

 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 85

INFORME FINAL DE AUDITORIA A LA DIRECCIÓN TERRITORIAL BOLÍVAR Y SAN ANDRÉS

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:	Dirección Territorial Bolívar y San Andrés
Dependencia líder:	Dirección Territorial Bolívar y San Andrés
Responsable del Proceso:	Marta Luz Salazar Morales
Tipo de auditoría realizada:	De primera parte, efectividad del sistema de control interno
Fecha de auditoría:	Del 1° de febrero al 28 de junio de 2024
Equipo Auditor:	Ana Maria Angel Acosta – Auditora Líder Liliana Marcela Criales Rincon - Auditora Rosbery Campos Trigos – Auditora

1. OBJETIVO DE LA AUDITORIA

La auditoría tiene como objetivo evaluar el sistema de control interno de la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés, 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 de la Dirección Territorial.

Para efectos de lograr el propósito se tienen como objetivos específicos: i) Verificar que las funciones asignadas y las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG se ejecuten mediante procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos u cualquier instrumento formalmente adoptado por la entidad; ii) Verificar que los líderes implementen, ejecuten, controlen y hagan seguimiento a las herramientas básicas de control (batería de medición, mapa de riesgos, controles, seguimiento y mejoramiento); iii) Verificar que los líderes hagan seguimiento a la gestión delegada funcional u operativamente a los miembros de su equipo de trabajo y, iv) Verificar que los líderes 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.

 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 85

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, seguimiento y gestión.

3. GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR

Durante el desarrollo del proceso auditor no se materializa ninguno de los riesgos identificados en el Programa de Auditoría para la vigencia 2024. En especial se debe resaltar que el acceso a las fuentes de información de la territorial 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 compromiso.

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 SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN RELACIÓN CON LA EJECUCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS MISIONALES

A partir del marco normativo establecido en el Decreto 4802 del 2011 “*Por el cual se establece la estructura de la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.*”, en su artículo 29 se establecen las funciones de las Direcciones Territoriales, para este análisis se citan las siguientes:

 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 3 de 85

“1. Ejecutar las políticas, planes, programas y proyectos de competencia de la entidad en su correspondiente jurisdicción, de conformidad con los lineamientos y delegaciones señalados por la Dirección General y adelantar el seguimiento y evaluación de los mismos.

10. Promover y desarrollar la implementación, mantenimiento y mejora del Sistema Integrado de Gestión de la dependencia.”

De acuerdo con lo estipulado en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, reglamentado por el Decreto 1083 del 2015, establece como pilar de los modelos de gestión de calidad el trabajo por procesos, mediante el cual, a través de una secuencia ordenada de actividades, responsables y recursos, se fijan los resultados y metas a obtener. Estos procesos se pueden clasificar en estratégicos, misionales, apoyo, seguimiento y control, los cuales establecen lineamientos y directrices para alcanzar los objetivos y metas previstas.

Continuando la línea conductora normativa, el Decreto 1083 de 2015, en el Capítulo 5 “ELEMENTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS QUE FORTALEZCAN EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES Y ORGANISMOS DEL ESTADO”, 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.

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.

Con relación a la ley 87 de 1993, “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones”, define en el artículo 1° el control interno, así:

ARTÍCULO 1. *Definición del control interno. Se entiende por control interno el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos.*

 <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 4 de 85

Así mismo, en su artículo 2° establece los Objetivos del sistema de Control Interno, para este acápite se analiza el literal h:

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.

En cuanto al artículo 4° “Elementos para el Sistema de Control Interno”, se citan los aspectos que se deben implementar para orientar la aplicación del control interno, para este se considera el literal b:

b. Definición de políticas como guías de acción y procedimientos para la ejecución de los procesos;

En el 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- MIPG V1 2020”, 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.

En cuanto al mapa de procesos, este refleja la identificación e interacción de los procesos de una entidad 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 roles, responsabilidades y autoridad; mejora la comunicación entre los procesos; identifica debilidades a mejorar, entre otros.

 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 85

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.

Por consiguiente, la Oficina de Control Interno diseña un papel de trabajo denominado “EVALUACIÓN PROCEDIMIENTOS PROCESOS MISIONALES”, lo anterior en el marco del cumplimiento de la Ley 87 de 1993, artículo 12 Funciones de los auditores internos en los siguientes literales:

c. Verificar que los controles definidos para los procesos y actividades de la organización, se cumplan por los responsables de su ejecución y en especial, que las áreas o empleados encargados de la aplicación del régimen disciplinario ejerzan adecuadamente esta función;

e. Velar por el cumplimiento de las leyes, normas, políticas, procedimientos, planes, programas, proyectos y metas de la organización y recomendar los ajustes necesarios;

A partir de lo anterior, se toma como muestra para el desarrollo de esta auditoria cuatros (4) procesos misionales: Reparación Integral, Relación con el Ciudadano, Participación y Visibilización y Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez, de los cuales se analizan y evalúan cinco (5) procedimientos con las actividades que atañen a las Direcciones Territoriales, de la siguiente manera:

PROCESO MISIONAL	PROCEDIMIENTO
Reparación Integral	Notificación de Indemnización Administrativa y Entrega del Mensaje Estatal de Reconocimiento y Dignificación V5 Código: 410.08.08-21
Relación con el Ciudadano	Trámite Notificación de Actos Administrativos V7
Participación y Visibilización	Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas V1 Código:230,09,08-11
Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez	Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4 Código: 310,03,08-17
	Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas V1 Código:310,03,08-23

El Equipo Auditor teniendo en consideración el marco normativo y administrativo del sistema de control interno – procedimientos misionales, solicita a la Dirección Territorial registrar en el papel de trabajo la evidencia que corresponde a la ejecución de la descripción de la actividad asociada a cada procedimiento que se realiza desde el nivel territorial, y el cargue de las mismas en la carpeta del SharePoint destinada para tal fin.

 <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 6 de 85

Por lo tanto, mediante correo electrónico del 24 de abril de 2024 a las 09:42 a.m., el Equipo Auditor remite el documento para su diligenciamiento. Posteriormente, el Equipo Auditado da respuesta mediante correo electrónico del 06 de mayo de 2024 a las 03:37 p. m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

Es necesario señalar que el propósito de esta evaluación es determinar el nivel de cumplimiento de la Dirección Territorial en realizar de manera específica y precisa las actividades determinadas en cada uno de los procedimientos, bajo los siguientes criterios:

1. La evidencia demuestra que la actividad se realizó de forma total.
2. La evidencia demuestra que la actividad se realizó parcialmente.
3. La evidencia remitida no da certeza sobre la realización de la actividad.

Del análisis correspondiente del Equipo Auditor, mediante la técnica de confrontación documental y control cruzado, analiza si la evidencia de la actividad posee todos los aspectos referenciados en la estructura general de los procedimientos establecidos por la Entidad, en cuanto a las casillas denominadas: descripción, entrada, responsable y salida.

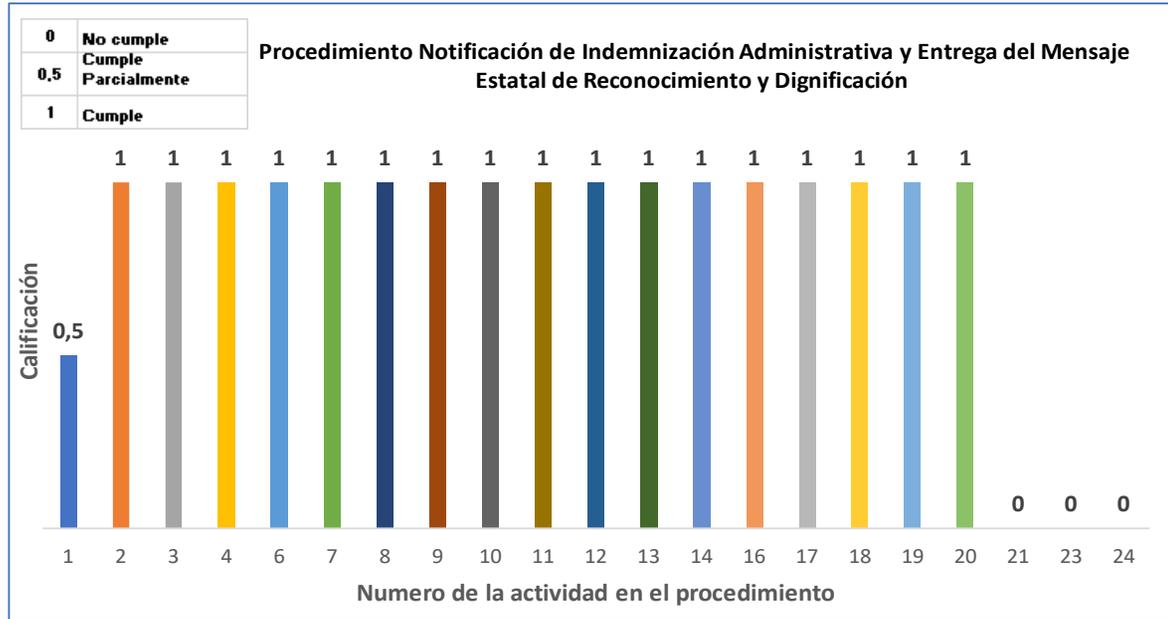
A partir de lo anterior, el papel de trabajo establece los resultados, de acuerdo con los criterios antes mencionados y define así el concepto auditor:

1. De 0% a 49%: El análisis general del cumplimiento del proceso arroja un resultado que evidencia el no cumplimiento.
2. De 50% a 85%: El análisis general del cumplimiento del proceso arroja un resultado que evidencia el cumplimiento parcial.
3. De 86% a 100%: El análisis general del cumplimiento del proceso arroja un resultado que evidencia su cumplimiento.

Producto de esta actividad se observa que la Dirección Territorial Bolívar y San Andres, cuenta con un (1) procedimiento "Trámite Notificación de Actos Administrativos V7" del proceso de Relación con el ciudadano que da como resultado cumplimiento total, lo que corresponde a un 20%, los cuatro (4) procedimientos restantes presentan cumplimiento parcial, alcanzando el 80%.

Al examinar las variables de cada uno de los procedimientos, el resultado de la evaluación por cada uno de ellos se presenta de la siguiente manera:

Reparación Integral:



Fuente: Herramienta evaluación procedimientos por procesos misionales – Propia de la OCI

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan cada una de las actividades incluidas en los procedimientos del proceso y les da un valor individual, y obtiene el siguiente resultado: *"El resultado holístico de las actividades del proceso corresponde a la sumatoria porcentual de cada actividad, en donde determina el nivel de cumplimiento del proceso. En consecuencia, el análisis general del cumplimiento del proceso arroja un resultado que evidencia el cumplimiento parcial, correspondiente a un 83%."*

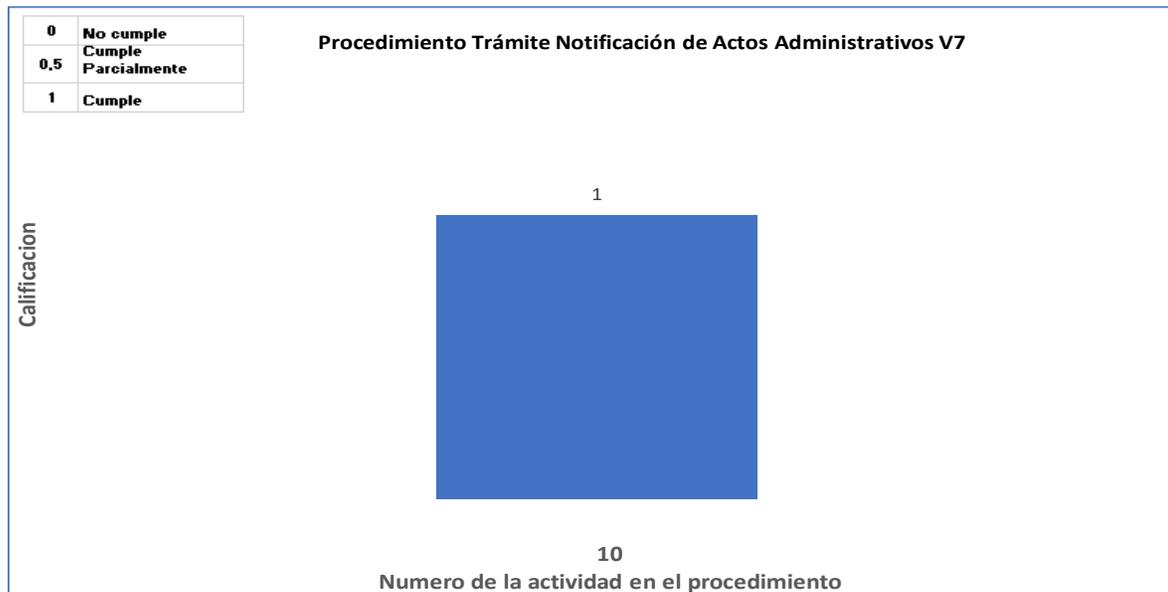
El anterior resultado se debe al análisis de las evidencias donde se detallan los siguientes aspectos y observaciones, de la siguiente forma:

- a) Para la actividad número (1) de este procedimiento de notificación, no se observa la “Matriz de planeación de acciones”.
- b) Al momento de revisar la actividad trece (13), en las actas de entrega de cartas se relaciona un total de 262, al realizar el control cruzado con la base de datos de Excel y el correo de municipalización se relacionan un total de 251, lo cual, presenta una diferencia de 11 cartas. El Equipo Auditor realiza verificación del total de las cartas versus las relacionados en las actas y encuentra que la diferencia se da en acta número 01 del 01 de junio del 2023 a partir del consecutivo del 16 al 26.

 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 8 de 85

- c) Para la actividad 21 no se puede verificar la información, ya que no se observa imagen de la fecha de cargue en la herramienta dispuesta para este fin.
- d) En lo que respecta a la actividad 23, la territorial remite *INFORME DE PLAN DE ACCIÓN*. Si bien, es cierto remiten un informe, en el procedimiento solicitan acta y el correo electrónico donde se remite a nivel nacional, estos documentos no se anexan.
- e) En la actividad 24 se debe remitir el físico de las cartas de indemnización al proceso de gestión documental, de manera mensual (mes vencido) y durante los 5 días hábiles del mes siguiente. El Equipo Auditor encuentra que la información pertenece a la vigencia 2024.

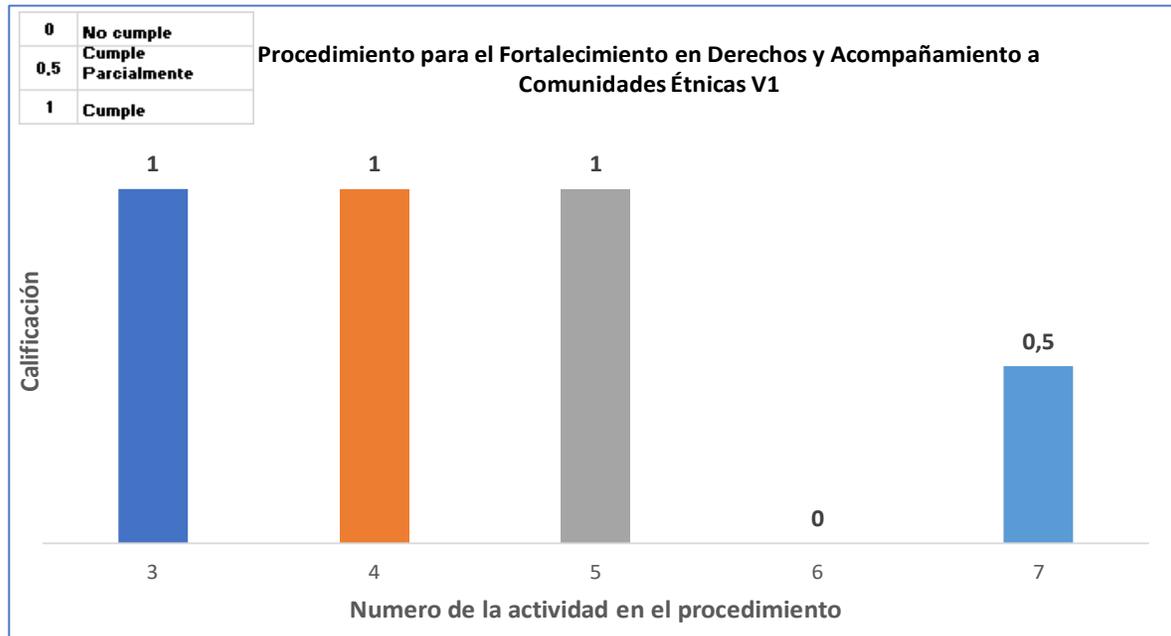
Relación con el Ciudadano:



Fuente: Herramienta evaluación procedimientos por procesos misionales – Propia de la OCI

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan cada una de las actividades incluidas en los procedimientos del proceso y les da un valor individual, y obtiene el siguiente resultado: "El resultado holístico de las actividades del proceso corresponde a la sumatoria porcentual de cada actividad, en donde determina el nivel de cumplimiento del proceso. En consecuencia, el análisis general del cumplimiento del proceso arroja un resultado que evidencia su cumplimiento, correspondiente a un 100%."

Participación y Visibilización



Fuente: Herramienta evaluación procedimientos por procesos misionales – Propia de la OCI

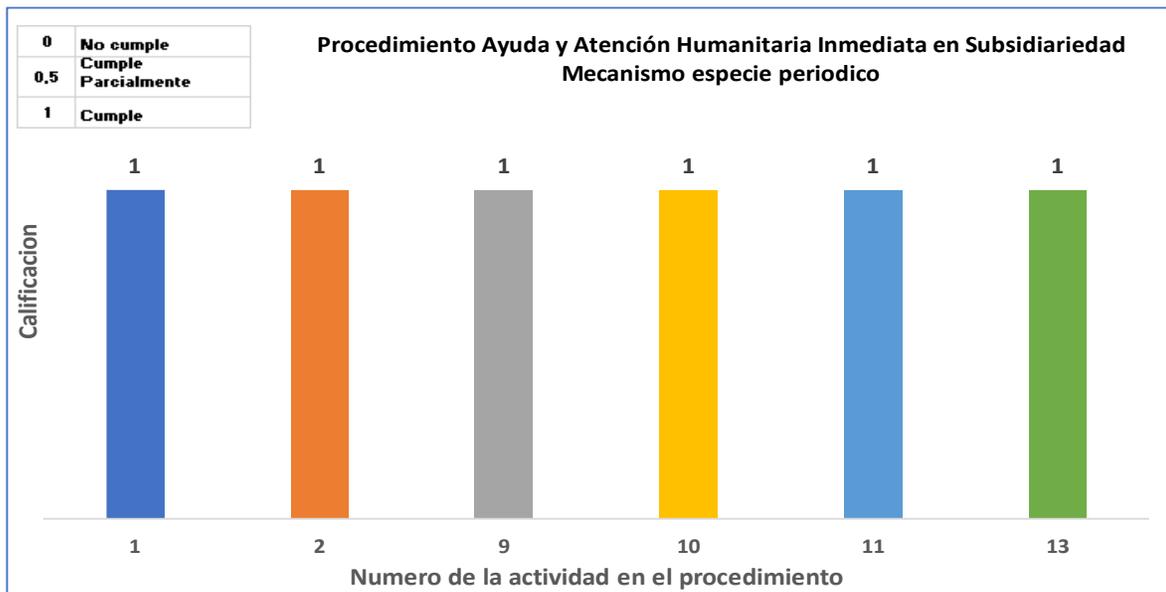
El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan cada una de las actividades incluidas en los procedimientos del proceso y les da un valor individual, y obtiene el siguiente resultado: *"El resultado holístico de las actividades del proceso corresponde a la sumatoria porcentual de cada actividad, en donde determina el nivel de cumplimiento del proceso. En consecuencia, el análisis general del cumplimiento del proceso arroja un resultado que evidencia el cumplimiento parcial, correspondiente a un 70%."*

El resultado se presenta al examinar las evidencias, donde se citan las siguientes observaciones:

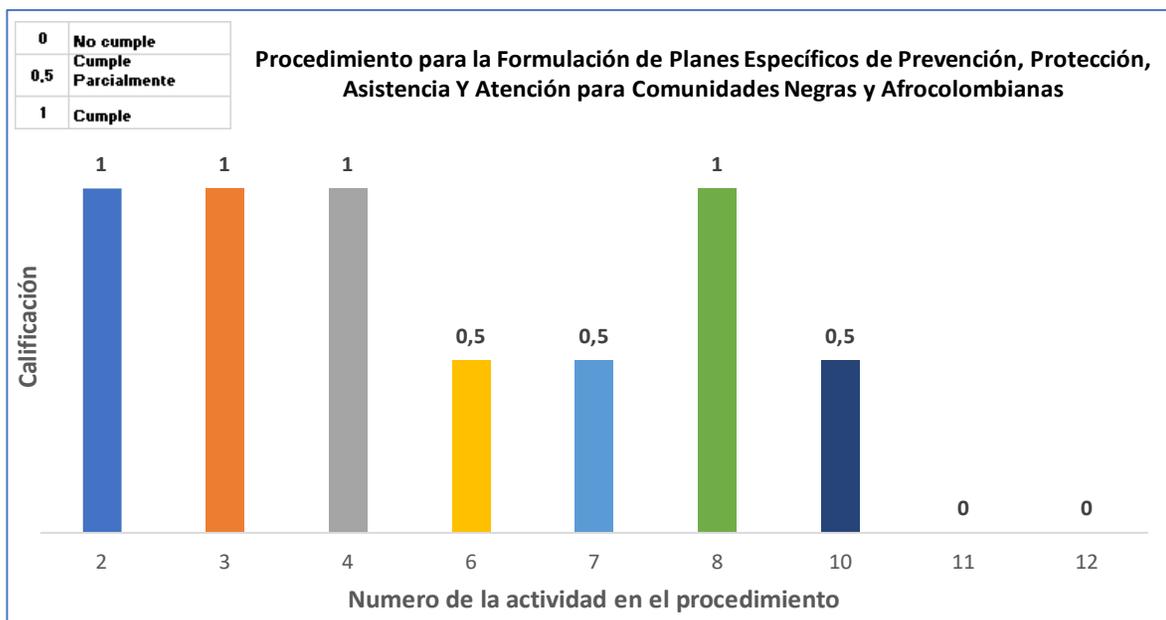
- a) En cuanto a la actividad seis (6), el procedimiento define como documento de salida *"Informe de seguimiento semestral"*, la Dirección Territorial remite actas de jornadas de asistencia técnica de la comunidad étnica Consejo Comunitario Ma-kankamaná, y de fortalecimiento al Consejo Comunitario Afros Verruguita con listas de asistencia. El Equipo Auditor no evidencia el informe de seguimiento semestral, por lo cual, no hay certeza respecto del cumplimiento y realización de la actividad que allí se solicita.
- b) La actividad siete (7), la Dirección Territorial remite nuevamente las evidencias aportadas para la actividad seis (6), donde se establecen compromisos con el Consejo Comunitario Ma-kankamana. De acuerdo con lo planteado por el procedimiento, si quedan compromisos se regresa a la actividad 5, por lo tanto, el Equipo Auditor no evidencia el

acompañamiento a las comunidades étnicas a estos compromisos. Adicionalmente, no se observa el documento denominado en el procedimiento “Balance de participación”, por lo que se establece cumplimiento parcial.

Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez



Fuente: Herramienta evaluación procedimientos por procesos misionales – Propia de la OCI



Fuente: Herramienta evaluación procedimientos por procesos misionales – Propia de la OCI

 <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 85

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan cada una de las actividades incluidas en los procedimientos del proceso y les da un valor individual, y obtiene el siguiente resultado: *"El resultado holístico de las actividades del proceso corresponde a la sumatoria porcentual de cada actividad, en donde determina el nivel de cumplimiento del proceso. En consecuencia, el análisis general del cumplimiento del proceso arroja un resultado que evidencia el cumplimiento parcial, correspondiente a un 81%."*

Para el procedimiento de Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4 Código: 310,03,08-17, el Equipo Auditor determina que las evidencias remitidas corresponden a lo solicitado por el procedimiento.

Con relación al análisis de los resultados del Procedimiento para la Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas se presentan las siguientes observaciones al examinar las evidencias, así:

- a) En la actividad 6 remiten acta de reunión del 17 de julio del 2024 y *"MATRIZ DE FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO DE MEDIDAS PLANES ESPECIFICOS"*, al momento de verificar el Equipo Auditor observa que la misma no presenta las observaciones y cruce institucional hecho con las entidades del SNARIV, en donde se deje constancia de la validación del ejercicio técnico, lo anterior, de acuerdo con lo establecido en el procedimiento.
- b) Para la actividad 7, la territorial aporta nuevamente acta de reunión realizada los días 23, 24 y 25 de junio del 2023., con listado de asistencia y registro fotográfico y *MATRIZ DE FORMULACIÓN Y SEGUIMIENTO DE MEDIDAS PLANES ESPECIFICOS*, pero en estos documentos no se logra evidenciar las notas aclaratorias y/o acuerdos finales concertados, lo anterior, en función de lo establecido en el procedimiento.
- c) En cuanto a la actividad 11 se observa acta, plan específico y las fichas de especificación técnica y compromisos de medidas, es importante mencionar que la actividad establece como documentos de salida *"Comunicación y oficio remitario con acta de protocolización y anexos técnicos"*, información que la territorial no anexa.
- d) La actividad 12 solicita cargar los soportes de la Protocolización al sistema de información institucional dispuesto para los Planes Específicos. La territorial remite el documento *"PLAN ESPECÍFICO PARA EL MUNICIPIO DE MARIA LA BAJA"* de agosto del 2023, a través de esta evidencia no se puede verificar el cumplimiento de la actividad en torno al cargue de los soportes de la formulación y protocolización de los planes específicos en Sistema de Información.

A partir del marco normativo Ley 87 de 1993 en el artículo 1°, 2° literal h), 4° literal b) y artículo

 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 12 de 85

12 literal c) y e); Decreto 1083 de 2015 artículos 2.2.21.3.1, 2.2.21.5.1 y 2.2.21.5.2; los lineamientos dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, 2023 V5, Guía para la gestión por procesos en el marco del modelo integrado de planeación y gestión -MIPG V1 2020, el Equipo Auditor establece que la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés no presenta debilidad de acuerdo al análisis y evaluación efectuada a los procedimientos misionales evaluados en la presente auditoria.

En términos generales, la Dirección Territorial, debe fortalecer e implementar acciones de mejora para que los procedimientos y actividades se cumplan de acuerdo con el flujograma que se establece a través de los procesos misionales. Así mismo, se recomienda un trabajo en conjunto con los procesos misionales para que las actividades y evidencias requeridas estén totalmente claras y correspondan a lo instaurado en cada uno de los procedimientos y los criterios que allí se citan.

5.2 ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL BOLÍVAR Y SAN ANDRÉS

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el nivel de madurez del sistema de control interno - SCI, en el cual se establece como método de medición la verificación, análisis y evaluación de cinco (5) variables (indicadores, riesgos, sistema de control, mejora o valor agregado y sistema de seguimiento) que permitan identificar la efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta la dirección territorial Bolívar y San Andrés para el cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales que contribuya al fortalecimiento y mejoramiento continuo de la misionalidad de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas UARIV.

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, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos (...).*

De igual manera el artículo 2° de la citada Ley, hace referencia a los Objetivos del sistema de Control Interno. el cual dispone en los literales a), b), c), d), e), f), g) y h) que la administración de los indicadores propende por:

- i. *Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten;*

 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 13 de 85

- ii. *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;*
- iii. *Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad;*
- iv. *Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional;*
- v. *Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros;*
- vi. *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;*
- vii. *Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación;*

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.

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

El Equipo Auditor examina indicadores diferentes al plan de acción (que para efectos del ejercicio auditor serán tomados como metas del plan de acción), uno de los 16 planes con los cuales cuenta la entidad. El propósito es determinar si la Dirección Territorial posee y reconoce un sistema de medición diferente a las metas del plan de acción y con ello le permita tener una herramienta gerencial de las actividades institucionales.

El Decreto 1083 de 2015 en el artículo 2.2.22.3.2 define el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) como el: *“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”.*

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG aborda desde las diferentes dimensiones los aspectos fundamentales del sistema de medición mediante el uso de los indicadores de gestión. En este escenario, el Modelo no se circunscribe a las metas del plan de acción que como toda actividad debe tener un sistema de medición que son sus indicadores, de donde se colige que un sistema de medición mediante el uso de indicadores de gestión aborda campos diferentes y disímiles a los relacionados exclusivamente con las metas del plan de acción.

Tanto ello es así, que incluso el Departamento Administrativo de la Función Pública dio a conocer la Guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión, en cumplimiento de lo dispuesto en el:

Artículo 2.2.21.5.5 Políticas de control interno diseñadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Las guías, circulares, instructivos y demás documentos técnicos elaborados por el

 <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 14 de 85

Departamento Administrativo de la Función Pública constituirán directrices generales a través de las cuales se diseñan las políticas en materia de control interno, las cuales deberán ser implementadas al interior de cada organismo y entidad del Estado.

El Departamento Administrativo de la Función Pública elaborará prioritariamente guías e instructivos sobre elaboración de manuales de procedimientos, y sobre diseño de indicadores para evaluar la gestión institucional, los cuales se constituirán en herramientas básicas de eficiencia y transparencia de las organizaciones.

A partir de lo señalado, es importante traer a colación lo dispuesto por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG respecto de los indicadores de gestión asociado a las dimensiones y las políticas que lo desarrollan de la siguiente manera:

Dentro del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, Consejo para la Gestión y desempeño institucional en su versión 5, vigente para la anualidad 2023, dentro de la 2ª. Dimensión; Direccionamiento Estratégico y Planeación en el numeral 2.2 Política de Planeación institucional, en el punto en el cual hace referencia a los lineamientos generales para la implementación de la política, se tiene que:

En cuarto lugar, se deben atender las recomendaciones para la formulación de los indicadores.

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"*

 <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 15 de 85

(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:

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.

Los indicadores para medir resultados más comunes son: a) de producto (muestra los bienes y servicios de manera cuantitativa producidos y provistos por la organización); b) de resultado (evidencian los cambios que se generan en los ciudadanos una vez recibidos los bienes o servicios) y c) de impacto (evidencian el cambio en las condiciones objetivas que se intervinieron, esto es, si en realidad se dio solución a los problemas o satisfacción a las necesidades, gracias a la gestión de la organización) (CEPAL, 2011).

En la 4ª. Dimensión: Evaluación de Resultados, 4.1 Alcance de la Dimensión señala 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.

En la 4ª. Dimensión: Evaluación de Resultados 4.2 Seguimiento y evaluación de la gestión institucional Lineamientos generales para la implementación afirma que:

Revisar y actualizar los indicadores y demás mecanismos de seguimiento y evaluación establecidos en la entidad y por otras autoridades. Es preciso tener en cuenta que, si bien desde la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación se diseñan los indicadores, antes de su aplicación no sobra validar que éstos brindan la información suficiente y pertinente para establecer el grado de avance, para el caso de los indicadores de seguimiento, o el logro de los objetivos y resultados esperados. De no ser así, es importante efectuar los ajustes a que haya lugar. Adicionalmente, se debe revisar y tener como referente indicadores utilizados por otras entidades líderes de política y órganos de control para medir el desempeño de la entidad. De esta manera, se podrá aprovechar la información generada en el proceso de seguimiento y evaluación para responder a requerimientos externos.

 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 16 de 85

Por su parte en la Dimensión 6° Gestión del Conocimiento e Innovación, 6.2 Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación Lineamientos generales para la implementación Eje 3. Analítica institucional, indica que:

El desarrollo de este eje no solo permite un análisis de indicadores tradicional que se encargue de describir el ahora (inteligencia institucional), sino que genere un análisis descriptivo, predictivo y prospectivo, efectuado a través de datos históricos, para predecir y probar distintos escenarios de la gestión institucional.

Continuando con el marco normativo y administrativo dado por el Departamento Administrativo de la Función pública, en el caso de los indicadores de gestión en la Guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión versión 4 establece que:

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

En consecuencia, según el DANE (2005) una adecuada medición debe ser: (i) Pertinente, esto significa que las mediciones que se lleven a cabo sean relevantes y útiles en el tiempo para facilitar las decisiones que serán tomadas sobre la base de tales mediciones; (ii) Precisa, debe reflejar fielmente la magnitud que se quiere analizar, lo cual puede conseguirse a través de una buena definición de las características de las unidades a medir y una adecuada elección del instrumento de medición; (iii) Oportuna, que los resultados de la medición estén disponibles en el tiempo en que la información es importante y relevante para la toma de decisiones, tanto para corregir como para prevenir y (iv) Económica, debe existir una proporcionalidad y racionalidad entre los costos incurridos en la medición y los beneficios o la relevancia de la información suministrada.

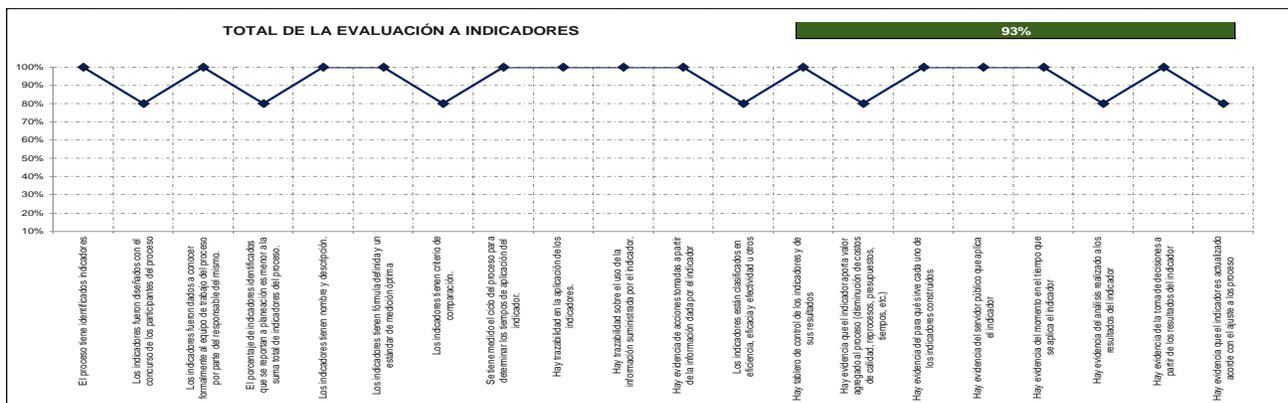
Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de los indicadores de gestión, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – indicadores, mediante correo electrónico del viernes 01 de marzo de 2024 a las 8:57 a.m. La Dirección Territorial auditada da respuesta mediante correo electrónico del viernes 08 de marzo de 2024 a las 12:05 p. m., con el cargue de los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de 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; 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, y en 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.

El papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – indicadores tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert¹. La Dirección Territorial auditada responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz para la Dirección Territorial auditada es la siguiente:



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

Como se observa, la calificación otorgada por la Dirección Territorial de las 20 afirmaciones de la herramienta arroja una calificación del 96% de 100% posibles.

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

 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 85

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soporta la evaluación, y encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – indicadores corresponde a 77 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 16 puntos respecto de la calificación de la DT auditada y de 23 respecto del máximo posible (100 puntos). Lo que significa que *“Hay evidencia de un sistema de medición en formación. No obstante, falta que este sistema sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones.*

En esta línea también se encuentran los indicadores que se construyen para hacer seguimiento a los acuerdos de gestión, base para la evaluación de estos. Estos indicadores son de común conocimiento de los directivos dado a lo ordenado en la Ley 909 de 2004.

Teniendo en cuenta lo reportado por la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés, existen indicadores de gestión diferentes a los reportados en el plan de acción en SIGGESTION 2.0, los cuales están descritos en una matriz denominada *“Plan de Trabajo Bolívar y San Andrés 2023”* que muestra la expresión cuantitativa del comportamiento y desempeño de la dirección territorial auditada.

Por lo anterior, la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés en análisis de los indicadores correspondiente a evaluación del sistema de control Interno no presenta debilidad, sin embargo, el Equipo Auditor recomienda realizar un ejercicio más profundo para que a partir de la información que brindan los resultados de los indicadores sean soporte para la toma de acciones y de decisiones que contribuyan al cumplimiento de las metas del plan de acción y de trabajo de la gestión definida por la Dirección Territorial, y así evaluar el impacto de las actividades que se dan en los diferentes escenarios institucionales y que aportan al logro de las metas.

5.2.2 Análisis del modelo de riesgos de gestión (Riesgos de gestión diferentes al mapa de riesgos institucional)

El Equipo Auditor examina los riesgos adicionales a aquellos identificados en el mapa de riesgos institucional y la gestión desplegada en la aplicación de la metodología institucional para el manejo de los riesgos y con ello evaluar el sistema de control interno -SCI, para establecer su nivel de madurez, efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. El propósito es determinar si la Dirección Territorial auditada posee y reconoce un modelo de riesgos, diferentes a los identificados en el mapa de riesgos que le permita tener otra herramienta gerencial de las actividades institucionales.

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:

 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 85

- 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.*

Por su parte el Decreto 1083 de 2015 en el artículo 2.2.22.3.2 define el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) como el: “*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*”.

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG aborda desde las diferentes dimensiones los aspectos fundamentales del sistema de riesgos. En este escenario, el Modelo no se circunscribe a los riesgos identificados e inscritos en un mapa de riesgos institucional dado que toda actividad debe identificar los riesgos y el mecanismo de mitigación aplicable, de donde se colige que un sistema de gestión de riesgos aborda campos diferentes y disimiles a los relacionados exclusivamente en el mapa de riesgos institucional.

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 a esto, en el artículo 2.2.21.5.4 del citado Decreto (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).

 <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 20 de 85

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante indicar que, la entidad debe tener una política de riesgos, la cual, según lo estipulado por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAPF a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión 2023 V5, en la pagina 36:

Esta es una tarea propia del equipo directivo y se debe hacer desde el ejercicio de Direccinamiento 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.*
- *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.*

Dentro del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, Consejo para la Gestión y desempeño institucional en su versión 5, vigente para la anualidad 2023, dentro de la 1ª. Dimensión: Talento Humano en el numeral 1.3 Política de Integridad, en los Lineamientos generales para la implementación se tiene que se debe:

Verificar si en el componente de gestión de riesgos, se identificaron riesgos y controles frente a conflictos de intereses

Implementar mecanismos para identificar, prevenir, mitigar, hacer seguimiento efectivo y ejercer el control interno de los riesgos de integridad en la gestión. Entre estos, pueden implementarse políticas, prácticas y procedimientos que orienten a los servidores a garantizar la integridad, mediante la identificación y la evaluación adecuada de los riesgos y la elaboración de controles a los riesgos.

En la 2ª. Dimensión: Direccinamiento Estratégico y Planeación en el numeral 2.2 Política de Planeación institucional en el acápite de Lineamientos generales para la implementación de la política se tiene que:

Formular las metas de largo plazo, tangibles, medibles, audaces y coherentes con los problemas y necesidades que deben atender o satisfacer, evitando proposiciones genéricas que no permitan su cuantificación y definiendo los posibles riesgos asociados al cumplimiento de las prioridades

 <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 21 de 85

Analizar el contexto interno y externo de la entidad para la identificación de los riesgos y sus posibles causas, así como retos, tendencias y oportunidades de mejora e innovación en la gestión

Para la 3ª. Dimensión: Gestión con valores para resultados, en el numeral 3.4.2 Política de Seguridad Digital relacionado con los riesgos se dispone que:

Con la política se fortalecen las capacidades de las múltiples partes interesadas para identificar, gestionar, tratar y mitigar los riesgos de seguridad digital en sus actividades socioeconómicas en el entorno digital, así como en la creación e implementación de instrumentos de resiliencia, recuperación y respuesta nacional en un marco de cooperación, colaboración y asistencia. Lo anterior, con el fin de contribuir al crecimiento de la economía digital nacional, lo que a su vez impulsará una mayor prosperidad económica y social en el país

En la 4ª. Dimensión: Evaluación de Resultados en el numeral 4.3 Atributos de calidad de la Dimensión se dispone que se debe hacer:

Seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la política de administración de riesgos establecida por la entidad

El tema de los riesgos tiene una injerencia en la gestión de procesos y dependencias que lleva al Departamento Administrativo de la Función Pública dar a conocer la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6, en cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 1083 de 2015:

Artículo 2.2.21.5.5 Políticas de control interno diseñadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Las guías, circulares, instructivos y demás documentos técnicos elaborados por el Departamento Administrativo de la Función Pública constituirán directrices generales a través de las cuales se diseñan las políticas en materia de control interno, las cuales deberán ser implementadas al interior de cada organismo y entidad del Estado.

