las acciones de mejora al interior del proceso.

Debilidad No. 5

La falta de planeación económica contractual y sus injerencias en las adiciones contractuales se constituyen en una debilidad del sistema de control interno, lo anterior no esta conforme con lo dispuesto en el artículo 25 de la Ley 80 de 1993 y lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 3, literal a), b), c) y d) concordante con lo dispone el Decreto 1083 de 2015 Capítulo 3. Sistema Institucional y Nacional de Control Interno. artículos 2.2.21.3.4 y 2.2.21.3.7. Siendo las potenciales causas el desconocimiento de las normas y las metodologías adecuadas de aplicación en la materia, ya que es un proceso cíclico y se debe realizar un ejercicio de prospectiva y estadística que permita realizar una mejor planeación y ejecución de recursos como lo plantea el Modelo Integrado de Planeación y Gestión versión 4 de marzo de 2021, Función Pública (MIPG) en la dimensión 2 Direccionamiento Estratégico y Planeación. Numeral 2.2.1 Política de Planeación Institucional “En quinto lugar, se deben atender las recomendaciones para la formulación de los indicadores. Los indicadores de desempeño más utilizados son de a) eficiencia (relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados); b) eficacia (grado en el que se realizan las actividades planeadas y se logran los resultados planeados); c) efectividad (medida en que la gestión permite el logro de los resultados planeados con un manejo óptimo de los recursos; d) aquellos relacionados con la calidad en la prestación de los servicios.” y en el Numeral 2.2.2 Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público “El propósito de esta política es permitir que las entidades utilicen los recursos presupuestales de que disponen de manera apropiada y coherente con el logro de metas y objetivos institucionales, ejecutar su presupuesto de manera eficiente, austera y transparente y llevar un adecuado control y seguimiento”. En la dimensión 4 Evaluación de Resultados. Numeral 4.1 Alcance de la Dimensión y Numeral 4.3 Atributos de Calidad de la Dimensión. Todo ello aumentando el riesgo de inadecuada gestión presupuestal institucional.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 47 de 58

En relación con la debilidad 5 se les comunica a los doctores Luis Jose Azcarate Garcia luis.azcarate@unidadvictimas.gov.co y Angela Maria Lascarro Quinto angela.lascarro@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditados mediante correo electrónico del martes 23 de mayo de 2023 a las 2:27:03 p. m., suscrito por la jefatura del a Oficina de Control Interno. Se le da al auditado un plazo de tres días hábiles para aportar sus comentarios y evidencias.

Mediante correo electrónico del martes 30 de mayo de 2023 a las 10:35 a. m., el doctor Luis Jose Azcarate Garcia luis.azcarate@unidadvictimas.gov.co responde que:

Respecto a lo manifestado por la OCI con relación a debilidad en el Sistema de Control Interno asociada a la falta de planeación en cuanto a la relación entre los proyectos de inversión y la ejecución de los recursos, asociado a la orden de compra 71042 de 2021, es importante referenciar que, la entrega de atención y ayuda humanitaria responde al cumplimiento de la entidad ante la demanda de solicitudes de las víctimas del conflicto y la necesidad imperante de garantizar el derecho a la subsistencia mínima de aquellos a quienes se identifican carencias.

Sin embargo, en esta misma dinámica humanitaria no se puede desconocer las variables que pueden llegar a afectar esta demanda, variables como el aumento del conflicto en el territorio o la falta de oportunidad de las víctimas en el cobro de los recursos dispuestos afectan determinadamente tanto la demanda de solicitudes como la ejecución presupuestal del recurso destinado para ello.

Es así que, respecto de la orden de compra 71042 de 2021 que comprendía un presupuesto inicial de \$2.062.504.000, se buscó contratar la prestación del servicio postal de pago para efectuar la entrega de las sumas de dinero de asistencia humanitaria a las víctimas del conflicto armado interno, en todo el territorio nacional de conformidad con las especificaciones técnicas dispuestas en el Instrumento de Agregación de Demanda de Servicios Postales de Pago No. CCE-247-IAD-2020. Por lo cual, durante el periodo de ejecución del 18 de junio de 2021 al 31 de diciembre de ese mismo año, de este recurso se ejecutaron \$1.898.544.000 para el pago de comisión/o flete de 474.636 giros de Asistencia Humanitaria efectivamente pagados a la población victima a través del operador postal:

CDP	RP	VALOR INICIAL	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO	PORCENTAJE NO EJECUTADO
21621	548521	2.062.504.000	1.898.544.000	163.960.000	8%

El 8% del recurso liberado, da cuenta del porcentaje de víctimas que no se acercaron a cobrar el giro, y que, aunque la Unidad genere todos los esfuerzos para lograr la contactabilidad para que las víctimas se acerquen a cobrar, no se ha alcanzado el 100% de efectividad del cobro. A pesar de esto, es importante mencionar que durante la ejecución de esta orden de comprar se disminuyó el porcentaje de no cobro histórico, que había oscilado entre el 10% y el 12%.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 48 de 58

Ahora bien, con el fin de evitar traumatismos en la operación y minimizar el incremento de derechos de petición y acciones constitucionales en contra de la entidad por la no atención oportuna en la entrega de Asistencia Humanitaria para la vigencia de 2022, se realizó una solicitud de vigencias futuras por adición para esta orden de compra respaldada con el concepto favorable por parte del Departamento Nacional de Planeación remitido el 4 de octubre de 2021 con radicado 20214320006876 y por el Ministerio de Hacienda con fecha 3 de noviembre con radicado 2-2021-057997.

CDP	RP	VALOR INICIAL	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO	PORCENTAJE NO EJECUTADO
11622	5722	982.144.000	796.428.000	185.716.000	19%

Para llegar al valor requerido para adicionar de \$ 982.144.000, se realizó una proyección de colocación y pago de 245.536 giros durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 30 de abril del 2022, esto de acuerdo con los históricos de atención y ejecución de las vigencias anteriores, sin embargo y de acuerdo con las solicitudes realizadas por la población, que dependen de la dinámica del conflicto armado. Se realizó la colocación de 224.125 giros, de los cuales se hizo el pago efectivo de 199.107 giros durante este periodo, lo que refleja los saldos liberados de esta orden de compra.

Dadas las razones antes expuestas no se alcanzó la ejecución total estimada para la adición, sin embargo, es importante resaltar que el presupuesto de la orden de compra fue ejecutado en un 89%:

VALOR FINAL OC	VALOR EJECUTADO	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN
3.044.648.000	2.694.972.000	89%

Acciones que evidencian que la planeación y ejecución de los recursos dirigidos a la asistencia humanitaria contemplan el componente de corresponsabilidad en términos de cobro de los giros producto de la solicitud que las víctimas hacen a la entidad de atención y ayuda humanitaria, y para este caso la Entidad cumple con la responsabilidad misional de atender las solicitudes y contar con el presupuesto necesario para ello.

Con relación a la Orden de Compra 88306-2022 suscrita con la Red Empresarial de Servicios S.A. - SUPERGIROS que estuvo vigente del 13 de abril de 2022 al 15 de diciembre de 2022 y tenía como objeto "Contratar la prestación del servicio postal de pago para efectuar la dispersión de recursos monetarios a través de giros a nivel nacional, de los diferentes programas de asistencia humanitaria a las víctimas del conflicto armado interno, atendiendo las especificaciones técnicas dispuestas en el Instrumento de Agregación de Demanda de Servicios Postales de Pago No. CCE-247-IAD-2020 y el Anexo Técnico para -la Prestación de Servicios -de Dispersión de giros de Asistencia Humanitaria." En su fase de planeación se llevó a cabo una estimación de acuerdo con los históricos de atención y el presupuesto a colocar para cada uno de los programas que hacer parte de Asistencia Humanitaria de la siguiente manera:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 49 de 58

PROGRAMA	VALOR ESTIMADO PRESUPUESTO A COLOCAR	CANTIDAD ESTIMADA DE GROS
Atención Humanitaria	\$ 244.339.352.329	579.898
Ayuda Humanitaria Otros Hechos	\$ 2.334.000.000	1.663
Ayuda Inmediata por Subsidiaridad	\$ 5.818.592.549	7.852
Total	\$ 252.491.944.878	589.413

Sin embargo, de acuerdo con la dinámica del conflicto y las solicitudes recibidas durante el periodo de vigencia de la orden de compra, se colocaron 458.502 giros de los cuales se realizó el pago efectivo de 402.574, lo que evidencia que el porcentaje de no cobro de los giros fue del 12% y aunque la Unidad genere todos los esfuerzos para lograr la contactabilidad y que las personas se acerquen a cobrar, no se ha alcanzado el 100% de efectividad del cobro.

