

 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 93

INFORME FINAL DE AUDITORIA A LA DIRECCIÓN TERRITORIAL ATLÁNTICO

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 Atlántico
Dependencia líder:	Dirección Territorial Atlántico
Responsable del Proceso:	Yesenia Vannesa Pérez Otero
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:	Francisco Orlando Wilches Salazar - Auditor Líder William Mahecha Hernández- Auditor Basco German Ricaurte Guerra – Auditor

1. OBJETIVO DE LA AUDITORIA

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

Para efectos de lograr el propósito se tienen como objetivos específicos: i) Verificar que las funciones asignadas se ejecuten mediante procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos u cualquier instrumento formalmente adoptado por la entidad; ii) Verificar que los líderes de los procedimientos implementen, ejecuten, controlen y hagan seguimiento a las herramientas básicas de control (batería de medición, mapa de riesgos, controles, seguimiento y mejoramiento); iii) Verificar que los líderes del proceso hagan seguimiento a la gestión delegada funcional u operativamente a los miembros de su equipo de trabajo y, iv) Verificar que los líderes de los procesos implementen, ejecuten y controlen las directrices que ellos han dispuesto con base en el modelo de gestión y control para lograr las metas propuestas en el plan de acción.

 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 93

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 OCI de las fuentes identificadas y concluye con el informe final de auditoría. En lo pertinente se auditan los resultados de los modelos de medición, riesgo, control, seguimiento y gestión.

Para la presente auditoría se evalúa la gestión de la Dirección Territorial Atlántico desde el 01 de enero de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2023.

3. GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR

Durante el desarrollo del proceso auditor no se materializan los riesgos asociados a la gestión auditora identificados en el Programa de Auditoria para la vigencia 2024. En especial se debe resaltar que el acceso a las fuentes de información del proceso por parte del auditor se realiza de manera armónica y ello no genera ninguna perturbación a la gestión.

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

4. METODOLOGIA UTILIZADA

El Equipo de Auditoria de la Oficina de Control Interno para el desarrollo de la auditoria 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.

 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 93

5. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

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

A partir del marco normativo establecido en el Decreto 4802 de 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:

“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 de 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*” se establece en los artículos 2.2.21.5.1 y 2.2.21.5.2. Racionalización de la gestión institucional así;

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

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.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022 Página 4 de 93

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.*

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.



 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 93

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

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

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
Relación con el Ciudadano	Trámite Notificación de Actos Administrativos V7
Reparación Integral	Notificación de Indemnización Administrativa y Entrega del Mensaje Estatal de Reconocimiento y Dignificación V5 Código:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 6 de 93

	410.08.08-21
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 Atlántico 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.

Por lo tanto, mediante correo electrónico del miércoles 24 de abril de 2024 a las 17:07 a.m., el Equipo Auditor remite el documento para su diligenciamiento. Posteriormente, el Equipo Auditado da respuesta mediante correo electrónico del martes 07 de mayo de 2024 a las 16:58 p.m., en donde indica haber efectuado el diligenciamiento y cargue de 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, el 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.*

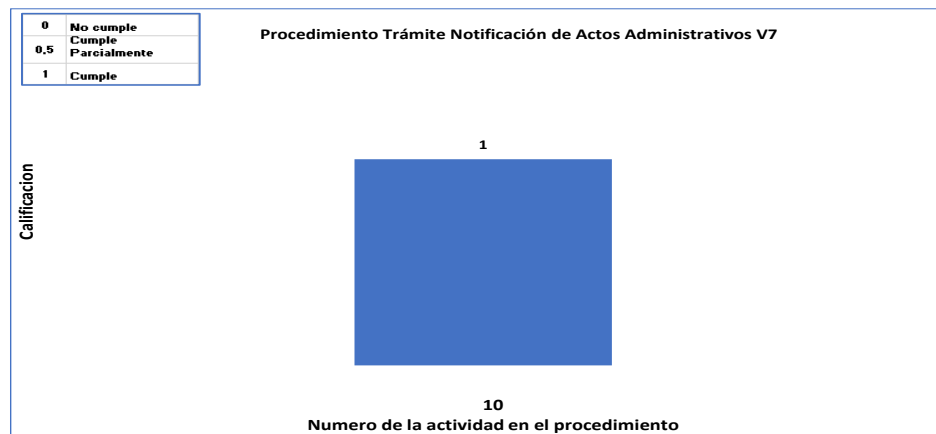
 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022 Página 7 de 93

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 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 equivale al 20%, los cuatro (4) procedimientos restantes su cumplimiento es 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 a continuación:

Proceso de Servicio al Ciudadano:

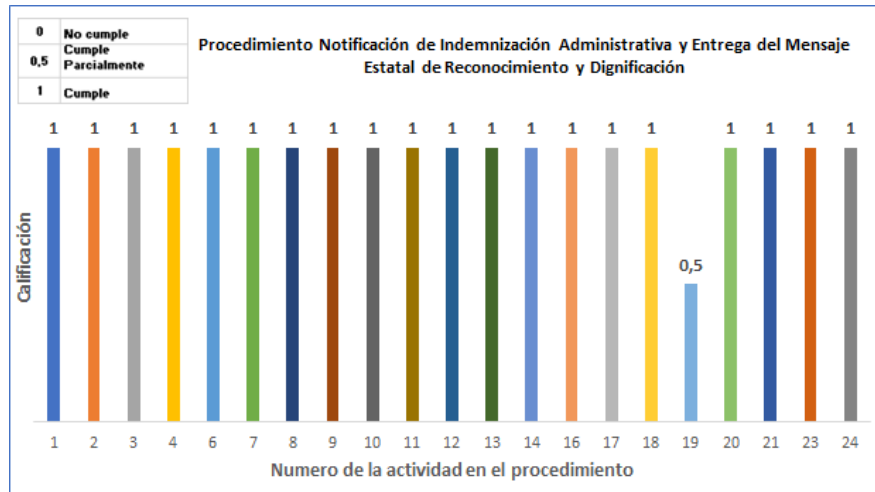


Fuente: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales - Propia OCI

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas donde 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%."

Proceso de Reparación Integral:

 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 93



Fuente: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales - Propia 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 total, correspondiente a un 98%."

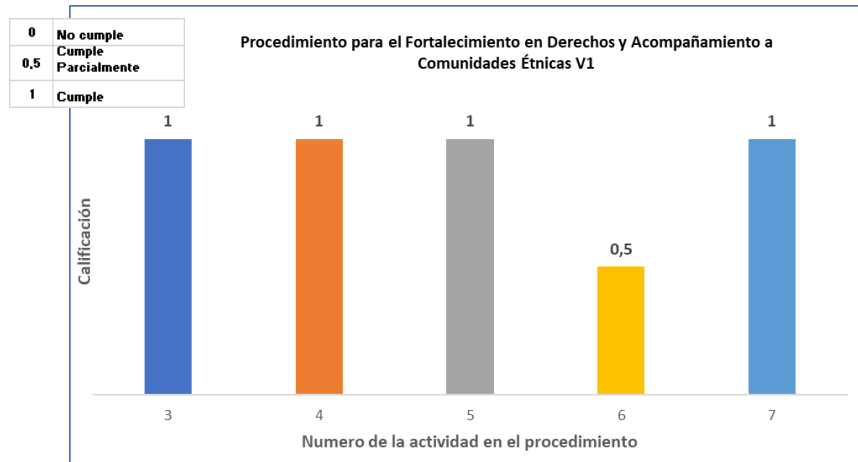
El anterior resultado se debe al análisis de las evidencias donde se detallan los siguientes aspectos y observaciones, así:

En la actividad 19 no se evidencia soportes relacionados como son:

- Relación de cartas notificadas.
- Correo con solicitud de valoración de apoyo
- Actos administrativos notificado con recursos o no notificados.

Proceso de Participación y Visibilización

 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 9 de 93



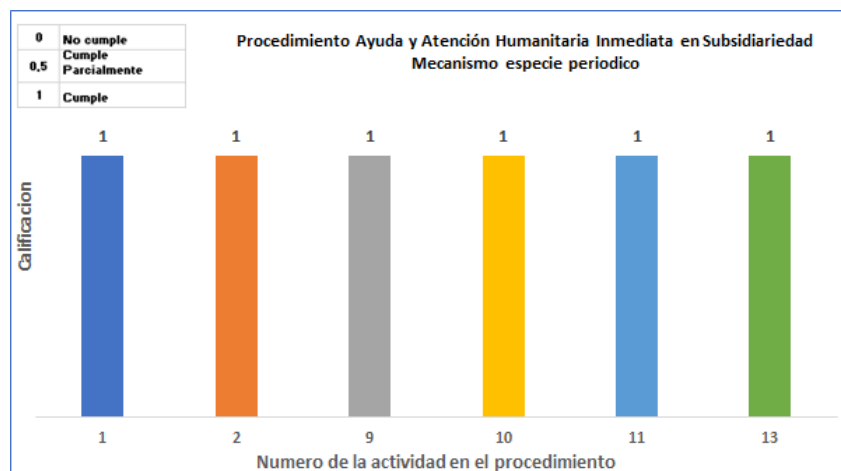
Fuente: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales - Propia OCI

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas donde 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 total, correspondiente a un 90%."*

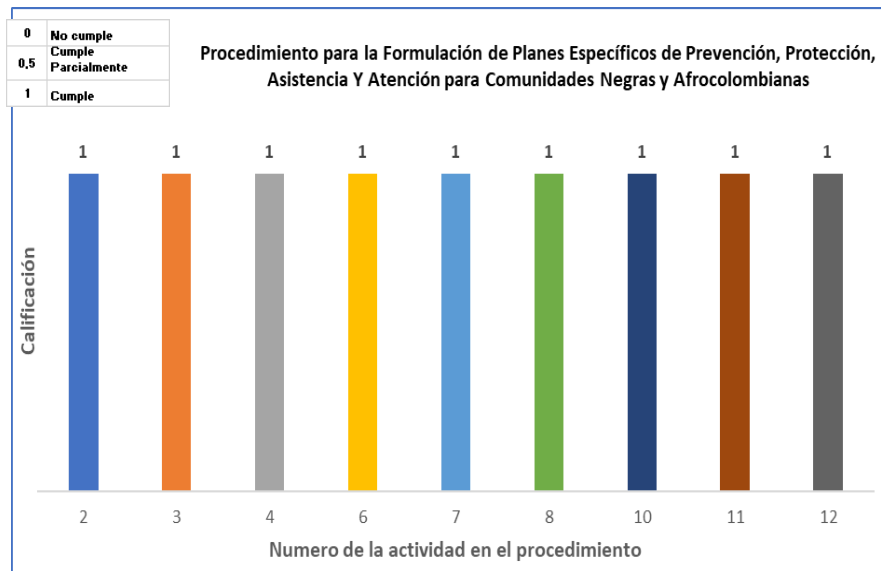
El resultado se presenta al examinar las evidencias, donde se citan las siguientes observaciones:

Con relación a la actividad seis (6) no se evidencia los informes de seguimiento que se deben gestionar con una periodicidad semestral. El resultado es de cumplimiento total.

Proceso de Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez



 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 10 de 93



Fuente: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales - Propia 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 da un valor individual obteniendo 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 total, correspondiente a un 100%."*

A partir del marco normativo de la Ley 87 de 1993 en el artículo 1°, 2° literal h), 4° literal b) y articulo 12 literales 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 Atlántico 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 auditada, debe continuar con las acciones que se han venido desarrollando y fortalecer e implementar acciones para las actividades que son reportadas como cumplimientos parciales en miras 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.

 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 11 de 93

5.2 ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LA DIRECCIÓN TERRITORIAL ATLÁNTICO

El Equipo Auditor mediante correo electrónico institucional del viernes 1 de marzo de 2024 a las 9:27 a.m. solicita el diligenciamiento y la entrega de las evidencias correspondientes relacionadas con la aplicación de la herramienta de Excel diseñada para determinar el nivel de madurez del sistema de control interno, aunado al artículo 2° de la Ley 87 de 1993 que determina los objetivos del Sistema de Control Interno.

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:

- 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;*
- 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.*

5.2.1 Sistema de Control Interno por la variable modelo de medición (indicadores diferentes al plan de acción) a la Dirección Territorial Atlántico

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 el proceso posee y reconoce un sistema 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 12 de 93

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 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 numeral 4º de 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

 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 93

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

- Tener claro los objetivos, planes, programas y proyectos para identificar los aspectos prioritarios a ser susceptibles de medición.
- Determinar puntos o factores críticos de éxito, es decir, aquellas acciones o actividades de cuyo desarrollo depende la consecución de los objetivos.
- Establecer qué se debe medir y qué información se quiere obtener de esa medición, para saber qué tipo de indicador se necesita. Establecer la frecuencia adecuada para la medición de los indicadores, para tomar decisiones en el momento justo.
- Definir los indicadores a utilizar y el método de construcción que más se adapte a la propia dinámica y cultura organizacional. De acuerdo con el manual "Planificación estratégica e indicadores de desempeño en el sector público"

(CEPAL, 2011: 59) se pueden diferenciar varios tipos de indicadores de producto o resultados, de Insumos de proceso, procesos o actividades, o de desempeño de dichas actuaciones en las dimensiones de eficiencia, eficacia, calidad y economía:

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

 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 14 de 93

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.

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 15 de 93

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 1 de marzo de 2024 a las 9:27 a.m. La auditada da respuesta mediante correo electrónico del jueves 21 de marzo de 2024 a las 5:12 p. m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

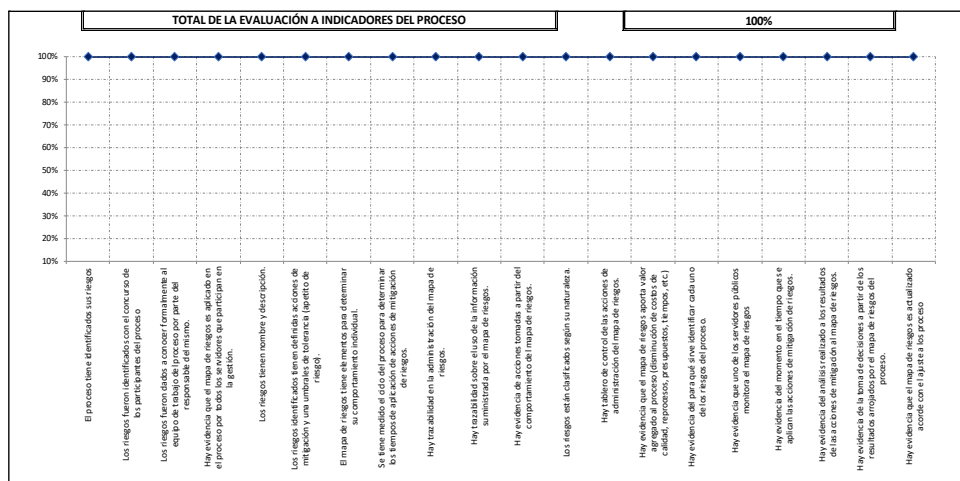
El Equipo Auditor, a través de la matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de indicadores definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales b), c), d), e), g) 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 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 – indicadores tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert¹. La 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 el proceso auditado es el siguiente

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 16 de 93



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

Como se observa, la calificación que se da la 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 – indicadores corresponde a 25 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 75 puntos respecto de la calificación de la auditada y de 25 respecto del máximo posible (100 puntos).

Lo anterior dado que el auditado solo aportó evidencias respecto de las metas del plan de acción y omitió otros indicadores del cual es responsable el proceso.