El Departamento Administrativo de la Función Pública elaborará prioritariamente guías e instructivos sobre elaboración de manuales de procedimientos, y sobre diseño de indicadores para evaluar la gestión institucional, los cuales se constituirán en herramientas básicas de eficiencia y transparencia de las organizaciones.

En este instrumento se deja claro los beneficios que tiene una gestión del riesgo robusta, cuando tiene en consideración los objetivos y aspectos claves y críticos de éxito, para el efecto indica que:

Considerando que la gestión del riesgo es un proceso efectuado por la alta dirección de la entidad y por todo el personal con el propósito de proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos, los principales beneficios para la entidad son los siguientes:

- *Apoyo a la toma de decisiones*
- *Garantizar la operación normal de la organización*

 <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 85

- *Minimizar la probabilidad e impacto de los riesgos*
- *Mejoramiento en la calidad de procesos y sus servidores (calidad va de la mano con riesgos)*
- *Fortalecimiento de la cultura de control de la organización*
- *Incrementa la capacidad de la entidad para alcanzar sus objetivos*
- *Dota a la entidad de herramientas y controles para hacer una administración más eficaz y eficiente*

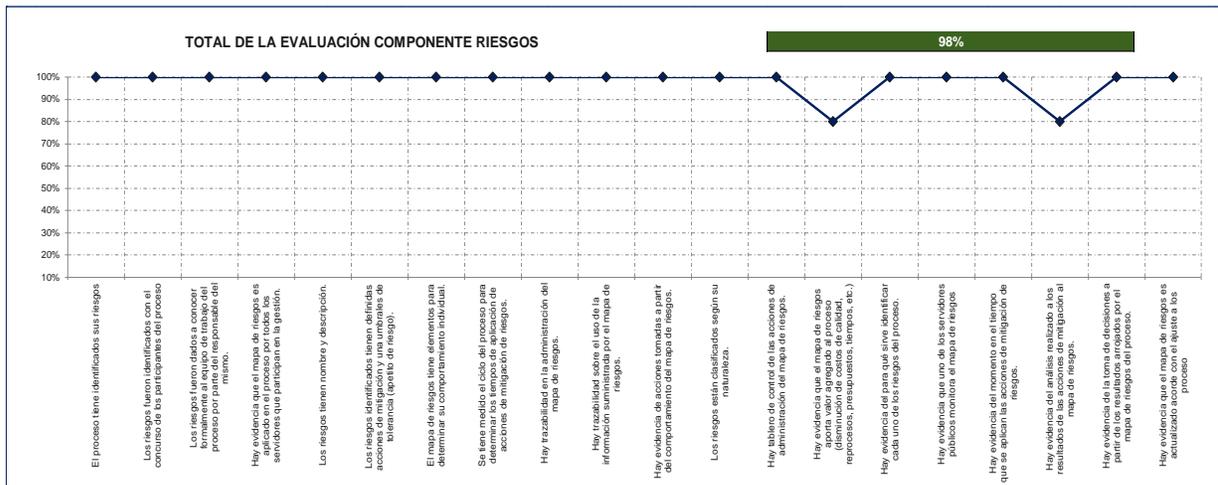
Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de la gestión del riesgo, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – riesgos, mediante correo electrónico del 01 de marzo de 2024 a las 08:57 a.m. El grupo auditado da respuesta mediante correo electrónico del 08 de marzo de 2024 a las 12:05 p. m., con el cargue de los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de gestión de riesgos en concordancia con las características del sistema de control interno definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema, el cual dispone en los literales b), c), d), e), g) y h) al señalar que se debe

- 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, 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.*

Por lo anterior, el Equipo Auditor remite a los servidores adscritos a la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés el papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – riesgos, el cual tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert², la territorial responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz para el grupo auditado que es el siguiente:

² 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



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

Como se observa, la calificación que se da la territorial auditada corresponde a 98% de 100% posibles.

El Equipo Auditor, aplica normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas y evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – riesgos corresponde a 25 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 73 puntos respecto de la calificación del Equipo Auditado y de 75 respeto del máximo posible (100 puntos).

Lo anterior dado que la Dirección Territorial auditada solo aportó evidencias respecto de los riesgos que están contenidos en el mapa de riesgos dejando de reconocer y evidenciar otros riesgos presentes en la gestión institucional como los citados expresamente en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y sus políticas asociadas e incluso aquellos que de cotidiano se presentan como temas de sustracción, seguridad de la información, incumplimiento de funciones, por solo citar algunos ejemplos. La falta de un mapeo de riesgo robusto a nivel de la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés y el solo reconocimiento de los expresados en el mapa institucional se constituye en una debilidad del sistema de control interno.

Por lo anterior, el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno califica como debilidad del sistema de control interno en el componente gestión de riesgos de la territorial auditada así:

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 24 de 85

La ausencia de un mapa de riesgos integral y robusto que recoja no solo los identificado en el instrumento institucional sino aquellas situaciones que en territorio pueden afectar el logro de los objetivos y el no reconocer aquellos que se desprenden de normas aplicables a la gestión no está conforme con la Ley 87 de 1993 artículo 2° referente a los objetivos del sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales a) y f), el Decreto 1083 de 2015 en los artículos 2.2.21.3.1 y 2.2.21.5.4, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión en las dimensiones señaladas en este acápite del informe y lo dispuesto en lo pertinente en la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6. Lo anterior conlleva a la posible materialización de eventos adversos y, por lo tanto, la materialización del riesgo negativo que tiene un impacto en el logro de los objetivos institucionales, dado que no se tiene una herramienta de gestión que brinde información del quehacer funcional de la Dirección Territorial en tiempo real y que permita la toma de decisiones informada.

Mediante correo electrónico enviado el jueves 2 de mayo de 2024 a las 1:59 p.m. se le comunica a la directora Marta Luz Salazar Morales marta.salazar@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditada las debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor al papel de trabajo “matriz evaluación al sistema de control interno – SCI”. De acuerdo con lo establecido en la actividad 9 del procedimiento: “Auditorías Internas al Sistema de Control Interno – Versión 8”. La Dirección Territorial Bolívar y San Andrés mediante correo electrónico del martes 14 de mayo de 2024 a las 4:59 p. m., remite respuesta a la Oficina de Control Interno, en los siguientes términos:

“Consideraciones: La Dirección Territorial Bolívar y San Andrés cuenta con una matriz de riesgos, y una matriz de identificación aspectos e impactos ambientales, las cuales fueron trabajadas en conjunto con el nivel nacional, donde se identificaron posibles riesgos de gestión y de corrupción, así como la identificación de los riesgos aspectos e impactos ambientales, además criterios como controles, responsables, periodicidad, propósito, desviación, observaciones, tipo de evidencias, lo que ha permitido implementar la matriz conforme a lo diseñado en este instrumento, así mismo ha permitido hacer el seguimiento y el control eficaz. Se adjuntaron las siguientes evidencias:

- Matriz de riesgos institucional 2023
- Correo con invitación para la actualización del mapa de riesgos
- Matriz identificación riesgos aspectos e impactos ambientales (actualizaciones de la Fase 1 a la Fase 4).
- Reportes trimestrales de controles matriz de riesgos.
- Reportes materialización riesgos”

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa la respuesta dada por la Dirección Territorial utilizando las normas de auditorías generalmente aceptadas, donde considera que los argumentos no desvirtúan las causas que sustentan la debilidad. De hecho, la ausencia de un mapa de riesgos, además de no cumplir con lo dispuesto en el ordenamiento jurídico, es un déficit de fuente para la toma de decisiones.

 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 85

Los mapas de riesgos tienen el propósito de establecer previamente las situaciones internas o externas que pongan en peligro el logro de los objetivos (visto desde la óptica negativa) y potencializar aquellas que permitan con mayor efectividad el logro de las metas (desde la perspectiva positiva). En ambos casos, la identificación y tratamiento de los riesgos es un elemento indispensable en la gerencia pública.

Cabe precisar que, el Equipo Auditor enfatiza en la debilidad planteada acerca de los riesgos adicionales diferentes a los identificados en el mapa de riesgos institucional que pueden afectar el logro de los objetivos, así como el no reconocer aquellos que se desprenden de normas aplicables a la gestión, un claro ejemplo se ve reflejado en lo que requiere el Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP en el reporte de medición del desempeño institucional – MDI que se realiza anualmente a través del “Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión (FURAG)” herramienta del reporte de avances de la gestión, como insumo para el monitoreo, evaluación y control del desempeño institucional, dentro del cual se encuentra descrito que:


FUNCIÓN PÚBLICA

61. De acuerdo con los resultados del seguimiento a la gestión del riesgo para la vigencia evaluada, por parte de las oficinas de control interno, indique:

Selección múltiple numérica Código: CIN304

Asegúrese de responder todas las opciones de respuesta. Si para alguna de ellas no tiene, digite cero (0)

- Número total de riesgos identificados en la entidad:
- Número de riesgos materializados en la entidad:
- Número de riesgos materializados que no habían sido identificados en el mapa de riesgos, o en la herramienta destinada para tal fin:**
- Número de riesgos de corrupción identificados en la entidad:
- Número de riesgos de corrupción materializados en la entidad:
- Número de riesgos de corrupción materializados que no habían sido identificados en el mapa de riesgos, o en la herramienta destinada para tal fin:

Fuente: *Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión (FURAG) – 2023 DAFP*

En consecuencia, el Equipo Auditor considera pertinente mantener la debilidad comunicada con el propósito de que la Dirección Territorial realice un plan de mejoramiento donde determine las acciones de mejora que lleven a superar las causas generadoras del hallazgo.

5.2.3 Análisis del modelo de control (diferentes a los puntos de control en los procedimientos)

El Equipo Auditor examina los controles adicionales a aquellos identificados como puntos de control en los procesos y procedimientos institucionales y la gestión desplegada en la aplicación de la metodología de control interno y con ello evaluar el sistema de control interno - SCI, para establecer su nivel de madurez, efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta 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 26 de 85

Dirección Territorial Bolívar y San Andrés para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. El propósito es determinar si la Dirección Territorial auditada posee y reconoce un modelo de control interno, adicional a los puntos de control que se describen en los procesos y procedimientos, que le permita tener otra herramienta gerencial de las actividades institucionales.

El artículo 1° de la Ley 87 de 1993, establece que se entiende por control interno de la siguiente manera:

Se entiende por control interno el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos. (...)

En consecuencia, deberá concebirse y organizarse de tal manera que su ejercicio sea intrínseco al desarrollo de las funciones de todos los cargos existentes en la entidad, y en particular de las asignadas a aquellos que tengan responsabilidad del mando.

En el artículo 3° literal c) de la ley en comento se habla de la responsabilidad de los servidores frente al tema de control en los siguientes términos:

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;

En esta misma dinámica, el artículo 6° de la ley referenciada dispone en relación con el control interno, 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.

Por su parte, el Decreto 1083 de 2015 en el artículo 2.2.21.2.2 literal e) es claro al establecer la responsabilidad de los servidores públicos en relación con el control interno así:

e. El servidor público, como eje del Sistema de Control Interno, tiene la obligación de realizar todas y cada una de sus acciones atendiendo los conceptos de autocontrol y autoevaluación, apoyando las actividades orientadas a fortalecer el funcionamiento del Sistema de Control Interno del organismo o entidad a la cual pertenece.

 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 27 de 85

De las anteriores disposiciones normativas se desprende que el control interno, es decir la metodología y acciones de control que se aplican en el quehacer institucional cotidianamente, es responsabilidad de los líderes de proceso o dependencias al igual que de todos los servidores de la entidad.

Por su parte el Decreto 1083 de 2015 en el artículo 2.2.22.3.2 define el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) como el: *“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”*.

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) aborda desde las diferentes dimensiones los aspectos fundamentales del sistema de control. En este escenario, el Modelo no se circunscribe a los puntos de control de los procesos y procedimientos identificados e inscritos en un mapa de procesos institucional, dado que en toda actividad se debe identificar los controles que le son pertinentes y el mecanismo de aplicación definido, de donde se colige que un sistema de control aborda campos diferentes y disimiles a los relacionados exclusivamente en los instrumentos de procesos o procedimientos.

Según lo estipulado por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI, 2014 en el numeral 5.1 Objetivos específicos del MECI en lo correspondiente al control de planeación y gestión en los literal b) y c) debe velar porque la entidad disponga de: *“b) Procesos y procedimientos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales, de acuerdo con su naturaleza, características y propósitos, procurando su simplificación y actualización de manera permanente”* y c) *“Políticas operacionales y delimitación precisa de la autoridad y niveles de responsabilidad”*.

De igual manera, la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas UARIV mediante Resolución No. 2728 del 5 de octubre de 2021 *“Por la cual se adopta el modelo integrado de planeación y gestión-MIPG (...)”*; en el artículo 2 Objetivos del modelo el numeral 2 *“Agilizar, simplificar y flexibilizar la operación de las entidades para la generación de bienes y servicios que resuelvan efectivamente las necesidades de sus ciudadanos”*. Esta es una tarea propia de las dependencias, procesos misionales y direcciones territoriales, que se debe hacer desde el ejercicio del proceso de Direccionamiento Estratégico en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación. En este punto, se deben emitir los lineamientos precisos para la gerencia de procesos que contribuyan al logro de los objetivos institucionales, para lo cual es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

 <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 28 de 85

- *La Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos; El propósito de esta política es fortalecer las capacidades organizacionales mediante la alineación entre la estrategia institucional y el modelo de operación por procesos, la estructura y la planta de personal, de manera que contribuyan a la generación de mayor valor público en la prestación de bienes y servicios, aumentando la productividad estatal.*
- *El campo de aplicación de la política establece que los Procesos de diseño o rediseño organizacional: Organismos y entidades de la rama ejecutiva del orden nacional y territorial. Operación por procesos: entidades bajo el ámbito de aplicación de la Ley 87 de 1993.*

Por otra parte, en el Manual Operativo del MIPG en la página 49 al hablar del trabajo por procesos dentro de la Dimensión 3° “Gestión con Valores para Resultados” dispone que:

“La implementación de la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos debe ser resultado del ejercicio de Direccionamiento Estratégico y Planeación, así como de los resultados obtenidos por la entidad. Se trata de entender e interiorizar que todas las dimensiones de MIPG son piezas fundamentales e integrales en un proceso de análisis para el fortalecimiento organizacional”.

En este escenario, la misma disposición dicta que: *“Con este insumo fundamental del Direccionamiento Estratégico y la Planeación, existen dos grandes acciones que son necesarias abordar para llevar a cabo el fortalecimiento organizacional: Por un lado, comprender muy bien la situación por la que atraviesa una entidad. Por otro, hacer un ejercicio de diseño o rediseño en el cual se reconozcan los esfuerzos y condiciones en los que se ha incurrido en el tiempo. Explícitamente, esto es”:*

- *“Entender la situación: El objetivo de esta acción, enmarcada en el análisis de capacidades y entornos del Direccionamiento Estratégico y la Planeación (...)”.*
- *“Diseñar o rediseñar lo necesario: (...) Para ello es necesario formalizar como mínimo: Estructura orgánica, Esquema de negocio, Cadena de valor, Estructura funcional o administrativa, planta de personal (...)”.*
- *“Trabajar por procesos: Uno de los pilares de los modelos de gestión de calidad es el trabajo por procesos. De acuerdo con la Carta Iberoamericana de la Calidad (CLAD: 2008), la adopción de una gestión por procesos permite la mejora de las actividades de la administración pública orientada al servicio público y para resultados. Los procesos, entendidos como la secuencia ordenada de actividades, interrelacionadas, para crear valor, deben tener en cuenta que el ciudadano es el eje fundamental de la 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 (...)”.*

Es así como el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG indica en la dimensión 7ª la importancia de proporcionar:

 <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 29 de 85

“(…) una estructura de control de la gestión que especifique los elementos necesarios para construir y fortalecer el Sistema de Control Interno, a través de un modelo que determine los parámetros necesarios (autogestión) para que las entidades establezcan acciones, políticas, métodos, procedimientos, mecanismos de prevención, verificación y evaluación en procura de su mejoramiento continuo (autorregulación), en la cual cada uno de los servidores de la entidad se constituyen en parte integral (autocontrol).”³

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo del sistema de control, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno en su componente de control, mediante correo electrónico del 01 de marzo de 2024 a las 08:57 a.m. El Equipo Auditado da respuesta mediante correo electrónico del 08 de marzo de 2024 a las 12:05 p. m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de gestión del control en concordancia con las características del sistema de control interno 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) al señalar que se debe:

- 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, 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.*

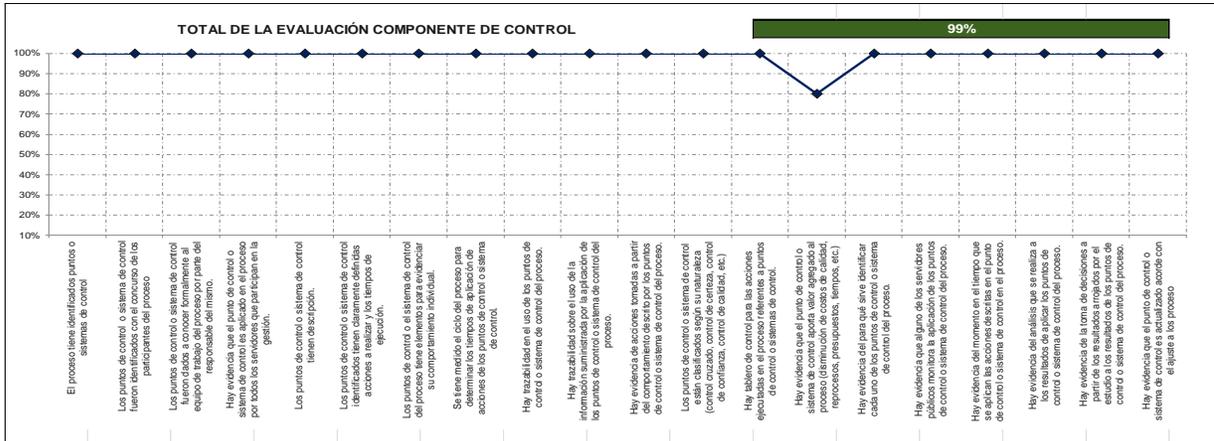
El papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – control tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert⁴. El Equipo Auditado,

³ DEPARATAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, Manual Operativo MIPG, Bogotá, p-114.

⁴ 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.



responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz para la territorial auditada, así:



Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión - Propia OCI

Como se observa, la calificación que se da a la auditada corresponde a 99% de 100% posibles.

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – control corresponde a 25 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 75 puntos respecto de la calificación de la territorial y de 75 respecto del máximo posible (100 puntos).

Lo anterior dado que la Dirección Territorial auditada solo aportó evidencias respecto de los controles que están contenidos en los procesos y procedimientos dejando de reconocer y evidenciar otros controles que se gestionan en su ámbito de funcionalidad y presentes en la gestión institucional como los citados expresamente en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y sus políticas asociadas e incluso aquellos que de cotidiano se presentan como temas de control de ingreso, acceso a la información, bienes muebles e inmuebles por solo citar algunos ejemplos. La falta de un sistema robusto de control interno en la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés y el solo reconocimiento de los expresados en el mapa de procesos, constituye una debilidad del sistema de control interno.

Adicionalmente, en la afirmación 19 en torno a la toma de decisiones a partir de los resultados de los puntos o sistemas de control, se observa el diligenciamiento de acuerdos de confidencial. Es importante, que la territorial tenga la evidencia que aporte y de certeza de la toma de decisión que se genera a partir de los puntos y/o sistemas de control que tiene la territorial para los diferentes

 <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 31 de 85

procesos, la evidencia no permite verificar las acciones tomadas a partir de los resultados presentados por esos puntos o sistemas de control aplicados por la territorial.

Por lo anterior, el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno califica como debilidad del sistema de control interno en el componente gestión de control de la territorial así:

La ausencia de un modelo de control robusto en el sistema de control inherente a la Dirección Territorial, así como la identificación, aplicación de controles a las actividades diferentes a las descritas en los procedimientos, falta de implementación de tableros de control que permitan verificar el estado y seguimiento de las acciones que se desarrollan en cada uno de los procesos para contribuir en la toma de decisiones y análisis necesarios que permitan coadyuvar a la mejora continua en la gestión y el logro de los objetivos institucionales, situación que no está conforme con la Ley 87 de 1993 en el artículo 2º literales b, d, e y g; Decreto 1083 de 2015 en los artículos 2.2.21.3.1 y 2.2.21.5.4; los lineamientos dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión 2023 V5. Siendo las potenciales causas el desconocimiento del marco jurídico que regula el tema de controles en la administración pública y la ausencia de una metodología de control gerencial como estrategia para el análisis, seguimiento, revisión y prevención para la toma de decisiones que permitan el cumplimiento de los objetivos y metas de la Dirección Territorial. Lo anterior conlleva a la posible materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales.

