

 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 91

INFORME FINAL DE AUDITORIA A LA DIRECCIÓN TERRITORIAL CAQUETÁ / HUILA

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 Caquetá / Huila
Dependencia líder:	Dirección Territorial Caquetá / Huila
Responsable del Proceso:	Lesdy Marlody Rodríguez Quiñones
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:	William Arturo Marquez Montero - Auditor Líder Olga Rosmery Ahumada Castaneda – Auditora Isaias Lozano Vera – Auditor

1. OBJETIVO DE LA AUDITORIA

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

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

2. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

 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 91

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 Caquetá / Huila desde el 01 de enero de 2023 hasta el 31 de diciembre de la vigencia 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 en equipo con el auditado y la claridad en las actividades permiten que el desarrollo de la auditoria se cumpla dentro de los plazos y cronogramas establecidos. Por último, los servidores que atienden la auditoría cuentan con los conceptos necesarios para este tipo de función y brindan el soporte esperado, contribuyendo con ello a crear un clima de confianza, respeto y lealtad.

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.

5. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

5.1 ANALISIS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN RELACION 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:

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 3 de 91

“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 base de los modelos de gestión de calidad el trabajo por procesos los que se clasifican en estratégicos, misionales, de apoyo, seguimiento y control, mediante los cuales, a través de una secuencia ordenada de actividades a realizar, responsables de ejecutar y recursos a utilizar, se fijan los lineamientos y directrices para definir las metas y lograr objetivos previstos.

Teniendo en cuenta lo dispuestos en 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.

De la misma forma, de acuerdo con lo dispuesto en 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 1º 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.

 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 91

De igual forma, en su artículo 2° establece los Objetivos del sistema de Control Interno, para este punto se examina el literal h:

h. Velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos de control adecuados para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características.

De igual forma en el 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 y bases de acción y procedimientos para la ejecución de los procesos;

En el desarrollo del anterior precepto, los procesos y procedimientos su principal objetivo es fortalecer la cadena de valor, para lo cual se debe tener presente los ítems de insumos, procesos, productos, resultados o efectos e impactos. Para ilustrar este aspecto, se trae la siguiente gráfica tomada de la “Guía para la gestión por procesos en el marco del modelo integrado de planeación y gestión- MIPG V1 2020”, la cual tiene como fuente la Función Pública, Dirección de Gestión y Desempeño Institucional, 2017.



En lo pertinente a los procesos, dentro de la cadena de valor, ellos permiten la transformación de los insumos, dando como resultado bienes y servicios de calidad para ofrecer a la comunidad, obteniendo un valor agregado para ofrecer un producto institucional con calidad.

En cuanto al mapa de procesos, este refleja la identificación e interacción de los procesos de una entidad de manera gráfica permitiendo conocer la organización interna de los mismos. Se considera como un diagrama de valor que debe demostrar el engranaje entre cada proceso que lo conforma, y la importancia de cada uno de los mismos frente al funcionamiento y gestión de la entidad u organización. Trae consigo beneficios como: Alineación de objetivos y metas comunes entre los diferentes procesos establecidos; ayudando a definir estructuralmente a la entidad para

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 5 de 91

lograr entender el quehacer del ente económico, aumentando la calidad en la gestión y la eficiencia en el manejo de los tiempos y movimientos; define roles, responsabilidades y autoridad; mejora la comunicación entre los procesos e identifica debilidades que nos permiten mejorar nuestros procesos, lo que conlleva a obtener mejores resultados.

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 responsables de las acciones a desarrollar, facilitando tanto su aprendizaje y puesta en marcha que le corresponderá a todos los integrantes en el desenvolvimiento de sus roles y tareas.

Por consiguiente, la Oficina de Control Interno diseña y aplica 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, 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: 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

 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 91

El Equipo Auditor teniendo en cuenta el marco normativo y administrativo del sistema de control interno – procedimientos misionales, solicita a la Dirección Territorial Caquetá / Huila, 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 24 de abril de 2024 a las 3:23 p.m., el Equipo Auditor remite el documento para su diligenciamiento. Posteriormente, el Equipo Auditado da respuesta mediante correo electrónico del 6 de mayo de 2024 a las 6:18 p.m., y 8 de mayo de 2024 a las 11:57 a.m. con los respectivos soportes de las evidencias que desea hacer valer en el proceso auditado.

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:

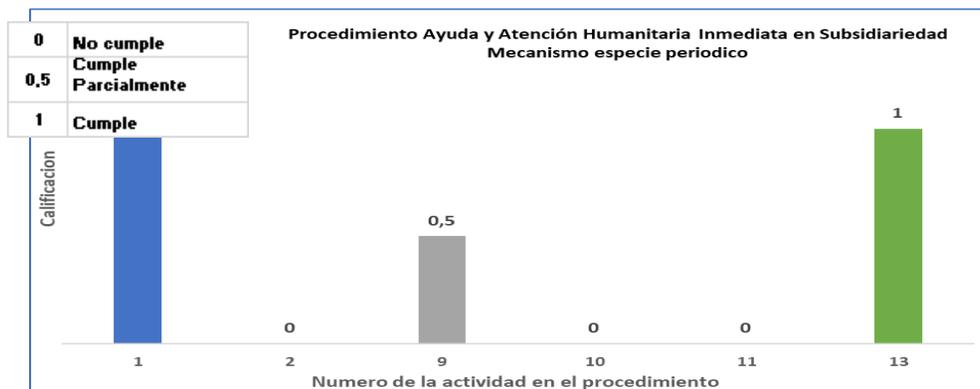
1. De 0% a 49%: El análisis general del cumplimiento del proceso arroja un resultado que evidencia el no cumplimiento.
2. De 50% a 85%: El análisis general del cumplimiento del proceso arroja un resultado que evidencia el cumplimiento parcial.
3. De 86% a 100%: El análisis general del cumplimiento del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

Proceso Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez

Para el proceso de “Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez” producto de esta actividad se observa que la Dirección Territorial cuenta con dos (2) procedimientos “Ayuda y Atención

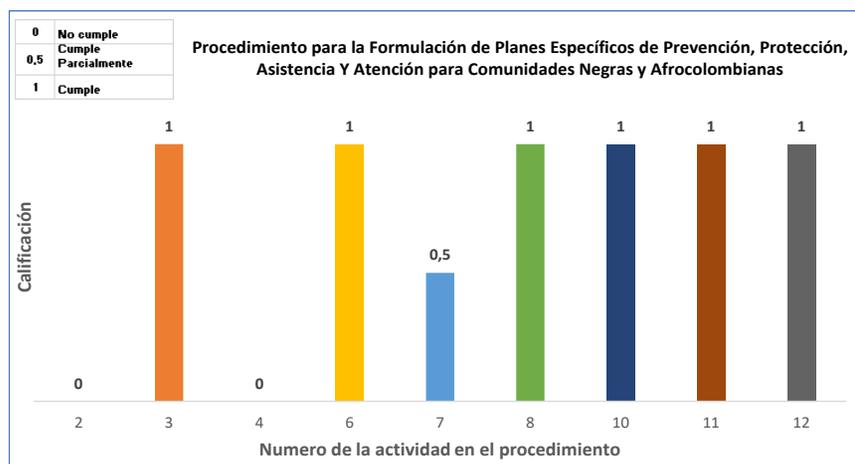
Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4” y “Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas V1” mostrando el siguiente resultado:

Para el procedimiento de Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4: Cumple total con dos (2) Actividades que representan el 33,34%, cumple parcial con una (1) actividad que representa 16,66% y no cumple tres (3) actividades que representa el 50% de las seis (6) actividades del procedimiento en las cuales interviene la Dirección Territorial.