Por lo anterior, el equipo Auditor de la Oficina de Control Interno califica como debilidad del sistema de control interno de la Dirección Territorial Atlántico, la ausencia de un modelo de medición (indicadores) robusto y diferente a los del plan de acción y el no reconocimiento de otros indicadores no reportados al equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, lo cual no está conforme con la Ley 87 de 1993 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 el artículo 2.2.22.3.2; Guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión versión 4. Siendo una potencial causa el no tener en consideración de su gestión lo ordenado en normas que regulan y regentan la administración pública y por la falta de liderazgo en el tema por parte del proceso responsable de coadyuvar en estos temas. 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 tiene una herramienta de gestión que brinde información del quehacer funcional del proceso en tiempo real y que permita la toma de decisiones informada.

 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 17 de 93

Esta debilidad se le comunica al auditado mediante correo electrónico del viernes 1 de marzo de 2024 a las 9:27 a.m. por parte del auditor líder de la oficina de control interno, en donde se le da a la auditada un plazo de cinco días hábiles según lo establecido en la actividad 9 del procedimiento “Auditorías Internas al control interno” contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones y evidencias pertinentes.

La auditada da respuesta mediante correo electrónico del jueves 21 de marzo de 2024 a las 5:12 p. m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor en la cual emite respuesta de la siguiente manera:

“En relación con la debilidad asociada al sistema de control interno, sobre la medición de indicadores diferentes al plan de acción, me permito informar que la dirección territorial Atlántico realiza el seguimiento, evaluación y medición de actividades en otras herramientas de planeación y gestión como lo es el Plan de Trabajo y el Plan de Implementación.

En el marco de la implementación y mantenimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, no se encuentra identificado un proceso o procedimiento que haga referencia a la formulación, evaluación y seguimiento de un plan gerencial.

En tal sentido, en mi calidad de directora territorial Atlántico no he recibido información, capacitación o formación sobre herramientas diferentes al plan de acción, plan de trabajo y plan de implementación por parte de la Subdirección General, la Oficina Asesora de Planeación y la Oficina de Control Interno para la formulación, seguimiento y evaluación de indicadores y/o actividades diferentes a las ya mencionadas que se configure como una herramienta de gestión para el análisis de información y la toma de decisiones.

En la dirección territorial Atlántico, el análisis periódico de los avances de los indicadores y/o actividades en el marco de los comités directivos, reuniones bilaterales con los procesos, reuniones con las áreas misionales, han permitido tomas decisiones oportunas para el cumplimiento de las metas programadas.

De manera muy respetuosa considero que, si la oficina de control interno ha identificado la necesidad que las direcciones territoriales cuenten con un modelo de medición de indicadores y/o actividades robusto y diferente a los del plan de acción, debe ser un tema a tratar con la dirección general, subdirección y la oficina asesora de planeación, de manera que se tengan lineamientos claros para la gestión de las direcciones territoriales”.

El Equipo Auditor considera que la repuesta no rompe el principio del escepticismo profesional y los argumentos no desvirtúan las causas que sustentan la debilidad para el sistema de control interno (elemento de control de indicadores); en la medida que las evidencias no permiten tener certeza de una adecuada gestión, además, los indicadores que maneja la dirección territorial son únicamente los del plan de acción que reflejan es el cumplimiento de metas, según la revisión de la totalidad de las evidencias aportadas.

 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 93

Dentro del ciclo PHVA, medir es una herramienta de gestión que permite al responsable tomar decisiones y para que ello ocurra es indispensable tener índices, cifras significativas, indicadores o cualquier otra forma de medición, además que ellos sean controlados totalmente por el responsable, es decir se tenga gobernanza y regencia sobre ellos. Los sistemas de medición tienen un sustento normativo que, más allá de cumplirse ese mandato legal, propende porque las entidades logren los objetivos institucionales en aras de los beneficiarios de sus bienes o servicios. A nivel de procesos y dentro de los parámetros del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG), la medición permite tener información para la toma de decisiones, ya sea para hacer las correcciones necesarias o para determinar que el rumbo de la gestión esta conforma con lo dispuesto en la misionalidad y la planeación definida.

Por lo anterior, la respuesta del auditado no se encuentra en concordancia y armonía con los lineamientos del DAFP, como tutor de la gestión pública y con la normativa respecto al tema.

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

5.2.2 Sistema de Control Interno por la variable modelo riesgos de la Dirección Territorial Atlántico (adicionales 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, evidenciando la efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta la Dirección Territorial Atlántico para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. El propósito es determinar si la 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:

- 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.*

 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 93

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 disímiles 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 aspectos tanto internos como externos que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos organizacionales (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).

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

 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 20 de 93

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 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.*
- *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: Direccionamiento 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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 21 de 93

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 los 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.

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*
- *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*

 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 22 de 93

- *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 viernes 1 de marzo de 2024 a las 9:27 a.m. La auditada da respuesta mediante correo electrónico del jueves 21 de marzo de 2024 a las 5:12 p. m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

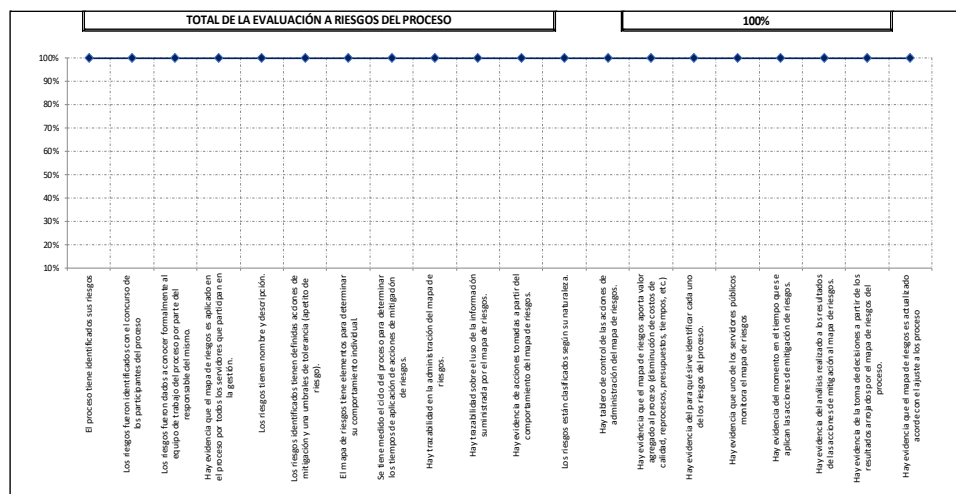
El Equipo Auditor, a través de la matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de gestión de riesgos en concordancia con las características del sistema de control interno definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del 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.

El papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – riesgos tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert². La 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 auditada 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 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 23 de 93



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

Como se observa, la calificación que se da la auditada corresponde al 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 – riesgos corresponde a 48.44 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 51.56 puntos respecto de la calificación de la auditada y de 51.56 respeto del máximo posible (100 puntos).

Lo anterior dado que el auditado aportó evidencias con 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 Atlántico 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 del auditado de la siguiente manera:

La ausencia de un mapa de riesgos integral y robusto que consolide 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° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del

 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 24 de 93

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 del proceso en tiempo real y que permita la toma de decisiones informada.

Esta debilidad se le comunica al auditado mediante correo electrónico del viernes 1 de marzo de 2024 a las 9:27 a.m. por parte del auditor líder de la Oficina de Control Interno, en donde se le da a la auditada un plazo de cinco días hábiles según lo establecido en la actividad 9 del procedimiento “Auditorías Internas al control interno” contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones y evidencias pertinentes.

El auditado emite respuesta mediante correo electrónico del jueves 21 de marzo de 2024 a las 5:12 p. m., en donde aporta soportes que desea hacer valer en el proceso auditor e indica sus observaciones de la siguiente manera:

“Teniendo en cuenta el “procedimiento administración de riesgos”, es la Oficina Asesora de Planeación de la Unidad para las Víctimas la que brinda los lineamientos técnicos a las direcciones territoriales para la construcción del mapa de riesgos institucional.

En ese sentido, y de acuerdo con lo señalado en los criterios de operación del procedimiento administración de riesgos, “la administración de riesgos institucionales está basada en la Metodología de Administración de Riesgos del Departamento Administrativo de la Función Pública, la cual se encuentra alineada al Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y los lineamientos para la gestión de riesgos de corrupción de la secretaria de Transparencia”.

Así las cosas, la Oficina Asesora de Planeación “orienta y avala el proceso de construcción del mapa de riesgos con respecto al cumplimiento de los parámetros establecidos en la Metodología de Administración de Riesgos de la Unidad”. Para la construcción del mapa de riesgos en la vigencia 2023, la dirección territorial atlántico realizó la actualización del contexto estratégico en el mes de septiembre de 2022, de acuerdo con formato diseñado por la Oficina Asesora de Planeación.

Derivado de ese análisis, se avanzó en la actualización del mapa de riesgos de la dirección territorial atlántico que incluyó riesgos de gestión, corrupción, ambiental y seguridad y salud en el trabajo, para lo cual se realizaron mesas de trabajo con el acompañamiento de la oficina asesora de planeación, líderes de los sistemas y enlaces territoriales. Una vez consolidado el mapa, fue

 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 93

enviado a la Oficina Asesora de Planeación para revisión y validación, aprobado mediante acta del 24 de noviembre de 2022.

De esta manera, la dirección territorial Atlántico dio cumplimiento a lo señalado en el procedimiento administración de riesgos, así como a los lineamientos de la oficina asesora de planeación para la actualización del mapa de riesgos vigencia 2023.

Finalmente, y con el fin de atender la debilidad en la dirección territorial respecto al sistema de control internos – mapa de riesgos, y como lo evidencia la Oficina de Control Interno, pensando en la articulación de las áreas de la entidad con miras al cumplimiento de sus objetivos institucionales y avanzar en la implementación y mantenimiento del modelo integrado de planeación y gestión, es fundamental que en el ejercicio de la actualización del mapa de riesgos institucional, la oficina de control interno participe de manera directa, presentando sus observaciones al mapa de riesgos y realizando una revisión oportuna del documento”.

El Equipo Auditor considera que la repuesta no rompe el principio del escepticismo profesional en la medida que las evidencias no permiten tener certeza de una adecuada identificación, valoración, evaluación y seguimiento de riesgos adicionales que puedan impactar y materializar posibles eventos en la gestión de la Dirección Territorial como son los riesgos asociados a la estrategia gerencial, roles y responsabilidades de los equipos internos de trabajo, coordinación interinstitucional con otras entidades y organismos que tengan incidencia en la política pública de reparación a las víctimas, relacionamiento con sus grupos de valor y grupos de interés, en, entre otros. En efecto, los riesgos que maneja la Dirección Territorial solo se asocian a la dinámica de los requerimientos establecidos por el DAFP y adoptados por el Sistema Integrado de la UARIV.

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 Sistema de Control Interno por la variable Modelo de control de la Dirección Territorial Atlántico

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(...).

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 26 de 93

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.

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”.

 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 93

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 disímiles 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, 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:

- *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.*

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 28 de 93

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 “Control Interno” la importancia de 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).”³

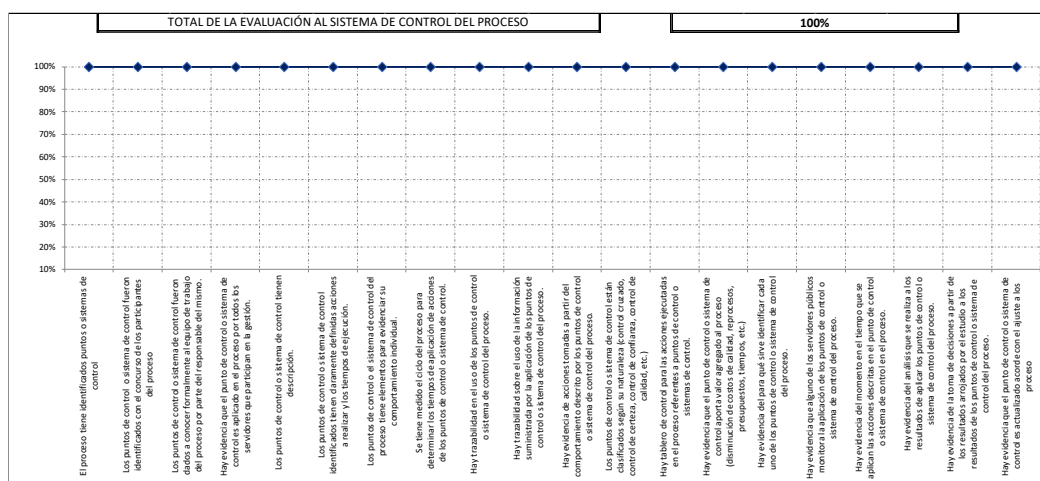
³ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, Manual Operativo MIPG, Bogotá, p-114.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 29 de 93

Siguiendo los parámetros de la herramienta citada en los numerales anteriores, el Equipo Auditor la aplica para determinar el nivel de madurez del modelo de control inherente a los procesos en su interacción que implementa la Dirección Territorial.

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el nivel de madurez del modelo de control y seguimiento definidos en lo expuesto en la Ley 87 de 1993 en su artículo 3° literal d) “La Unidad de Control Interno o quien haga sus veces es la encargada de evaluar en forma independiente el Sistema de Control Interno de la entidad y proponer al representante legal del respectivo organismo las recomendaciones para mejorarlo”, y en Decreto 1499 de 2017 y el Manual Operativo de MIPG, dado que el logro de los objetivos institucionales son el centro de la gestión pública y en la medida que se tenga adecuadamente controlado el proceso se logra un entorno propicio para acatar y cumplir la funcionalidad institucional, en fomento de la formación de una cultura de control que contribuya al mejoramiento continuo en el cumplimiento de la misión institucional.

El uso de la matriz de maduración permite establecer los puntos críticos y de inflexión donde una gerencia pública puede tomar acciones preventivas que propendan por el logro de los objetivos institucionales. Cualquier incumplimiento se tiene como una debilidad del sistema de control interno. Siguiendo los parámetros de la herramienta citada, el Equipo Auditor la aplica para determinar el nivel de madurez del modelo de control inherente a la gestión desplegada por el proceso de Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez, Los resultados obtenidos se muestran en la siguiente gráfica:



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

Del análisis de datos se tiene que la DT Atlántico considera que el modelo de control inherente es evaluado como indiferente, dado que se ubica en el 100% del valor máximo posible en la escala de Likert, metodología utilizada en la herramienta de evaluación.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 30 de 93

Lo anterior significa que: “Hay evidencia de un modelo de control que se soporta en el uso de puntos de control u otro mecanismo válido. Es así como el Equipo Auditor vislumbra la posibilidad de que la Dirección Territorial Atlántico en la Inmediatez refuerce el sistema de control inherente a la gestión por procesos de la UARIV.

En efecto, el logro de los objetivos institucionales son el centro de la gestión pública y en la medida que se tenga adecuadamente controlado el proceso se logra un entorno propicio para acatar y cumplir la funcionalidad institucional. por lo que en MIPG señala que: *De acuerdo con lo programado en la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación, para una eficiente ejecución del gasto público se debe ejercer un permanente y efectivo control administrativo, seguimiento y evaluación, para soportar decisiones y tomar medidas correctivas en caso de ser necesarias. Además, el seguimiento facilita el reporte de informes y estadísticas a las entidades del Estado, responsables de la gestión presupuestal.* Por todo lo anterior, el equipo auditor encuentra suficiente soporte para romper el escepticismo profesional, la incertidumbre en relación con el sistema de control del proceso en el marco de las disposiciones normativas y administrativas, razón por la cual no se encuentra debilidad del sistema de control interno.