Mediante correo electrónico enviado el jueves 2 de mayo de 2024 a las 1:59 p.m. se le comunica a la directora Marta Luz Salazar Morales marta.salazar@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditada las debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor al papel de trabajo “matriz evaluación al sistema de control interno – SCI”. De acuerdo con lo establecido en la actividad 9 del procedimiento: “Auditorías Internas al Sistema de Control Interno – Versión 8”. La Dirección Territorial Bolívar y San Andrés mediante correo electrónico del martes 14 de mayo de 2024 a las 4:59 p. m., remite respuesta a la Oficina de Control Interno, en los siguientes términos:

“Consideraciones: La Dirección territorial Bolívar y San Andrés, durante la vigencia 2023 cuenta con un plan de trabajo que contiene las actividades estratégicas para el cumplimiento de nuestras metas, en línea con los objetivos estratégicos de la entidad, estas actividades son actividades que se realizan dentro de los procesos territoriales, cuentan con un tablero de control y seguimiento el cual tiene como fin mantener el control y monitorear el avance, así como la toma de decisiones de acuerdo al cumplimiento o incumplimiento de las metas de forma mensual, a este plan de trabajo se le hizo seguimiento de forma mensual en acompañamiento con la Subdirección general. De acuerdo con lo anterior se adjuntaron las siguientes evidencias:

- Correo nuevos lineamientos Plan de trabajo 2023
- Presentación nuevos lineamientos Cambiamos para servir 2023

 <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 32 de 85

- Correo apertura nuevo plan de trabajo 2023
- Correo seguimiento a compromisos plan de trabajo
- Seguimientos Plan de acción trimestral
- Acta N26 Capacitación y concertación Plan de trabajo D.T Bolívar y San Andrés 2023
- Correo Socialización Controles de seguridad aplicables al proceso.
- Reportes controles mapa de riesgos Mayo y Junio 2023
- Matriz implementación controles SOA
- Correo Plan de trabajo
- Correo Socialización plan de trabajo 2023.
- Reporte punto control RNI
- Reporte Punto de control servicio al ciudadano”

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa la respuesta dada por la territorial y considera que los argumentos no desvirtúan las causas que sustentan la debilidad. Lo anterior ya que el auditado manifiesta que tiene definido un plan de trabajo, el cual contiene la relación de indicadores, actividades específicas, metas, unidad de medida, responsables, evidencia entre otros para el cumplimiento de las acciones de la territorial. Pero en esta herramienta, no se definen las acciones de control a efectuar para dar cumplimiento a cada una de las actividades planteadas.

Lo anterior, en función a lo dispuesto en la “Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6”, donde definen:

“3.2.2 Valoración de controles: en primer lugar, conceptualmente un control se define como la medida que permite reducir o mitigar el riesgo. Para la valoración de controles se debe tener en cuenta:

- *La identificación de controles se debe realizar a cada riesgo a través de las entrevistas con los líderes de procesos o servidores expertos en su quehacer. En este caso sí aplica el criterio experto.*
- *Los responsables de implementar y monitorear los controles son los líderes de proceso con el apoyo de su equipo de trabajo.*

3.2.2.1 Estructura para la descripción del control: para una adecuada redacción del control se propone una estructura que facilitará más adelante entender su tipología y otros atributos para su valoración. La estructura es la siguiente:

- *Responsable de ejecutar el control: identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad.*
- *Acción: se determina mediante verbos que indican la acción que deben realizar como parte del control.*
- *Complemento: corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control.”*

 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 33 de 85

Adicionalmente, el Equipo Auditado relaciona los puntos de control de los procedimientos, pero la debilidad está relacionada con los controles, aspectos que son diferentes. Los puntos de control son decisiones que se toman dentro de un procedimiento y que por lo general responde a un cuestionamiento procedimental que solo admite un sí o un no.

En consecuencia, el Equipo Auditor considera pertinente mantener la debilidad del sistema de Control Interno para efectos de que la territorial realice el plan de mejoramiento, donde se realice un ejercicio en determinar las acciones con el fin de superar las causas generadoras del hallazgo.

5.2.4 Análisis del modelo de mejora o valor agregado

El Equipo Auditor examina el modelo de mejora o valor agregado que aplica la Dirección Territorial en la gestión desplegada y con ello evalúa el sistema de control interno -SCI, para establecer su nivel de madurez, efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta la Dirección Territorial para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. El propósito es determinar si la Dirección Territorial auditada posee y reconoce un modelo de mejora o valor agregado a las actividades, decisiones y acciones que le permita tener otra herramienta gerencial de las actividades institucionales.

El artículo 1° de la Ley 87 de 1993, establece que se entiende por control interno de la siguiente manera:

Se entiende por control interno el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos. (...)

En consecuencia, deberá concebirse y organizarse de tal manera que su ejercicio sea intrínseco al desarrollo de las funciones de todos los cargos existentes en la entidad, y en particular de las asignadas a aquellos que tengan responsabilidad del mando.

El artículo 2° de la citada Ley al hablar de los objetivos del sistema de Control Interno dispone, en el literal d). "Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional". Adelante dispone en el artículo 4°. Elementos para el Sistema de Control Interno en el literal que i) "Establecimiento de sistemas modernos de información que faciliten la gestión y el control".

Por su parte, el Decreto 1499 de 2017 que modifica el Decreto 1083 de 2015, en el artículo 2.2.23.1 dispone 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 34 de 85

“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.

El Control Interno es transversal a la gestión y desempeño de las entidades y se implementa a través del Modelo Estándar de Control Interno – MECI”.

El Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI, en el numeral 5.1 Objetivos específicos del MECI en el literal dispone que se debe e) *“Garantizar razonablemente la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional”.*

Corolario de lo anterior, la entidad debe tener un Sistema de Control Interno que se articule con el MIPG, según lo estipulado por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, 2023 V5, en el numeral 4.2 Seguimiento y evaluación de la gestión institucional, que señala:

Numeral 4.2 Seguimiento y evaluación de la gestión institucional del MIPG: “El MIPG opera a través de un conjunto de 7 dimensiones que agrupan las políticas de gestión y desempeño institucional (Talento Humano, Direccionamiento estratégico y Planeación, Gestión con valores para resultados, Evaluación de resultados, Información y comunicación, Gestión del conocimiento y Control Interno), implementadas de manera articulada e intercomunicada, permitirán que MIPG funcione”; es así “(...)Las dependencias de planeación suelen ser las responsables y competentes para liderar estos ejercicios. No obstante, los responsables de hacer el seguimiento y la evaluación de los resultados institucionales son los servidores públicos que tienen a su cargo cada plan, programa, proyecto o estrategia objeto de seguimiento y evaluación. Así mismo, son ellos quienes deben establecer oportunamente las acciones de corrección o prevención de riesgos, si aplica, y registrar o suministrar los datos en los diferentes sistemas de información de que dispone la organización y otras autoridades para tal fin. (...)”

Adicionalmente, en el numeral 4.2 Seguimiento y evaluación de la gestión institucional, lineamientos generales para la implementación afirma que:

“Así mismo, 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.”

 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 85

“Los procesos de seguimiento y evaluación tienen como una de sus finalidades aportar información a los responsables de la gestión institucional para tomar decisiones en cuanto al diseño, ejecución y resultados. Por tanto, los resultados del seguimiento y evaluación permiten definir recomendaciones para la mejora en todos los procesos de gestión institucional y así maximizar el aprovechamiento de los recursos disponibles.”

En el Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI, en el capítulo Módulo de Control de Evaluación y Seguimiento 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 (...)”*

Por su parte, la UARIV mediante la Resolución No. 2728 del 5 de octubre de 2021 *“Por la cual se adopta el modelo integrado de planeación y gestión-MIPG (...)”*; en el artículo 2 Objetivos del modelo el numeral 2 señala que se debe *“Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la en la información, el control y la evaluación para la toma de decisiones y la mejora continua”*. Esta es una tarea propia de dependencias y procesos, que se debe hacer desde el ejercicio de Direccionamiento Estratégico en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación y la línea estratégica de la Dirección General. En este punto, se deben emitir los lineamientos precisos para el seguimiento que contribuyen al logro de los objetivos institucionales para lo cual es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

La Política de Seguimiento y Evaluación Institucional; “(...) asociada a la dimensión de Evaluación de Resultados se abordará desde tres perspectivas: la primera guarda relación con los resultados que se obtienen a nivel institucional, la segunda con las metas priorizadas en el Plan Nacional de Desarrollo y proyectos de inversión, y la tercera con la evaluación y seguimiento a los planes de desarrollo territorial (...)”.

El campo de aplicación de la política establece *(...) Definir un área o servidor responsable del diseño, implementación y comunicación de los mecanismos de seguimiento y evaluación, “Utilizar y aprovechar los resultados de los seguimientos y evaluaciones para la mejora continua (...)”*

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo del modelo de mejora y valor agregado, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – de mejora o valor agregado, mediante correo electrónico del 01 de marzo de 2024 a las 08:57 a.m. La territorial da respuesta mediante correo electrónico del 08 de marzo de 2024 a las 12:05 p. m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

 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 85

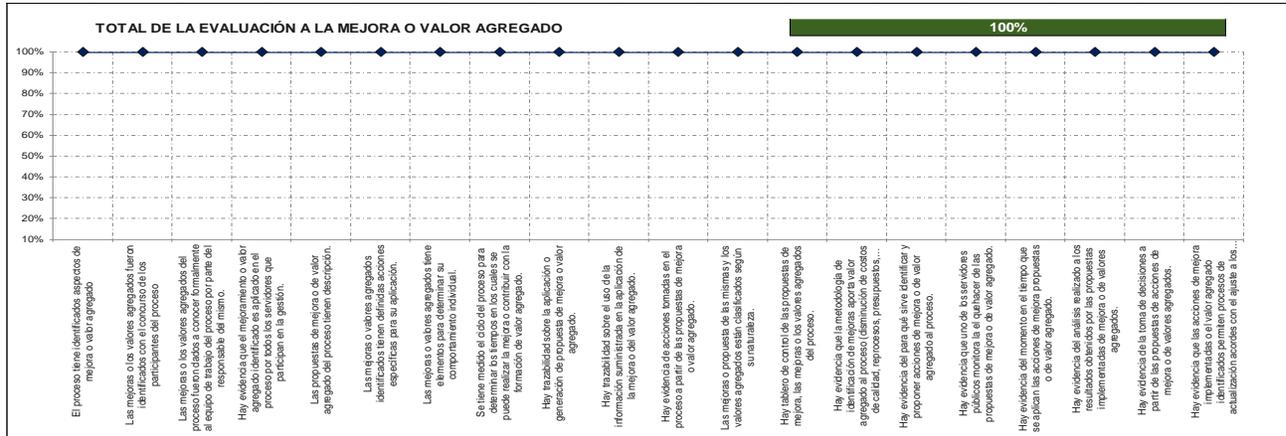
El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de mejora y valor agregado, en concordancia con las características del sistema de control interno definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema, el cual dispone en los literales b), c), d), e), g) y h) al señalar que se debe:

- 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, 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.*

Teniendo en cuenta los parámetros de la herramienta citada en los numerales anteriores, el Equipo Auditor la aplica para determinar el nivel de uso de la práctica de gestión para que la Dirección Territorial pueda mejorar constantemente sus procesos y así ser más eficiente y tener un mayor 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 inherentes en la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés.

Los resultados obtenidos a través de la aplicación del papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – mejora y valor agregado, tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert⁵. El grupo auditado responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz así:

⁵ 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.



Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión - Propia OCI

Como se observa, la calificación que se da la Dirección Territorial auditada corresponde a 100% de 100% posibles.

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – mejora y valor agregado corresponde a 62.50 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 37.5 puntos respecto de la calificación del grupo auditado y del máximo posible (100 puntos). Lo que significa que “Hay evidencia de acciones de mejora propuestas y analizadas o de valores agregados alcanzados. No obstante, falta que este modelo de mejoramiento o agregación de valor sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones.” (Información tomada resultado del papel de trabajo).

Es así como el Equipo Auditor ve un terreno expedito para realizar acciones encaminadas a fortalecer la mejora y el valor agregado de la territorial y así generar fuentes de información para la toma de decisiones, todo ello como herramienta de gerencia proclive a mejorar la gestión, minimizar costos y maximizar las acciones misionales en favor de los usuarios de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas - UARIV desde las funcionalidades del auditado.

Por lo anterior, la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés en análisis del modelo de mejora o valor agregado correspondiente a evaluación del sistema de control Interno no presenta debilidad.

5.2.5 Análisis del modelo de seguimiento

El Equipo Auditor examina el modelo de seguimiento que aplica la Dirección Territorial en la gestión desplegada y con ello evalúa el sistema de control interno - SCI, para establecer su nivel de madurez, efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos

 <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 38 de 85

institucionales. El propósito es determinar si la Dirección Territorial auditada posee un modelo de seguimiento que sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones.

El Decreto 1083 de 2015 en el artículo 2.2.22.3.2 define el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) como el: “*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*”.

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) aborda desde las diferentes dimensiones los aspectos fundamentales del mejoramiento continuo y el valor agregado. En este escenario, el Modelo enuncia que el objetivo de MIPG “*Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua*” y que “*Utilizar y aprovechar los resultados de los seguimientos y evaluaciones para la mejora continua.*”

Tanto ello es así, que incluso el Departamento Administrativo de la Función Pública dio a conocer el Modelo para promover el mejoramiento continuo de las entidades, razón por la cual éstas deben establecer acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo, así como mecanismos para la prevención y evaluación de éste, en cumplimiento de lo dispuesto en el:

Artículo 2.2.21.5.5 Políticas de control interno diseñadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Las guías, circulares, instructivos y demás documentos técnicos elaborados por el Departamento Administrativo de la Función Pública constituirán directrices generales a través de las cuales se diseñan las políticas en materia de control interno, las cuales deberán ser implementadas al interior de cada organismo y entidad del Estado.

El Departamento Administrativo de la Función Pública elaborará prioritariamente guías e instructivos sobre elaboración de manuales de procedimientos, y sobre diseño de indicadores para evaluar la gestión institucional, los cuales se constituirán en herramientas básicas de eficiencia y transparencia de las organizaciones.

A partir de lo señalado, es importante traer a colación lo dispuesto por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG respecto al seguimiento asociado a las dimensiones y las políticas que lo desarrollan de la siguiente manera:

Dentro del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, Consejo para la Gestión y desempeño institucional en su versión 5, vigente para la anualidad 2023, establece que:

En la 3ª. Dimensión: Gestión con valores para resultados, 3.3. Relación Estado Ciudadano, 3.3.1 Política de servicio al ciudadano establece que:

“Evaluar y hacer seguimiento a las estrategias de atención y servicio al ciudadano (mejora continua).”

 <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 39 de 85

En la dimensión 4° Dimensión: Evaluación de Resultados, 4.2. Seguimiento y evaluación de la gestión institucional, 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”.*

Adicionalmente, en la dimensión 4°, 4.2. Seguimiento y evaluación de la gestión institucional, lineamientos generales para la implementación afirma que:

“Así mismo, 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.”

“Los procesos de seguimiento y evaluación tienen como una de sus finalidades aportar información a los responsables de la gestión institucional para tomar decisiones en cuanto al diseño, ejecución y resultados. Por tanto, los resultados del seguimiento y evaluación permiten definir recomendaciones para la mejora en todos los procesos de gestión institucional y así maximizar el aprovechamiento de los recursos disponibles.”

En la 6ª. Dimensión: Gestión del Conocimiento y la Innovación, 6.1. Alcance de la Dimensión señala que:

“La dimensión de la gestión del conocimiento y la innovación propone el desarrollo de acciones para compartir y difundir el conocimiento entre los servidores públicos y los grupos de valor, con el objetivo de garantizar su apropiación y aprovechamiento, esto implica, además, que las entidades promuevan el análisis, evaluación y retroalimentación de dichas acciones, lo que les permitirá el mejoramiento continuo. Esta dimensión facilita aprender de sí mismas y de su entorno de manera práctica (aprender haciendo)”.

En la 7ª. Dimensión; Control Interno, se tiene que:

“MIPG promueve el mejoramiento continuo de las entidades, razón por la cual éstas deben establecer acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo, así como mecanismos para la prevención y evaluación de éste. El Control Interno es la clave para asegurar razonablemente que las demás dimensiones de MIPG cumplan su propósito.”

Por su parte en la Dimensión 7° Control Interno, 7.1 Alcance de esta Dimensión señala que:

“Es importante indicar que el Modelo Estándar de Control Interno -MECI se actualiza en el marco de MIPG; el MECI ha sido y continuará siendo la base para la implementación y fortalecimiento 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 40 de 85

Sistema de Control Interno de las entidades, que se encuentran dentro del campo de aplicación de la Ley 87 de 1993. En este sentido, el MECI es el Modelo que deberán seguir implementando tanto las entidades objeto de MIPG, como aquellas a las que no les aplica dicho modelo integralmente; por lo tanto, los lineamientos para su implementación se enmarcan esta séptima Dimensión.

El objetivo del MECI es proporcionar una estructura de control de la gestión que especifique los elementos necesarios para construir y fortalecer el Sistema de Control Interno, a través de un modelo que determine los parámetros necesarios (autogestión) para que las entidades establezcan acciones, políticas, métodos, procedimientos, mecanismos de prevención, verificación y evaluación en procura de su mejoramiento continuo (autorregulación), en la cual cada uno de los servidores de la entidad se constituyen en parte integral (autocontrol).”

De esta forma, la evaluación permanente al estado del SCI implica el seguimiento al conjunto de dimensiones del Modelo, de tal manera que la autoevaluación y la evaluación independiente se convierten en la base para emprender acciones para subsanar las deficiencias detectadas y encaminarse en la mejora continua (COSO, 2013: 143).

La actividad de auditoría interna debe realimentar a las entidades en el mantenimiento de controles efectivos, mediante la evaluación de la eficacia y eficiencia de los mismos, promoviendo la mejora continua. Así mismo, para formarse una opinión sobre la adecuación y eficacia de los procesos de gestión de riesgos y control -y de esta manera emitir juicios de valor- las oficinas de control interno deben basarse en las evidencias obtenidas en el ejercicio de auditoría.

Continuando con el marco normativo, el Decreto 1499 de 2017: Artículo 2.2.22.3.3. Objetivos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG. El Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, en su tercer objetivo establece:

“Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua.”

De acuerdo con el Marco General del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), enuncia lo siguiente:

El Modelo tiene una visión de cada entidad pública como un actor social con una o varias responsabilidades con la sociedad: producir bienes, prestar servicios, fijar regulaciones o desarrollar un programa o proyecto específico; no obstante, independientemente de su responsabilidad, toda entidad pública debe cumplir una condición necesaria: tener un desempeño eficaz el cual está a su vez determinado por su capacidad institucional (Oszlak 2014).

Por tanto, la versión actualizada de MIPG se enmarca dentro de la Gestión con valores orientada a Resultados o para Resultados GpR, y permitirá que las entidades públicas colombianas planeen, gestionen, controlen, evalúen y mejoren su desempeño y tengan cada vez más y mejores capacidades de operación, con el fin de atender y solucionar necesidades y problemas de 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 41 de 85

ciudadanos, a través de resultados que le permitan dar cumplimiento a su propósito fundamental y contribuyan a la generación de valor público por parte del Estado colombiano.