Fuente: Herramienta Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico - Propia OCI

Para el procedimiento de “Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas V1”: Cumple total con seis (6) actividades que representan el 66,67%, cumple parcialmente con una (1) actividad que representa 11,11% y no cumple dos (2) actividades que representa el 22,22% de las nueve (9) actividades en las que intervienen la Dirección Territorial en el proceso analizado.



Fuente: Herramienta Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas - Propia OCI

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 8 de 91

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoría 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 corresponde a un 53,33%, cumplimiento parcial corresponde a un 13.33%, de igual forma no cumple con el 33.34% de las quince (15) actividades de los procesos evaluados.

Para el procedimiento de "Procedimiento Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4," el Equipo Auditor determina que las evidencias remitidas no corresponden en su totalidad a lo solicitado como evidencia soporte para el desarrollo de las actividades del procedimiento. Por lo cual se realizan las siguientes observaciones a la Dirección Territorial y su equipo de trabajo:

Con relación a la actividad nueve (9), no se cumple en su totalidad debido a que la información reportada por la Dirección Territorial no da cuenta de la existencia de evidencias que respalden el desarrollo de la actividad. Con relación a la actividad dos (2), no se evidencia formatos u oficios de solicitud de ayuda humanitaria alimentaria y no alimentaria en especie, que den cuenta de del desarrollo de actividad en la Dirección Territorial para la completitud del procedimiento.

De igual forma en la actividad diez (10), no se evidencia control documental que dé cuenta de la realización de la actividad y su respectivo contraste para la entrega de la AHI en el periodo del alcance de la auditoría. Con relación a la actividad once (11) no se evidencia el correo del nivel nacional de la planilla y la lista de entrega de ayuda humanitaria realizados en el periodo auditado en la Dirección Territorial.

Con relación al análisis de los resultados del procedimiento de "Procedimiento para la Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia Y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas V1" se presenta las siguientes observaciones, así:

Para La actividad siete (7) no se evidencia matriz de formulación y seguimiento de medidas planes específicos ajustadas con notas aclaratorias que den certeza del desarrollo y cumplimiento de la actividad a cargo de la Dirección Territorial. De igual forma para las actividades dos y cuatro respectivamente (2-4), no se aportan evidencias que den certeza de y conducencia al cumplimiento de las actividades en el periodo auditado en la Dirección Territorial.

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 91

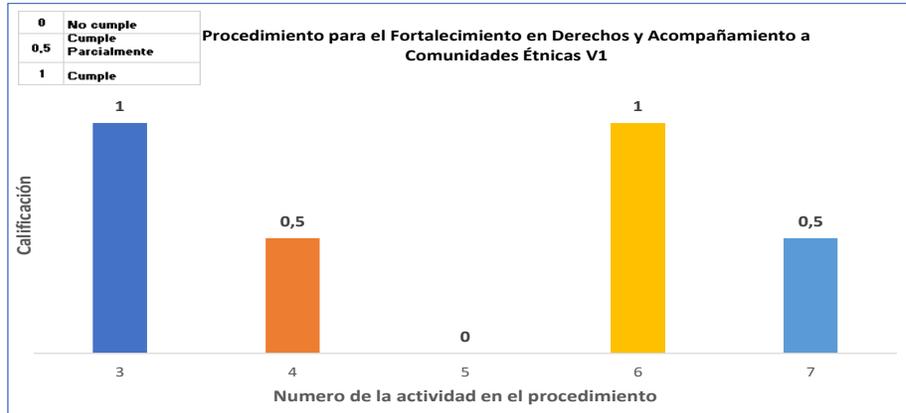
Para el proceso de “Participación y Visibilización” producto de esta actividad se observa que la Dirección Territorial cuenta con uno (1) procedimiento “procedimiento para el fortalecimiento en derechos y acompañamiento a comunidades Étnicas V1” mostrando el siguiente resultado:

Para el procedimiento de Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4: Cumple total con dos (2) Actividades que representan el 40.00%, cumple parcial con dos (2) actividades que representa 40,00% y no cumple una (1) actividad que representa el 20,00% de las cinco (5) actividades del procedimiento en las cuales interviene la Dirección Territorial.

Con relación a las actividades 4 y 7, no se evidencian las actas y formatos de asistencia y actas y balances de participación, con la información que de certeza del desarrollo de actividad en la Dirección Territorial para el cumplimiento del procedimiento con la participación de la Dirección Territorial y la comunidad interesada en la implementación del procedimiento y la actividad a desarrollar en beneficio de los actores. De igual forma para la actividad cinco (5) respectivamente, no se aportan evidencias que den certeza de orientación al cumplimiento total de la actividad en el periodo auditado en la Dirección Territorial.

A partir del marco normativo de la Ley 87 de 1993 en el artículo 1°, 2° literal h), 4° literal b) y artículo 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 Caquetá / Huila 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 Caquetá/Huila auditada, debe fortalecer e implementar acciones de mejora para que los procedimientos y actividades en las no cumplen de manera parcial o total se implementen las actividades en la que participa la Dirección Territorial 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.

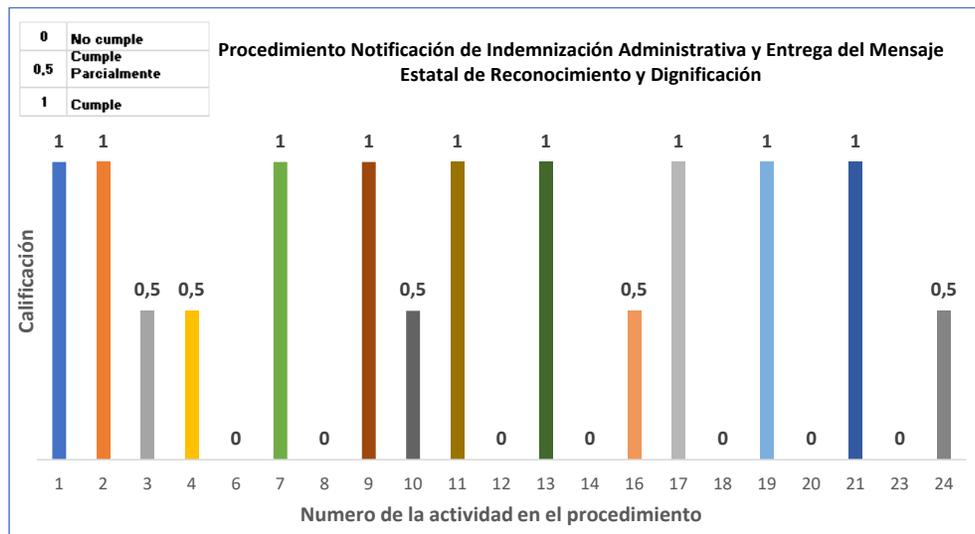


Fuente: Herramienta procedimiento para el fortalecimiento en derechos y acompañamiento a comunidades Étnicas, Fuente OCI

Cumple total con dos (2) procedimientos que representan el 40,00 %, cumple parcial con dos (2) procedimientos que representa 40,00 % y no cumple un (1) procedimiento que representa el 20,00 % de los cinco (5) procedimientos.