Por las razones antes expuestas, se evidencia que la orden de compra tuvo un porcentaje de no ejecución del 32% respondiendo a características ajenas al proceso de planeación y ejecución presupuestal que para el caso concreto responde a i) número de solicitudes de atención humanitaria viables para colocación y ii) número de giros de AH cobrados por las víctimas.

CDP	RP	VALOR INICIAL	VALOR EJECUTADO	VALOR LIBERADO	PORCENTAJE NO EJECUTADO
11922	457622	2.475.534.600	1.690.810.800	784.723.800	32%

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa la respuesta dada por el área y considera que los argumentos no desvirtúan las causas que sustentan la debilidad. Establecer que el tema de la planeación presupuestaria depende de la dinámica del conflicto y sobre este no hay ningún control institucional es querer llevar esta actividad al campo de los procesos estocásticos de tipo no estacionario (es decir donde las variables probabilísticas varían en todo momento).

No obstante, la historia de los acontecimientos realmente producidos en el pasado mediato e inmediato arroja datos que mediante técnicas de probabilidad pueden determinar el posible comportamiento de los hechos generadores de la asistencia y así construir una línea base para los presupuestos, los cuales mediante un monitoreo exhaustivo por parte del equipo auditado, puede mostrar la necesidad de ampliar el monto del presupuesto de manera más efectiva, para lo cual la Oficina Asesora de Planeación puede apoyar esta gestión

Por lo anterior, el Equipo Auditor evidencia que lo sucedido corresponde a una consecuencia evidenciada de ajuste a los presupuestos respondiendo al contexto del proceso, a su monitoreo y seguimiento, evaluación y control propios que redundan en este tipo de situaciones. Si un proceso está en constante análisis de su entorno, aplica normas y formulaciones de estadística

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 50 de 58

y probabilística puede construir el escenario donde el manejo del presupuesto este más cerca a la realidad requerida.

En consecuencia, el Equipo Auditor considera pertinente mantener la debilidad del sistema de Control Interno comunicada para efectos que la dependencia responsable realice un plan de mejoramiento, donde a partir de la debilidad comunicada hagan un ejercicio para determinar las causas y a con ellas establecer acciones de mejoramiento que lleven a superar definitivamente esas causas generadoras.

6. DEBILIDADES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO IDENTIFICADAS DURANTE EL EJERCICIO AUDITOR

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

Debilidad No. 1

La ausencia de instrumentos de mejora o valor agregado en el proceso de gestión para la Asistencia no está conforme con el artículo 2° literales d) y f) de la Ley 87 de 1993 y artículo 2.2.21.3.2 del Decreto 1083 de 2015, modificado Decreto 648 de 2017, art 9. Siendo las potenciales causas el desconocimiento normativo relacionado con el mejoramiento continuo de las gestiones institucionales. Lo anterior conlleva a un posible incremento de los efectos negativos en la materialización de los eventos adversos y el incumplimiento de planes de mejoramiento institucionales y de gestión, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales.

Debilidad No. 2

Hay evidencia de debilidad en la gestión de la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria del proceso Gestión para la Asistencia referente al avance y ejecución del total de actividades (indicadores), programadas en su plan de acción para la vigencia 2022. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2° literales b) y d), 4° literal c), i) y j) y 6° de la Ley 87 de 1993 y la Ley 152 de 1994 artículo 3° literal k). Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 4.1. El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de conocimiento en la planeación apropiada de la programación de las metas a determinar en cada actividad (indicador), teniendo como referencia una línea base tomada de los resultados obtenidos en las vigencias anteriores, que permita la realización adecuada en el diseño y seguimiento de tableros de

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 51 de 58

control que fortalezca el conocimiento en modelos de control gerencial. Lo anterior aumenta el riesgo en el incumplimiento de los objetivos institucionales.