5.2.4 Sistema de Control Interno por la variable modelo de mejora o valor agregado de Dirección Territorial Atlántico

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:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 31 de 93

“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 32 de 93

“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 se 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 o valor agregado, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – modelo de mejora o valor agregado, mediante correo electrónico del lunes 11 de marzo de 2024 a las 8:02 a.m. La dirección territorial auditada da respuesta mediante correo electrónico del lunes 15 de marzo de 2024 a las 5:25 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 33 de 93

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 o 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 Atlántico.

El Equipo Auditor examina las evidencias aportadas y cargadas al Sharepoint por el equipo auditado el jueves 21 de marzo de 2024. El propósito es determinar si la dirección territorial aplica acciones de mejora propuestas y analizadas o de valores agregados alcanzados. Así mismo si posee y reconoce un modelo de mejoramiento o de agregación de valor 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*”.

 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 34 de 93

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 a mejora continua 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).”

En la 3ª. Dimensión: Gestión con valores para resultados, 3.5 Atributos de calidad para la Dimensión, establece que:

“La entidad responde de manera clara, pertinente y oportuna, las PQRS y son insumo para la mejora continua en sus procesos.”

 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 93

En la 4ª. Dimensión: Evaluación de Resultados, 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 5ª Dimensión: Información y Comunicación, 5.4 Política de Gestión de la Información Estadística, Lineamientos generales para la implementación afirma que:

Mejora continua: Establecer acciones de mejora para la producción, acceso y uso de las estadísticas y la administración y la gestión de los registros administrativos, atendiendo a la dimensión “Direccionamiento Estratégico y Planeación”, “Evaluación de resultados” y “Control interno”.

“Implementar acciones de mejora continua en los procesos de producción de información estadística y registros administrativos.”

“Para la mejora continua, la entidad debe considerar los resultados de los seguimientos, las revisiones y las evaluaciones de las operaciones estadísticas y se desarrolla atendiendo los lineamientos de las políticas asociadas a la dimensión “Evaluación de resultados” y “Control interno”.”

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:

 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 93

“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 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 estos, 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:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 37 de 93

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 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.

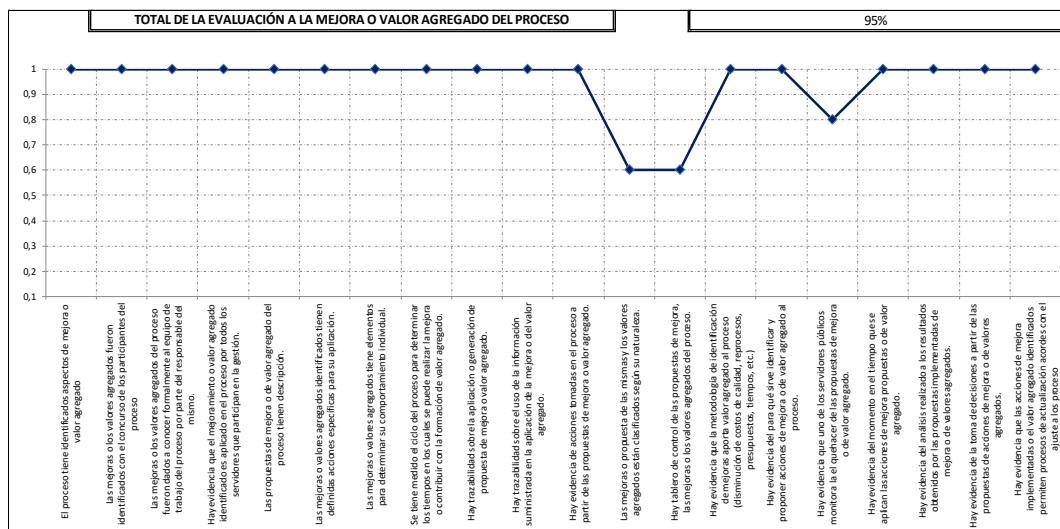
Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de la variable mejora o valor agregado de la herramienta del Sistema de Control Interno (SCI), la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno mejora o valor agregado, mediante correo electrónico del viernes 1 de marzo de 2024 a las 9:27 a.m. El auditado emite respuesta mediante correo electrónico del jueves 21 de marzo de 2024 a las 5:12 p. m., con los soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

El Equipo Auditor, a través de la matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de mejora o valor agregado 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.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 38 de 93

El papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – mejora o valor agregado tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert⁴. La 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 el proceso auditado es el siguiente:



Como se observa, la calificación que se da la auditada corresponde a 95% 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 o valor agregado corresponde a 6.25 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 88.75 puntos respecto de la calificación de la auditada y de 93.75 respecto del máximo posible (100 puntos).

Por lo anterior, el equipo Auditor de la Oficina de Control Interno califica como debilidad del sistema de control interno de la Dirección Territorial Atlántico.

La ausencia de un modelo de mejoramiento o de agregación de valor robusto que sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones, no fueron reportados al equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, lo cual no está conforme con la Ley 87 de 1993 artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema de Control Interno, el cual dispone

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.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 39 de 93

en los literales b), c), d), e), f), g) y h), el Decreto 1083 de 2015 en el artículo 2.2.22.3.3. Siendo una potencial causa el no tener en consideración de su gestión lo ordenado en normas que regulan y regentan la administración pública y por la falta de liderazgo en el tema por parte del proceso responsable de coadyuvar en estos temas. 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 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.

Lo anterior conlleva a una falta de acciones, iniciativas o valores agregados que permitan un mejoramiento continuo impactando los comportamientos habituales de los cuales se pretende se ejerzan o gestione temas como:

- Identificación de aspectos de mejora en los procesos y procedimientos que involucre a la Dirección Territorial, con el objetivo de buscar el mejoramiento a la prestación de servicios tanto para clientes internos como externos.
- Implementación de buenas prácticas a la gestión de la innovación y mejora continua.
- Falta de toma de decisiones informadas acorde a los análisis y evaluación de los datos recopilados en la gestión misional.
- Ausencia de tableros de control que permitan detectar desviaciones para detectar alertas tempranas que reduzcan los riesgos a la gestión misional.

Esta debilidad se le comunica al auditado mediante correo electrónico del viernes 1 de marzo de 2024 a las 9:27 a.m. por parte del auditor líder de la Oficina de Control Interno, en donde se le indica al auditado que tiene un plazo de cinco días hábiles según lo establecido en la actividad No. 9 del procedimiento “Auditorías Internas al control interno” los cuales deben ser tenidos en cuenta a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones y evidencias pertinentes.

El auditado emite respuesta mediante correo electrónico del jueves 21 de marzo de 2024 a las 5:12 p.m., con los soportes que desea hacer valer en el proceso auditor en donde indica lo siguiente:

“En relación con la debilidad asociada al modelo de mejora o valor agregado, vale la pena mencionar que la dirección territorial atlántico, lleva un control sobre las actividades misionales que dan cumplimiento a sus objetivos misionales y ha realizado acciones de mejora al interior de los procesos, realizando reuniones con las áreas del nivel nacional, al interior de los equipos en la dirección territorial, comités directivos, en los cuales quedan compromisos orientados a la mejora continua.

 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 40 de 93

De manera particular, en el proceso de relación con el ciudadano se implementó la realización de comités de relación con el ciudadano en los cuales se analizó el cumplimiento de los indicadores del plan de acción en relación con la realización de jornadas móviles, seguimiento a las actividades del plan de trabajo, seguimiento a la orden de compra con el operador outsourcing, análisis de la productividad y seguimiento a la evaluación de los orientadores, socialización de los resultados de las encuestas de satisfacción e implementación acciones de mejora. La realización de estos comités permitió la toma de decisiones oportunas orientadas al cumplimiento de los objetivos misionales.

Realizando una revisión sobre los procesos y procedimientos publicados en la página de la Unidad, así como en las directrices recibidas por la alta dirección, no se identifica una herramienta de control y seguimiento sobre las acciones de mejora, es decir no se cuenta con lineamientos claros sobre este modelo de mejoramiento.

En ese sentido, y de manera general al desarrollo de esta auditoría, es importante que la alta dirección socialice lineamientos sobre las herramientas de control que deben tener las direcciones territoriales con el fin de avanzar en la implementación y mantenimiento del modelo integrado de planeación y gestión. Así mismo, programar sesiones de trabajo con el equipo directivo de manera que tengan conocimiento sobre estas herramientas de planeación y gestión.”

El Equipo Auditor considera que la repuesta no da certeza y por lo tanto no rompe el principio del escepticismo profesional en la medida que las evidencias no permiten identificar la implementación de una metodología con controles que puedan contribuir a mejoras a los posibles cambios que puedan impactar en la interacción en el sistema del Control Interno como acciones de mejora para la administración del riesgo, seguimiento al plan de acción, políticas MIPG entre otras, lo cual implica la materialización de posibles eventos en la gestión de la Dirección Territorial; generando incertidumbre en relación con el modelo de mejora en el marco de las disposiciones normativas y administrativas, razón por la cual el equipo auditor encuentra debilidad del sistema de control interno por este ítem.

5.2.5 Sistema de Control Interno por la variable Modelo de Seguimiento de Dirección Territorial Atlántico

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 Atlántico 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 seguimiento que sea reconocido como fuente de información que soporte 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 41 de 93

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 estas 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 a la mejora continua 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).”

En la 3ª Dimensión: Gestión con valores para resultados, 3.5. Atributos de calidad para la Dimensión, establece 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 42 de 93

“La entidad responde de manera clara, pertinente y oportuna, las PQRSD y son insumo para la mejora continua en sus procesos.”

En la 4ª Dimensión: Evaluación de Resultados, 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 5ª Dimensión: Información y Comunicación, 5.4. Política de Gestión de la Información Estadística, lineamientos generales para la implementación afirma que:

Mejora continua: Establecer acciones de mejora para la producción, acceso y uso de las estadísticas y la administración y la gestión de los registros administrativos, atendiendo a la dimensión “Direccionamiento Estratégico y Planeación”, “Evaluación de resultados” y “Control interno”.

“Implementar acciones de mejora continua en los procesos de producción de información estadística y registros administrativos.”

“Para la mejora continua, la entidad debe considerar los resultados de los seguimientos, las revisiones y las evaluaciones de las operaciones estadísticas y se desarrolla atendiendo los lineamientos de las políticas asociadas a la dimensión “Evaluación de resultados” y “Control interno”.”

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)”.

 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 93

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 7º 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 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.”

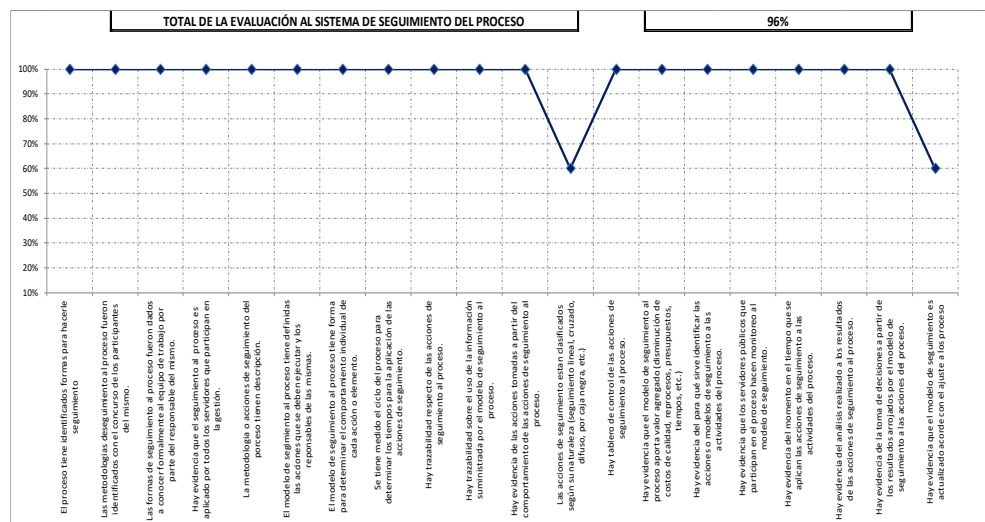
De acuerdo con el Marco General del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), enuncia lo siguiente:

 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 93

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 ciudadanos, a través de resultados que le permitan dar cumplimiento a su propósito fundamental y

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el nivel de madurez del modelo de control y seguimiento definidos en la Ley 87 de 1993 en el artículo 2º literales b), c), d), e) y g), artículo 3º literales a) y c); Decreto 1499 de 2017 y el Manual Operativo de MIPG V4. Los resultados obtenidos se muestran en la siguiente gráfica:



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

Del análisis de datos se tiene que el proceso en cuanto al modelo de seguimiento está totalmente de acuerdo con las necesidades, dado que se ubica en el 96% del valor máximo posible en la escala de Likert, metodología utilizada en la herramienta de evaluación.

Lo anterior significa que “Hay evidencia que el modelo de seguimiento a la gestión del proceso esta implementado, lo que permite sustentar la toma de decisiones, que son inherentes al proceso, actualizado y socializado adecuadamente”. En este sentido realizar el seguimiento a las acciones, actividades u objetivos propuestos se constituye en el baluarte de un modelo de control interno fuerte y en materia de la gestión se materializa en la aplicación de los principios rectores

 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 93

de la gestión pública (igualdad, moralidad, eficiencia, economía, celeridad, imparcialidad, publicidad y valoración de costos ambientales). El seguimiento es una actividad que propende por lograr que las decisiones adoptadas bajo certidumbre o en baja incertidumbre contribuyan al logro de las metas y objetivos institucionales, para lo cual la evidencia es un elemento vital de evaluación de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 2° literal d) y 6° de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 y el Plan Operativo de MIPG.

El Equipo Auditor durante la etapa de operación efectuada a la dirección territorial Atlántico solicita las evidencias pertinentes y conducentes que demuestren un adecuado seguimiento a la gestión orientada a resultados, durante la vigencia 2023. Por todo lo anterior, el equipo auditor encuentra suficiente soporte para romper el escepticismo profesional, la incertidumbre en relación con el sistema de seguimiento y control del proceso en el marco de las disposiciones normativas y administrativas, razón por la cual no se encuentra debilidad del sistema de control interno.

5.3 ANÁLISIS DEL DISEÑO Y EFECTIVIDAD DEL CONTROL DEL MAPA DE RIESGOS DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL ATLÁNTICO

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

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

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

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

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

Artículo 2.2.21.5.4 Administración de riesgos. Como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas las autoridades correspondientes establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo. Para tal efecto, la identificación y análisis del

 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 93

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).

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

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

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

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

*En este punto, los aspectos mínimos que una entidad debe tener en cuenta para trabajar por procesos son los siguientes:
(...) Identificar los riesgos del proceso, así como establecer los controles correspondientes (subrayado fuera de texto).*

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

- *Evaluar la gestión del riesgo en la entidad.*
- *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*

 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 93

mejores resultados, gestionar con mayor eficacia y eficiencia los recursos y facilitar la rendición de cuentas a los ciudadanos e informes a los organismos de control. (subrayado fuera de texto).

Al hablar de las líneas de defensa, se tiene que en la línea estratégica se debe tener la:

Definición y evaluación de la Política de Administración del Riesgo. La evaluación debe considerar su aplicación en la entidad, cambios en el entorno que puedan definir ajustes, dificultades para su desarrollo, riesgos emergentes.