Reparación Integral.

Para el proceso de Reparación Integral producto de esta actividad se observa que la Dirección Territorial cuenta con un (1) Procedimiento “Notificación de Indemnización Administrativa y Entrega del Mensaje Estatal de Reconocimiento y Dignificación V5” mostrando el siguiente resultado:



Fuente: Herramienta procedimiento Notificación de Indemnización Administrativa y entrega del mensaje Estatal de Reconocimiento y Digitalización, Fuente OCI

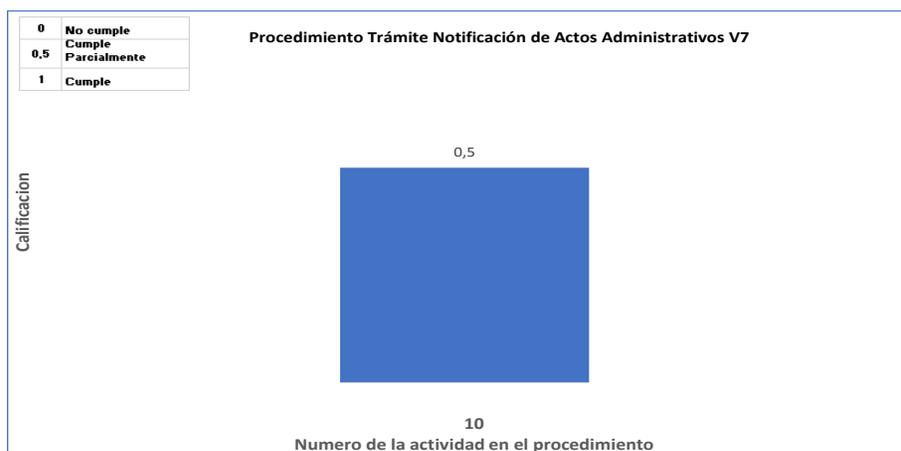
Cumple total con nueve (9) procedimientos que representan el 42,86 %, cumple parcial con cinco (5) procedimientos que representa 23,81 % y no cumple con siete (7) procedimientos que representa el 33,33 % de los veintiún (21) procedimientos.

 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 91

Con relación a las actividades que cumplen de manera parcial las que se relacionan a continuación son cinco (5) a saber: la 3, 4, 10, 16 y 24, que de acuerdo con las evidencias aportadas no hay certeza con los documentos soporte, que se detallen de forma total la realización de las actividades mencionadas en donde participa la Dirección Territorial.

De igual forma para las actividades 6, 8, 12, 14, 18, 20 y 23 respectivamente, no se aportan evidencias que den certeza de orientación al cumplimiento total de la actividad en el periodo auditado con la participación de la Dirección Territorial, para el cumplimiento del procedimiento en la implementación del procedimiento y la actividad a desarrollar en beneficio de los actores.

Para el proceso de Relación con el Ciudadano producto de esta actividad se observa que la Dirección Territorial cuenta con un (1) Procedimiento “Trámite Notificación de Actos Administrativos V7” mostrando el siguiente resultado:



Fuente: Herramienta procedimiento Notificación de Actos Administrativos, Fuente OCI

Cumple parcial con un (1) procedimiento que representa 100,00 % de un (1) procedimiento.

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: En consecuencia, el análisis general del cumplimiento de las actividades no generan un aceptable nivel de certeza que desvirtúa el principio de escepticismo profesional y por los tanto se evidencia un cumplimiento parcial correspondiente a un 50%, tomando como base que las evidencias aportadas no dan certeza de orientación al cumplimiento total de la actividad en el periodo auditado, con la participación de la Dirección Territorial, para el cumplimiento del procedimiento en la implementación del procedimiento y la actividad a desarrollar en beneficio de los actores.

 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 91

A partir del marco normativo de la Ley 87 de 1993 en el artículo 1º, 2º literal h), 4º literal b) y artículo 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 Caquetá / Huila no presenta debilidades de acuerdo al análisis y evaluación efectuada de las evidencias en de los procedimientos misionales evaluados en la presente auditoría.

En términos generales, el equipo auditor resalta el compromiso de la Dirección Territorial Caquetá / Huila en continuar con las actividades de cumplimiento total de fortalecerlas, conservando el buen trabajo y responsabilidad del equipo humano comprometido con las actividades desarrolladas en los Procesos Misionales y procedimientos de las cuales la territorial hace parte a pesar de las dificultades geográficas de seguridad, transporte, vías de acceso, clima y situación social en general.

De igual forma, la Dirección Territorial Caquetá / Huila, con las actividades de cumplimiento parcial debe fortalecer e implementar acciones de mejora para que los procedimientos y actividades se cumplan de acuerdo con el flujograma que se establece a través de los procesos misionales. Así mismo con las actividades de incumplimiento total debe crear y poner en marcha acciones de mejora que mitiguen los riesgos para que las procedimientos y actividades se cumplan de acuerdo con el flujograma que se establece a través de los procesos misionales.

Se recomienda un trabajo en equipo con los procesos misionales para que las actividades y evidencias requeridas estén totalmente claras y correspondan a lo instaurado en cada uno de los procedimientos y los criterios que allí se citan.

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

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

 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 91

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

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

El Decreto 1083 de 2015 en el artículo 2.2.22.3.2 define el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) como el: “*marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio*”.

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 14 de 91

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 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

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

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

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

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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 15 de 91

- *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 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:

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 16 de 91

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

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

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

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

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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de los indicadores de gestión, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – indicadores, mediante correo electrónico del lunes 11 de marzo 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 17 de 91

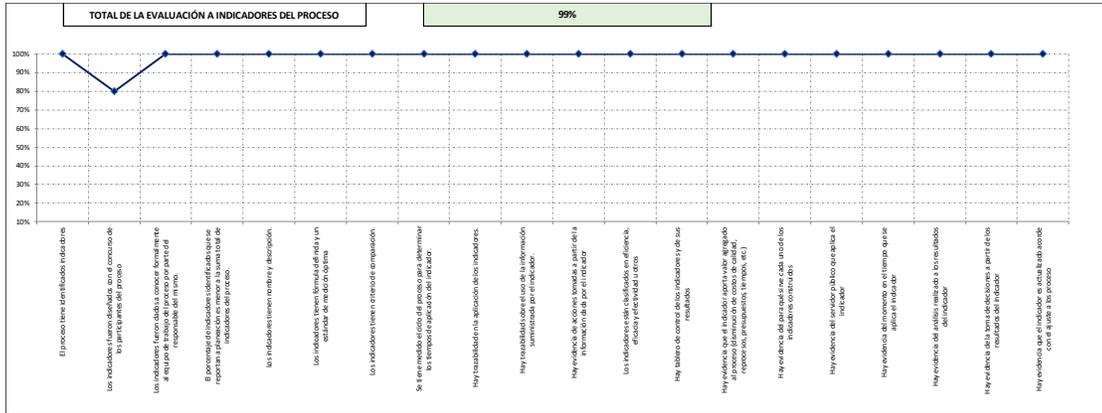
2024 a las 8:02 a.m. La Dirección Territorial auditada da respuesta mediante correo electrónico del lunes 15 de marzo de 2024 a las 5:25 p.m. con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de indicadores definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los Objetivos del Sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales b), c), d), e), g) y h) que la administración de los indicadores propende por:

b) Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional; c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad; d) Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional; e) Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros; g) Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación; y h) Velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características, y en artículo 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 Dirección Territorial auditada responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz así:

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.