Debilidad No. 3

Hay evidencia de debilidad en la gestión de la Dirección de Gestión Social y Humanitaria del proceso Gestión para la Asistencia, en lo concerniente al avance y ejecución del total de actividades (indicadores), programadas en su plan de acción para la vigencia 2022. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2° literales b) y d), 4° literal c), i) y j) y 6° de la Ley 87 de 1993 y la Ley 152 de 1994 artículo 3° literal k). Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 4.1. El Equipo Auditor establece como potenciales causas la falta de conocimiento en la planeación apropiada de la programación de las metas a establecer en cada actividad (indicador), teniendo como referencia una línea base tomada de los resultados obtenidos en las vigencias anteriores, que permita la realización adecuada en el diseño y seguimiento de tableros de control que fortalezca el conocimiento en modelos de control gerencial. Lo anterior aumenta el riesgo en el incumplimiento de los objetivos institucionales.

Debilidad No. 4

El no cumplimiento de las funciones asignadas legalmente es una debilidad del sistema de control interno. Lo anterior no está conforme con lo dispuesto en numeral 1° del artículo 19 del Decreto 4802 de 2011, concordante con lo dispuesto en los artículos 122 y 124 de la Constitución Política y Ley 1952 de 2019 en su artículo 38 numeral 1°. Una potencial causa de esta debilidad está dada por la falta de conocimiento normativo. Lo anterior aumenta el riesgo de incumplimiento funcional y por ende de la toma de decisiones.

Debilidad No. 5

La falta de planeación económica contractual y sus injerencias en las adiciones contractuales se constituyen en una debilidad del sistema de control interno, lo anterior no está conforme con lo dispuesto en el artículo 25 de la Ley 80 de 1993 y lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 3, literal a), b), c) y d) concordante con lo dispone el Decreto 1083 de 2015 Capítulo 3. Sistema Institucional y Nacional de Control Interno. artículos 2.2.21.3.4 y 2.2.21.3.7. Siendo las potenciales causas el desconocimiento de las normas y las metodologías adecuadas de aplicación en la materia, ya que es un proceso cíclico y se debe realizar un ejercicio de prospectiva y estadística que permita realizar una mejor planeación y ejecución de recursos como lo plantea el Modelo Integrado de Planeación y Gestión versión 4 de marzo de 2021, Función Pública (MIPG) en la dimensión 2 Direccionamiento Estratégico y Planeación. Numeral 2.2.1 Política de Planeación Institucional “En quinto lugar, se deben atender las recomendaciones para la formulación de los indicadores. Los

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 52 de 58

indicadores de desempeño más utilizados son de a) eficiencia (relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados); b) eficacia (grado en el que se realizan las actividades planeadas y se logran los resultados planeados); c) efectividad (medida en que la gestión permite el logro de los resultados planeados con un manejo óptimo de los recursos; d) aquellos relacionados con la calidad en la prestación de los servicios.” y en el Numeral 2.2.2 Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público “El propósito de esta política es permitir que las entidades utilicen los recursos presupuestales de que disponen de manera apropiada y coherente con el logro de metas y objetivos institucionales, ejecutar su presupuesto de manera eficiente, austera y transparente y llevar un adecuado control y seguimiento”. En la dimensión 4 Evaluación de Resultados. Numeral 4.1 Alcance de la Dimensión y Numeral 4.3 Atributos de Calidad de la Dimensión. Todo ello aumentando el riesgo de inadecuada gestión presupuestal institucional.

7. ASPECTOS SOBRESALIENTES

El equipo auditor ha evidenciado como aspectos positivos del Equipo de Gestión para la Asistencia, lo siguiente:

Inicialmente al realizar la presentación del proceso a todo el grupo de la oficina de Control Interno la percepción fue la realización de una manera ordenada y sistemática de acuerdo con cada una de las diferentes líneas de trabajo del proceso como también la idoneidad en el manejo del tema por parte de todo el grupo expositor, denotando una buena actitud en la coordinación, organización y apoyo logístico de la auditoría, posteriormente el envío oportuno en la solicitud de la información y de las evidencias solicitadas efectuada dentro de los términos permitiendo al equipo auditor desempeñar de manera adecuada su gestión, una vez revisadas las evidencias se programan las prueba de recorrido para tratar temas de carácter específico.