Por su parte la primera línea de defensa debe realizar:

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

La segunda línea de defensa a cargo del nivel directivo debe:

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

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

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

6.5.2. Política de Gestión Integral de Riesgos

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

La política de administración de riesgos de la Unidad se desarrolla con mayor detalle en la Metodología de Administración de riesgos, la cual integra los lineamientos aplicables a los riesgos

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 48 de 93

de corrupción, Operativos, de Seguridad de la Información y Seguridad Digital, de Seguridad y Salud en el trabajo, Ambientales y Públicos.

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

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

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

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

En el marco del Sistema Integrado de Gestión de la UARIV; los riesgos definidos como la posibilidad de que suceda algún evento que tenga un impacto sobre el logro de los objetivos, se constituye en una de las herramientas de gerencia con la cual cuenta la entidad y específicamente los Gerentes Públicos o los servidores encargados de la gerencia pública a nivel territorial. Por esta razón, el Equipo Auditor examina el manejo de la herramienta en su conjunto, desde la perspectiva del control, la efectividad y su implementación.

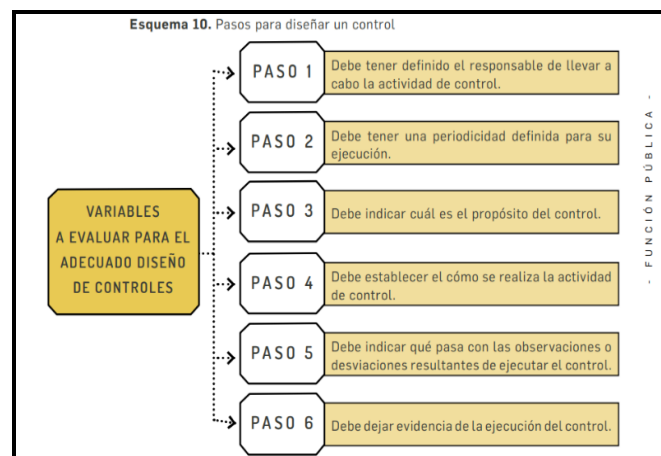
Para hacer posible el análisis del mapa de riesgos asociados a la gestión de la Dirección Territorial Atlántico, se construye un papel de trabajo que consulta los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través de la Guía para la administración del riesgo y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

Este instrumento se elabora con los parámetros cuantitativos de la Guía y por lo mismo, es un mecanismo de medición de la gestión desplegada por la Dirección Territorial Atlántico en el manejo y gestión de sus riesgos. Se inicia desde la concepción formal del control y se llega a la

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022 Página 49 de 93

gestión realizada a cada control asociado al riesgo identificado. Es necesario señalar que el propósito de esta evaluación es determinar si el proceso redacta de manera adecuada y metodológicamente aceptada el control al riesgo y una vez realizado este paso, si la gestión que realiza esta evidenciada y atiende el propósito de la acción de control.

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



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

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

 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 93

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

Resultados de la evaluación del diseño del control	
El resultado de cada variable de diseño, a excepción de la evidencia, va a afectar la calificación del diseño del control, ya que deben cumplirse todas las variables para que un control se evalúe como bien diseñado.	
RANGO DE CALIFICACIÓN DEL DISEÑO	RESULTADO - PESO EN LA EVALUACIÓN DEL DISEÑO DEL CONTROL
Fuerte	Calificación entre 96 y 100
Moderado	Calificación entre 86 y 95
Débil	Calificación entre 0 y 85

Por otra parte, el Equipo Auditor evidencia que el mapa de riesgos tiene identificados tres (3) riesgos de tipo administrativo o de gestión, los cuales tienen el siguiente comportamiento numérico respecto de causas y controles:

Comportamiento causas y controles

Riesgos	Números de causas	Números de controles existentes
1	1	3
2	1	3
3	1	1
Total	3	7

Fuente: herramienta análisis de riesgos. Fuente propia OCI

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

La identificación de las causas es un aspecto importante en la gestión del riesgo porque de él se desprenden los controles que se aplican como preventivos para salvaguardar la ocurrencia de un siniestro. Del análisis del mapa de riesgos se determina que cada una de las causas asociadas a cada riesgo tiene su respectivo control. Durante la auditoria, al Equipo Auditor se le entrega información en las carpetas respectivas, que una vez evaluada con los criterios de auditoria

 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 93

generalmente aceptados se encuentra que cumple con los requisitos mínimos para ser catalogada como evidencia.

Atendiendo el mapa de riesgos publicado en la página web de la UARIV y teniendo en cuenta el periodo auditado correspondiente a la vigencia 2023, se aplica la herramienta de trabajo por medio de auditoria virtual, donde se evidencia que el mapa de riesgos del proceso tiene identificado tres (3) riesgos gestión (50%), uno (1) riesgo de corrupción (16,67%), uno (1) riesgo de ambiental (16,67%) y uno (1) riesgos SST (16.67%); para un total de seis (6) riesgos.

Para gestionar los riesgos identificados, la Dirección Territorial Atlántico aplica un total de 17 controles: de cuales siete (7) controles para riesgos de gestión, dos (2) para el riesgo de corrupción, cinco (5) control para riesgos de Sistema de Gestión Ambiental y tres (3) controles para el SGSST; en el marco del DAFP donde establece los límites de evaluación del criterio control, a partir de los aspectos cuantitativos y cualitativos.

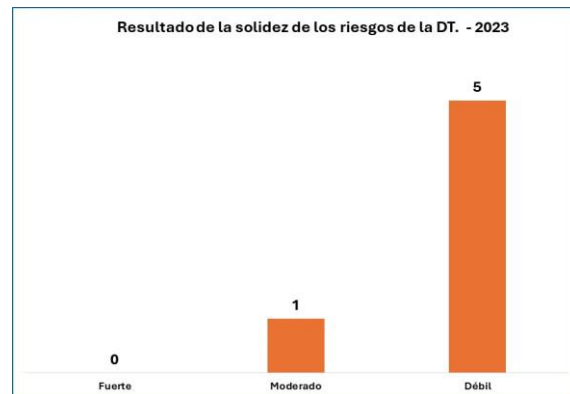
Por otra parte, como una segunda fase del papel de trabajo y como evaluación de la ejecución del control, el Equipo Auditor aplica en los papeles de trabajo los estándares proporcionados por el DAFP y cuyos ítems son:

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

Al examinar las variables dispuestas por el DAFP se tiene como resultado que el 28,57% de los riesgos es calificado como moderado y el 71,4% de los riesgos es calificado como débil en cuanto al diseño del control.

A continuación, se relaciona la gráfica denominada “Análisis de los riesgos”, 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 52 de 93



Fuente: herramienta análisis de riesgos. Fuente propia OCI

Las evidencias de la ejecución del control, entendidas como la información que da certidumbre sobre la aplicación y resultados sin importar el soporte material, son evaluadas por el Equipo Auditor encontrando que al momento de la auditoria se contó con el acopio de ellas. Una vez recibida se evalúa con los criterios de auditoria generalmente aceptados, se establece que la Dirección Territorial Atlántico en la efectividad de ejecución del control tiene como resultado que para el 41.18% existe la evidencia y el control total; para 58.82% la evidencia existe y el control es parcial.

Lo anterior; no está conforme y se establece debilidad del sistema de control interno en el diseño y efectividad del control de los riesgos. Se evidencia que la totalidad de los controles asociados a los riesgos identificados en el mapa de riesgos establecidos por la Dirección Territorial Atlántico no cumple con los lineamientos establecidos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas emanadas del Departamento Administrativo de la Función Pública; los cuales deben ser adoptado y normalizados en el Sistema Integrado de Gestión de la UARIV. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2° literales a), b) y f), 4° literal i) y 6° de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015” así mismo lo establecido en el Manual Operativo de Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG numeral 7.1 Dimensión de Control Interno y el Modelo Estándar de Control Interno -MECI numeral 1.3 Componente de Administración del Riesgo.

Lo anterior, tiene como potenciales causas el desconocimiento de la metodología de diseño de controles a los riesgos identificados, la falta de seguimiento a la ejecución de estos y de un mecanismo de información efectiva, eficaz y oportuna en materia de ejecución de las actividades de control y ausencia en la identificación y coherencia de las evidencias frente a los controles instituidos en la matriz de riesgos. Lo anterior conlleva a la posible materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 53 de 93

Esta debilidad se le comunica al auditado mediante correo electrónico del miércoles 29 de mayo de 2024 a las 2:21 p.m. por parte del auditor líder de la Oficina de Control Interno, en donde se le indica al auditado que tiene un plazo de cinco días hábiles según lo establecido en la actividad 9 del procedimiento “Auditorías Internas al control interno” contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones y evidencias pertinentes.

El auditado emite respuesta mediante correo electrónico del miércoles 5 de junio de 2024 a las 5:05 p. m., con los soportes que desea hacer valer en el proceso auditor e indica lo siguiente:

“En relación con la no conformidad sobre el diseño y efectividad del control de los riesgos, vale la pena mencionar que, en el marco del Sistema Integrado de Gestión, en el mapa de procesos se encuentra identificado el procedimiento de administración de riesgos asociados al proceso de direccionamiento estratégico.

En ese sentido, como documentos anexos a este procedimiento se encuentra la metodología de administración de riesgos, así como el procedimiento de administración de riesgos y el formato para el levantamiento del mapa de riesgos, publicados en la página web de la Unidad para las Víctimas el 4 de diciembre de 2023. Así mismo, y como complemento al proceso de identificación de riesgos, se encuentra publicado desde el 26 de mayo de 2022, la guía para la realización de análisis de contexto y el instrumento contexto estratégico direcciones territoriales.

La dirección territorial atlántico, de acuerdo con el procedimiento de administración de riesgos, y teniendo en cuenta los lineamientos de la oficina asesora de planeación, realizó el proceso del análisis del contexto estratégico, como insumo para la identificación de riesgos y controles asociados al mapa de riesgos territorial.

De acuerdo con los criterios de operación del procedimiento de administración de riesgos, “la Oficina Asesora de Planeación orienta y avala el proceso de construcción del mapa de riesgos con respecto al cumplimiento de los parámetros establecidos en la Metodología de Administración de Riesgos de la Unidad. Sin embargo, el contenido de este documento es responsabilidad del Líder del proceso/Dirección Territorial o quien este designe dejando evidencia del mismo”; así las cosas, la dirección territorial para la vigencia 2023, realizó el proceso de actualización del mapa de riesgos, de acuerdo con los lineamientos de la oficina asesora de planeación, se recibió retroalimentación, hasta llegar a la aprobación del mismo.

Por otro lado, y de acuerdo con estos criterios de operación “la aprobación del Mapa de Riesgos Institucional se realiza en Comité Institucional de Gestión y Desempeño”, el cual de acuerdo con la resolución 02728 del 5 de octubre de 2021, capítulo 2 integración y funciones del comité de institucional de gestión y desempeño, artículo 7 conformación del comité, el comité estará integrado por:

1. El director general o su delegado
2. El subdirector general o su delegado
3. El secretario general, quien liderará el comité
4. El jefe de la oficina asesora de planeación, quien ejercerá la secretaría técnica
5. El jefe de la oficina asesora de comunicaciones, o su delegado
6. El jefe de la oficina asesora jurídica, o su delegado
7. El jefe de la oficina de control interno

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 54 de 93

8. El jefe de la oficina de las tecnologías de la información
9. El subdirector de la red nacional de información o su delegado
10. El subdirector de participación o su delegado
11. El coordinador de grupo de gestión del talento humano
12. El coordinador del grupo de gestión financiera y contable
13. El coordinador del grupo de gestión administrativa y documental
14. El coordinador del grupo de servicio al ciudadano
15. El coordinador del grupo de gestión contractual

Así las cosas, y teniendo en cuenta que la Unidad para las Víctimas adoptó el modelo integrado de planeación y gestión, a través de la mencionada resolución, y que de acuerdo con lo señalado en el capítulo 1, objeto, parágrafo “El modelo integrado de planeación y gestión de la Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas se erige como un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de la entidad, con el fin de generar resultados con valores para el cumplimiento de la misión institucional. Dicho modelo articula los sistemas de gestión con el sistema de control interno, permitiendo el fortalecimiento de los mecanismo, métodos y procedimientos de gestión y control al interior de la entidad”, desde la dirección territorial atlántico, con el fin de subsanar las debilidades al sistema de control interno en el diseño y efectividad del control de los riesgos, identifica la necesidad que la oficina asesora de planeación y la oficina de control interno se articulen, de manera que los riesgos y controles definidos en el mapa de riesgos por las direcciones territoriales, de acuerdo con los lineamientos recibidos, efectivamente den cumplimiento a los requisitos de la política de administración de riesgos del departamento administrativo de la función pública”.

El Equipo Auditor considera que la repuesta no rompe el principio del escepticismo profesional en la medida que las evidencias no permiten tener certeza de una adecuada identificación, diseño y efectividad de los controles de algunos riesgos tipificados a nivel de gestión; los cuales en el marco de su análisis de causas determinan un alcance de riesgos de seguridad del entorno ocasionado por el conflicto armado con un impacto en el territorio y en la integridad física de los funcionarios y contratista de la Entidad. Así mismo, el riesgo identificado y su diseño de controles con un alcance global que afecta directamente la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión Ambiental y no a la toma de conciencia, participación para mitigar los aspectos e impactos ambientales generados por la operación de la Dirección Territorial, no solamente debe asociarse a la gestión integral de residuos sólidos, sino también al uso eficiente de los recursos naturales (agua, energía, cero papel, etc).

De otra manera muy similar la identificación del riesgo y sus controles asociados al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y no a la toma de conciencia, participación que contribuyan a la seguridad industrial, promoción y prevención para mitigar el impacto de ocurrencia de materialización de riesgos laborales asociados a los peligros y sus factores de riesgo.

En consecuencia, el Equipo Auditor considera pertinente mantener la debilidad comunicada con el propósito de que la Dirección Territorial y con la interacción de los procesos de gestión del talento humano (SGST); gestión administrativa (SGA) y la Oficina Asesora de Planeación

 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 93

(direccionamiento estratégico) realicen un plan de mejoramiento donde determine las acciones de mejora que lleven a superar las causas generadoras del hallazgo.

5.4 HALLAZGO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO POR LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN DE LA VIGENCIA 2023 A LA DIRECCIÓN TERRITORIAL ATLANTICO.

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el nivel de avance y ejecución del modelo de indicadores del plan de acción definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales b), c), d), e), g) y h) que la administración de los indicadores propende por: *b) Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional; c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad; d) Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional; e) Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros; g) Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación; y h) Velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características.*

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

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

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.

 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 56 de 93

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

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

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

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

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

En lo que respecta al Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, se determina que: *A nivel institucional, es fundamental efectuar el seguimiento periódico a todos planes que se implementan en la 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 4° 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.*

 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 93

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*”.

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

Dado este marco normativo, se tiene claro que en la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas por mandato legal existe una multiplicidad de planes que se deben cumplir y, por lo tanto, deben ser objeto de evaluación del Sistema de Control Interno. Frente a esta gama amplia de planes, se selecciona el plan de acción de la entidad construido con la participación de los responsables de las áreas, 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 Atlántico. 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.