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 99% de 100% posibles.

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, complitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – indicadores corresponde a 12.5 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 86.5 puntos respecto de la calificación de la auditada y de 87.5 respeto 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 ello, el equipo Auditor de la Oficina de Control Interno califica como debilidad del sistema de control interno de la Dirección Territorial Caquetá / Huila

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 19 de 91

El Equipo Auditor observa que un posible origen es la carencia de capacitación en áreas clave, como el manejo de baterías de medición gerenciales, el dominio de modelos de control gerencial y la habilidad para desarrollar indicadores de gestión efectivos, esto puede resultar en la toma de decisiones sin la debida información, lo que aumenta el riesgo de no alcanzar los objetivos institucionales de manera efectiva y eficiente desde una perspectiva integral en la Dirección Territorial.

5.2.2 Hallazgo del Sistema de Control Interno por la variable modelo riesgos de la Dirección Territorial Caquetá Huila (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.*
- b. *Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos.*

Por su parte el Decreto 1083 de 2015 en el artículo 2.2.22.3.2 define el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) como el: “marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio”.

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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 20 de 91

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.”.

Adicional a esto, en el artículo 2.2.21.5.4 del citado Decreto (que consolida al Decreto 1537 de 2001) dispone que:

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

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

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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 21 de 91

- *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

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.

 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 91

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*
- *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*

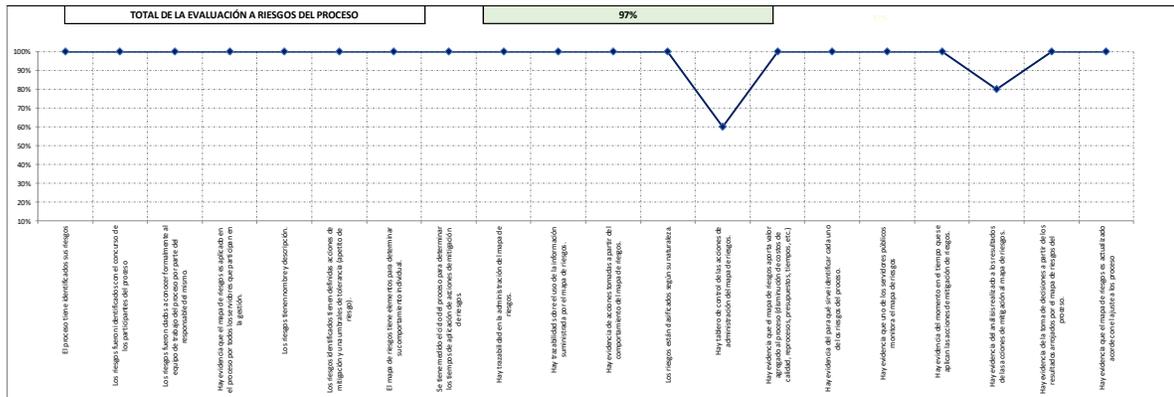
Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de la gestión del riesgo, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – riesgos, mediante correo electrónico del viernes 1 de marzo de 2024 a las 9:27 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.

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 23 de 91

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;*
- 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:



Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Riesgos del Proceso. Fuente propia OCI

Como se observa, la calificación que se da la auditada corresponde al 97% de 100% posibles.

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 24 de 91

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 10.94 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 86.06 puntos respecto de la calificación de la auditada y de 89,06 respeto del máximo posible (100 puntos).

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

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

La ausencia de un mapa de riesgos integral y robusto que recoja no solo los identificado en el instrumento institucional sino aquellas situaciones que en territorio pueden afectar el logro de los objetivos y el no reconocer aquellos que se desprenden de normas aplicables a la gestión, no está conforme con la Ley 87 de 1993 artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales a) y f), el Decreto 1083 de 2015 en los artículos 2.2.21.3.1 y 2.2.21.5.4, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión en las dimensiones señaladas en este acápite del informe y lo dispuesto en lo pertinente en la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión.

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.

5.2.3 Hallazgo del Sistema de Control Interno por la variable control de la Dirección Territorial Caquetá / Huila. (Diferentes a los puntos de control en los procedimientos)

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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 25 de 91

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

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

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

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

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

- c. *En cada área de la organización, el funcionario encargado de dirigirla es responsable por control interno ante su jefe inmediato de acuerdo con los niveles de autoridad establecidos en cada entidad;*

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

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

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

- e. *El servidor público, como eje del Sistema de Control Interno, tiene la obligación de realizar todas y cada una de sus acciones atendiendo los conceptos de autocontrol y autoevaluación, apoyando las*

 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 91

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”.*

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

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

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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 27 de 91

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

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

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

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

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

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

 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 91

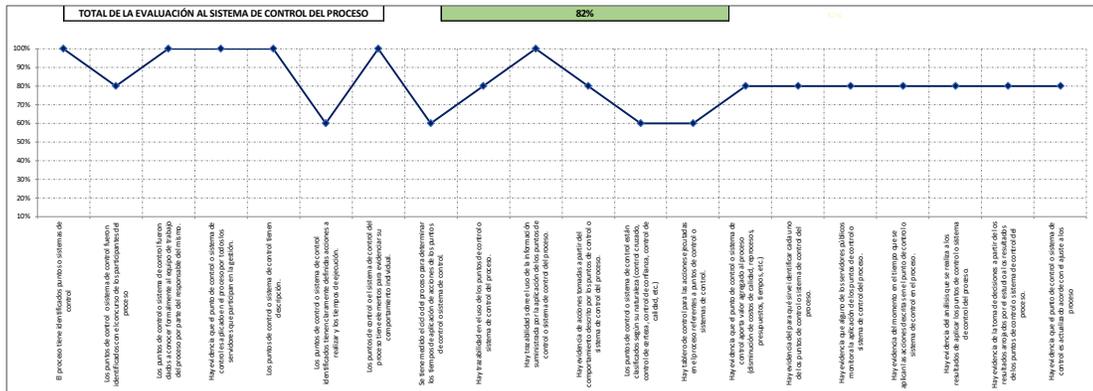
“(...) una estructura de control de la gestión que especifique los elementos necesarios para construir y fortalecer el Sistema de Control Interno, a través de un modelo que determine los parámetros necesarios (autogestión) para que las entidades establezcan acciones, políticas, métodos, procedimientos, 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).”

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 – control, mediante correo electrónico del viernes 1 de marzo de 2024 a las 16:01. La auditada da respuesta mediante correo electrónico del viernes 8 de marzo de 2024 a las 16:52. 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 del control en concordancia con las características del sistema de control interno definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema, 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*

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



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

Como se observa, la calificación que se da la auditada corresponde a 82% de 100% posibles.

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, complitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – control corresponde a 12.50% de 100% posible. Ello implica una diferencia real de 69.50% puntos respecto de la calificación de la auditada y de 87,50 respecto del máximo posible (100 puntos).

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

Adicionalmente, en la afirmación 19 en torno a la toma de decisiones a partir de los resultados de los puntos o sistemas de control, se observa el diligenciamiento de acuerdos de confidencial. Es importante, que la territorial tenga la evidencia que aporte y de certeza de la toma de decisión que se genera a partir de los puntos y/o sistemas de control que tiene la territorial para los diferentes procesos, la evidencia no permite verificar las acciones tomadas a partir de los resultados presentados por esos puntos o sistemas de control aplicados por la territorial.