Es importante resaltar la labor realizada por el grupo de Gestión para la Asistencia en la utilización de los recursos destinados para ayuda y atención humanitaria de acuerdo con las resoluciones No. 1 a la No. 81 emitidas para este concepto en el año 2022 por la Entidad, en donde se proyectó realizar 658.411 giros, efectuando finalmente 716.025 giros con un incremento de 57.614 giros de más equivalente al 8% para los diferentes conceptos tales como desplazamiento forzado, otros hechos victimizantes y subsidiariedad. Debido a las nuevas colocaciones y recolocaciones de los giros que no son cobrados y que son asignados a una nueva víctima con los mismos recursos apropiados para el año 2022, en aras de evitar reintegros de fondos al Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Como se ilustra en las siguientes gráficas:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 53 de 58

PRESUPUESTO ASIGNADO PARA AYUDA HUMANITARIA - ATENCIÓN HUMANITARIA Y CANTIDAD DE GIROS REALIZADOS VIGENCIA 2022



Fuente: Gestión Financiera y Gestión para la Asistencia



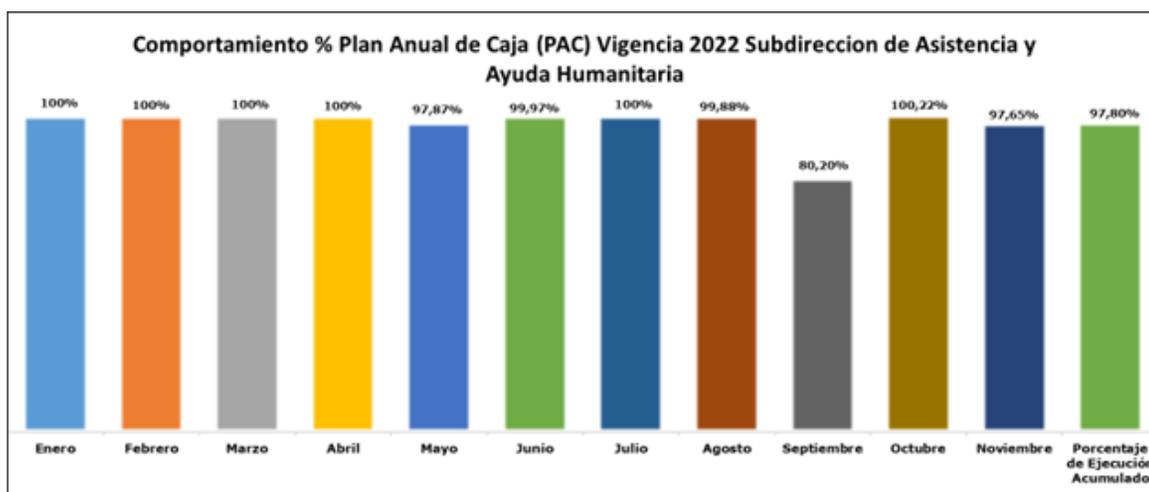
Fuente: Gestión Financiera y Gestión para la Asistencia

Igualmente, como se puede corroborar con el informe del área de Gestión Financiera efectuado mensualmente al Plan Anual de Caja (PAC) del proceso y al chequeo de los certificados de disponibilidad presupuestal utilizados (CDP), en donde refleja que los recursos solicitados fueron utilizados arrojando una calificación de excelente, como se puede observar en la siguiente tabla:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION											Código: 150,19,15-8		
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE											Versión: 08		
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO											Fecha: 25/10/2022		
													Página 54 de 58	

COMPORTAMIENTO PORCENTUAL DEL PAC ASIGNADO A LA SUBDIRECCION DE ASISTENCIA Y AYUDA HUMANITARIA MES A MES DURANTE EL AÑO 2022														
Dependencia	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Porcentaje de Ejecución Acumulado	Calificación
SUBDIRECCION DE ASISTENCIA Y ATENCION HUMANITARIA	100%	100%	100%	100%	97,87%	99,97%	100%	99,88%	80,20%	100,22%	97,65%		97,80%	EXCELENTE

Fuente: Informe suministrado por el proceso Gestion Financiera con corte a noviembre de 2022



Este escenario facilita la ejecución de la evaluación, lo cual genera confianza bilateral que facilita la realización de la auditoría obteniendo resultados que aportan a la mejora continua del proceso, En materia de tecnología, aplicaciones, trazabilidad de la información y procedimientos el equipo auditor destaca el avance en el aseguramiento de la información a través del desarrollo y apropiación en la automatización de herramientas en línea y consulta de reportes de información que contribuyen al mejoramiento continuo.