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 (...).*

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de la variable seguimiento de la herramienta del Sistema de Control Interno -SCI, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno en su componente de seguimiento, mediante correo electrónico del 01 de marzo de 2024 a las 08:57 a.m. El Equipo Auditado da respuesta mediante correo electrónico del 08 de marzo de 2024 a las 12:05 p. m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

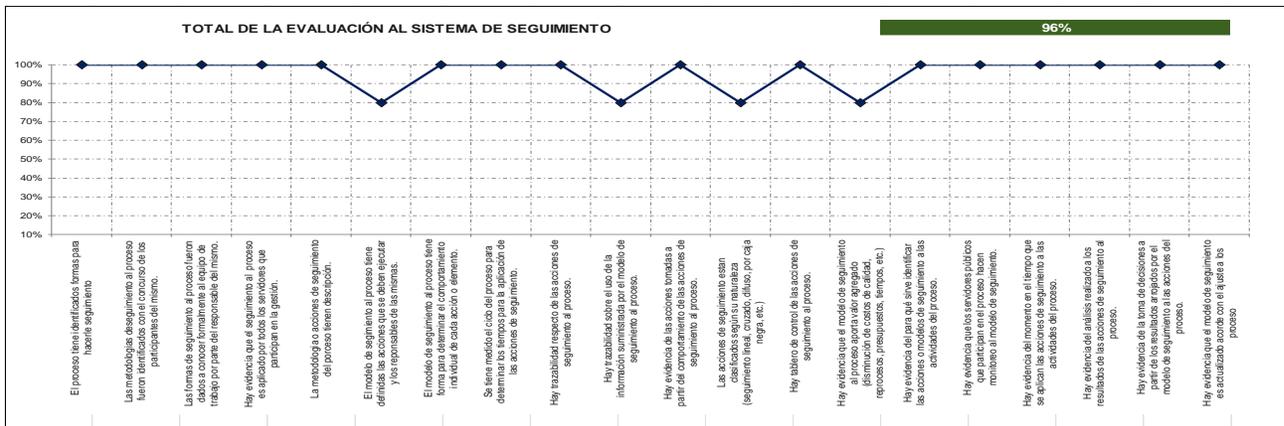
El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de seguimiento definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales b), c), d), e), f), g) y h) que la administración de la mejora o valor agregado 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;*
- 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;*
- 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, 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.*

Por lo anterior, el Equipo Auditor aplica a servidores adscritos a la Dirección Territorial el papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – seguimiento el cual tiene veinte (20)



afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert⁶. La Dirección Territorial auditada responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz para la territorial que es la siguiente:



Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión - Propia OCI

Como se observa, la calificación que se da la Dirección Territorial auditada corresponde a 96% de 100% posibles.

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – seguimiento corresponde a 62.50 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 33.5 puntos respecto de la calificación de la territorial y de 37.5 respecto del máximo posible (100 puntos). Lo anterior significa que “Hay evidencia que existe un sistema de seguimiento a la gestión del proceso medianamente conformado. No obstante, falta que este modelo sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones.” (Información tomada resultado del papel de trabajo).

Es así como el Equipo 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 Dirección Territorial auditada.

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.

 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 85

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

Para el Equipo Auditor, el análisis del quehacer del seguimiento es otro de los pilares sobre el cual descansa una adecuada toma de decisiones, sustentado en herramientas que brindan certeza al gestor público y por ende dan a los usuarios de la Entidad la tranquilidad de recibir los bienes o servicios que satisfagan sus expectativas, dentro del marco de las externalidades propias de la gestión de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

Por lo anterior, la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés, en análisis del modelo de seguimiento correspondiente a evaluación del sistema de control Interno no presenta debilidad.

5.3 ANÁLISIS DEL DISEÑO Y EFECTIVIDAD DEL CONTROL DEL RIESGO EN LA DIRECCIÓN TERRITORIAL BOLÍVAR Y SAN ANDRÉS

La Dirección Territorial Bolívar y San Andrés, según el artículo 29 del Decreto 4802 de 2011 define las funciones de ejecutar las políticas, planes, programas y coordinar la implementación de las estrategias de la entidad a nivel territorial para la gestión, fortalecimiento y seguimiento de las acciones que se desarrollen en la correspondiente jurisdicción para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

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

Para hacer posible el análisis del mapa de riesgos asociado a la gestión de la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés, se aplica el papel de trabajo “Evaluación de riesgos, diseño de controles y efectividad de las evidencias”, que consulta los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través de la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas”. Este instrumento se elabora con los parámetros cuantitativos de la guía y por lo mismo, es un mecanismo de medición de la gestión desplegada por la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés en el manejo y gestión de sus riesgos. Se inicia desde 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 44 de 85

concepción formal del control y se llega a la gestión y aplicación realizada a cada control asociado al riesgo identificado.

Es necesario señalar que el propósito de esta evaluación es determinar si la Dirección Territorial en mención diseña adecuada y metodológicamente el control al riesgo y a su vez verificar si la evidencia cumple el propósito de la acción del control. El presente análisis del Equipo Auditor se despliega, mediante la técnica de confrontación documental, para examinar que el control posee todos los aspectos referenciados por el Departamento Administrativo de la Función Pública y, por lo tanto, contribuye a controlar los riesgos.

En virtud del mapa de riesgos institucional de la vigencia 2023 el equipo auditor analiza los riesgos asociados a la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés. Producto de esta actividad se observa que se identifican seis (6) riesgos, de los cuales el equipo auditor evidencia dos (2) riesgos de gestión que corresponde al 33,33%, dos (2) riesgos de corrupción con el 33,33%, un (1) riesgo del Sistema de Gestión Ambiental con el 16,67% y un (1) riesgo del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo con el 16,67%. Para gestionar los riesgos identificados la Dirección Territorial aplica trece (13) controles.

Al examinar las variables se tiene como resultado que el 33,33% corresponde a dos (2) riesgos calificados en el rango denominado *Fuerte*, el 50% corresponde a tres (3) riesgos en el rango *Moderado* y 16,67% a un (1) riesgo en el rango *Débil*, resultado que arroja la herramienta aplicada a los riesgos de la Dirección Territorial respecto al diseño del control.

A continuación, se muestra la gráfica de análisis de los riesgos, así:

Gráfica No.1. Resultado de la solidez de los riesgos de la DT Bolívar y San Andrés



Fuente: Herramienta análisis de riesgos de la OCI

 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 85

Las evidencias de la ejecución del control, entendidas como la información que da certidumbre sobre la aplicación y resultados sin importar el soporte material, son evaluadas por el Equipo Auditor encontrando que al momento de la auditoria se contó con el acopio de ellas. Una vez recibidas se evalúan con los criterios de auditoria generalmente aceptados y se establece que la Dirección Territorial en la efectividad de ejecución del control tiene como resultado que 61,54% cuenta con el criterio “Existe la evidencia y/o control total”, 30,77% “La evidencia y/o control es parcial” y el 7,69% “No existe la evidencia y/o control”.

La efectividad que nos conlleva al cumplimiento total se enfoca principalmente en la interpretación de la metodología para la administración del riesgo y el diseño de los controles, mecanismo de información efectiva, eficaz y oportuna en materia de ejecución de las actividades del control y evidencias frente a los controles instituidos en la matriz de riesgos. Lo anterior conlleva al control de la materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el manejo del impacto en el logro de los objetivos institucionales.

Sin embargo, se debe tener presente que este análisis al mapa de riesgos institucional de la Dirección Territorial corresponde a dos (2) riesgos de gestión, dos (2) de corrupción, un (1) riesgo del Sistema de Gestión Ambiental y un (1) riesgo del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.

A partir de este aspecto, el Equipo Auditor, encuentra que no hay una identificación amplia de los riesgos que pueden afectar toda la operación misional que se realiza en el territorio de acuerdo con las funciones designadas, que va desde la planeación, ejecución, seguimiento y cumplimiento de las políticas, planes, programas que se desarrollan en la correspondiente jurisdicción conforme a los lineamientos dados desde el nivel nacional. En este escenario, existen riesgos asociados a los diferentes procesos y actividades que la Dirección Territorial no ha identificado y por lo tanto no los administra, lo que genera, un incremento en el nivel de riesgo administrativo institucional.

Sumado a lo anterior se identifica que existen controles que no son efectivos, ejemplo de ello se denota en el control dos (2) definido para el riesgo de corrupción definido así: *“La directora territorial Bolívar y San Andrés (o el articulador territorial) firma los acuerdos de confidencialidad (cada vez que haya una solicitud para tener acceso a Vivanto), para que funcionarios, contratistas, colaboradores y entidades del SNARIV tengan acceso a Vivanto, y se revisan los documentos que sustentan la firma de este acuerdo con el objetivo de verificar el cambio de funcionarios, contratistas, colaboradores en las entidades del SNARIV y de la Unidad para la Atención y Reparación a las Víctimas...”*.

Al analizar y evaluar la evidencia suministrada, se encuentra que las mismas no dan certeza de la efectividad y aplicación del control, ya que se observa en el acuerdo de confidencialidad de la página 82 del documento “SOPORTES REPORTE JULIO 2023”, que relacionan el nombre de una persona, pero los datos subsiguientes corresponden a otra persona. Adicionalmente, se realiza un muestreo y se observan seis (6) casos, en donde las fechas de finalización que se relacionan en las

 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 85

matrices de Excel denominadas “*FORMATO ENERO 2023*” y “*FORMATO JULIO 2023*”, no coinciden con lo diligenciado en los acuerdos de confidencialidad. Por lo tanto, el presente control no se ejecuta como se establece, adicionalmente, se debe alinear con el procedimiento para que las evidencias den total certeza del cumplimiento y efectividad, previniendo la materialización.

En cuanto al control definido “...por lo menos una vez al trimestre, efectúan solicitudes, reuniones, jornadas, talleres de formación y asistencia técnica sobre las responsabilidades del SNARIV en los procesos de atención, asistencia y reparación, con el propósito de articular y maximizar la capacidad operativa del equipo humano de la dirección territorial...”, se observa que para el tercer trimestre del 2023 no anexan documentación que evidencie la realización de acuerdo con la periodicidad que se cita en la redacción del control.

En torno al riesgo ambiental, no se observa información documentada que de certeza de la participación activa en la oferta de fortalecimiento de conceptos en materia ambiental por parte del equipo de la territorial. En el riesgo de seguridad, salud en el Trabajo la Oficina de Control Interno no observa evidencia donde se cumpla con lo requerido en la definición “...por lo menos dos veces al año un seguimiento para revisar la participación en las capacitaciones y actividades programadas por el GGTH-SST.”

Para finalizar, se observa que se materializa en el cuarto trimestre del 2023 el riesgo “*Posibilidad de pérdida reputacional ante las víctimas y la sociedad en general por la falta de atención, asistencia y reparación, debido a la insuficiencia de recursos de los operadores, a la ausencia de comisiones y viáticos para los servidores y la interrupción en el funcionamiento de las plataformas de atención, asistencia y reparación de la UARIV.*”

A partir de esto, la territorial diligencia el “*FORMATO DE MONITOREO A LA MATERIALIZACION DE LOS RIESGOS*” y lo remite a la Oficina Asesora de Planeación - OAP, pero no se observa que se cumpla con la totalidad de actividades definidas en el *procedimiento “METODOLOGIA ADMINISTRACION DE RIESGOS V. 11”*, toda vez que se debe efectuar el análisis de causas, identificar las acciones correctivas e incluir en el aplicativo vigente para el seguimiento a su implementación. Por lo cual, al realizar la verificación en el aplicativo SIGGESTION no se observa la creación de esta no conformidad y por ende no se evidencia el seguimiento para verificar el plan de tratamiento y las acciones a que haya lugar.

De acuerdo con el ejercicio de la auditoria gestionado por el Equipo Auditor a la administración de los riesgos de la Dirección Territorial, se debe dar cumplimiento a:

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*

 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 85

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 concordancia con lo anterior, el Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017 que en los artículos 2.2.21.3.1 y 2.2.21.5.4 se dispone que:

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)*

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 aspectos 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).*

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, 2023 V5, en la página 36 establece:

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.*
- *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.*

 <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 48 de 85

- *En la política se determina la estructura para la administración del riesgo, con aspectos metodológicos para cada una de las etapas de la gestión del riesgo. (Subrayado fuera de texto).*

Por otra parte, en el mismo documento en la página 51 al hablar del trabajo por procesos dentro de la Dimensión 3° “Gestión con valores para resultados” dispone:

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 90 dicta que:

Evaluar la gestión del riesgo en la entidad.

Cuando 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 debe realizar 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 y riesgos emergentes.*

La primera línea de defensa, que corresponde a los servidores en su quehacer institucional 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 y asesor 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 de los contextos interno, externo y del proceso, se identifican los riesgos para la consecución 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 49 de 85

sus objetivos en todos los niveles y los analiza como base para determinar el cómo deben gestionarse, para lo cual la entidad debe contar con mecanismos efectivos de evaluación de riesgos, con el fin de establecer el 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 vigencia 2023 página 22, donde se establece que:

5.5. Acciones para abordar riesgos y oportunidades

“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 en el documento de la “Metodología de administración de riesgos V11” 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 45:2012, NTC 14001: 2015, NTC 27001: 2013”.

Más adelante la metodología relacionada con el marco metodológico enfatiza que:

Este documento 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, la secretaria de Transparencia de la Presidencia de la Republica y el Ministerio de Tecnologías de 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 50 de 85

información y Comunicaciones. Adicionalmente se tiene en cuenta las normas GTC 45:2012, NTC 14001, 2015 NTC 27001: 2013.

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 Ley 87 de 1993 en el artículo 2º literales a) y f); Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017 que en el artículo 2.2.21.3.1; Decreto 1083 de 2015 artículo 2.2.21.5.4; los lineamientos dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Sistema de Gestión, Modelo Integrado de Planeación y Gestión, 2023 V5, la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas V6, y la metodología administración de riesgos adoptada por la Entidad, el Equipo Auditor establece que la Dirección Territorial auditada no cumple en totalidad los lineamientos estipulados en el marco normativo expuesto.

En términos generales, La Dirección Territorial Bolívar y San Andres, requiere de un mapa de riesgos que acopie de manera integral los efectos que se causan sobre las actividades a desarrollar en el territorio, debido a eventos potenciales previsibles que no han sido identificados por los responsables de la gestión.

De acuerdo a lo anterior se evidencia la ausencia de un modelo robusto del mapa de riesgos de la Dirección Territorial, la identificación y aplicación de controles ineficaces, lo cual no está conforme con la Ley 87 de 1993 en el artículo 2º literales a) y f); Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017 que en el artículo 2.2.21.3.1; Decreto 1083 de 2015 artículo 2.2.21.5.4; los lineamientos dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Sistema de Gestión, Modelo Integrado de Planeación y Gestión, 2023 V5, la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas V6, y la metodología de administración de riesgos adoptada por la Entidad.

El Equipo Auditor estable como causas el desconocimiento de la metodología para la elaboración de la identificación de los controles que sean idóneos y adecuados para prevenir y/o mitigar los eventos potenciales, así mismo, ausencia en la identificación robusta de los riesgos, y la pertinencia de las evidencias frente a los controles, así como el cumplimiento total de las actividades establecidas en la metodología de administración de riesgos en cuanto a la materialización de riesgos. Lo anterior conlleva a la posible materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales.

Mediante correo electrónico enviado el lunes 27 de mayo de 2024 a las 8:53 a.m. se le comunica a la directora Marta Luz Salazar Morales marta.salazar@unidadvictimas.gov.co, en su calidad 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 85

auditada las debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor al papel de trabajo “Evaluación de riesgos, diseño de controles y efectividad de las evidencias”. De acuerdo con lo establecido en la actividad 9 del procedimiento: “Auditorías Internas al Sistema de Control Interno – Versión 8”, la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés mediante correo electrónico del martes 4 de junio de 2024 a las 3:59 p. m., remite respuesta a la Oficina de Control Interno, en los siguientes términos:

“En cuanto a esta debilidad, manifestamos en la Dirección territorial Bolívar y San Andrés, se trabajó y construyó con apoyo y seguimiento del nivel nacional, tanto el contexto estratégico, como el mapa de riesgos territorial , de acuerdo a la Guía para la realización del análisis del contexto código: 130,01,04-1 Direccionamiento estratégico Versión: 05 Procedimiento administración de riesgos, implementado de acuerdo a este procedimiento El análisis DOFA Roles y responsabilidades Partes Interesadas, En esta fase los Procesos y Direcciones Territoriales analizamos las debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades para el Sistema de Gestión de Calidad, Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, Sistema Gestión Ambiental, Sistema de Gestión de Seguridad 710.14.15-34 V1 guía para la realización del análisis del contexto Código: 130,01,04-1 Direccionamiento estratégico Versión: 05 Procedimiento administración de riesgos.

Para este ejercicio la Oficina Asesora de Planeación OAP dispuso de un Formulario en FORMS, donde se contemplaron factores de análisis interno y externo para cada sistema de gestión. El formulario estaba compuesto por preguntas con respuesta de única selección y abiertas para sustentar la respuesta seleccionada, todas las preguntas fueron de diligenciamiento obligatorio para asegurar la completitud del análisis por cada Sistema de Gestión, se dispuso de un único formulario para Procesos y Direcciones Territoriales para su diligenciamiento, y tal como consta en el documento importante que, para este ejercicio, se cuente con el criterio experto de funcionarios que enriquezcan el análisis para cada sistema antes de su emisión. Una vez emitido en su totalidad por los procesos y Direcciones Territoriales este formulario, la Oficina Asesora de Planeación y Lideres de cada Sistema de Gestión, consolidan esta información en el documento de Contexto Institucional de la Unidad de forma general para Procesos y Direcciones Territoriales por cada Sistema de Gestión. (Todo esto lo dispone la Guía para la realización del análisis del contexto). Posterior a este ejercicio La Unidad de víctimas emitió un Documento consolidado del nivel territorial y de nivel nacional que se llama Contexto Institucional de fecha noviembre de 2023, el cual se encuentra publicado en la página de la Unidad para las víctimas.

En cuanto a esta observación: En cuanto al control definido “...por lo menos una vez al trimestre, efectúan solicitudes, reuniones, jornadas, talleres de formación y asistencia técnica sobre las responsabilidades del SNARIV en los procesos de atención, asistencia y reparación, con el propósito de articular y maximizar la capacidad operativa del equipo humano de la dirección territorial...”, se observa que para el tercer trimestre del 2023 no anexan documentación que evidencie la realización de acuerdo con la periodicidad que se cita en la redacción del control. Nos permitimos anexar copias de los correos cuyo asunto es: Informes de control y mapa de riesgos Julio – septiembre y donde se realizan los reportes por parte

 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 85

del profesional encargado del control al profesional enlace SIG, solicitamos que se tenga en cuenta para su análisis.”

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa la respuesta y evidencias aportadas por la territorial y considera que los argumentos y documentos no desvirtúan las causas que sustentan la debilidad. Lo anterior toda vez que se identifica ausencia de un modelo robusto del mapa de riesgos que pueda atender la operación misional que se realiza en el territorio de acuerdo con las funciones designadas; la identificación y aplicación de controles ineficaces, por lo cual se deben actualizar y analizar para la presentación de evidencias claras y oportunas que den cuenta de su aplicación, criterios que se deben analizar para la próxima actualización. Para finalizar, no se evidencia en el aplicativo el registro y seguimiento al plan de tratamiento de las acciones formuladas para que no se presente y materialice nuevamente el riesgo.

De acuerdo con lo anterior, el Equipo Auditor considera pertinente mantener la debilidad comunicada con el propósito de que la Dirección Territorial formule el plan de mejoramiento donde determine las acciones de mejora que lleven a superar las causas generadoras del hallazgo

5.4 ANÁLISIS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCION VIGENCIA 2023

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.*

 <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 53 de 85

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

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

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

Parágrafo 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 2015 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).

 <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 54 de 85

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 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”,* 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 tiene 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, procesos y direcciones territoriales 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 la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés. De acuerdo con lo anterior, se aplica la matriz de seguimiento al avance y ejecución Plan de Acción 2023, 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 2023.

 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 85

Una vez se haya efectuado el diligenciamiento de la citada herramienta con base en la información reportada en SIGGESTION 2.0 por parte de la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés, el Equipo Auditor determina el nivel porcentual de avance y ejecución obtenida de acuerdo con la meta programada en cada periodo objeto de análisis.

En consecuencia, de lo anteriormente descrito, 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 SIGGESTION 2.0, el que a su vez es alimentado (mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral, semestral o anual) a través de reportes realizados 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 Territorial Bolívar y San Andrés 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 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.

Plan de Acción 2023 Dirección Territorial Bolívar y San Andrés

La Oficina de Control Interno realiza un análisis del comportamiento de cada uno de los reportes para cada una de las variables. En este escenario se tiene que, la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés tiene en total 29 actividades en el Plan de Acción 2023 de las cuales, 3 fueron eliminadas, (identificadas con los códigos 157, 412 y 420) y 2 no aplican reporte durante la vigencia 2023 de acuerdo con el criterio establecido en la fórmula del indicador (códigos 410 y 411), motivo por el cual la totalidad de actividades a evaluar para la vigencia 2023 es de veinticuatro (24). En lo que atañe al primer trimestre de 2023 no aplica reporte de avance en veintiuna (21) de sus actividades. Por consiguiente, la muestra de trabajo es de tres (3) actividades que corresponden al 12.5% de la población, donde se evidencia que, dos (2) actividades programadas presentan estado óptimo del 100% y una (1) estado superlativo del 105%.