Por lo anterior, el equipo Auditor de la Oficina de Control Interno califica como debilidad del sistema de control interno en el componente gestión de control de la auditada 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 30 de 91

Así también, transgrede lo contemplado en la Dimensión 7 “Control Interno” del MIPG (Decreto 1499 de 2017) frente a asegurar la gestión del control, la implementación de actividades de monitoreo y supervisión continua en la Dirección Territorial. El Equipo Auditor considera como potenciales causas la falta de identificación de los puntos de control de cada proceso y su respectiva clasificación que permita obtener una herramienta sólida en el análisis de los resultados para el cumplimiento de la misión institucional, así como el desconocimiento en el diseño y seguimiento de tableros de control, en modelos de control gerencial para la Dirección Territorial. Lo anterior aumenta el riesgo de no lograr los objetivos institucionales y de la Dirección Territorial en particular.

5.2.4 Hallazgo del Sistema de Control Interno por la variable modelo de mejora o valor agregado de Dirección Caquetá / Huila

El Equipo Auditor examina las evidencias aportadas y cargadas al One Drive por el equipo auditado el 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”*.

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 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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 31 de 91

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 asociada 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 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.”

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 32 de 91

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:

“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.

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 33 de 91

El objetivo del MECl 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:

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

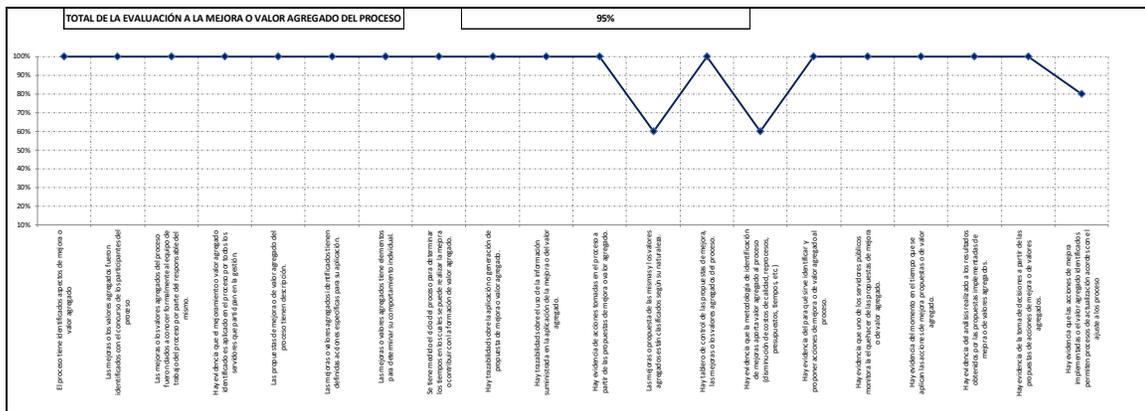
 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 34 de 91

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. 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 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.

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 Likert. 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:



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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 35 de 91

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, complitud 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 respeto 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 Caquetá / Huila.

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 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.

La situación descrita conduce a la ausencia de acciones, iniciativas o valor agregado que puedan impulsar un mejoramiento continuo y afectar los comportamientos habituales relacionados con la gestión en varios aspectos clave:

- Identificación de áreas de mejora en los procesos y procedimientos que involucren a la Dirección Territorial, con el fin de mejorar la prestación de servicios tanto para clientes internos como externos.
- Implementación de buenas prácticas en la gestión de la innovación y la mejora continua.
- Falta de toma de decisiones informadas basadas en el análisis y la evaluación de los datos recopilados durante la gestión misional.
- Ausencia de tableros de control que permitan identificar desviaciones y generar alertas tempranas para reducir los riesgos asociados con la gestión misional

5.2.5 Hallazgo del Sistema de Control Interno por la variable seguimiento de la Dirección Territorial Caquetá / Huila

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 36 de 91

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, evidenciando la efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta la Dirección Territorial Caquetá / huila para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. El propósito es determinar si la auditada posee y reconoce un modelo de seguimiento a sus actividades, decisiones y acciones de mejora le permita tener otra herramienta gerencial de las actividades institucionales.

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

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

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

El artículo 2° de la citada 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:

“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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 37 de 91

específicos del MECI en el literal dispone que se debe e) *“Garantizar razonablemente la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional”*.

Consecuencia 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. (...)”

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

 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 91

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 seguimiento, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – seguimiento, mediante correo electrónico del viernes 1 de marzo de 2024 a las 16:01. La auditada da respuesta mediante correo electrónico del lunes 8 de marzo de 2024 a las 16:52. 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 seguimiento 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 – seguimiento tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert. 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:



Unidad para las Víctimas

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

Código: 150,19,15-8

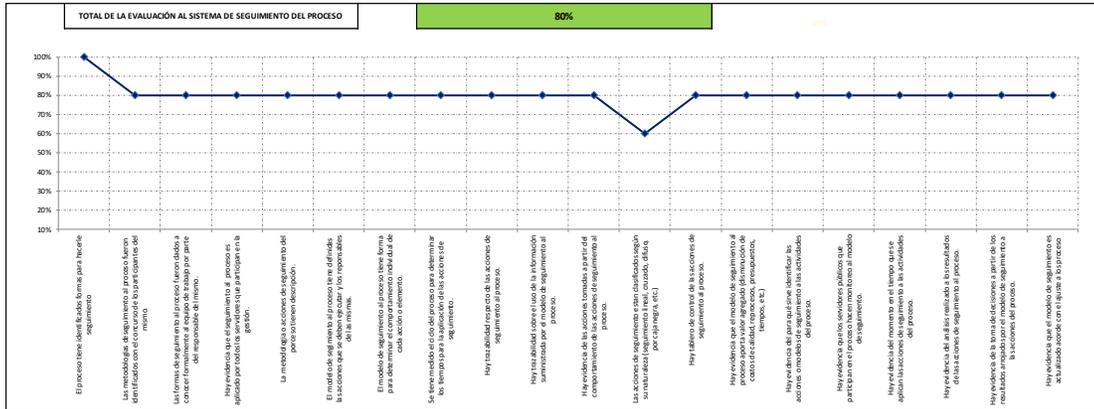
PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

Versión: 08

PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO

Fecha: 25/10/2022

Página 39 de 91



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 80% de 100% posibles.

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, complitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – seguimiento corresponde a 4,69 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 75,31 puntos respecto de la calificación de la auditada y de 95,31 respecto del máximo posible (100 puntos).