Una vez se haya efectuado el diligenciamiento de la citada herramienta con base en la información reportada en SISGESTION 2.0 por parte de la Dirección Territorial Atlántico, 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 SISGESTION 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 dentro de su fuero, ámbito normativo y operativo estudia el comportamiento de las metas pactadas con la Dirección Territorial Atlántico mediante su propio

 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 93

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 Atlántico

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 Atlántico tiene en total 24 actividades en el Plan de Acción 2023 de las cuales, 3 fueron eliminadas, (identificadas con los códigos 157, 412 y 420) y 1 no aplica reporte durante la vigencia 2023 de acuerdo con el criterio establecido en la fórmula del indicador (código 405), motivo por el cual la totalidad de actividades a evaluar para la vigencia 2023 es de veinte (20). En lo que concierne al primer trimestre de 2023 no aplica reporte de avance en dieciséis (16) de sus actividades. Por consiguiente, la muestra de trabajo es de cuatro (4) actividades que corresponden al 20% de la población, donde se evidencia que, tres (3) actividades programadas presentan estado óptimo del 100% y una (1) estado superlativo del 101%.

En lo que compete al segundo trimestre de 2023 la muestra de trabajo es de diez (10) actividades, lo que equivale 50% 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 dicho periodo no cumple con lo planeado, pero si hay reporte de avance significativo de las actividades, es de 0 de las 10 posibles, lo que equivale al 0% 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.

 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 59 de 93

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 3 de las 10 posibles, lo que equivale al 30% de la muestra.

En cuanto al tercer trimestre 2023, la muestra de trabajo es de doce (12) actividades, equivalente el 60% 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 11 actividades de las 12 posibles, lo que equivale al 92% 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 1 de las 12 posibles, lo que equivale al 8% de la muestra.

En lo referente al cuarto trimestre de 2023, el comportamiento de ejecución de las veinte (20) actividades de la Dirección Territorial Atlántico programadas para la vigencia 2023 presenta el nivel de cumplimiento que se relaciona a continuación:

Dieciséis (16) presentan estado óptimo del 100%, equivalente al 80%.

Una (1) muestra estado crítico del 0%, equivalente al 5%.

Tres (3) presentan estado superlativo (102%, 111% y 139%), equivalente al 15% del total de indicadores.

Como evidencia de lo anteriormente descrito, se anexa captura de pantalla del seguimiento que realizó la Oficina de Control Interno al plan de acción 2023 de la Dirección Territorial Atlántico (enero a diciembre de 2023), así como el comparativo del cumplimiento a dicho plan respecto a la evaluación efectuada por la Oficina de Control Interno y la Oficina Asesora de Planeación, 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 **60** de **93**

 DIRECCIÓN TERRITORIAL ATLÁNTICO	1. Reportar información de contexto construido 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. Efectuar la entrega de cartas de indemnización aptas para ser entregadas. (Cod. 409).										
	Periodo y % de Avance Programado					Periodo y % de Avance Programado					Periodo y % de Avance Programado					Periodo y % de Avance Programado					Periodo y % de Avance Programado					Periodo y % de Avance Programado					Periodo y % de Avance Programado										
	Reporte	Meta	Avance	% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Reporte	Meta	Avance	% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Reporte	Meta	Avance	% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Reporte	Meta	Avance	% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Reporte	Meta	Avance	% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Reporte	Meta	Avance	% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Reporte	Meta	Avance	% de Avance	% de Cumplimiento 2023						
1 Enero	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	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%	98,04	90	108,933	0%	109%	0	1	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%	0	100	0	0%	0%	0	1	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%	90,07	90	100,078	100%	100%	0	1	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	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%						
6 Junio	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	100	90	111,111	111%	111%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%						
7 Julio	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%						
8 Agosto	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	95,38	90	105,978	106%	106%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%						
9 Septiembre	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%						
10 Octubre	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	90,8	90	100,889	0%	101%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%						
11 Noviembre	0	100	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	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%	100	90	111,111	111%	111%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%						
Evaluación OCI										100						NA																				111					
Evaluación OAP										100						NA																				109,34					
Avance Plan de Acción 4to Trimestre 2023																																									
1 Satisfactorio				Entre 90% y 100%	19	95%																																			
2 Aceptable				Entre 60 y 89%	0	0%																																			
3 Insatisfactorio				Menor de 60%	1	5%																																			
Total actividades Plan de Acción DT Atlántico 2023																																								20	100%
1 No Aplica																																									
3 Eliminada																																									

4. Formular los planes de negocio de los hogares beneficiarios de los esquemas especiales de acompañamiento familiar. (Cod. 412).					4. Apoyar la contactabilidad de los potenciales hogares beneficiarios de los Esquemas Especiales de Acompañamiento Familiar (Cod. 423).					5. Tramitar las solicitudes de acompañamiento en el proceso de retorno y reubicación individual o familiar, en la vigencia.. (Cod. 413).					6. Tramitar las colocaciones del primer apoyo a la sostenibilidad en las solicitudes de retorno y reubicación que aplique. (Cod. 414).									
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							
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%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	35%	0%	41,4	100	41,4	41%	41%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	0	1	0	100%	0%	203,39	100	203,39	203%	203%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%
0	100	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%
0	100	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%
0	100	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%
0	100	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%
									100					100										100
									100					95,49										100



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 93

DIRECCIÓN TERRITORIAL																			
7. Acompañar técnicamente a las entidades territoriales para que mantengan los conceptos de seguridad vigentes. (Cod. 415)					8. Formular y concertar planes de reparación colectiva con Sujetos de Reparación Colectiva. (Cod. 707).					9. Generar informes de seguimiento a las cartas de entendimiento/ convenios suscritos. (Cod. 418).					10. Socializar la oferta institucional de las entidades nacionales y sus convocatorias en el territorio. (Cod. 419).				
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		
91,3	90	101,44	101%	101%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
91,3	90	101,44	101%	101%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
91,3	90	101,44	101%	101%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
95,65	90	106,28	106%	106%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	25%	0	1	0	0%	0%
100	90	111,11	111%	111%	0	1	0	100%	0%	1	1	100	100%	25%	0	1	0	0%	0%
100	90	111,11	111%	111%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	25%	1	1	100	100%	33%
91,3	90	101,44	101%	101%	0	1	0	0%	0%	2	2	100	100%	50%	1	1	100	100%	33%
95,65	90	106,28	106%	106%	0	1	0	0%	0%	2	2	100	100%	50%	1	1	100	100%	33%
95,65	90	106,28	106%	106%	0	1	0	0%	0%	2	2	100	100%	50%	1	1	100	100%	33%
86,96	90	96,622	97%	97%	0	1	0	0%	0%	3	3	100	100%	75%	2	2	100	100%	67%
60,87	90	67,633	68%	68%	0	2	0	0%	0%	3	3	100	100%	75%	2	2	100	100%	67%
100	90	111,11	111%	111%	0	1	0	0%	0%	4	4	100	100%	100%	3	3	100	100%	100%
				102					0					100					100
				101.85					0					100					100

AL ATLÁNTICO

11. Documentar las acciones de medidas implementadas en el sistema de información. (Cód. 420).					11. Acompañar al proceso de elección e instalación de las mesas de participación municipales y distritales (Cód 571).					12. Fortalecer la oferta institucional en los CRAV (Cód 593).					13. Reportar la ayuda humanitaria inmediata entregada por las Entidades territoriales. (Cód. 594 Conpes)				
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		
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%	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%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
100	100	100	100%	100%	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	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	2	2	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	2	2	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	2	2	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	2	2	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	2	2	100	100%	100%	100	72	138,89	139%	139%
									100					100					139
									100					100					138.89



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 93

14. Construir informes de articulación, gestión y seguimiento en el marco de los CTJT. (Cód 595).					15. Verificar en el territorio los hechos victimizantes o situaciones de riesgo de victimización, identificados en la Bitácora Diaria de Eventos BDE de acuerdo con lo establecido en el protocolo de realización e instructivo de verificación. (Cód. 683).					16. Brindar asistencia técnica para la actualización de planes de contingencia en cualquiera de las tres fases (Sensibilización, formulación y revisión de plan de contingencia) para entidades territoriales de interés estratégico y que son prioritizadas a partir de estudio técnico. (Cód 684).					17. Realizar jornadas de atención móvil de orientación y comunicación a las víctimas con enfoque diferencial. (Cód. 688).				
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		
0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
1	1	100	100%	25%	100	100	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%	6	6	100	100%	19%
1	1	100	100%	25%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	6	6	100	100%	19%
1	1	100	100%	25%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	6	6	100	100%	19%
2	2	100	100%	50%	100	100	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%	19	19	100	100%	59%
2	2	100	100%	50%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	19	19	100	100%	59%
2	2	100	100%	50%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	19	19	100	100%	59%
3	3	100	100%	75%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	28	28	100	100%	88%
3	3	100	100%	75%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	28	28	100	0%	88%
3	3	100	100%	75%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	28	28	100	0%	88%
4	4	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	32	32	100	100%	100%
				100					100					100					100
				100					100					100					100

18. Suscribir cartas de entendimiento o convenios con instituciones de educación superior que benefician a la población víctima. (Cód 692).					19. 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).					20. Implementar acciones de fortalecimiento a nivel comunitario con enfoque de derechos, territorial y diferencial en el marco de la implementación de la política de víctimas para pueblos étnicos. (Cód. 557).					21. Cargar al sistema de información la documentación de las acciones realizadas con sujetos de reparación colectiva en las fases de la ruta e implementación (Cód 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
Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance		
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	100	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	100	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	100%	0%
0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%
0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%
0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%
0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%
0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%
3	3	100	100%	100%	1	1	100	100%	100%	1	1	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

 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 93

desviaciones que deben ser estudiadas por la Dirección Territorial Atlántico, 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 Atlántico. 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 4 metas programadas (lo que corresponde al 25% del total de indicadores a 31 de marzo de 2023), toda vez que en una (1) actividad presenta un porcentaje de avance superior (101%). 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, 3 presentan porcentaje de avance superior (139% y 2 con el 111%).

Tercer trimestre: de 12 actividades, 1 registra porcentaje de avance superior (106%) equivalente al 8% del total de indicadores proyectados para dicho periodo.

Cuarto trimestre: de 20 actividades, 3 presentan porcentajes de ejecución superior (102%, 111% y 139%) y 1 inferior con el 0%, equivalente al 20% del total de indicadores programados para la vigencia 2023.

Cabe aclarar que, a pesar de que 19 de las 20 actividades se encuentran en nivel satisfactorio de ejecución vigencia 2023, tres (3) están por encima de la meta ideal del 100%. Asimismo, la actividad restante presenta cumplimiento insatisfactorio del 0% (estado crítico).

1	Satisfactorio		Entre 90% y 100%	19	95%
2	Aceptable		Entre 60 y 89%	0	0%
3	Insatisfactorio		Menor de 60%	1	5%
Total actividades Plan de Acción DT Atlántico 2023				20	100%

Adicional a lo anterior, y de acuerdo con la meta establecida en el plan de acción DT Atlántico 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 inferiores y superiores, así: 2 inferiores (octubre 97% 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 64 de 93

noviembre 68%) y 10 superiores (enero, febrero, marzo y julio con el 101%, abril, agosto y septiembre con el 106%, mayo, junio y diciembre con el 111%).

Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Dirección Territorial Atlántico 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.

Estas debilidades fueron comunicadas a la Dra. Yesenia Vanessa Perez Otero yesenia.perez@unidadvictimas.gov.co, Directora de Territorial Atlántico en su calidad de auditado mediante correo electrónico del jueves 23 de junio de 2024 a las 16:26 a. m., suscrito por el líder de la auditoria economista Francisco Orlando Wilches Salazar funcionario de la Oficina de Control Interno, en donde se le indico al auditado un plazo hasta el 06 de junio para aportar sus comentarios y evidencias.

Mediante correo electrónico del jueves 06 de junio de 2024 enviado a las 17:01 p.m. por parte de la parte de la Dra. Yesenia Perez Otero – Directora Territorial de Atlántico, remite un documento denominado “*Respuesta Debilidades Auditoría Interna Dirección Territorial Atlántico*” en donde señala que:

1- Hallazgo del sistema de control interno plan de acción 2023 dirección territorial atlántico

En relación con la debilidad identificada respecto al sistema de control asociado al plan de acción 2023, se informa que en el marco del ejercicio de formulación de los indicadores para la vigencia 2023, se contó con la participación de la Oficina Asesora de Planeación, así como de las direcciones misionales y la dirección general, en el que las direcciones territoriales presentaron sustento para el ajuste de algunos indicadores, su fórmula y evidencias.

Así mismo, se llevaron a cabo reuniones de trabajo entre las áreas misionales y las direcciones territoriales con el fin de definir la meta y la programación de los indicadores. Teniendo en cuenta el conocimiento sobre el territorio y las condiciones de trabajo, desde la dirección territorial se programaron las metas, se justificó el porqué de la programación de estas, no obstante, en algunos casos no fueron aceptados esos cambios.

El tema de la contratación de personal, así como de operadores para la vigencia 2023, debido a los cambios administrativos, tomó más tiempo del esperado, generando la necesidad de reprogramar actividades para evitar su incumplimiento. Las elecciones regionales en octubre de 2022 y el proceso de empalme entre 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 65 de 93

administraciones salientes y las entrantes y la pérdida de conocimiento, son factores externos, que, si bien son tenidos en cuenta por parte de las direcciones territoriales, afectan el ejercicio de su función.

Sobre el indicador con avance de 0%, a noviembre de 2023 la Dirección Territorial Atlántico cumplió con todos los procedimientos de la fase formulación del PIRC para dar cumplimiento al indicador. No obstante, la dirección nacional de reparación presentó dificultades en los tiempos para emitir la resolución de aprobación de PIRC.

En relación con los tres indicadores que tuvieron un porcentaje superior de ejecución, es un tema de redacción del indicador, la fórmula, el reporte presentado por la dirección territorial y el aval de la oficina asesora de planeación. Se considera que este análisis debe ser estandarizado y deben ser tenidos en cuenta las observaciones de las direcciones territoriales.

Finalmente, y dado que la oficina de control interno plantea la necesidad de implementar tableros de control, desde la dirección territorial se convoca a esta oficina a articular acciones con la oficina asesora de planeación y la dirección general, con el fin de brindar lineamientos estandarizados a las direcciones territoriales para la implementación de los mismos.

Respuesta OCl a información enviada por dirección territorial atlántico referente a debilidad en el avance y ejecución del plan de acción 2023 (auditoría de gestión al sistema de control interno)

En atención a la respuesta emitida a la oficina de control interno mediante correo electrónico del 6 de junio de 2024 por parte de la dirección territorial auditada en lo concerniente a la segunda entrega de observaciones de la auditoría de gestión al sistema de control interno SCI de la Dirección Territorial Atlántico, referente a la debilidad No.2 *“Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Dirección Territorial Atlántico 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.”*. En la cual manifiesta que:

“(…) En relación con la debilidad identificada respecto al sistema de control asociado al plan de acción 2023, se informa que en el marco del ejercicio de formulación de los indicadores para la vigencia 2023, se contó con la participación de la Oficina Asesora de Planeación, así como de las direcciones misionales y la dirección general, en el que las direcciones territoriales presentaron sustento para el ajuste de algunos indicadores, su fórmula y evidencias.

Así mismo, se llevaron a cabo reuniones de trabajo entre las áreas misionales y las direcciones territoriales con el fin de definir la meta y la programación de los indicadores. Teniendo en cuenta el conocimiento sobre el territorio y las condiciones de trabajo, desde la dirección territorial se programaron las metas, se justificó el porqué de la programación de estas, no obstante, en algunos casos no fueron aceptados esos cambios.

 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 66 de 93

El tema de la contratación de personal, así como de operadores para la vigencia 2023, debido a los cambios administrativos, tomó más tiempo del esperado, generando la necesidad de reprogramar actividades para evitar su incumplimiento. Las elecciones regionales en octubre de 2022 y el proceso de empalme entre las administraciones salientes y las entrantes y la pérdida de conocimiento, son factores externos, que, si bien son tenidos en cuenta por parte de las direcciones territoriales, afectan el ejercicio de su función.