 <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 85

En cuanto al segundo trimestre de 2023 la muestra de trabajo es de diez (10) actividades, lo que equivale 42% de la población, en consecuencia, se describe el estado de avance en el periodo comprendido del 01 de abril de 2023 al 30 de junio de 2023, así:

Estado óptimo (100%): Las actividades reportadas en el segundo trimestre de 2023, y que en dicho periodo tiene el valor planeado, es decir se cumple lo planeado es de 7 actividades de las 10 posibles, lo que equivale al 70% de la muestra.

Estado medio (entre el 60% y 99%): Las actividades reportadas en el segundo trimestre de 2023, y que en dicho periodo no cumple con lo planeado, pero si hay reporte de avance significativo de las actividades, es de 1 de las 10 posibles, lo que equivale al 10% de la muestra.

Estado crítico (menor del 60%): Las actividades reportadas en el segundo trimestre de 2023, y que en dicho periodo tiene un menor valor a lo planeado, es decir no se cumple lo planeado es de 0 de las 10 posibles, lo que equivale al 0% de la muestra.

Estado superlativo (mayor al 100%): Las actividades reportadas en el segundo trimestre de 2023, y que en dicho periodo tiene un mayor valor a lo planeado, es decir se excede a lo planeado, es de 2 de las 10 posibles, lo que equivale al 20% de la muestra.

Respecto al tercer trimestre 2023, la muestra de trabajo es de doce (12) actividades, equivalente el 50% de la población. De acuerdo con esta información el estado de avance obtenido del 01 de julio de 2023 al 30 de septiembre de 2023 es el siguiente:

Estado óptimo (100%): Las actividades reportadas en el tercer trimestre de 2023, y que en dicho periodo tiene el valor planeado, es decir se cumple lo planeado es de 10 actividades de las 12 posibles, lo que equivale al 83% de la muestra.

Estado medio (entre el 60% y 99%): Las actividades reportadas en el tercer trimestre de 2023, y que dicho periodo no cumple con lo planeado, pero si hay reporte de avance significativo de las actividades, es de 0 de las 12 posibles, lo que equivale al 0% de la muestra.

Estado crítico (menor del 60%): Las actividades reportadas en el tercer trimestre de 2023, y que en dicho periodo tiene un menor valor a lo planeado, es decir no se cumple lo planeado es de 0 de las 12 posibles, lo que equivale al 0% de la muestra.

Estado superlativo (mayor al 100%): Las actividades reportadas en el tercer trimestre de 2023, y que en dicho periodo tiene un mayor valor a lo planeado, es decir se excede a lo planeado, es de 2 de las 12 posibles, lo que equivale al 17% de la muestra.



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 85

En lo concerniente al cuarto trimestre de 2023, el comportamiento de ejecución de las veinticuatro (24) actividades de la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés programadas para la vigencia 2023 presenta el nivel de cumplimiento que se relaciona a continuación:

Veinte (20) presentan estado óptimo del 100%, equivalente al 83%.

Una (1) muestra estado crítico del 40%, equivalente al 4%

Tres (3) presentan estado superlativo (105%, 109% y 139%), equivalente al 13% del total de indicadores.

DIRECCIÓN TERRITORIAL BOLÍVAR - SAN ANDRÉS	1. Reportar información de contexto construidos a partir de los hechos no sujetos de verificación de la Bitácora Diaria de Eventos a partir del modelo de verificación que la Dirección territorial remite a las entidades territoriales. (Cod. 157).					1. Apoyar a las áreas misionales así como a las entidades del SNARIV en todos los niveles de Gobierno, en la formulación y presentación de proyectos orientados a la asistencia, atención y reparación integral a las víctimas, especialmente retornos y reubicaciones, reparación colectiva y enfoque diferencial (Cod. 158)					2. Apoyar la coordinación de la atención de las Emergencias Humanitarias Masivas (Desplazamiento forzado, confinamiento y actos terroristas) (Cod. 405).					3. Brindar asistencia técnica diferenciada para la actualización de planes de contingencia en la fase de formulación para entidades territoriales de interés estratégico. (Cod. 406).						
	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023		
	Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance				
1 Enero	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%		
2 Febrero	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%		
3 Marzo	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%		
4 Abril	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%		
5 Mayo	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%		
6 Junio	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%		
7 Julio	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%		
8 Agosto	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%		
9 Septiembre	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%		
10 Octubre	0	100	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%		
11 Noviembre	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%		
12 Diciembre	0	100	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%		
Evaluación OCI											100						100					
Evaluación OAP											100						100					
					Avance Plan de Acción 4to Trimestre 2023																	
1 Satisfactorio	Entre 90% y 100%				23	96%																
2 Aceptable	Entre 60 y 89%				0	0%																
3 Insatisfactorio	Menor de 60%				1	4%																
Total actividades Plan de Acción DT Bolívar S. And 2023					24	100%																
3 Eliminadas																						
2 No Aplica																						



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 58 de 85

4. Efectuar la entrega de cartas de indemnización aptas para ser entregadas. (Cod. 409).					5. Aprobar planes de retorno y reubicación étnicos. (Cod. 410)					6. Aprobar planes de retorno y reubicación no étnicos. (Cod. 411)					8. Formular los planes de negocio de los hogares beneficiarios de los esquemas especiales de acompañamiento familiar. (Cod 412).					7. Apoyar la contactabilidad de los potenciales hogares beneficiarios de los Esquemas Especiales de Acompañamiento Familiar (Cod. 423).				
Periodo y % de Avance Programado		% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado		% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado		% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado		% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado		% de Avance	% de Cumplimiento 2023					
Reporte	Meta			Reporte	Meta			Reporte	Meta			Reporte	Meta			Reporte	Meta			Reporte	Meta			
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%					
98,28	90	109,2	109%	109%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%					
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%					
90,41	90	100,456	100%	100%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%					
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	35%	0%					
98,65	90	109,611	110%	110%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	100%	0%					
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%					
93,2	90	103,556	104%	104%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%					
0	1	0	0%	0%	0	40	0	0%	0%	0	40	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%					
97,39	90	108,211	108%	108%	0	40	0	0%	0%	0	40	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%					
0	1	0	0%	0%	0	40	0	0%	0%	0	40	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%					
97,7	90	108,556	109%	109%	0	80	0	0%	0%	0	80	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%					
				109				NA					NA						100					
				108.04				NA					NA						100					
DIR																								
8. Tramitar las solicitudes de acompañamiento en el proceso de retorno y reubicación individual o familiar, en la vigencia. (Cod. 413).					9. Tramitar las colocaciones del primer apoyo a la sostenibilidad en las solicitudes de retorno y reubicación que aplique. (Cod. 414).					10. Acompañar técnicamente a las entidades territoriales para que mantengan los conceptos de seguridad vigentes. (Cod. 415)					11. Formular y concertar planes de reparación colectiva con Sujetos de Reparación Colectiva (Cod 707).					12. Generar informes de seguimiento a las cartas de entendimiento/ convenios suscritos. (Cod. 418).				
Periodo y % de Avance Programado		% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado		% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado		% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado		% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado		% de Avance	% de Cumplimiento 2023					
Reporte	Meta			Reporte	Meta			Reporte	Meta			Reporte	Meta			Reporte	Meta			Reporte	Meta			
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	94,87	90	105,41	105%	105%	0	1	0	0%	0%					
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	94,87	90	105,41	105%	105%	0	1	0	0%	0%					
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	94,87	90	105,41	105%	105%	0	1	0	0%	0%					
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	94,87	90	105,41	105%	105%	0	1	0	0%	25%					
100	100	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%	94,87	90	105,41	105%	105%	0	1	0	100%	25%					
100	100	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%	94,87	90	105,41	105%	105%	0	1	0	100%	25%					
100	100	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%	94,87	90	105,41	105%	105%	0	1	0	100%	50%					
100	100	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%	94,87	90	105,41	105%	105%	0	1	0	100%	50%					
43,15	100	43,15	43%	43%	100	100	100	100%	100%	94,87	90	105,41	105%	105%	0	1	0	100%	50%					
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	94,87	90	105,41	105%	105%	0	1	0	100%	75%					
100	100	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%	94,87	90	105,41	105%	105%	0	3	0	100%	75%					
100	100	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%	94,87	90	105,41	105%	105%	2	5	40	40%	100%					
				100				100					105					40	100					
				100				100					105,41					50	100					



22. Realizar acciones de la medida de rehabilitación en sujetos de reparación colectiva focalizados en la fase de implementación.(Cód. 686).						23. Realizar jornadas de atención móvil de orientación y comunicación a las víctimas con enfoque diferencial (Cód. 688).					24. Suscribir cartas de entendimiento o convenios con instituciones de educación superior que beneficien a la población víctima (Cód.692).					25. Realizar acciones en el marco de la coordinación interinstitucional tendientes al acceso de las víctimas a la oferta del Estado con enfoque territorial y diferencial. (Cód. 697).					26. Cargar al sistema de información la documentación de las acciones realizadas con sujetos de reparación colectiva en las fases de la ruta e implementación (Cod 706).				
Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	
Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	
0	1	0	0%	0%	9	9	100	100%	33%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	
0	1	0	0%	0%	9	9	100	100%	33%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	
0	1	0	0%	0%	9	9	100	100%	33%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	100%	0%	
100	100	100	100%	100%	19	20	95	95%	70%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%	
0	1	0	0%	0%	19	20	95	95%	70%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	
0	1	0	0%	0%	19	20	95	95%	70%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	
0	1	0	0%	0%	26	24	108,333	108%	96%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	
100	100	100	100%	100%	26	24	108,333	108%	96%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	
0	1	0	0%	0%	26	24	108,333	108%	96%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	
100	100	100	100%	100%	27	27	100	100%	100%	2	2	100	100%	100%	1	1	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	
				100					100					100					100					100	
				100					100					100					100					100	

Como se puede evidenciar, 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 2023. Teniendo como horizonte el criterio que todo lo planeado se debe cumplir dentro del periodo pactado y en las cantidades asignadas, las actividades que no cumplen plenamente el mandato de la Oficina Asesora de Planeación (ya sea inferior o superior de lo programado) son desviaciones que deben ser estudiadas por la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés, 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 interno 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 2023 asignadas a la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés. 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 2023 el parámetro en mención no se cumple en 1 de las 3 metas programadas (lo que corresponde al 33% del total de indicadores a 31 de marzo de 2023), toda vez que en una (1) actividad presenta un porcentaje de avance

 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 61 de 85

superior (105%). Un escenario similar se presenta en los reportes de avance del segundo y tercer trimestre, así como de ejecución (cumplimiento) del cuarto trimestre, los cuales se describen a continuación:

Segundo trimestre: de 10 actividades, 2 presentan porcentaje de avance superior (105% y 110%) y 1 inferior (90%), equivalente al 30% del total de indicadores establecidos para este periodo.

Tercer trimestre: de 12 actividades, 2 registran porcentajes de avance superior (105% y 108%) equivalente al 17% del total de indicadores proyectados para dicho periodo.

Cuarto trimestre: de 24 actividades, 3 presentan porcentajes de ejecución superior (105%, 109% y 139%), y 1 inferior con el 40%, equivalente al 17% del total de indicadores programados para la vigencia 2023.

Cabe aclarar que, a pesar de que 23 de las 24 actividades se encuentran en nivel satisfactorio de ejecución vigencia 2023, tres (3) están por encima (105%, 109% y 139%) de la meta ideal. Asimismo, la actividad restante presenta cumplimiento insatisfactorio del 40% (estado crítico).

1	Satisfactorio		Entre 90% y 100%	23	96%
2	Aceptable		Entre 60 y 89%	0	0%
3	Insatisfactorio		Menor de 60%	1	4%
Total actividades Plan de Acción DT Bolívar S. And 2023				24	100%

Adicional a lo anterior, y de acuerdo con la meta establecida en el plan de acción DT Bolívar y San Andrés 2023, la actividad denominada “Acompañar técnicamente a las entidades territoriales para que mantengan los conceptos de seguridad vigentes” identificada con el código 415, en los doce (12) reportes registrados presenta avances y cumplimiento superiores con el 105%. De igual manera, en la actividad “Formular y concertar planes de reparación colectiva con Sujetos de Reparación Colectiva” con el código 707, proyectada para ejecutar en el último trimestre de 2023, en los meses de octubre y noviembre no registra avance, y en diciembre su cumplimiento fue de 40% al realizar 2 de las 5 actividades programadas. Sumado a esto, la actividad “Realizar jornadas de atención móvil de orientación y comunicación a las víctimas con enfoque diferencial” código 688, en los reportes de junio y septiembre de 2023 presenta porcentajes de avance inferior (95%) y superior (108%) respectivamente.

Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés referente al avance y ejecución del total de actividades (indicadores) programadas en su plan de acción para la vigencia 2023. 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

 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 62 de 85

k). Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 4.1. El Equipo Auditor establece como potenciales causas 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 control que fortalezca el conocimiento en modelos de control gerencial. Lo anterior aumenta el riesgo en el incumplimiento de los objetivos institucionales.

Mediante correo electrónico enviado el lunes 27 de mayo de 2024 a las 8:53 a.m. se le comunica a la directora Marta Luz Salazar Morales marta.salazar@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditada las debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor a la matriz de seguimiento al avance y ejecución Plan de Acción 2023.

En atención a la respuesta emitida a la Oficina de Control interno mediante correo electrónico del 04 de junio de 2024 por parte de la Dirección Territorial auditada en lo concerniente al segundo comunicado de debilidades de la auditoria de gestión al sistema de control interno - SCI Dirección Territorial Bolívar y San Andrés, referente a la debilidad del plan de acción, manifiesta que:

“(...) En la Dirección territorial Bolívar se trabajó y construyó de acuerdo con los lineamientos del nivel nacional, las metas y actividades del Plan de acción, sin embargo el cumplimiento de estas metas no solo dependen de la planeación institucional sino del comportamiento del territorio y de los actores involucrados para que esto suceda, como lo son las entidades territoriales, comunidades, grupos, asociaciones, entidades del orden nacional o territorial; también por factores como el orden público, ubicación geográfica y hasta el clima (como crecientes de los ríos o sequía de los mismos) pueden influir a que se cumpla o no con la meta planeada dentro de un periodo. Así las cosas, si bien es cierto los reportes del plan de acción no corresponden con las variables para algunos indicadores dentro del periodo correspondiente, también es cierto que la Dirección territorial cumplió con las metas 2023 del Plan de acción territorial.

A lo anteriormente expuesto se suma las posibles situaciones de carácter administrativo que se presentan y que dependen del nivel nacional, como son los pagos atrasados de los operadores logísticos, que prestan su servicio en el territorio, el atraso en la contratación por parte de la unidad de víctimas de los contratistas que conforman los equipos de trabajadoras y trabajadoras en las territoriales, así como la negación o demora en el trámite de solicitudes de viáticos para el desplazamiento de los y las servidoras hacia los lugares del territorio donde deben realizar las actividades planeadas. (...)”.

El Equipo Auditor le informa a la Dirección Territorial auditada que mantiene la debilidad registrada, toda vez que la Oficina de Control interno en el seguimiento trimestral que realiza al plan de acción 2023 identifica un desfase porcentual tanto en la ejecución final de dicho plan como en los avances presentados en los tres (3) primeros trimestres de la vigencia 2023. Así

 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 63 de 85

mismo, registra marcadas diferencias (inferiores y superiores a la meta ideal del 100%) en los reportes mensuales de acuerdo con la meta programada en 4 de los 24 indicadores que le fueron asignados en la vigencia 2023 (Códigos 409, 415, 594 y 707). Es importante aclarar que, la Oficina de Control Interno en su rol de evaluación y seguimiento realiza la verificación y análisis de la información reportada por las dependencias del nivel nacional y direcciones territoriales en el aplicativo SISGESTION 2.0 y comprueba que dicho reporte esté debidamente aprobado por la Oficina Asesora de Planeación - OAP, con el objetivo de que el seguimiento trimestral sea veraz.

Si bien es cierto que, al finalizar la vigencia 2023, la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés cumple al 100% en veinte (20) de las veinticuatro (24) metas programadas (equivalente al 80% del total de actividades), de igual manera es una realidad que, la Dirección Territorial auditada muestra un evento impropio en el avance y cumplimiento del plan de acción 2023 al presentar cifras inferiores y/o superiores a lo planeado en sus cuatro (4) trimestres (como se describe de manera detallada en la debilidad). Esta situación desdice una apropiada gestión de lo planeado frente a lo ejecutado, este escenario no permite el punto ideal de equilibrio que coadyuve al logro del objetivo institucional adecuado en su plan de acción.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno sugiere a la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés solicitar a la Oficina Asesora de Planeación - OAP, capacitaciones y/o asesorías en el diseño, planeación y programación apropiada de las metas, con el fin de que dicha actividad contribuya a robustecer el conocimiento en este tema como una buena práctica para la mejora continua.

5.5 ANÁLISIS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN RELACIÓN CON LAS FUNCIONES Y POLÍTICAS DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el cumplimiento de las funciones de la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés contenidas en el artículo 29 del Decreto 4802 de 2011 y las políticas establecidas en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG adoptado por el Decreto 1499 de 2017 que agrupa las políticas de gestión y desempeño institucional.

El propósito es establecer que todas y cada una de las funciones legalmente asignadas a la Dirección Territorial son atendidas en la gestión institucional a nivel de la jurisdicción que le corresponde. Por consiguiente, se aplica la herramienta diseñada para verificar el cumplimiento de las diecinueve (19) políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG establecidas en el Decreto 1083 de 2015, que en su artículo 2.2.22.2.1. Políticas de Gestión y Desempeño Institucional, dispone que:

Artículo 2.2.22.2.1 Políticas de Gestión y Desempeño Institucional. Las políticas de Desarrollo Administrativo de que trata la Ley 489 de 1998, formuladas por el Departamento Administrativo 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 64 de 85

la Función Pública y los demás líderes, se denominarán políticas de Gestión y Desempeño Institucional y comprenderán, entre otras, las siguientes:

1. Planeación Institucional
2. Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público
3. Talento humano
4. Integridad
5. Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción
6. Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos
7. Servicio al ciudadano
8. Participación ciudadana en la gestión pública
9. Racionalización de trámites
10. Gestión documental
11. Gobierno Digital, antes Gobierno en Línea
12. Seguridad Digital
13. Defensa jurídica
14. Gestión del conocimiento y la innovación
15. Control interno
16. Seguimiento y evaluación del desempeño institucional
17. Mejora Normativa (Numeral 17, adicionado por el Decreto 1299 de 2018, art. 2)
18. Gestión de la Información Estadística (Numeral 18 adicionado por el Art. 1 del Decreto 454 de 2020)
19. Compras y Contratación Pública (Numeral 19, adicionado por el Art. 1 del Decreto 742 de 2021)

PARÁGRAFO. Las Políticas de Gestión y Desempeño Institucional se regirán por las normas que las regulan o reglamentan y se implementarán a través de planes, programas, proyectos, metodologías y estrategias.

De igual manera, el Decreto 1083 de 2015 en el artículo 2.2.22.3.2 define el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) como el: “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”. Por lo anterior se ordena en el:

Artículo 2.2.21.5.5 Políticas de control interno diseñadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Las guías, circulares, instructivos y demás documentos técnicos elaborados por el Departamento Administrativo de la Función Pública constituirán directrices generales a través de las cuales se diseñan las políticas en materia de control interno, las cuales deberán ser implementadas al interior de cada organismo y entidad del Estado.

El Departamento Administrativo de la Función Pública elaborará prioritariamente guías e instructivos sobre elaboración de manuales de procedimientos, y sobre diseño de indicadores para

 <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 65 de 85

evaluar la gestión institucional, los cuales se constituirán en herramientas básicas de eficiencia y transparencia de las organizaciones.

Así mismo, el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema de Control Interno, 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, 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.

La Oficina de Control Interno diseña un instrumento que relaciona las funciones legalmente asignadas a las Direcciones Territoriales en el Decreto 4802 de 2011 y el Modelo de Planeación y Gestión -MIPG con sus siete (7) dimensiones y diecinueve (19) políticas.

La integralidad y correlación que existe entre las funciones y MIPG con sus políticas son parte del sistema de control interno de obligatorio cumplimiento. En efecto la Ley 87 de 1993 en su artículo 1° dispone que:

Se entiende por control interno el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos.

En el artículo 2° literal b) de la misma norma determina como un objetivo del sistema de control interno:

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; (subrayado fuera de texto)

Por su parte, el Decreto 1083 de 2015 en el artículo 2.2.22.3.2 señala que:

 <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 66 de 85

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.