Lo anterior dado que la auditada aportó evidencias que solo permitieron la certeza en los porcentajes arriba citados. La falta de un sistema robusto de seguimiento a todas las actividades que despliega la Dirección Territorial se constituye en una debilidad del sistema de control interno. El equipo Auditor de la Oficina de Control Interno califica como debilidad del sistema de control interno en el componente de seguimiento del sistema de control interno de la auditada así:

La ausencia de un modelo de seguimiento robusto y gerencial reportado al equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, lo cual no está conforme con la Ley 87 de 1993 artículo 2° referente a los objetivos del sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales b), c), d), e), g) y h), Decreto 1499 de 2017 Manual Operativo de MIPG, en la dimensión 4° evaluación de resultados, en los ítems 4.2.1. Seguimiento y evaluación del desempeño institucional se extrae los lineamientos generales para la implementación: “Definir un área o servidor responsable del diseño, implementación y comunicación de los mecanismos de seguimiento y evaluación, revisar y actualizar los indicadores y demás mecanismos de seguimiento y evaluación establecidos en la entidad y por otras autoridades, Evaluar el logro de los resultados”. En el modelo estándar de control de interno – MECl, establece en el título 2 Módulo Control de Evaluación y Seguimiento, donde dispone que: (...) los instrumentos y herramientas de gestión y de control de la entidad requieren evaluación y seguimiento, Esto se consigue mediante actividades de supervisión continua, evaluaciones periódicas o una combinación de ambas cosas (...). Lo anterior conlleva 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 40 de 91

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 porque a las tomadas no se les hace un estricto seguimiento.

5.3 ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DE RIESGOS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LA DIRECCIÓN TERRITORIAL CAQUETA – HUILA

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

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

Para hacer posible el análisis del mapa de riesgos asociado a la gestión de la Dirección Territorial Caquetá / Huila, se aplica el papel de trabajo *“evaluación de riesgos, diseño de controles y efectividad de las evidencias”*, que consulta los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través de la *“Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas”*. Este instrumento se elabora con los parámetros cuantitativos de la guía y por lo mismo, es un mecanismo de medición de la gestión desplegada por la Dirección Territorial Caquetá / Huila en el manejo y gestión de sus riesgos. Se inicia desde la identificación de las causas y su correspondiente control y se llega a la gestión realizada a cada riesgo identificado.

Es necesario señalar que el propósito de esta evaluación es determinar si la Dirección Territorial Caquetá / Huila en mención diseña de manera adecuada y metodológicamente el control al riesgo y a su vez verifica si la evidencia cumple el propósito de la acción del control.

El presente análisis del Equipo Auditor se despliega, mediante la técnica de confrontación documental, para examinar que el control posee todos los aspectos referenciados por el Departamento Administrativo de la Función Pública y, por lo tanto, contribuye a controlar los riesgos.

 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 91

En virtud del mapa de riesgos institucional de la vigencia 2023 el equipo auditor analiza los riesgos asociados a la Dirección Territorial Caquetá - Huila. Producto de esta actividad se observa que se identifican cuatro (4) riesgos, de los cuales el equipo auditor evidencia tres (3) riesgos de gestión que corresponde al 80,0 %, uno (1) riesgo de corrupción con el 20,0 %. Para gestionar los riesgos identificados la Dirección Territorial aplica diez (10) controles.

Al examinar las variables se tiene como resultado que el 0,0 % corresponde a cero (0) riesgos calificados en el rango denominado Fuerte, el 20,0 % corresponde a un (1) riesgo en el rango Moderado y 80,0 % a tres (3) riesgos en el rango Débil, resultado que arroja la herramienta aplicada a los riesgos de la Dirección Territorial respecto al diseño del control.

Grafica No.1. Resultado de la solidez de los riesgos de la DT Caquetá - Huila



Fuente: Herramienta análisis de riesgos de la 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 recibidas se evalúan con los criterios de auditoria generalmente aceptados y se establece que la Dirección Territorial Caquetá-Huila en la efectividad de ejecución del control tiene como resultado que 0,0% cuenta con el criterio “Existe la evidencia y/o control total” (Fuerte), 25,0% “La evidencia y/o control es parcial” (Moderado) y el 75,0% “No existe la evidencia y/o control” (débil).

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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 42 de 91

Sin embargo, se debe tener presente que este análisis al mapa de riesgos institucional de la Dirección Territorial Caquetá – Huila corresponde a tres (3) riesgos de gestión, uno (1) de corrupción identificados.

Para finalizar, se observa en el riesgo uno (1), control uno (1) que se materializa durante el periodo del alcance de la auditoría cuando *“El profesional de indemnizaciones de la DT al momento de realizar la revisión de la municipalización, en el evento de identificar errores, procede a anular la carta y cargar el soporte en la herramienta INDEMNIZA y remite correo electrónico a la Subdirección de Reparación individual, informando la inconsistencia presentada con el objetivo de evitar su pago en forma equivocada. En el evento que el Operador quien realiza las reprogramaciones a nivel nacional, no pueda ejecutarla, el caso queda suspendido hasta que se realice la gestión. Como evidencia queda la carta anulada, correo electrónico remitido a la Subdirección de Reparación Individual con el reporte del error.”*,

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

El artículo 2° de la Ley 87 de 1993 al hablar de los objetivos del sistema de Control Interno dispone en los literales a) y f) que la administración de los riesgos propende por: a) Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten; y f) Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos. En concordancia con lo anterior, el Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017 que en los artículos 2.2.21.3.1 y 2.2.21.5.4 se dispone que:

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

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

 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 91

De lo anterior se desprende que la entidad debe tener una política de riesgos la cual, según lo estipulado por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Sistema de Gestión, Modelo Integrado de Planeación y Gestión, 2023 V5, en la página 36 establece:

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

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

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

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

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

En este escenario, la misma disposición en pagina 90 dicta que:

Evaluar la gestión del riesgo en la entidad.

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

Al hablar de las líneas de defensa, se tiene que en la línea estratégica debe realizar la *definición y evaluación de la Política de Administración del Riesgo*. La evaluación debe considerar su aplicación en la

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 44 de 91

entidad, cambios en el entorno que puedan definir ajustes, dificultades para su desarrollo y riesgos emergentes.

La primera línea de defensa, que corresponde a los servidores en su quehacer *institucional debe realizar la identificación de riesgos y el establecimiento de controles, así como su seguimiento, acorde con el diseño de dichos controles, evitando la materialización de los riesgos.*

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

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

El Departamento Administrativo de la Función Pública dispone de una guía para la administración de los riesgos denominada “Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” Versión 6, la cual es concordante con la Política Institucional de riesgos contenida en el Manual del Sistema Integrado de Gestión de la UARIV vigencia 2023 página 22, donde se establece que:

5.3.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades

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

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

Siguiendo el eje de la política de riesgos de la entidad se tiene que en el documento de la “metodología de administración de riesgos V11” está apoyada en lo dispuesto por el Departamento Administrativo de la Función Pública, dado que señala que:

 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 91

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

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

Este documento adopta los lineamientos de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP vigente, la cual integra las metodologías para la gestión de riesgos impartidos por el DAFP, la secretaria de Transparencia de la Presidencia de la Republica y el Ministerio de Tecnologías de la información y Comunicaciones. Adicionalmente se tiene en cuenta las normas GTC 45:2012, NTC 14001, 2015 NTC 27001: 2013.

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

A partir del marco normativo Ley 87 de 1993 en el artículo 2° literales a) y f); Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017 que en el artículo 2.2.21.3.1; Decreto 1083 de 2015 artículo 2.2.21.5.4; los lineamientos dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Sistema de Gestión, Modelo Integrado de Planeación y Gestión, 2023 V5, la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas V6, y la metodología administración de riesgos Código:130.01.20-1. V 11 del 04 de diciembre de 2023, el Equipo Auditor establece que la Dirección Territorial auditada no cumple en totalidad los lineamientos estipulados en el marco normativo expuesto.