Sobre el indicador con avance de 0%, a noviembre de 2023 la Dirección Territorial Atlántico cumplió con todos los procedimientos de la fase formulación del PIRC para dar cumplimiento al indicador. No obstante, la dirección nacional de reparación presentó dificultades en los tiempos para emitir la resolución de aprobación de PIRC.

En relación con los tres indicadores que tuvieron un porcentaje superior de ejecución, es un tema de redacción del indicador, la fórmula, el reporte presentado por la dirección territorial y el aval de la oficina asesora de planeación. Se considera que este análisis debe ser estandarizado y deben ser tenidos en cuenta las observaciones de las direcciones territoriales.

Finalmente, y dado que la oficina de control interno plantea la necesidad de implementar tableros de control, desde la dirección territorial se convoca a esta oficina a articular acciones con la oficina asesora de planeación y la dirección general, con el fin de brindar lineamientos estandarizados a las direcciones territoriales para la implementación de los mismos (...)."

El Equipo Auditor le informa a la Dirección Territorial Atlántico 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 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 20 indicadores que le fueron asignados en la vigencia 2023 (Códigos 409, 415, 594 y 707). Vale 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 donde corrobora 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 Atlántico cumple al 100% en dieciséis (16) de las veinte (20) 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.

 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 67 de 93

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno sugiere a la Dirección Territorial Atlántico 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 al fortalecimiento en el conocimiento de este tema a su equipo de trabajo como una buena práctica para la mejora continua.

5.5 ANÁLISIS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN RELACIÓN CON LAS FUNCIONES Y POLITICAS 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 Atlántico contenidas en el artículo 29 del Decreto 4802 de 2011 y las políticas establecidas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG -

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. Adicional, se aplica la herramienta diseñada para verificar el cumplimiento de las 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 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

 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 68 de 93

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.

La Oficina de Control Interno diseña un instrumento que relaciona las funciones legalmente asignadas a las Direcciones Territoriales en el Decreto 1802 de 2012 y el Modelo de Planeación y Gestión (MIPG) con sus siete dimensiones y las 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:

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:

 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 93

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 correlación entre funciones, MIPG y las 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.

El Equipo Auditor durante la auditoria solicita las evidencias pertinentes y conducentes que demuestren el cabal cumplimiento de las funciones dispuestas en el Decreto 4802 de 2011 para la Dirección Territorial Atlántico y que estas guarden concordancia con el cumplimiento de las 19 políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG -.

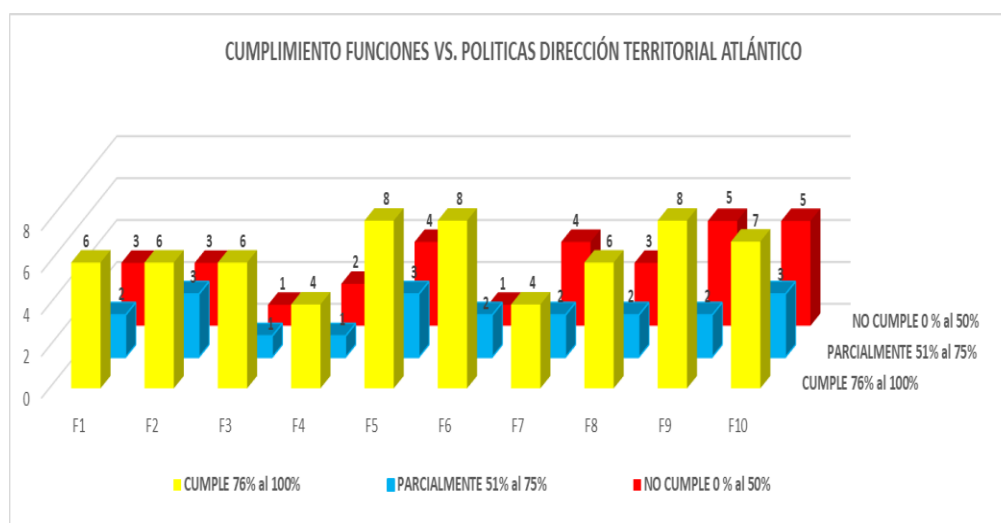
En dicha oportunidad los servidores encargados de atender la auditoría entregan las evidencias en la herramienta de Office 365 (SharePoint) creado por el Equipo Auditor, las cuales debían ser consecuentes con lo diligenciado por el proceso auditado en las herramientas denominadas “funciones vs procesos” y “Funciones políticas D.T Atlántico”. Paso seguido se realiza el cruce de la información de las funciones versus a 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.

Se analiza las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan incertidumbre y aplicando los principios de prudencia y escepticismo profesional, se determina que las funciones establecidas por el artículo 27 del Decreto 4802 de 2011 no están evidenciadas respecto al cruce entre las funciones y las directrices de algunas políticas de gestión y desempeño del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG; En el marco de los criterios evaluados (pertinencia, conducente, da certeza y toma de decisiones) como se puede observar en la tabla No. 1 y en la gráfica No. 1 a continuación:

Cumplimiento de las Funciones Vs Políticas DT Atlántico:

Funciones	1. Política de Creación Estratégica del Talento Humano	2. Política de Integridad	3. Política de Renovación Institucional	4. Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público	5. Política de Compras y Contratación Pública	6. Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos	7. Política Gobierno Digital	8. Política de Seguridad Digital	9. Política de Defensa Jurídica	10. Política Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	11. Política de Mejora normativa	12. Política de Servicio al ciudadano	13. Política de racionalización de trámites	14. Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública	15. Política Seguimiento y evaluación del desempeño institucional	16. Política de Gestión documental	17. Política de Gestión de la Información Estadística	18. Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación	19. Política de Control Interno	CUMPLE 76% al 100%	PARCIALMENTE 51% al 75%	NO CUMPLE 0% al 50%
F1	100	83	100	N/A	N/A	N/A	50	69	N/A	75	N/A	95	N/A	N/A	100	100	N/A	13	50	6	2	3
F2	100	83	100	N/A	N/A	N/A	50	69	N/A	75	N/A	95	71	100	N/A	100	N/A	13	50	6	3	3
F3	100	83	100	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	75	N/A	95	N/A	N/A	100	100	N/A	N/A	50	6	1	1
F4	N/A	83	100	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	50	75	N/A	N/A	N/A	100	N/A	100	N/A	N/A	50	4	1	2
F5	100	N/A	100	88	100	50	50	69	N/A	75	N/A	95	71	100	100	100	N/A	13	50	8	3	4
F6	100	83	100	88	100	N/A	N/A	N/A	N/A	75	N/A	95	71	100	N/A	100	N/A	N/A	50	8	2	1
F7	N/A	83	N/A	N/A	N/A	50	50	69	N/A	75	N/A	95	N/A	100	N/A	100	50	N/A	50	4	2	4
F8	100	83	N/A	N/A	N/A	50	50	69	N/A	75	N/A	95	N/A	100	100	100	N/A	N/A	50	6	2	3
F9	N/A	83	100	88	100	50	50	69	N/A	75	N/A	95	N/A	100	100	100	50	13	50	8	2	5
F10	100	83	100	N/A	N/A	50	50	69	N/A	75	N/A	95	71	100	100	100	50	13	50	7	3	5

Tabla No. 1. Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno/Matriz -Papel de Trabajo Funciones Vs Políticas DT Atlántico.



Fuente: Gráfica No. 1 Equipo Auditor de la OCI/Matriz -Papel de Trabajo Funciones Vs Políticas DT Atlántico.

- La Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos con un valor promedio de 50%; la cual hace parte de la 3ª. Dimensión: Gestión con valores para resultados y no tiene interacción con las funciones:

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", 2 "Participar en la formulación de planes y programas con el objeto de garantizar la articulación institucional y de las organizaciones públicas, privadas y sociales involucradas en el proceso ayuda, atención, asistencia y reparación de las víctimas, objeto de la Unidad", 3 "Adelantar el seguimiento y evaluación de los planes, programas y proyectos que desarrolle en su jurisdicción, conforme a los lineamientos de las dependencias correspondientes", 4 Participar en los Comités Territoriales de Justicia Transicional, bajo las directrices del Director General de la Unidad" y la 6 "Celebración 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 71 de 93

contratos y convenios que permitan el desarrollo de las funciones institucionales en el territorio de su competencia, para los cuales haya sido delegado”.

- La Política de Gobierno Digital con un valor promedio de 50%; la cual hace parte de la 3ª. Dimensión: Gestión con valores para resultados y no tiene interacción con las funciones: 3 *“Adelantar el seguimiento y evaluación de los planes, programas y proyectos que desarrolle en su jurisdicción, conforme a los lineamientos de las dependencias correspondientes “,* 4 *Participar en los Comités Territoriales de Justicia Transicional, bajo las directrices del Director General de la Unidad”* y la 6 *“Celebración de los contratos y convenios que permitan el desarrollo de las funciones institucionales en el territorio de su competencia, para los cuales haya sido delegado.”*
- La Política de Defensa Jurídica con un valor promedio de 50%; la cual hace parte de la 3ª. Dimensión: Gestión con valores para resultados y no tiene interacción con las funciones: 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”,* 2 *“Participar en la formulación de planes y programas con el objeto de garantizar la articulación institucional y de las organizaciones públicas, privadas y sociales involucradas en el proceso ayuda, atención, asistencia y reparación de las víctimas, objeto de la Unidad”,* 3 *“Adelantar el seguimiento y evaluación de los planes, programas y proyectos que desarrolle en su jurisdicción, conforme a los lineamientos de las dependencias correspondientes “; (...)” a excepción con un promedio del 50% con la función “,* 4 *Participar en los Comités Territoriales de Justicia Transicional, bajo las directrices del Director General de la Unidad”.*
- La Política de Gestión de la Información Estadística con un valor promedio de 50% la cual hace parte de la 5ª. Dimensión: Información y Comunicación y no tiene interacción con las funciones: 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”,* 2 *“Participar en la formulación de planes y programas con el objeto de garantizar la articulación institucional y de las organizaciones públicas, privadas y sociales involucradas en el proceso ayuda, atención, asistencia y reparación de las víctimas, objeto de la Unidad”,* 3 *“Adelantar el seguimiento y evaluación de los planes, programas y proyectos que desarrolle en su jurisdicción, conforme a los lineamientos de las dependencias correspondientes “,* 4 *Participar en los Comités Territoriales de Justicia Transicional, bajo las directrices del Director General de la Unidad”* y la 6 *“Celebración de los contratos y convenios que permitan el desarrollo de las funciones institucionales en el territorio de su competencia, para los cuales haya sido delegado”* y la 8 *“Responder por la atención a los ciudadanos que demanden los servicios de la entidad en su respectiva jurisdicción”.*
- La Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación con un valor promedio de 12,5 la cual hace parte de la 6ª. Dimensión: Gestión del Conocimiento y la Innovación y no tiene interacción con las funciones: “, 3 *“Adelantar el seguimiento y evaluación de los planes, programas y proyectos que desarrolle en su jurisdicción, conforme a los lineamientos de las dependencias correspondientes “,* 4 *Participar en los Comités Territoriales de Justicia Transicional, bajo las directrices del Director General de la Unidad”,* 6 *“Celebración de los contratos y convenios que permitan el desarrollo de las funciones institucionales en el territorio de su competencia, para los cuales haya sido delegado”;* 7 *“Administrar los bienes y elementos destinados a la prestación de los servicios*

 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 93

y el funcionamiento de la sede territorial" y la 8 "Responder por la atención a los ciudadanos que demanden los servicios de la entidad en su respectiva jurisdicción".

De otra manera de acuerdo con la valoración del análisis de las evidencias de políticas del MIPG hecho por el equipo auditor; están evidenciadas parcialmente las políticas de Seguridad Digital con 69%, Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción con un 75% y Racionalización de trámites con un 71% y finalmente en la siguiente tabla se observa el resumen del comportamiento de la interacción de las funciones y el desempeño de las políticas MIPG.

FUNCIONES VS DIMENSIONES Y POLITICAS DEL MIPG					
FUNCIONES S DIRECCIONES TERRITORIALES		Valoración del Análisis de las Evidencias hecho por el Equipo Auditor Respecto a las Funciones	Resultado % del Análisis de las Evidencias de Políticas de MIPG Hecho por el Equipo Auditor	Valoración del Análisis de las Evidencias de Políticas de MIPG Hecho por el Equipo Auditor	Consolidación de Criterios
F1	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.	Cumple total	76	Cumple total	Cumple total
F2	Participar en la formulación de planes y programas con el objeto de garantizar la articulación institucional y de las organizaciones públicas, privadas y sociales involucradas en el proceso ayuda, atención, asistencia y reparación de las víctimas, objeto de la Unidad.	Cumple total	75	Cumple total	Cumple total
F3	Adelantar el seguimiento y evaluación de los planes, programas y proyectos que desarrolle en su jurisdicción, conforme a los lineamientos de las dependencias correspondientes.	Cumple total	88	Cumple total	Cumple total
F4	Participar en los Comités Territoriales de Justicia Transicional, bajo las directrices del Director General de la Unidad.	Cumple total	80	Cumple total	Cumple total
F5	Apoyar la coordinación para la creación, fortalecimiento, implementación y gerencia de los Centros Regionales de Atención y Reparación que considere pertinentes para el desarrollo de sus funciones, conforme lo determine la Dirección General.	Cumple total	77	Cumple total	Cumple total
F6	Celebración de los contratos y convenios que permitan el desarrollo de las funciones institucionales en el territorio de su competencia, para los cuales haya sido delegado.	Cumple total	87	Cumple total	Cumple total
F7	Administrar los bienes y elementos destinados a la prestación de los servicios y el funcionamiento de la sede territorial.	Cumple total	72	Cum ple parcial	Cum ple parcial
F8	Responder por la atención a los ciudadanos que demanden los servicios de la entidad en su respectiva jurisdicción.	Cumple total	79	Cumple total	Cumple total
F9	Rendir los informes requeridos por los órganos competentes, sobre las actividades desarrolladas y el funcionamiento general de la dirección territorial, en coordinación con las dependencias correspondientes.	Cumple total	75	Cum ple parcial	Cum ple parcial
F10	Promover y desarrollar la implementación, mantenimiento y mejora del Sistema Integrado de Gestión de la dependencia.	Cum ple parcial	74	Cum ple parcial	Cum ple parcial

Equipo Auditor de la OCI -Papel de Trabajo Funciones Vs Políticas DT Atlántico.

El Equipo Auditor, una vez evaluadas y analizadas las evidencias remitidas, considera que ellas 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 aporte y de concordancia en la información que soporta las evidencias versus el cumplimiento de las funciones y las políticas de gestión y desempeño institucional que deben ser cumplidas por ordenamiento legal.

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

 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 93

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.

El Equipo Auditor, a través de las matrices, como papel de trabajo, tienen el propósito de determinar el nivel de madurez en el cumplimiento de las funciones y políticas de MIPG en consonancia con lo ordenado 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 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.

En la medida que se llevaron a cabo las relaciones existentes entre las funciones, las dimensiones y las políticas, se diseñaron dos instrumentos para la verificación, los cuales se le comunicaron a la Dirección Territorial Atlántico mediante correo electrónico del martes, 27 de febrero de 2024 lo pertinente con las funciones de la dependencia y con correo electrónico del el día viernes, 15 de marzo de 2024 fue remitida la matriz diligenciada por parte de la dirección territorial, posteriormente se solicitó lo ateniendo con las políticas de MIPG, el día 3 de abril de 2024 a las 4:17 p.m., la Dirección Territorial mediante correo electrónico del viernes 12 de abril del 2024 4:23 p. m. allega la información de la matriz de funciones, de igual manera carga las evidencias en el repositorio correspondiente.