Por otra parte, se evidencia el uso de herramientas como SharePoint como repositorio del proceso de giro como mecanismo de control con el operador.

8. RESULTADOS DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.

8.1 Plan de Mejoramiento Auditoría de Gestión

El proceso no tiene pendiente acciones de mejora provenientes de auditorías internas de gestión que se realizan en el pretérito y por lo tanto no se puede pronunciar sobre el tema.

8.2 Plan de Mejoramiento Ente de Control (CGR – AGN)

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 55 de 58

El Equipo Auditor examinará las acciones de los planes de mejoramiento que el proceso tenga pendientes en un ejercicio auditor aparte y que corresponde al seguimiento al plan de mejoramiento con la Contraloría General de la República, que se elabora y entrega cada fin de semestre. Los resultados allí obtenidos deben tener un tratamiento especial que se escapa al alcance de este informe.

9. RESULTADOS DE LOS LOGROS DE GESTIÓN

El resultado de la gestión de la Subdirección de e Asistencia y Atención Humanitaria, dentro de la evaluación por dependencias, obtuvo un logro del 9,12/10.00

10. CONCEPTO DE AUDITORIA

El propósito de la auditoría es evaluar el sistema de control interno del proceso de Gestión para la Asistencia, la aplicación de normas y modelos de gestión efectivos y la valoración del sistema de control interno que actualmente aplica en su quehacer cotidiano. Para cumplir el propósito, se examinaron los aspectos comunicacionales y de seguimiento a las acciones de control que se deben realizar de conformidad con la naturaleza del proceso. Producto de esta actividad auditora, el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno emite el siguiente concepto de auditoría.

Para que el proceso de Gestión para la Asistencia pueda realizar una adecuada gestión requiere estar actualizado en los protocolos del sistema integrado de gestión. Al respecto, el auditado durante el periodo objeto de la auditoría actualizó los procedimientos que se relacionan con su caracterización. Este aspecto es efectivo en términos de un sistema de control interno por cuanto el esquema de la organización forma parte de él.

Temer los procesos y procedimientos en un rango de actualización tiene dos retos importantes para el líder del proceso. El primero seguir el sendero de la actualización para que la gestión maximice sus ventajas y minimice sus limitaciones. En términos de la cibernética organización es mantener el esquema denominado ver el afuera y el mañana, lo que le permite lograr sus objetivos

El segundo reto, radica en que todos los servidores que se relacionan directa o indirectamente con el proceso ejecuten a cabalidad los procedimientos escritos, aspecto que limita la posibilidad de desviaciones. Al respecto es necesario que la cultura de control este presente en todos los servidores y colaboradores, sin limitarles las posibilidades de expresar, sostener y justificar acciones de mejora en pro del proceso y su misionalidad.

De los elementos del sistema de control interno, como la batería de medición, el mapa de riesgos, el seguimiento y la mejora continua, el auditado presenta un adecuado comportamiento del

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 56 de 58

sistema de control interno. Si bien se encuentra una debilidad en lo relacionado con la mejora continua y el valor agregado. Él esta en capacidad de poder resolver con éxito esta debilidad, en la medida que realice un análisis de su gestión y establezca esos escenarios donde la mejora continua se aplique y el valor agregado se haga presente.

Se encuentra alguna discrepancia en la forma como el proceso asume la totalidad de los indicadores (metas) y la forma de cumplirlos. El Equipo Auditor enfatiza el hecho que cuando de liquidación de contratos se trata, el auditado no cumple con el hecho de radicar la solicitud ante el grupo de gestión contractual, reitera que la responsabilidad le asiste al supervisor hasta lograr efectivamente la liquidación del contrato en cualesquiera sean sus modalidades. Este punto se toma como una debilidad del sistema de control interno porque aumenta el riesgo de no lograr el finiquito de la contratación institucional, situación que en el pretérito ha sido objeto de observación por parte de los entes de control.