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

De acuerdo a lo anterior se evidencia la ausencia de un modelo robusto del mapa de riesgos de la Dirección Territorial, la identificación y aplicación de controles ineficaces, lo cual no está conforme con la Ley 87 de 1993 en el artículo 2° literales a) y f); Decreto 1083 de 2015 modificado por 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 46 de 91

Decreto 648 de 2017 que en el artículo 2.2.21.3.1; Decreto 1083 de 2015 artículo 2.2.21.5.4; los lineamientos dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Sistema de Gestión, Modelo Integrado de Planeación y Gestión, 2023 V5, la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas V6, y la metodología de administración de riesgos Código:130.01.20-1 V. 11 del 04 de diciembre de 2023 definida UAIRV.

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

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa la respuesta dada por la Dirección Territorial Caquetá / Huila al no desvirtuar las causas que sustentan la debilidad de los riesgos que puedan atender a toda la operación misional que se realiza en el territorio de acuerdo con las funciones designadas para cada colaborador, y que la actualización de los controles sean más efectivos acorde con el riesgo definido, pues este sería un criterio importante para la próxima actualización.

De acuerdo con lo anterior, el Equipo Auditor considera pertinente confirmar 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.

5.4 ANALISIS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2023 DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL CAQUETÁ / HUILA.

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*

 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 91

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.

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.*

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 48 de 91

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

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

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

Dado este marco normativo, se tiene claro que en la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas por mandato legal 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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 49 de 91

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 a la Dirección Territorial Caquetá – Huila y 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 Caquetá – Huila, 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 Caquetá - Huila mediante su propio instrumento. Los resultados de esta evaluación se deben entender dentro de los lineamientos estratégicos institucionales. En este escenario, la metodología utilizada por la OAP es de análisis de comportamiento acumulado temporal, es decir, examina el quantum acumulado de la variable en un tiempo único específico. Por su parte, la Oficina de Control Interno realiza un examen disímil al comportamiento del reporte de las metas pactadas para el periodo establecido en el alcance de la auditoría. En este sentido, el análisis es diferente y tiene una razonabilidad distinta a la aplicada por la OAP. Aquí, la metodología de análisis corresponde al comportamiento multipunto de variable pre acumulada en diversos tiempos relacionada con la movilidad de cada variable en los segmentos de tiempo de reporte.

5.4.1 Plan de Acción 2023 Dirección Territorial Caquetá - Huila

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 Caquetá -

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 50 de 91

Huila tiene en total veintiocho (28) actividades en el Plan de Acción 2023 de las cuales, tres (3) fueron eliminadas, identificadas con los códigos 157, 412 y 420, razón por la cual la totalidad de actividades a evaluar para la vigencia 2023 es de veinticinco (25). En lo que compete al primer trimestre de 2023 no aplica reporte de avance en veinte (20) de sus actividades. Por consiguiente, la muestra de trabajo es de cinco (5) actividades que corresponden al 20% de la población, donde se evidencia que, dos (2) actividades programadas presentan estado óptimo del 100% y tres (3) estado superlativo del 109%, 111% y 800%.

Respecto al segundo trimestre de 2023 la muestra de trabajo es de trece (13) actividades, lo que equivale 52% 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 8 actividades de las 13 posibles, lo que equivale al 61.53% 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 1 de las 13 posibles, lo que equivale al 7.69% 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 13 posibles, lo que equivale al 0% de la muestra.

Estado superlativo (Mayor al 100%): Las actividades reportadas en el segundo trimestre de 2023, y que en dicho periodo tiene un mayor valor a lo planeado, es decir se excede a lo planeado, es de 4 de las 13 posibles, lo que equivale al 30.76% de la muestra.

En lo que concierne al tercer trimestre 2023, la muestra de trabajo es de quince (15) 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 15 posibles, lo que equivale al 73% 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 1 de las 15 posibles, lo que equivale al 7% de la muestra.



4. Efectuar la entrega de cartas de indemnización aptas para ser entregadas. (Cod. 409).					5. Aprobar planes de retorno y reubicación étnicos. (Cod. 410)					6. Aprobar planes de retorno y reubicación no étnicos. (Cod. 411)					7. Formular los planes de negocio de los hogares beneficiarios de los esquemas especiales de acompañamiento familiar. (Cod. 412).				
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%
96,73	90	107,48	107%	107%	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%
93,55	90	103,94	104%	104%	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%
95,08	90	105,64	106%	106%	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%
96,07	90	106,74	107%	107%	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	40	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
98,87	90	109,86	110%	110%	0	20	0	0%	0%	0	40	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	50	0	0%	0%	0	40	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
93,91	90	104,34	104%	104%	0	80	0	0%	0%	100	80	125	125%	125%	0	100	0	0%	0%
				104					0					125					
				106.17					0					125					

7. Apoyar la contactabilidad de los potenciales hogares beneficiarios de los Esquemas Especiales de Acompañamiento Familiar (Cod. 423).					8. Tramitar las solicitudes de acompañamiento en el proceso de retorno y reubicación individual o familiar, en la vigencia. (Cod. 413).					9. Tramitar las colocaciones del primer apoyo a la sostenibilidad en las solicitudes de retorno y reubicación que aplique. (Cod. 414).					10. Acompañar técnicamente a las entidades territoriales para que mantengan los conceptos de seguridad vigentes. (Cod. 415)				
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%	96,23	90	106,922	107%	107%
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%	0	100	0	0%	0%	98,11	90	109,011	109%	109%
0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	94,34	90	104,822	105%	105%
0	1	0	35%	0%	34,78	100	34,78	35%	35%	100	100	100	100%	100%	94,34	90	104,822	105%	105%
0	1	0	100%	0%	61,27	100	61,27	64%	61%	100	100	100	100%	100%	100	90	111,111	111%	111%
0	1	0	0%	0%	81,48	100	81,48	81%	81%	100	100	100	100%	100%	96,23	90	106,922	107%	107%
100	100	100	100%	100%	85,94	100	85,94	86%	86%	100	100	100	100%	100%	98,11	90	109,011	109%	109%
100	100	100	100%	100%	59,5	100	59,5	60%	60%	100	100	100	100%	100%	92,45	90	102,722	103%	103%
100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	92,45	90	102,722	103%	103%
100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	90,57	90	100,633	101%	101%
100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	98,11	90	109,011	109%	109%
				100					96					100					109
				100					95.61					100					106.57



Unidad para las Víctimas

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

Código: 150,19,15-8

PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

Versión: 08

PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO

Fecha: 25/10/2022

Página 53 de 91

DIRECCIÓN TERRITORIAL CAQUETÁ HUILA

11. Formular y concertar planes de reparación colectiva con Sujetos de Reparación Colectiva. (Cod 707).					12. Generar informes de seguimiento a las cartas de entendimiento/ convenios suscritos. (Cod. 418).					13. Socializar la oferta institucional de las entidades nacionales y sus convocatorias en el territorio. (Cod. 419).					14. Documentar las acciones de medidas implementadas en el sistema de información. (Cód. 420).				
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%	1	1	100	100%	25%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%
0	1	0	100%	0%	1	1	100	100%	25%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%
0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	25%	1	1	100	100%	33%	100	100	100	100%	100%
0	1	0	0%	0%	2	2	100	100%	50%	1	1	100	100%	33%	0	100	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	2	2	100	100%	50%	1	1	100	100%	33%	0	100	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	2	2	100	100%	50%	1	1	100	100%	33%	0	100	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	3	3	100	100%	75%	2	2	100	100%	67%	0	100	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	3	3	100	100%	75%	2	2	100	100%	67%	0	100	0	0%	0%
0	2	0	0%	0%	4	4	100	100%	100%	3	3	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%
				0					100					100					
				0					100					100					