El Equipo Auditor examina las evidencias remitidas en relación con las funciones y las enviadas para las políticas de MIPG. Este análisis se realiza mediante normas de auditoria generalmente aceptadas y en la matriz que consolida la relación de las dos informaciones. Como quiera que el

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 74 de 93

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 auditada 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.

El Equipo Auditor examina y evalúa las evidencias aportadas, teniendo presente que para la gestión auditora se definió 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.).

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 2° literal e) de la Ley 87 de 1993 -, las evidencias dan cuenta de la gestión en términos generales. Las evidencias 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.

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 Atlántico remite una serie de evidencias que en su conjunto no dan plena certeza del cumplimiento de las 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 ni coherencia con las acciones implementadas en el marco de las respectivas políticas del MIPG. Se anuncian anexos que no son remitidos para su evaluación.

 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 75 de 93

En términos generales los documentos aportados por la auditada 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 D.T. auditada 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.

DEBILIDAD DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO POR FUNCIONES Y POLITICAS DE MIPG

La ausencia o precariedad de las evidencias aportadas para determinar que la D.T. auditada cumple cabalmente con las 10 funciones legalmente establecidas y relacionadas directamente con el ejercicio administrativo de las 7 dimensiones y las 19 políticas no está conforme con la Ley 87 de 1993 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 de 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

Al revisar el comportamiento individualmente de las políticas se puede observar que existe un incumplimiento de 9 de las 19 políticas de Gestión y Desempeño Institucional asociadas a MIPG, equivalente al 47 por ciento.

Esta debilidad se le comunica al auditado mediante correo electrónico del miércoles 29 de mayo de 2024 a las 5:01 p.m. por parte del auditor líder de la Oficina de Control Interno, en donde se le da a la auditada un plazo de cinco días hábiles según lo establecido en la actividad 9 del procedimiento “Auditorías Internas al control interno” contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones y evidencias pertinentes.

El auditado brinda respuesta mediante correo electrónico del miércoles 5 de junio de 2024 a las 5:05 p. m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor e indica lo siguiente:

“Hallazgo del sistema de control interno por inadecuada correlación o por el no aporte de evidencias que demuestren que tanto las funciones como las políticas del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) se cumplen.

 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 93

En relación con la debilidad asociada al sistema de control interno, por la inadecuada correlación o por el no aporte de evidencias que demuestren que tanto las funciones como las políticas del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) se cumplen en la dirección territorial atlántico, vale la pena mencionar lo siguiente:

- *Una vez la oficina de control interno notificó a la dirección territorial atlántico sobre la apertura de la auditoria de gestión enmarcada en el modelo integrado de planeación y gestión, se informó que ésta era un proceso nuevo al interior de la Entidad. Para ello, la Oficina de control interno diseño unas herramientas que permitirían evidenciar el cumplimiento de los requisitos a evaluar.*
- *En desarrollo de la auditoría, fue evidenciado que en relación con el requerimiento para la evaluación de las “Funciones Direcciones Territoriales” de conformidad con el artículo 29 del Decreto 4802 del 2011, no fue claro el lineamiento por parte de la oficina de control interno, tanto que fue necesario enviar nuevamente una herramienta, realizar una sesión de trabajo adicional, para la socialización y explicación de la misma.*
- *En estos espacios, desde la dirección territorial se informó que contábamos con evidencias para cada una de las políticas del modelo integrado de planeación y gestión, de acuerdo con el análisis realizado. No obstante, si era necesario información adicional o el envío de otras evidencias, era posible presentarlas. En ese caso, si la oficina de control interno consideró que las evidencias aportadas fueron “ausentes o precarias”, era posible requerir de manera directa lo que se necesitaba.*

Finalmente, y con el fin de mejorar los procesos al interior de la Unidad para las Víctimas, resulta necesario que, desde la Oficina de Control Interno, la Oficina Asesora de Planeación y la Dirección General, diseñen un modelo de capacitaciones acorde con los lineamientos y requisitos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión”.

DEBILIDAD

El Equipo Auditor considera que la repuesta no rompe el principio del escepticismo profesional en la medida que las evidencias no permiten tener certeza de una adecuada contribución desde sus funciones para algunos elementos básicos asociados a las directrices de las políticas de gestión y desempeño del MIPG; esto con el fin de optimizar los resultados e impactos en la medición de desempeño institucional a través del FURAG⁵ ; como requerimiento anual del Departamento Administrativo de la Función Pública-DAFP. Es así que la UARIV para el año 2022 obtuvo los siguientes resultados para las siguientes políticas que tiene baja interacción desde la Dirección Territorial Atlántico:

⁵ EL FURAG es un registro administrativo creado con el propósito de recolectar datos sobre el avance en la implementación de las políticas de gestión y desempeño institucional que hacen parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

 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 93

- Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos con su resultado de desempeño FURAG de 71;21% con un nivel de brecha asociados a elementos que hacen parte del sistema de control interno (ejemplos: SUIT para mejorar su oferta institucional, caracterización de los usuarios, criterios de accesibilidad web, entre otros).
- Política Gobierno Digital con su resultado de desempeño FURAG de 85;91% con un nivel de brecha asociados a elementos que hacen parte del sistema de control interno (medios digitales utilizó la entidad para interactuar con sus grupos de valor e interés (ciudadanía, sociedad civil, academia, sector privado y sector público); actividades de innovación digital; entre otras.
- Política de Defensa Jurídica con su resultado de desempeño FURAG de 80;95% con un nivel de brecha asociados a elementos que hacen parte del sistema de control interno (prevención del daño antijurídico, entre otros).
- Política de Gestión de la Información Estadística con su resultado de desempeño FURAG de 74;41% con un nivel de brecha asociados a elementos que hacen parte del sistema de control interno (estrategias para la gestión estadística, inventarios y procesos de producción de información estadística).
- Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación con su resultado de desempeño FURAG de 47;36% con un nivel de brecha asociados a elementos que hacen parte del sistema de control interno (investigaciones relacionadas con temas estratégicos o misionales, procesos de ideación, creación o validación en el marco de la innovación, herramientas de uso y apropiación para la gestión del conocimiento y la Innovación, entre otras).

De otra parte, no es de recibo por el Equipo Auditor la respuesta de la auditada al señalar que la línea de auditoría al modelo de MIPG es nueva, solo se remite a establecer que fue un requisito explícito del Comité de Control Interno, acción que desde antaño se viene realizando. Los lineamientos siempre han sido claros y cuando un ente de control solicita las evidencias al sujeto pasivo de la acción de control, ésta debe entregarlas y no es responsabilidad del Equipo Auditor que la auditada omita o no remita evidencia que demuestre lo que se le está preguntando y por ello, incurre en ausencia de evidencia que obliga a calificar como incumplida la acción.

En consecuencia, el Equipo Auditor considera pertinente mantener la debilidad comunicada con el propósito de que la Dirección Territorial y con la interacción del proceso de Direccionamiento Estratégico liderado por la Oficina Asesora de Planeación quien coordina la articulación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG Dimensiones y políticas); el cual realicen un plan de mejoramiento donde determine las acciones de mejora que lleven a superar las causas generadoras del hallazgo.

 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 93

5.6 ANALISIS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN EL PROCESO DE GESTION DE LA INFORMACIÓN QUE GESTIONA LA DIRECCION TERRITORIAL ATLANTICO

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.”*

A partir de lo señalado, es importante traer a colación lo señalado por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) respecto a mejora continua asociado a las dimensiones y las políticas que lo desarrollan de la siguiente manera:

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.

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, 3.3.4 Política de Gobierno Digital:

“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 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 se 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.”

 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 93

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 que en el artículo 1° al definir el control interno 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. (subrayado fuera de texto)

Por su parte, 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 en comento 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 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. (subrayado fuera de texto)

El Equipo Auditor, a través de la matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de los controles que se deben implementar para garantizar un óptimo funcionamiento, seguridad y operatividad de los servicios y elementos de infraestructura tecnología los cuales 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) que la administración del aseguramiento 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 80 de 93

- 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, 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.*

DEBILIDAD

El Equipo Auditor de Control Interno evalúa, con normas de auditoria generalmente aceptadas, de los soportes suministrados por el auditado, donde se evidencia que los controles implementados no cumplen con las características necesarias para lo pertinente con los numerales asociados a la seguridad física y del entorno, que permitan garantizar la seguridad de la información y de los elementos que están asociados a la infraestructura tecnológica de la Dirección Territorial, lo cual representa un alto riesgo de fuga, perdida o manipulación de la información que gestiona la dependencia auditada a través de sus elementos tecnológicos asignados y los sistemas de información asociados.

La ausencia de un nivel de certeza que rompa el principio del escepticismo profesional donde se describan los métodos y las mejores estrategias en cuanto a seguridad del entorno y disponibilidad de la información, 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 del Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones, en su modelo de seguridad y privacidad de la Información y la Norma ISO 27001 de Seguridad de la Información en numeral A.11.

DEBILIDAD

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evidencia la falta de documentación técnica e inventarios de los elementos que conforman el diseño y la arquitectura del centro de cableado 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 81 de 93

manera específica, donde se describan la totalidad de sus características técnicas, configuraciones, garantías y reglas definidas de cada uno de los elementos que conforma esta infraestructura de comunicaciones, por lo tanto en el marco del principio del enfoque basado por procesos del sistema integrado de gestión de la UARIV, el cual establece en el desarrollo e implementación de controles que puedan afectar el sistema de control interno cuando exista un flujo de información e interacción entre sus actividades del nivel nacional como del nivel territorial, lo que implica compartir dichos impactos en la gestión, tanto para la Oficina de Tecnologías de la Información como para la Dirección Territorial

La falta de esta documentación se constituye en un incremento del riesgo a los impactos que puede causar la falta de conocimiento de la conformación de cada elemento para la atención de incidencias o negación de servicios que se pueden presentar en la red de comunicaciones de la Dirección Territorial, donde la identificación de alguna problemática para su tratamiento no es conforme, que se ejemplariza en temas como contraseñas de acceso que deben estar documentadas y en la custodia de los elementos que conforman el centro de cableado para la administración y operatividad de los servicios y en el cruce de la información de los inventarios.

La ausencia de la falta de una base de conocimiento de la documentación técnica del centro de cableado en la Dirección Territorial, que garantice el conocimiento técnico y operativo de los elementos, 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 para la preparación de las TICs para la continuidad del negocio. La potencial causa de esta debilidad se puede ubicar 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 UARIV.

Estas debilidades fueron comunicadas a la Dra. Yesenia Vanessa Perez Otero yesenia.perez@unidadvictimas.gov.co, Directora de Territorial Atlántico en su calidad de auditado mediante correo electrónico del jueves 23 de junio de 2024 a las 16:26 a. m., suscrito por el líder de la auditoria economista Francisco Orlando Wilches Salazar funcionario de la Oficina de Control Interno, en donde se le indico al auditado un plazo hasta el 06 de junio para aportar sus comentarios y evidencias.

Mediante correo electrónico del jueves 06 de junio de 2024 enviado a las 17:01 p.m. por parte de la parte de la Dra. Yesenia Perez Otero – Directora Territorial de Atlántico, remite un documento denominado “*Respuesta Debilidades Auditoría Interna Dirección Territorial Atlántico*” en donde señala 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 82 de 93

1. Hallazgo del sistema de control interno al proceso de gestión de la información de la dirección territorial atlántico

En relación con la debilidad identificada respecto al sistema de control interno al proceso de gestión de la información, me permito informar que de acuerdo con los requisitos de información derivados de la herramienta “Evaluación de infraestructura tecnológica y seguridad de la información” diseñada por la oficina de control interno, fue necesario solicitar mayor información a la Oficina de Tecnologías de la Información, teniendo en cuenta que información requerida es del alcance de esa oficina.

En ese sentido, se tuvo respuesta el 29 de abril, cuando el plazo para dar respuesta al requerimiento había vencido. El documento, adjunto a esta respuesta, deja en evidencia que las direcciones territoriales tienen información asociada al inventario de los equipos de cómputo bajo la modalidad de arrendamiento, formatos de acuerdos de confidencialidad firmados.

No obstante, en relación con el centro de cableado y los controles, desde la Oficina de Tecnologías de la Información, informan que el tema de seguridad física es de competencia del grupo de gestión administrativa, sobre el cableado tanto de datos como eléctrico se informa que la supervisión se encuentra a cargo de la OTI, así mismo, los temas asociados al recurso técnico que sea el responsable del manejo y administración de los elementos tecnológicos (centros de cableado, equipos de cómputo) es atendido a través de la mesa de servicios brindando soporte en sitio a las direcciones territoriales.

Así las cosas, el control sobre la infraestructura tecnológica y seguridad de la información requiere de un conocimiento específico y aunque en la dirección territorial se contara con el inventario, se desconocería su funcionamiento.

La dirección territorial sugiere realizar un análisis sobre los controles que efectivamente son ejercidos desde las direcciones territoriales y no sobre todos los controles, toda vez que, como fue informado por la oficina de tecnologías de la información, hay elementos que son de su competencia y supervisión, y en algunos temas, tercerizados.

Hallazgo del sistema de control interno de la evaluación de las tecnologías y seguridad de la información de la Dirección Territorial Atlántico

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa la respuesta dada por la Dirección Territorial Atlántico y considera que los argumentos expuestos en su comunicación no desvirtúan las causas que sustentan las debilidades en virtud de que la Dirección Territorial es la responsable de cada uno de los elementos tecnológicos que son suministrados para la prestación de los servicios de tecnología, y por lo tanto debe propender y gestionar ante los diferentes actores el cumplimiento de las políticas de seguridad de la información, las cuales son de estricto cumplimiento asegurando con ello la protección de la información y de los datos que son gestionados por la Entidad.

En consecuencia, el Equipo Auditor considera pertinente mantener las debilidades para efectos que la dependencia realice un plan de mejoramiento donde a partir de las debilidades comunicadas, con el objetivo de que realicen un ejercicio para determinar las causas y a partir de ellas establecer acciones de mejoramiento que lleven a superar definitivamente esas causas generadoras que permitan ejercer un mejoramiento continuo.

6. DEBILIDADES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO IDENTIFICADAS DURANTE EL EJERCICIO 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 83 de 93

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

Debilidad No. 1

El Equipo Auditor considera que la repuesta no rompe el principio del escepticismo profesional y los argumentos no desvirtúan las causas que sustentan la debilidad, en la medida que las evidencias no permiten tener certeza de una adecuada gestión, además, los indicadores que maneja la dirección territorial son únicamente los del plan de acción que reflejan es el cumplimiento de metas, según la revisión de la totalidad de las evidencias aportadas.

Dentro del ciclo PHVA, medir es una herramienta de gestión que permite al responsable tomar decisiones y para que ello ocurra es indispensable tener índices, cifras significativas, indicadores o cualquier otra forma de medición, además que ellos sean controlados totalmente por el responsable, es decir se tenga gobernanza y regencia sobre ellos. Los sistemas de medición tienen un sustento normativo que, más allá de cumplirse ese mandato legal, propende porque las entidades logren los objetivos institucionales en aras de los beneficiarios de sus bienes o servicios. A nivel de procesos y dentro de los parámetros del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG), la medición permite tener información para la toma de decisiones, ya sea para hacer las correcciones necesarias o para determinar que el rumbo de la gestión esta conforma con lo dispuesto en la misionalidad y la planeación definida.