Por otra parte, no fue de recibo el sustentar que las metas son impuestas por otros entes o por la Oficina Asesora de Planeación, porque si bien esto es cierto, le corresponde al auditado establecer metodologías de trabajo que le permita lograr las metas. Ello no es óbice para que en los escenarios que sean pertinentes y con el apoyo institucional se den a conocer las preocupaciones institucionales en temas de metas impuestas por otros entes.

Otro aspecto que genera debilidad del sistema de control interno esta relacionado con el cumplimiento de las funciones legalmente establecidas. Al respecto el Equipo Auditor no puede avalar que mediante un acto administrativo interno se pase una función contenida en un decreto a otro proceso. Lo anterior porque rompe con el nivel jerárquico que las normas tienen dentro del ordenamiento jurídico y, por otra parte, genera una carga en un proceso que en su diseño no contempla la materia que le es asignada.

Lo anterior esta ampliamente documentado en la jurisprudencia nacional y ello se convierte en un derrotero para volver las funciones donde el Gobierno Nacional dispuso que estuvieran y no donde pretéritas administraciones lo asignaron.

La planeación presupuestal debe ser una herramienta refinada para permitir el gasto racional. El Secretario General en múltiples foros ha instruido en la necesidad de utilizar las vigencias futuras en su integridad, como consecuencias a las acciones que seguramente tiene identificadas y ocurridas en el periodo auditado.

Si duda la situación de orden público en la nación no puede ser objeto de control por parte de la entidad, el sistema de control interno reclama que cuando se haga la planeación presupuestal se tomen todas las variables y se haga un estudio de esa realidad que vive el país. Sin embargo, no

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 57 de 58

puede ser de recibo por parte del equipo Auditor que se tome de disculpa los acontecimientos de orden público.

Con la entrada en vigor del Modelo de Planeación y Gestión (MIPG), también se hace obligatorio la aplicación de la política de gestión de la información estadística. La entidad y los procesos deben iniciar las gestiones para implementar esta política en todos los escenarios que les corresponde, el uso del promedio aritmético hoy esta superado con el manejo de teorías estadísticas y de probabilidades que muestran con mayor rigor un escenario posible.

El no aplicar esta política para efectos de calcular el presupuesto de la contratación con potenciales variables no controlables, se debe convertir en el reto del proceso y de la entidad en su conjunto y por ahora es un aspecto de debilidad del sistema de control interno.

En termino generales, el sistema de control interno del proceso de Gestión para la Asistencia esta presente, salvo las anteriores debilidades, los componentes están actuando dentro de la gestión del proceso y ese es a su vez el principal reto; mantenerlo y mejorarlo.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor recomienda a la Dirección General solicitar al Líder del Proceso y otros procesos asociados o responsables de su coadyuvancia la elaboración de un Plan de Mejoramiento del Sistema de Control Interno, donde se incluya el tratamiento a las debilidades evidenciada en este informe.

Cordialmente,



LILIANA MARCELA CRIALES RINCÓN
Auditor Líder



CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO
Jefe Oficina de Control Interno

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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 58 de 58

3	21/07/2015	Se incluye la opción tipo de informe, con el fin de poder entregar un informe preliminar o final.
4	15/04/2016	Se incluye cuadro elaboró, revisó y aprobó. Se incluyen numerales 4.4 Sobre indicadores, 4.5 Verificación de riesgos y 4.6 verificación de controles Se incluye cuadro responsable de la auditoria
5	05/06/2017	Se modifica formato, se adiciona aprobación Jefe Oficina de Control Interno.
6	Abril /2018	Se modifica formato de acuerdo a nuevos lineamientos del Jefe de la Oficina de Control Interno, se eliminan cuadros en Excel.
7	17/04/2019	Se modifica formato según lineamientos del jefe de la Oficina de Control Interno.
8	28/10/2022	Se actualiza el formato en pie de página con los logos de certificación asociados al sistema de gestión de calidad ISO 9001:2015, ambiental ISO 14001:2015, seguridad y salud en el trabajo ISO 45001:2018 seguridad de la información ISO 27001:2013.