Adelante, en el artículo 2.2.23.1 se dice 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.

Para realizar la evaluación de la correlación entre funciones, MIPG y las diecinueve (19) políticas, se desarrolla el papel de trabajo que relaciona cada una de las funciones con cada una de las dimensiones que corresponde y a partir de ello, con las políticas que le aplican. En este sentido, no todas las funciones de la Dirección Territorial se relacionan con todas las dimensiones de MIPG ni con todas las políticas.

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de las funciones y políticas del MIPG, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor solicita las evidencias pertinentes y conducentes que demuestren el cabal cumplimiento de las funciones dispuestas en el Decreto 4802 de 2011 para la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés, y que estas guarden concordancia con el cumplimiento de las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. Por lo cual, se remite a la Dirección Territorial auditada la matriz de evaluación de funciones, mediante correo electrónico del martes 27 de febrero de 2024 a las 3:35 p.m.

En dicha oportunidad los servidores encargados de atender la auditoría entregan las evidencias en la herramienta de Office365 -SharePoint creado por el Equipo Auditor mediante correo electrónico del viernes 15 de marzo de 2024 a las 4:00 p. m., posteriormente, el Equipo Auditor remite la matriz de políticas de MIPG, a través de electrónico del jueves 21 de marzo de 2024 a las 10:46 a.m., y la Dirección Territorial el viernes 05 de abril de 2024 a las 02:16 p.m. realiza el cargue de la documentación, las cuales debían ser consecuentes con lo diligenciado por el grupo auditado en las herramientas diseñadas para llevar a cabo la relación que existe entre las funciones, dimensiones y políticas, mediante la matriz denominada “*Funciones DT Vs políticas MIPG Bolívar y San Andrés*”.

Paso seguido se realiza el cruce de la información de las funciones versus las políticas de MIPG con el fin de evidenciar que los métodos o actuaciones funcionales de los servidores de la Dirección Territorial correspondan con los dispuestos en el ordenamiento legal. Cualquier incumplimiento se tiene como una debilidad del Sistema de Control Interno.

 <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 67 de 85

Cabe anotar que, el Equipo Auditor examina y evalúa las evidencias aportadas, teniendo presente que para la gestión auditora se define la evidencia como:

(...) aquella información que da certeza o elimina la incertidumbre sobre las acciones realizadas, indistintamente cual sea el soporte material que tenga (por ejemplo: registros en físico; correos electrónicos; actos administrativos; fotografías con fecha de su toma, su georreferenciación y derechos de autor a favor de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas; actas de reunión, actas de asistencia, etc.).

Una vez analizadas y evaluadas las evidencias aportadas por el Equipo Auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, se identifica que las evidencias de las funciones establecidas por el artículo 29 del Decreto 4802 de 2011, generan incertidumbre y no han logrado superar el escepticismo profesional y, por lo tanto, mantiene la incertidumbre sobre ellas, razón para ser calificadas como no cumplidas. Lo anterior, se da como consecuencia de la falta de documentación y de concordancia en la información que soporta las evidencias versus el cumplimiento de las funciones y las políticas que deben ser cumplidas mediante el ordenamiento legal.

Como quiera que el cumplimiento de las funciones implica una relación directa con una o varias dimensiones de MIPG y esta con las políticas que tienen asociado; el análisis consiste en tener certeza, a partir de las evidencias, que la Dirección Territorial cumple tanto las funciones como las políticas. Si una de las dos variables no logra el nivel de certeza que rompa el escepticismo profesional, el Equipo Auditor dará por no cumplida la función.

En caso contrario, cumplidas las funciones y las políticas de MIPG, el Equipo Auditor tiene la certeza suficiente que supera los limitantes del principio del escepticismo profesional y de la prudencia y dará como resultado el cumplimiento de la función.

Análisis de evidencias de las funciones legalmente asignadas

El Decreto 4802 de 2011, dispone 10 funciones que deberían ser evidenciadas por la Dirección Territorial. Si bien se tiene que la forma de aportar las evidencias no es la correcta, dado que predomina el desorden entre ellas - situación que puede implicar una debilidad por el artículo 2º literal e) de la Ley 87 de 1993 -, las evidencias dan cuenta de la gestión en términos generales y no apuntan a demostrar las acciones que realiza la Dirección Territorial enmarcada dentro de las funciones. Por ejemplo, la función No. 1 que se refiere a las políticas solo se circunscribe a la política de víctimas.

Si bien esa política es neural en la gestión institucional, igualmente las políticas arriba citadas tienen su importancia en la gestión administrativa institucional. Demostrar la participación en temas de política de talento humano, de seguridad digital o de control interno, por citar algunas

 <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 68 de 85

no son evidenciadas por el Equipo Auditado. En la función contractual, por citar otro ejemplo, las evidencias no muestran la gestión que despliega la Dirección Territorial en los temas contractuales.

En este escenario, las evidencias dan algunas luces sobre el cumplimiento de las funciones, pero ellas no son contundentes.

Análisis de evidencias de las políticas ordenadas en MIPG

La Dirección Territorial auditada remite una serie de evidencias que en su conjunto no dan plena certeza del cumplimiento de las diecinueve (19) políticas definidas en las dimensiones de MIPG. Existen correos que no tienen contextualización y por ende no se tiene claridad de su valor como evidencia. Se anuncian anexos que no son remitidos para su evaluación.

En términos generales los documentos aportados por la Dirección Territorial no reúnen las características que se definieron como evidencia relevante y pertinente.

Consecuencia del análisis mediante la herramienta cruzada se tiene que, en términos generales, la territorial no cumple funcionalmente mediante la implementación de las políticas de MIPG con lo dispuesto en el marco normativo, lo que implica una debilidad del sistema de control interno.

La ausencia de las evidencias aportadas para determinar que la Dirección Territorial cumple cabalmente con las 10 funciones legalmente establecidas y relacionadas directamente con el ejercicio administrativo de las siete (7) dimensiones y las diecinueve (19) políticas no está conforme con 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), el Decreto 1083 de 2015 en los artículos 2.2.22.3.1; 2.2.22.3.2; 2.2.22.3.3; 2.2.22.3.4. Siendo una potencial causa el no tener en consideración de la gestión lo ordenado en normas que regulan y regentan la administración pública o la falta de capacitación por parte de la Oficina Asesora de Planeación, responsable del MIPG. Lo anterior conlleva a la posible materialización de eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales, dado que no se puede evidenciar plenamente el acatamiento de normas de orden público y, por lo tanto, de obligatorio cumplimiento.

La Oficina de Control Interno mediante correo electrónico del jueves 2 de mayo de 2024 a las 1:59 p.m. comunica a la directora Marta Luz Salazar Morales marta.salazar@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditada las debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor al papel de trabajo de funciones versus políticas MIPG. De acuerdo con lo establecido en la actividad 9 del procedimiento: "Auditorías Internas al Sistema de Control Interno – Versión 8", la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés mediante correo electrónico del martes 14 de mayo de 2024 a las 4:59 p. m., remite respuesta a la Oficina de Control Interno, donde se observa 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 69 de 85

frente a esta debilidad no se pronuncia, por lo tanto, esta debilidad queda en firme y hace parte del informe final.

5.6 ANÁLISIS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN RELACIÓN CON LA EVALUACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL BOLÍVAR Y SAN ANDRÉS

El Equipo Auditor examina las evidencias aportadas y cargadas en la carpeta de SharePoint por el Equipo Auditado el lunes 29 de abril de 2024. El propósito es determinar si la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés aplica las acciones necesarias para garantizar que los servicios de tecnologías de la información que brinda la Entidad para el cumplimiento de los objetivos cuenten con los controles necesarios que permitan su funcionamiento normal, el respaldo de la información y los datos que se gestionan a través de la Dirección Territorial.

El Decreto 1083 de 2015 en el artículo 2.2.22.3.2 define el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) como el: *“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”*.

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG aborda desde las diferentes dimensiones los aspectos fundamentales del mejoramiento continuo y el valor agregado. En este escenario, el modelo enuncia que el objetivo de MIPG *“Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua”* y que el conocimiento se debe *“Utilizar y aprovechar los resultados de los seguimientos y evaluaciones para la mejora continua.”*

A partir de lo señalado, es importante traer a colación lo señalado por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG respecto a la mejora continua asociada a las dimensiones y las políticas que lo desarrollan, donde se precisa el siguiente lineamiento:

Uso de Tecnologías de la información y las comunicaciones -TIC, principalmente emergentes y de la Cuarta Revolución Industrial, que orienten la mejora de los escenarios de relación de las entidades con la ciudadanía, a través de la prestación de servicios más eficientes.

Así mismo en la 3ª Dimensión: Gestión con valores para resultados, 3.3 Relación Estado Ciudadano, 3.3.4 Política de Gobierno Digital, indica que:

“La Política de Gobierno Digital es la política del Gobierno Nacional que propende por la transformación digital pública. Con esta política pública se busca fortalecer la relación Ciudadano - Estado, mejorando la prestación de servicios por parte de las entidades, y generando confianza en

 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 70 de 85

las instituciones que conforman la administración pública y el Estado en general, a través del uso y aprovechamiento de las TIC. Hace parte del Modelo Integrado de

En el mismo sentido, en MIPG dentro del numeral 3.4.2 Política de Seguridad Digital, dispone que:

“En materia de Seguridad Digital, el Documento CONPES 3854 de 2016 incorpora la Política Nacional de Seguridad Digital coordinada por la Presidencia de la República, para orientar y dar los lineamientos respectivos a las entidades.”

Con la política se fortalecen las capacidades de las múltiples partes interesadas para identificar, gestionar, tratar y mitigar los riesgos de seguridad digital en sus actividades socioeconómicas en el entorno digital, así como en la creación e implementación de instrumentos de resiliencia, recuperación y respuesta nacional en un marco de cooperación, colaboración y asistencia. Lo anterior, con el fin de contribuir al crecimiento de la economía digital nacional, lo que a su vez impulsará una mayor prosperidad económica y social en el país.

Por su parte, la Ley 87 de 1993, norma regulatoria del control interno dispone en el artículo 1° la definición del control interno:

Se entiende por control interno el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos. (subrayado fuera de texto)

De igual manera en la misma norma en el artículo 2° que aborda los Objetivos del sistema de Control Interno dispone en el literal e) que:

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

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

En lo pertinente a la responsabilidad, los artículos 3° literal c) y 6° de la Ley 87 del 1993 disponen que:

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;
y

Artículo 6. Responsabilidad de 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

 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 71 de 85

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. (subrayado fuera de texto)

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de las variables anteriormente indicadas, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación de las tecnologías de la información y las comunicaciones mediante correo electrónico del martes 16 abril de 2024 a las 10:48. La Dirección Territorial auditada da respuesta mediante correo electrónico del lunes 29 de abril de 2024 a las 04:00 p.m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

El Equipo Auditor, a través del papel de trabajo “Herramienta Auditoria TI”, busca determinar el nivel de los controles que se deben implementar para garantizar un óptimo funcionamiento en la seguridad y operatividad de los servicios y los elementos de infraestructura tecnológica, los cuales están 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 a), b), c), d), e), f), g) y h) y el artículo 3° Características del Control Interno, literales a) y c), que propenden por:

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

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 acuerdo con lo anterior, la matriz “Herramienta Auditoria TI” cuenta con 20 aspectos, los cuales fueron socializados a detalle en una sesión de trabajo que se realizó a todas las Direcciones Territoriales auditadas el martes 16 de abril de 2024, en donde se dejó explícito cuales eran los alcances de cada uno de estos requerimientos y las posibles evidencias que deberían aportar a este proceso. Por consiguiente, se da a conocer los resultados de los requerimientos evaluados:

 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 72 de 85

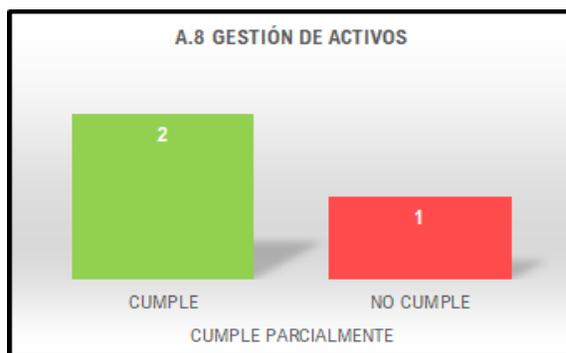
1. Seguridad de la Información - Gestión de Activos:

En este acápite, se analiza en el numeral uno el inventario actualizado de los equipos de cómputo suministrados por la Entidad, en el numeral dos se verifica el responsable asignado por la territorial para el control de estos; numerales que se encuentran en estado *CUMPLIDO*. En cuanto al numeral 3, se presentan las siguientes observaciones:

3. Devolución de activos de cómputo: El Equipo Auditor evidencia la ausencia de las actas de entrega de todos los elementos que fueron devueltos, bien sea para los funcionarios o contratistas, en donde de manera específica se lleve el control de estos y garantice una información consistente.

Por consiguiente, de acuerdo con el análisis y evaluación realizada por el Equipo Auditor a la seguridad de la información relacionado con la gestión de activos, los resultados son los siguientes:

Gestión de activos:



Fuente herramienta evaluación interna de la OCI

Del análisis efectuado por parte del Auditor de control interno a los soportes suministrados por parte de la Dirección Territorial, se evidencia que no allegan las “*Actas de Entrega y/o devolución de elementos tecnológicos*” que fueron gestionados en la vigencia 2023.

Por todo lo anterior, el Equipo Auditor considera la necesidad de que la Dirección Territorial fortalezca y verifique el Proceso de Gestión de la Información y el procedimiento asociado para la gestión de solicitud de elementos tecnológicos, a través de la descripción de las actividades, puntos de control que se relacionan para la entrega y/o devolución de los elementos tecnológicos de la territorial, con el fin de contar con la información documentada que dé cuenta del cumplimiento y aplicabilidad.

 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 73 de 85

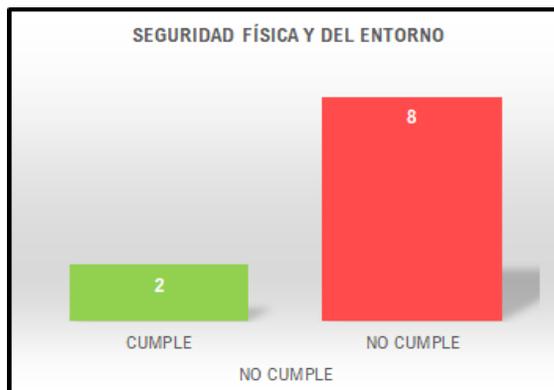
2. Seguridad de la Información - Seguridad Física y del Entorno

Para este componente de Seguridad de la Información - Seguridad Física y del Entorno, se definen diez (10) criterios para evaluar y analizar el nivel de cumplimiento de cada uno de ellos.

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, evalúa los soportes presentados por el auditado y concluye que las acciones que debía gestionar la Dirección Territorial no se realizaron de conformidad y, por lo tanto, se establece el criterio: “No cumplida.”.

De acuerdo con el análisis y evaluación realizada por el equipo auditor los resultados son los siguientes:

Seguridad física y del entorno:



Fuente herramienta evaluación interna de la OCI

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas, evalúa las evidencias suministradas por la territorial, donde se evidencia que los controles implementados no cumplen con las características necesarias de los numerales asociados en cuanto a la seguridad física y del entorno, con el fin de garantizar la seguridad de la información y de los elementos que están asociados a la infraestructura tecnológica de la Dirección Territorial, lo anterior, representa un alto riesgo de fuga, perdida o manipulación de la información que gestiona la Dirección Territorial auditada a través de sus elementos tecnológicos asignados y los sistemas de información asociados.

La ausencia de métodos y estrategias que describan la seguridad del entorno y disponibilidad de la información, no brindan un nivel de certeza que rompa el principio de escepticismo profesional al Equipo Auditor, lo anterior, no está conforme con lo dispuesto en los literales a), c), d) y e) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993, en concordancia con lo expuesto en las normativas y regulaciones expedidas por el Ministerio de las Tecnologías de la Información y las

 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 74 de 85

Telecomunicaciones, el modelo de seguridad y privacidad de la Información y la Norma ISO 27001 de Seguridad de la Información en numeral A.11.

La Oficina de Control Interno mediante correo electrónico del jueves 2 de mayo de 2024 a las 1:59 p.m. comunica a la directora Marta Luz Salazar Morales marta.salazar@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditada las debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor al papel de trabajo “*Herramienta Auditoria TI*”. De acuerdo con lo establecido en la actividad 9 del procedimiento: “*Auditorías Internas al Sistema de Control Interno – Versión 8*”, la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés mediante correo electrónico del martes 14 de mayo de 2024 a las 4:59 p. m., remite respuesta a la Oficina de Control Interno, donde se observa que frente a esta debilidad no se pronuncian, por lo tanto, esta debilidad queda en firme y hace parte del informe final.

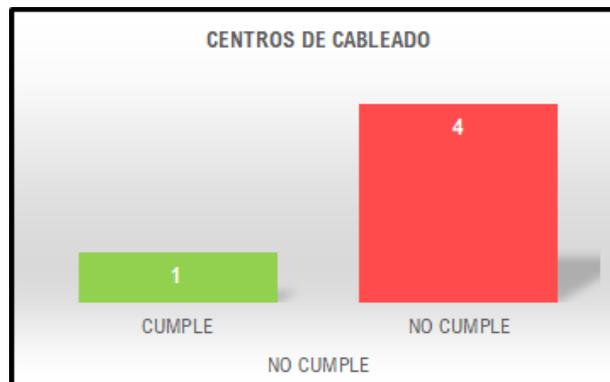
3. Centros de Cableado

Con respecto a este componente el Equipo Auditor, evalúa y analiza cinco (5) variables, con el objetivo de verificar el cumplimiento de los criterios definidos en el papel de trabajo.

Por consiguiente, se evalúan las evidencias presentadas por el auditado a través de la aplicación de normas de auditoria generalmente aceptadas, que llevan a la convicción de que las acciones que debía gestionar la Dirección Territorial no se realizan de conformidad y por lo tanto se tiene como “No cumplida la gestión”.

Del análisis y evaluación realizada por el Equipo Auditor al componente del centro de cableado, los resultados son los siguientes:

Centros de Cableado:



Fuente herramienta evaluación interna de la OCI

 <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 75 de 85

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evidencia debilidad en la falta de documentación técnica en los inventarios de los elementos que conforman el diseño y la arquitectura del centro de cableado de manera específica, donde describa las características técnicas, configuraciones, garantías y reglas definidas de cada uno de los elementos que conforman la infraestructura de comunicaciones.

Es importante mencionar, que la Entidad contempla en el Sistema Integrado de Gestión el principio del enfoque basado por procesos, el cual establece el desarrollo e implementación de controles a través de un flujo de información y la interacción que se da entre las actividades que realizan y ejecutan en el nivel nacional como el territorial.

Por lo cual, la presente debilidad se establece con responsabilidad compartida entre la Oficina de Tecnologías de la Información y la Dirección Territorial, toda vez que es necesario que se comuniquen, prevengan y controlen los impactos que se puedan presentar en la gestión frente a los criterios evaluados.

La ausencia de esta documentación constituye un riesgo que puede causar el desconocimiento para la atención de incidencias o, negación de servicios que se presenten en la red de comunicaciones de la Dirección Territorial. Así como la identificación de alguna problemática, la cual no se le dé un tratamiento conforme a lo establecido en el marco normativo. Lo anterior, se ejemplariza en temas como: contraseñas de acceso que deben estar documentadas, custodia de los elementos que conforman el centro de cableado para la administración y operatividad de los servicios y el cruce de la información de los inventarios. Por lo tanto, se establece una debilidad al desconocimiento de la documentación del centro de cableado de la Dirección Territorial, que garantice la comprensión técnica y operativa de los elementos que tiene a cargo, lo anterior, no está conforme con lo dispuesto en los literales a), c), d) y e) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993, en concordancia con lo expuesto en las normativas del Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones en su guía No. 10 relacionada con la *“preparación de las TICs para la continuidad del negocio”*. La potencial causa se ubica en la falta de gestión y administración que se debe llevar a cabo en cada uno de los elementos que conforma la red de comunicaciones en las territoriales de la Entidad.