Por lo anterior, la respuesta del auditado no se encuentra en concordancia y armonía con los lineamientos del DAFP, como tutor de la gestión pública y con la normativa respecto al tema.

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

Debilidad No. 2

El Equipo Auditor considera que la repuesta no rompe el principio del escepticismo profesional en la medida que las evidencias no permiten tener certeza de una adecuada identificación, valoración,

 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 84 de 93

evaluación y seguimiento de riesgos adicionales que puedan impactar y materializar posibles eventos en la gestión de la Dirección Territorial como son los riesgos asociados a la estrategia gerencial, roles y responsabilidades de los equipos internos de trabajo, coordinación interinstitucional con otras entidades y organismos que tengan incidencia en la política pública de reparación a las víctimas, relacionamiento con sus grupos de valor y grupos de interés, en, entre otros. En efecto, los riesgos que maneja la Dirección Territorial solo se asocian a la dinámica de los requerimientos establecidos por el DAFP y adoptados por el Sistema Integrado de la UARIV.

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.

Debilidad 3

El Equipo Auditor considera que la repuesta no rompe el principio del escepticismo profesional en la medida que las evidencias no permiten tener certeza de una adecuada identificación, valoración, evaluación y seguimiento de riesgos adicionales que puedan impactar y materializar posibles eventos en la gestión de la Dirección Territorial, la incertidumbre en relación con el modelo de mejora en el marco de las disposiciones normativas y administrativas, razón por la cual el equipo auditor encuentra debilidad del sistema de control interno por este ítem.

Lo anterior conlleva a una falta de acciones, iniciativas o valores agregados que permitan un mejoramiento continuo impactando los comportamientos habituales de los cuales se pretende se ejerzan o gestione temas como:

- Identificación de aspectos de mejora en los procesos y procedimientos que involucre a la Dirección Territorial, con el objetivo de buscar el mejoramiento a la prestación de servicios tanto para clientes internos como externos.
- Implementación de buenas prácticas a la gestión de la innovación y mejora continua.
- Falta de toma de decisiones informadas acorde a los análisis y evaluación de los datos recopilados en la gestión misional.
- Ausencia de tableros de control que permitan detectar desviaciones para detectar alertas tempranas que reduzcan los riesgos a la gestión misional.

Debilidad 4

Se establece debilidad del sistema de control interno en el diseño y efectividad del control de los riesgos. Se evidencia que la totalidad de los controles asociados a los riesgos identificados en el mapa de riesgos establecidos por la Dirección Territorial Atlántico no cumple con los lineamientos

 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 85 de 93

establecidos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas emanadas del Departamento Administrativo de la Función Pública; los cuales deben ser adoptado y normalizados en el Sistema Integrado de Gestión de la UARIV. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2° literales a), b) y f), 4° literal i) y 6° de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015” así mismo lo establecido en el Manual Operativo de Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG numeral 7.1 Dimensión de Control Interno y el Modelo Estándar de Control Interno -MECI numeral 1.3 Componente de Administración del Riesgo.

Lo anterior, tiene como potenciales causas el desconocimiento de la metodología de diseño de controles a los riesgos identificados, la falta de seguimiento a la ejecución de estos y de un mecanismo de información efectiva, eficaz y oportuna en materia de ejecución de las actividades de control y ausencia en la identificación y coherencia de las evidencias frente a los controles instituidos en la matriz de riesgos. Lo anterior conlleva a la posible materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales.

Debilidad 5

La ausencia o precariedad de las evidencias aportadas para determinar que la D.T. auditada cumple cabalmente con las 10 funciones legalmente establecidas y relacionadas directamente con el ejercicio administrativo de las 7 dimensiones y las 19 políticas no está conforme con la Ley 87 de 1993 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 de 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

Al revisar el comportamiento individualmente de las políticas se puede observar que existe un incumplimiento de 9 de las 19 políticas de Gestión y Desempeño Institucional asociadas a MIPG, equivalente al 47 por ciento.

Debilidad 6

El Equipo Auditor de Control Interno evalúa, con normas de auditoria generalmente aceptadas, de los soportes suministrados por el auditado, donde se evidencia que los controles implementados no cumplen con las características necesarias para lo pertinente con los numerales asociados a la

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 86 de 93

seguridad física y del entorno, que permitan garantizar la seguridad de la información y de los elementos que están asociados a la infraestructura tecnológica de la Dirección Territorial, lo cual representa un alto riesgo de fuga, pérdida o manipulación de la información que gestiona la dependencia auditada a través de sus elementos tecnológicos asignados y los sistemas de información asociados.

La ausencia de un nivel de certeza que rompa el principio del escepticismo profesional donde se describan los métodos y las mejores estrategias en cuanto a seguridad del entorno y disponibilidad de la información, 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 del Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones, en su modelo de seguridad y privacidad de la Información y la Norma ISO 27001 de Seguridad de la Información en numeral A.11.

Debilidad 7

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evidencia la falta de documentación técnica e inventarios de los elementos que conforman el diseño y la arquitectura del centro de cableado de manera específica, donde se describan la totalidad de sus características técnicas, configuraciones, garantías y reglas definidas de cada uno de los elementos que conforma esta infraestructura de comunicaciones, por lo tanto en el marco del principio del enfoque basado por procesos del sistema integrado de gestión de la UARIV, el cual establece en el desarrollo e implementación de controles que puedan afectar el sistema de control interno cuando exista un flujo de información e interacción entre sus actividades del nivel nacional como del nivel territorial, lo que implica compartir dichos impactos en la gestión, tanto para la Oficina de Tecnologías de la Información como para la Dirección Territorial

La falta de esta documentación se constituye en un incremento del riesgo a los impactos que puede causar la falta de conocimiento de la conformación de cada elemento para la atención de incidencias o negación de servicios que se pueden presentar en la red de comunicaciones de la Dirección Territorial, donde la identificación de alguna problemática para su tratamiento no es conforme, que se ejemplariza en temas como contraseñas de acceso que deben estar documentadas y en la custodia de los elementos que conforman el centro de cableado para la administración y operatividad de los servicios y en el cruce de la información de los inventarios.

La ausencia de la falta de una base de conocimiento de la documentación técnica del centro de cableado en la Dirección Territorial, que garantice el conocimiento técnico y operativo de los elementos, 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

 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 87 de 93

de la Información y las Telecomunicaciones en su guía No. 10 para la preparación de las TICs para la continuidad del negocio. La potencial causa de esta debilidad se puede ubicar 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 UARIV.

7. ASPECTOS SOBRESALIENTES

El Equipo Auditor evidencia como aspectos positivos de la Dirección Territorial, lo siguiente:

Dentro de la gestión que realiza la Dirección Territorial esta la ejecución de sesiones de trabajo con los diferentes actores involucrados en los procesos, donde su principal objetivo es validar los avances que se han realizado en los diferentes actividades según los planes previstos donde se enmarcan las responsabilidades y diferentes retos que se presentan logrando así un seguimiento y control de las acciones que se deben ejecutar para el cumplimiento de las metas.

La Dirección Territorial realiza seguimiento y control a las actividades que realiza el operador externo encargado de gestionar todo lo relacionado con el servicio al ciudadano a través de sesiones de trabajo, donde se presentan los avances efectuados y los aspectos que requieren atenciones con los diferentes grupos de interés involucrados en el proceso, esto permite que la DT posea la información y estadísticas para la toma de decisiones; contribuyendo así a la políticas de MIPG respecto “ Política de servicio al ciudadano”, y “Política de Simplificación, Racionalización y Estandarización de trámites”.

La Intervención que ejerce la Dirección Territorial según las actividades definidas en los procedimientos de los procesos misionales se destaca por su gran desempeño y aporte hacia el cumplimiento de las metas y objetivos trazados por los procesos misionales; contribuyendo así a las políticas de MIPG respecto a la “Política de Simplificación, Racionalización y Estandarización de trámites”.

Otro aspecto a resaltar es la gestión que se realizó por parte de los profesionales delegados para atender las pruebas de recorrido (de manera virtual) respecto a la presentación de las evidencias y diligenciamiento de los papeles de trabajo, lo que conllevó al equipo auditor a tener un trabajo de evaluación y análisis de manera exitosa.

8. RESULTADOS DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.

8.1 Plan de Mejoramiento Auditoría de Gestión

En la vigencia 2019 se realiza una auditoria a la Dirección Territorial Atlántico. En esa oportunidad, la Oficina de Control Interno comunicó 5 debilidades del sistema de control. En la vigencia 2022

 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 88 de 93

se realiza seguimiento donde se observó el cierre total de las actividades propuestas de las debilidades.

Por parte de actividades del plan de mejoramiento institucional no hay ninguna relacionada de manera directa con la Dirección Técnica auditada.

9. RESULTADOS DE LOS LOGROS DE GESTIÓN

El resultado de la gestión de la Dirección Territorial Atlántico, dentro de la evaluación por dependencias, obtuvo un logro del 9.19/10.00 para la vigencia 2023

10. CONCEPTO DE AUDITORIA

El propósito de la auditoría es evaluar el sistema de control interno de la Dirección Territorial Atlántico 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; alienado y articulado con las siete (7) dimensiones y 19 políticas de gestión y desempeño del modelo integrado de planeación y gestión MIPG.

Para cumplir dicho propósito, se examinaron los aspectos de gestión y de seguimiento a las acciones de control que se deben realizar de conformidad con la adecuada implementación del sistema de control interno. Producto de esta actividad el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno emite el siguiente concepto de auditoría.

La Dirección Territorial Atlántico ejecuta modelos de control interno en aras de cumplir con las funciones establecidas en el Decreto 4802 de 2011 artículo 29 y la ley 87 del 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 gestionar las funciones y dar cumplimiento de los objetivos que le han sido asignados y contribuir con aquellos que le corresponde a nivel nacional y la interacción con la Dirección Territorial.

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 en la gestión de la Dirección Territorial, así como también se identifican fortalezas relevantes, aspectos a mejorar en la gestión examinadas por el Equipo Auditor en el marco del cumplimiento del Decreto 1499 de 2017 que actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG articulado con los requerimientos del modelo estándar de control interno y el sistema integrado de gestión de la UARIV las cuales deben ser potencializadas al interior de la Dirección Territorial y armonizadas para el cumplimiento de las diecinueve (19) políticas del MIPG.

 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 89 de 93

El modelo de Control Interno determinado por 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, controles que permita la toma decisiones y sirve 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 vs políticas de MIPG y la evaluación de la gestión de la información a través 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 aplicado en la Dirección Territorial Atlántico interactúa con la gerencia de procesos y especialmente con los procesos misionales, los cuales contribuyen al logro de los objetivos institucionales.

De otra manera se entiende que el ciclo de transformación de entradas y salidas hacen parte integral de la caracterización y procedimientos asociados que permiten operacionalizar las actividades que conducen al cumplimiento de las funciones constitucionales y legales, que son elementos de control que contribuyen 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 las políticas de operación e interrelación 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 el análisis de la ejecución realizada por el Equipo Auditor a los procedimientos misionales se enfatiza tener en cuenta el acápite donde se detalla las observaciones de los resultados obtenidos con el fin 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 donde se realizó una referencia cruzada entre las evidencias y el modelo de autoevaluación que permitió establecer el nivel de madurez de las cinco variables “*indicadores, riesgos, control, mejora y seguimiento*”, los resultados son los 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 90 de 93

- i. Con relación a los indicadores de gestión diferente al plan de acción se evidencia que no existe un alto nivel de madurez que permita a la Dirección Territorial realizar un seguimiento y control para la posterior toma de decisiones que se pueden presentar a las desviaciones en el cumplimiento de las metas propuestas en la vigencia.
- ii. En la evaluación del componente de riesgos se identifica la ausencia de un mapa de riesgos integral 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 e interacción con el proceso de Direccionamiento Estratégico liderado por la Oficina Asesora de Planeación.
- iii. Respecto al componente de control se evidencia que el modelo autoevaluado contribuye a las líneas de trabajo establecidas por la Dirección Territorial logrando la identificación, concientización, implementación y aplicación de puntos de control de las actividades diferentes a las descritas en los procedimientos, lo cual pueden contribuir a la no materialización de los riesgos.
- iv. En cuanto al componente de mejora y/o valor agregado la Dirección Territorial presenta el siguiente resultado “ *con lo evidenciado en la evaluación no permite identificar la implementación de una metodología con controles que puedan contribuir a mejoras a los posibles cambios que puedan impactar en la interacción en el sistema del Control Interno como acciones de mejora para la administración del riesgo, seguimiento al plan de acción, políticas MIPG entre otras, lo cual implica la materialización de posibles eventos en la gestión de la Dirección Territorial*”.
- v. En el componente de seguimiento se evidencia que el modelo de gestión está implementado, actualizado y socializado adecuadamente, esto permite sustentar la toma de decisiones, que son inherentes a la Dirección Territorial Atlántico, con el fin de corregir situaciones negativas en la gestión.

De acuerdo con lo anterior para las 5 variables auditadas, 3 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.

Por otra parte, el mapa de riesgos es una herramienta administrativa y gerencial que tiene por objetivo identificar los eventos positivos o negativos que puedan afectar el logro de las metas 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; sin ser menos importante la interacción de las políticas de gestión y desempeño del modelo integrado de planeación y gestión MIPG.

 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 91 de 93

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 eficiente y eficaz que impacte positivamente la gestión la Dirección Territorial Atlántico; lo cual se evidencio que el diseño y efectividad en la identificación de controles son inadecuados, falta de aplicabilidad y seguimiento en la totalidad de estos. 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 gestione 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 y claridad en la definición de los controles, lo anterior en interacción 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 reportes de avance y ejecución de las metas del plan de acción 2023 asignadas a la Dirección Territorial Atlántico, 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 demuestren 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 corresponden con los dispuestos en el ordenamiento legal. El Equipo Auditor establece que la Dirección Territorial Atlántico cumple con la gestión de sus funciones y se evidencia que no aplica adecuadamente y debe fortalecer la implementación de las políticas de MIPG, señaladas en este documento, dispuesto en el marco normativo, por consiguiente, se evidencia un sistema de control interno que presenta debilidad. Frente al análisis del Equipo Auditor se enfatiza tener en cuenta el contenido donde se detalla las observaciones de los resultados obtenidos con el fin establecer acciones internas de mejora.

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo denominado “*herramienta auditoria TI*”, el cual presenta

 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 92 de 93

las siguientes debilidades:

- i. *Ausencia de controles que permitan garantizar una seguridad física de acceso a los elementos que están asociados a la infraestructura tecnológica de la Dirección Territorial, lo cual representa un alto riesgo a una fuga, pérdida o manipulación de la información que gestiona la DT en sus diferentes áreas.*
- ii. *Ausencia de la documentación técnica de los componentes de comunicación (equipos activos) lo cual constituye un alto riesgo al desconocimiento sobre la funcionalidad, administración y operatividad que pueden influir a los reportes 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 o lo pactado con los proveedores externos (...).*

Por lo anterior, es necesario que la dirección territorial establezca e identifiquen 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 de la Dirección Territorial Atlántico 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 cual 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 Dirección Territorial la elaboración de un Plan de Mejoramiento del Sistema de Control Interno e interacción con las diferentes dependencias y procesos que causan impacto para la gestión de la Entidad; así mismo se incluya el tratamiento a las debilidades evidenciadas presentadas en este informe.

Cordialmente,



WILLIAN MAHECHA HERNANDEZ.
Auditor Líder (E)



CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO
Jefe Oficina de Control Interno

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 93 de 93

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.