La Oficina de Control Interno mediante correo electrónico del jueves 2 de mayo de 2024 a las 1:59 p.m. comunica a la directora Marta Luz Salazar Morales marta.salazar@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditada las debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor al papel de trabajo *“Herramienta Auditoria TI”*. De acuerdo con lo establecido en la actividad 9 del procedimiento: *“Auditorías Internas al Sistema de Control Interno – Versión 8”*, la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés mediante correo electrónico del martes 14 de mayo de 2024 a las 4:59 p. m.,

 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 76 de 85

remite respuesta a la Oficina de Control Interno, donde se observa que frente a esta debilidad no se pronuncian, por lo tanto, esta debilidad queda en firme y hace parte del informe final.

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 de la Dirección Territorial con el fin de subsanarlas.

6.1 La ausencia de un mapa de riesgos integral y robusto que recoja no solo los identificado en el instrumento institucional sino aquellas situaciones que en territorio pueden afectar el logro de los objetivos y el no reconocer aquellos que se desprenden de normas aplicables a la gestión no está conforme con la Ley 87 de 1993 artículo 2° referente a los objetivos del sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales a) y f), el Decreto 1083 de 2015 en los artículos 2.2.21.3.1 y 2.2.21.5.4, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión en las dimensiones señaladas en este acápite del informe y lo dispuesto en lo pertinente en la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6. Lo anterior conlleva a la posible materialización de eventos adversos y, por lo tanto, la materialización del riesgo negativo que tiene un impacto en el logro de los objetivos institucionales, dado que no se tiene una herramienta de gestión que brinde información del quehacer funcional de la Dirección Territorial en tiempo real y que permita la toma de decisiones informada.

6.2 La ausencia de un modelo de control robusto en el sistema de control inherente a la Dirección Territorial, así como la identificación, aplicación de controles a las actividades diferentes a las descritas en los procedimientos, falta de implementación de tableros de control que permitan verificar el estado y seguimiento de las acciones que se desarrollan en cada uno de los procesos para contribuir en la toma de decisiones y análisis necesarios que permitan coadyuvar a la mejora continua en la gestión y el logro de los objetivos institucionales, situación que no está conforme con la Ley 87 de 1993 en el artículo 2° literales b, d, e y g; Decreto 1083 de 2015 en los artículos 2.2.21.3.1 y 2.2.21.5.4; los lineamientos dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión 2023 V5. Siendo las potenciales causas el desconocimiento del marco jurídico que regula el tema de controles en la administración pública y la ausencia de una metodología de control gerencial como estrategia para el análisis, seguimiento, revisión y prevención para la toma de decisiones que permitan el cumplimiento de los objetivos y metas

 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 77 de 85

de la Dirección Territorial. Lo anterior conlleva a la posible materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales.

6.3 Se evidencia la ausencia de un modelo robusto del mapa de riesgos de la Dirección Territorial, la identificación y aplicación de controles ineficaces, lo cual no está conforme con la Ley 87 de 1993 en el artículo 2° literales a) y f); Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017 que en el artículo 2.2.21.3.1; Decreto 1083 de 2015 artículo 2.2.21.5.4; los lineamientos dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Sistema de Gestión, Modelo Integrado de Planeación y Gestión, 2023 V5, la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas V6, y la metodología de administración de riesgos adoptada por la Entidad.

El equipo auditor estable como causas el desconocimiento de la metodología para la elaboración de la identificación de los controles que sean idóneos y adecuados para prevenir y/o mitigar los eventos potenciales, así mismo, ausencia en la identificación robusta de los riesgos, y la pertinencia de las evidencias frente a los controles, así como el cumplimiento total de las actividades establecidas en la metodología de administración de riesgos en cuanto a la materialización de riesgos. Lo anterior conlleva a la posible materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales.

6.4 La ausencia de las evidencias aportadas para determinar que la Dirección Territorial cumple cabalmente con las 10 funciones legalmente establecidas y relacionadas directamente con el ejercicio administrativo de las siete (7) dimensiones y las diecinueve (19) políticas no está conforme con 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), el Decreto 1083 de 2015 en los artículos 2.2.22.3.1; 2.2.22.3.2; 2.2.22.3.3; 2.2.22.3.4. Siendo una potencial causa el no tener en consideración de la gestión lo ordenado en normas que regulan y regentan la administración pública o la falta de capacitación por parte de la Oficina Asesora de Planeación, responsable del MIPG. Lo anterior conlleva a la posible materialización de eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales, dado que no se puede evidenciar plenamente el acatamiento de normas de orden público y, por lo tanto, de obligatorio cumplimiento.

6.5 La ausencia de métodos y estrategias que describan la seguridad del entorno y disponibilidad de la información, no brindan un nivel de certeza que rompa el principio de escepticismo profesional al Equipo Auditor, lo anterior, no está conforme con lo dispuesto en los literales a), c), d) y e) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993, en concordancia con lo expuesto en las normativas y regulaciones expedidas por el Ministerio de las Tecnologías de la Información 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 78 de 85

las Telecomunicaciones, el modelo de seguridad y privacidad de la Información y la Norma ISO 27001 de Seguridad de la Información en numeral A.11.

6.6 La ausencia de esta documentación constituye un riesgo que puede causar el desconocimiento para la atención de incidencias o, negación de servicios que se presenten en la red de comunicaciones de la Dirección Territorial. Así como la identificación de alguna problemática, la cual no se le dé un tratamiento conforme a lo establecido en el marco normativo. Lo anterior, se ejemplariza en temas como: contraseñas de acceso que deben estar documentadas, custodia de los elementos que conforman el centro de cableado para la administración y operatividad de los servicios y el cruce de la información de los inventarios. Por lo tanto, se establece una debilidad al desconocimiento de la documentación del centro de cableado de la Dirección Territorial, que garantice la comprensión técnica y operativa de los elementos que tiene a cargo, lo anterior, no está conforme con lo dispuesto en los literales a), c), d) y e) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993, en concordancia con lo expuesto en las normativas del Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones en su guía No. 10 relacionada con la “preparación de las TICs para la continuidad del negocio”. La potencial causa se ubica en la falta de gestión y administración que se debe llevar a cabo en cada uno de los elementos que conforma la red de comunicaciones en las territoriales de la Entidad.

6.7 Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés referente al avance y ejecución del total de actividades (indicadores) programadas en su plan de acción para la vigencia 2023. 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 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 control que fortalezca el conocimiento en modelos de control gerencial. Lo anterior aumenta el riesgo en el incumplimiento de los objetivos institucionales.

7. ASPECTOS SOBRESALIENTES

El Equipo Auditor evidencia como aspectos positivos de la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés, lo siguiente:

Es sobresaliente la disposición de la Directora Territorial, su equipo de trabajo, así como la funcionaria enlace designada, que atendieron la auditoría, a través de una adecuada comunicación, coordinación, organización colocando a disposición del Equipo Auditor lo necesario para

 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 79 de 85

desempeñar de manera adecuada su gestión. Situación que facilita la ejecución de la evaluación para obtener resultados que contribuyen a la mejora continua de la territorial.

El liderazgo y compromiso por parte de la Directora Territorial en el cumplimiento de los planes, programas, proyectos y procesos que hacen parte de su jurisdicción, denota buena actitud en la coordinación, comunicación y planificación de las actividades con el equipo de trabajo, demostrando conocimiento de los temas abordados en el ejercicio auditor. Producto de lo anterior, se destaca la realización de comités territoriales de seguimiento, por medio de los cuales se analizan los avances de los procesos misionales, administrativos y se establecen compromisos de la gestión de la territorial.

La identificación de indicadores distintos al del plan de acción permite la toma de decisiones de manera integral para el cumplimiento de las metas, donde se realiza la evaluación del impacto de las actividades que se dan en los diferentes escenarios institucionales y que aportan al logro de los objetivos.

Se resalta el uso de los aplicativos y herramientas tecnológicas que permiten realizar la ejecución de las actividades misionales, el seguimiento y cargue de la información de acuerdo con las necesidades y expectativas de las partes interesadas tanto internas como externas, lo cual coadyuva al logro de la misionalidad institucional.

Comunicación permanente con los procesos misionales del nivel nacional para verificar el avance y seguimiento del plan de trabajo, con el fin de evaluar los resultados alcanzados y establecer los compromisos para lograr las metas planteadas.

8. RESULTADOS DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.

8.1 Plan de Mejoramiento Auditoría de Gestión

En la vigencia 2020 se realiza auditoria a la Dirección Territorial Bolívar y San Andres. En esa oportunidad, la Oficina de Control Interno comunicó cinco (5) debilidades del sistema de control interno. En la vigencia 2022 se realiza seguimiento al plan de mejoramiento de las debilidades y para ese año se cierran las mismas lo que corresponde a un avance del 100%.

9. RESULTADOS DE LOS LOGROS DE GESTIÓN

El resultado de la gestión de la Dirección Territorial Bolívar y San Andres, dentro de la evaluación por dependencias, obtuvo un logro del 9.19/10.00 para la vigencia 2023.

 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 80 de 85

10. CONCEPTO DE AUDITORIA

El propósito de la auditoría es evaluar el sistema de control interno de la Dirección Territorial Bolívar y San Andres, visto desde el logro de metas, aplicación de normas, modelos de gestión efectivos y la valoración del sistema de control interno que actualmente aplica en su quehacer cotidiano. Para cumplir dicho propósito, se examinaron los aspectos comunicacionales y de seguimiento a las acciones de control que se deben realizar de conformidad con la naturaleza de la gestión. Producto de esta actividad, el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno emite el siguiente concepto de auditoría.

La Dirección Territorial Bolívar y San Andres ejecuta un modelo de control interno en aras de cumplir con las funciones establecidas en el Decreto 4802 de 2011 artículo 29 y la Ley 87 de 1993 artículo 2, literal 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”, con el fin de lograr los objetivos que le han sido asignados y contribuir con aquellos que le corresponden al nivel nacional.

Durante el ejercicio auditor se identificaron elementos de controles fuertes y débiles que pretenden dar información oportuna para la toma de decisiones en el mejoramiento continuo de la Dirección Territorial, así como también se identifican fortalezas relevantes en la gestión examinada por el Equipo Auditor en el marco del cumplimiento del Decreto 1499 de 2017 que actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, los cuales deben ser potencializadas al interior de la Dirección Territorial y armonizadas para el cumplimiento de las diecinueve (19) políticas del MIPG.

El modelo de Control Interno determinado en la Entidad establece la aplicación de las siguientes variables: ejecución de los procedimientos misionales, medición a través de cualquier metodología incluidos los indicadores de gestión, riesgos que trasciende como herramienta gerencial al mapa de riesgos y que responde a la identificación del entorno específico en el cual desarrolla su gestión la Dirección Territorial, control que permita la toma decisiones y sirva como herramienta en la ejecución de las actividades, seguimiento y mejora como expresiones gerenciales que contribuyan a optimizar los recursos maximizando de esta manera los beneficios, ejecución del plan de acción, control del cumplimiento de las funciones versus políticas de MIPG y la evaluación de las tecnologías y seguridad de la información. Estos aspectos básicos del Sistema de Control Interno son objeto de evaluación por parte del Equipo Auditor a través de papeles de trabajo diseñados para establecer el nivel de madurez, aplicación y cumplimiento de ellos.

El sistema de control interno de cualquier proceso inicia con la caracterización y procedimientos asociados que permitan operacionalizar las actividades que conducen al cumplimiento de las

 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 81 de 85

funciones constitucionales y legales que son instrumentos para la gestión de las direcciones territoriales. Teniendo esto en vista, si bien, no se eleva a categoría de debilidad, es necesario que la Dirección Territorial fortalezca e implemente acciones de mejora para que los procedimientos y actividades se cumplan de acuerdo con el flujograma que se establece a través de los procesos misionales desde el nivel nacional. Así mismo, se recomienda un trabajo en conjunto con estos procesos para que las actividades y evidencias requeridas estén totalmente claras y correspondan a lo instaurado en cada uno de los procedimientos y los criterios que allí se citan. Frente al análisis de la ejecución realizada por el Equipo Auditor a los procedimientos misionales, se enfatiza tener en cuenta el acápite donde se detallan las observaciones de los resultados obtenidos, con el fin de establecer acciones internas de mejora.

Con respecto al Sistema de Control Interno objeto de evaluación por parte del Equipo Auditor a través del papel de trabajo diseñado para establecer el nivel de madurez de las cinco variables “*indicadores, riesgos, control, mejora y seguimiento*”, los resultados en términos generales son los siguientes:

- i. Realizar un ejercicio más profundo para que a partir de la información que brindan los resultados de los indicadores, estos sean soporte en la toma de acciones y decisiones que contribuyan al cumplimiento de las metas del plan de acción y de trabajo definida por la Dirección Territorial.
- ii. En la evaluación del componente de riesgos, se identifica la ausencia de un mapa de riesgos integral y robusto que recoja no solo lo identificado en el instrumento institucional sino aquellas situaciones que en territorio pueden afectar el logro de los objetivos y el no reconocer aquellos que se desprenden de normas aplicables a la gestión. Por consiguiente, se debe examinar en conjunto con los servidores de la Dirección Territorial un proceso de implementación gerencial de riesgos de manera integral y articulada, para prevenir la materialización de estos.
- iii. Ausencia de un modelo de control robusto en el sistema de control inherente a la Dirección Territorial, así como la identificación, aplicación de controles a las actividades diferentes a las descritas en los procedimientos, falta de implementación de tableros de control que permitan verificar el estado y seguimiento de las acciones que se desarrollan en cada uno de los procesos para contribuir en la toma de decisiones y análisis necesarios que permitan coadyuvar a la mejora continua en la gestión y el logro de los objetivos institucionales.
- iv. En cuanto al componente de mejora o valor agregado la territorial obtiene el siguiente resultado *“Hay evidencia de acciones de mejora propuestas y analizadas o de valores agregados alcanzados. No obstante, falta que este modelo de mejoramiento o agregación de valor sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones.”*

 <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 82 de 85

- v. En el componente de seguimiento se evidencia que el modelo de gestión de la territorial se encuentra medianamente conformado. No obstante, falta que este sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones para corregir situaciones negativas en la gestión.

De acuerdo con lo anterior para las cinco variables auditadas dos de estas presentan debilidad que pueden ser superadas con el trabajo del equipo de la Dirección Territorial y la colaboración de los procesos que le aporten a este fortalecimiento, especialmente el papel de la Oficina Asesora de Planeación es de vital importancia.

El mapa de riesgos es una herramienta gerencial que tiene por propósito establecer los eventos positivos o negativos que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales. Para el efecto, la Entidad aplica la metodología dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública y la estandarizada internamente, para cumplir con los lineamientos de estas buenas prácticas.

En esta línea, el Equipo Auditor examina el mapa de riesgos y evidencia debilidad en el sistema de control interno por la ausencia de un modelo robusto de la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés, la identificación y aplicación de controles poco eficaces. Es importante señalar que la territorial no posee un proceso o procedimiento que le sea propio a su gestión, por lo que el mapa de riesgos responde a las funcionalidades gerenciales desplegadas en el territorio y que para tener un panorama integrado debe recoger los riesgos identificados en cada uno de los procesos que ejecuta en su jurisdicción. El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno respecto a la presente debilidad, recomienda a la Dirección Territorial, establecer un mapa de riesgos que acopie de manera integral los efectos que se causan sobre las actividades a desarrollar en el territorio, debido a eventos potenciales previsible que no han sido identificados por los responsables de la gestión, claridad en la definición y la pertinencia de las evidencias de ejecución de los controles, cumplimiento total de las actividades establecidas en la metodología de administración de riesgos en cuanto a la materialización de riesgos. Lo anterior en conjunto con la Oficina Asesora de Planeación, responsable como segunda línea de defensa de asesorar la implementación del presente instrumento.

La Directriz dada por la Dirección General en relación con la programación de las actividades en cuanto a metas y tiempos a través de la Oficina Asesora de Planeación, es de cumplir a cabalidad lo pactado como unidad de meta en los tiempos previstos. El Equipo Auditor aplica papel de trabajo que examina la trazabilidad y aplicación de la directriz señalada encontrando que, la Dirección Territorial presenta debilidad del sistema de control interno por incumplimiento de lo planeado frente a lo ejecutado en el plan de acción. Se examina el comportamiento de 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 83 de 85

reportes de avance y ejecución de las metas del plan de acción 2023 asignadas a la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés, teniendo como parámetro de evaluación que tanto los reportes de avance como de ejecución deben corresponder al 100% de lo planeado. Este aspecto si bien tiene su impacto en la gestión, se puede superar con un sistema de planeación más dinámico y flexible donde la territorial tenga la posibilidad de reaccionar frente a las externalidades y recibir el apoyo necesario de la Oficina Asesora de Planeación para lograrlo.

Respecto a la evaluación de las *“funciones y políticas del MIPG”* para determinar la pertinencia y conducencia que demuestre el cabal cumplimiento del Decreto 4802 de 2011 y las políticas del MIPG dispuestas en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión adoptado en el Decreto 1499 de 2017, donde el cruce de la información permita evidenciar que los métodos o actuaciones funcionales de los servidores de la dirección territorial correspondan con los dispuestos en el ordenamiento legal.

Por lo cual, el Equipo Auditor realiza el análisis mediante la herramienta cruzada y se tiene que, la territorial no cumple funcionalmente la implementación de las políticas de MIPG con lo dispuesto en el marco normativo, lo que implica una debilidad del sistema de control interno, toda vez que la evidencia presentada genera incertidumbre y no logra superar el escepticismo profesional. Lo anterior, se da como consecuencia de la falta de documentación y de concordancia en la información que soporta las evidencias versus el cumplimiento de las funciones y las políticas que deben ser cumplidas mediante el ordenamiento legal.

La Oficina de Control Interno, aplicando los principios de auditoria generalmente aceptados examinó la información aportada por la Dirección Territorial y las evidencias que la soportan, encontrando que, parte de ellas no anexan la totalidad de los soportes que mencionan en los correos electrónicos remitidos al Equipo Auditor, por lo cual, se establece en el acápite correspondiente que le aplique en el informe el no cumplimiento de los criterios de calidad de la información; esto genera incertidumbre en el Equipo Auditor, razón por la cual no se cumple lo determinado en el artículo 2 de la Ley 87 de 1993 en el literal e) *“Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros”*, entendiéndose por registros todas las evidencias de la información aportada para el ejercicio auditor, por consiguiente, se recomienda fortalecer la calidad y pertinencia de las evidencias, así como la organización y completitud de la información a entregar a entes internos y externos en próximos ejercicios de auditoría.

El Equipo Auditor aplica papel de trabajo denominado *“Herramienta Auditoria TI”*, el cual presenta las siguientes debilidades:

- i. los controles implementados no cumplen con las características necesarias de los numerales asociados en cuanto a la seguridad física y del entorno, con el fin de garantizar

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 84 de 85

la seguridad de la información y de los elementos que están asociados a la infraestructura tecnológica de la Dirección Territorial.

- ii. falta de documentación técnica en los inventarios de los elementos que conforman el diseño y la arquitectura del centro de cableado de manera específica, donde describa las características técnicas, configuraciones, garantías y reglas definidas de cada uno de los elementos que conforman la infraestructura de comunicaciones.

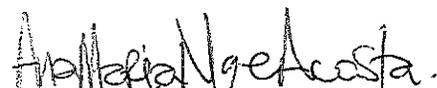
Por lo anterior, es necesario que la Dirección Territorial establezca e identifique las causas de las debilidades presentadas, para garantizar el óptimo funcionamiento en la seguridad y operatividad de los servicios y los elementos de infraestructura tecnológica.

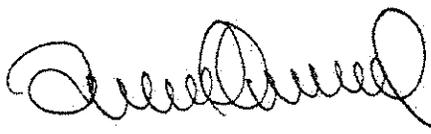
Para finalizar, los resultados presentados por el Equipo Auditor van encaminados a la toma de decisiones sustentadas en herramientas que generen certeza al gestor público y por ende brinden a los usuarios de la Entidad la tranquilidad de recibir bienes o servicios que satisfagan sus expectativas dentro del marco de las externalidades propias de la gestión de la Dirección Territorial.

El Sistema de Control Interno en la Dirección Territorial Bolívar y San Andres, posee un nivel de debilidad que puede ser superado con acciones de mejora y la aplicación de herramientas gerenciales, donde se analice el entorno interno y externo en el que se encuentra.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor recomienda a la Dirección General solicitar a la Directora de la territorial la elaboración de un Plan de Mejoramiento del Sistema de Control Interno, donde se incluya el tratamiento a las debilidades evidenciadas en este informe.

Cordialmente,


ANA MARIA ANGEL ACOSTA
 Auditor Líder


CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO
 Jefe Oficina de Control Interno

Versión	Fecha	Descripción de la modificación
1	30/04/2014	Se crea formato



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