14. 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).					15. Acompañar al proceso de elección e instalación de las mesas de participación municipales y distritales. (Cód. 571).					16. Fortalecer la oferta institucional en los CRAV. (Cód. 593).					17. 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%
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%	2	2	100	100%	67%	0	1	0	0%	0%
1	1	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	2	2	100	100%	67%	0	1	0	0%	0%
1	1	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	2	2	100	100%	67%	0	1	0	0%	0%
1	1	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	3	3	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%
1	1	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	3	3	100	100%	100%	100	72	138,889	139%	139%
				100					100					100					139
				100					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 54 de 91

18. Construir informes de articulación, gestión y seguimiento en el marco de los CTJT. (Cód. 595).					19. 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).					20. 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 prioritarias a partir de estudio técnico. (Cód. 684).					21. Realizar acciones de la medida de rehabilitación en sujetos de reparación colectiva focalizados en la fase de implementación. (Cód. 686).				
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%	0	1	0	0%	0%
1	1	100	100%	25%	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%	0	1	0	0%	0%
2	2	100	100%	50%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%
2	2	100	100%	50%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
2	2	100	100%	50%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
3	3	100	100%	75%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
3	3	100	100%	75%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
3	3	100	100%	75%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
4	4	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

22. Realizar jornadas de atención móvil de orientación y comunicación a las víctimas con enfoque diferencial. (Cód. 688).					23. Suscribir cartas de entendimiento o convenios con instituciones de educación superior que beneficien a la población víctima. (Cód. 692).					24. 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).					25. Cargar al sistema de información la documentación de las acciones realizadas con sujetos de reparación colectiva en las fases de la ruta e implementación. (Cod 706).				
Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023
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%
21	19	110,53	111%	38%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
21	19	110,53	111%	38%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
21	19	110,53	111%	38%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	100%	0%
33	30	110	110%	60%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%
33	30	110	110%	60%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%
33	30	110	110%	60%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%
50	46	108,7	109%	91%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%
50	46	108,7	109%	91%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%
50	46	108,7	109%	91%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%
55	55	100	100%	100%	1	2	50	50%	50%	1	1	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%
				100					50					100					100
				100					50					100					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 55 de 91

Como se puede evidenciar, este análisis examina el movimiento de los reportes y variables en los tiempos para establecer el comportamiento general de las actividades asociadas al plan de acción 2023. Teniendo como horizonte el criterio que todo lo planeado se debe cumplir dentro del periodo pactado y en las cantidades asignadas, las actividades que no cumplen plenamente el mandato de la Oficina Asesora de Planeación (ya sea inferior o superior de lo programado) son desviaciones que deben ser estudiadas por la Dirección Territorial Caquetá - Huila, 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 Caquetá / Huila. 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 3 de las 5 metas programadas (lo que corresponde al 60% del total de indicadores a 31 de marzo de 2023), toda vez que en las tres (3) actividades presenta un porcentaje de avance superior al programado con el 109%, 111% y 800%. Un escenario similar se presenta en los reportes de avance del segundo, tercer trimestre, así como de ejecución (cumplimiento) del cuarto trimestre, los cuales se describen a continuación:

Segundo trimestre: de 13 actividades, 4 presentan porcentaje de avance superior (106%, 110%, 111% y 240%) y 1 inferior con el 64%, equivalente al 38.4% del total de indicadores establecidos para este periodo.

Tercer trimestre: de 15 actividades, 3 registran porcentaje de avance superior (103%, 109% y 133%) y 1 inferior con el 60%, equivalente al 26.6% del total de indicadores proyectados para dicho periodo.

Cuarto trimestre: de 25 actividades, 4 presentan porcentajes de ejecución superior (104%, 109%, 125% y 139%), y 4 inferior (50%, 96% y 2 con el 0%), equivalente al 32% del total de indicadores programados para la vigencia 2023.

Cabe aclarar que, a pesar de que 22 de las 25 actividades se encuentran en nivel satisfactorio de ejecución vigencia 2023, 4 están por encima (104%, 109%, 125% y 139%) y 1 por debajo (96%) de la meta ideal del 100%. Asimismo, las 3 actividades restantes presentan cumplimiento insatisfactorio, 1 con el 50% y 2 con el 0% (estado crítico).

 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 91

1	Satisfactorio		Entre 90% y 100%	22	88%
2	Aceptable		Entre 60 y 89%	0	0%
3	Insatisfactorio		Menor de 60%	3	12%
Total actividades Plan de Acción DT Caquetá Huila 2023				25	100%

Adicional a lo anterior, y de acuerdo con la meta establecida en el plan de acción DT Caquetá - Huila 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 muestran avances y cumplimiento superiores (101% noviembre, 103% septiembre y octubre, 105% abril y mayo, 107% enero y julio, 109% marzo, agosto y diciembre, 111% febrero y junio). De igual manera, en la actividad “Tramitar las solicitudes de acompañamiento en el proceso de retorno y reubicación individual o familiar, en la vigencia” con el código 413, de mayo a septiembre de 2023 registra avances inferiores del 35%, 64%, 81%, 86% y 60% respectivamente. Sumado a esto, las actividades “Presentar iniciativas o proyectos de asistencia y reparación integral a la comunidad internacional y/o alianzas estratégicas” código 402 y “Realizar jornadas de atención móvil de orientación y comunicación a las víctimas con enfoque diferencial” código 688, en los reportes de marzo, junio y septiembre 2023 presentan porcentajes de avance superior (superlativo).

Debilidad

Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Dirección Territorial Caquetá - Huila 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 atención a la respuesta emitida a la Oficina de Control Interno mediante correo electrónico del 17 de junio de 2024 por parte de la Dirección Territorial auditada en lo concerniente a la entrega de observaciones de la auditoria de gestión al sistema de control interno SCI de la Dirección Territorial Caquetá y Huila, referente a la debilidad en el avance y ejecución del plan de acción 2023, así: *“Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Dirección Territorial Caquetá - Huila referente al avance y ejecución del total de actividades (indicadores) programadas en su plan de acción para*

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 57 de 91

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 manifiestan que:

“(…) Con respecto a la debilidad identificada como 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.

Frente a esta debilidad, manifiesto que desde la DT no estamos de acuerdo con esta observación por las siguientes razones:

1. Efectivamente el plan de acción de la DT Caquetá Huila durante la vigencia 2023 estuvo conformado por 28 indicadores de los cuales quedaron 25 al eliminarse tres.

2. Los indicadores que no fueron cumplidos durante la vigencia, fue por causas ajenas a la DT, es decir la solución no estuvieron al alcance de la misma. Las NC generadas corresponden a los procesos de reparación colectiva, R y R y SNARIV fueron:

- indicador 410;” Planes étnicos de retorno o reubicación formulados y aprobados”
- indicador 692” Cartas de entendimiento o convenios suscritos con instituciones de educación superior”.
- Indicador 707” Sujetos de reparación colectiva con planes aprobados”

Es importante precisar que, desde la DT desde durante la planeación 2023, teniendo en cuenta el contexto de la DT se generaron alertas para el indicador 707” Sujetos de reparación colectiva con planes aprobados” frente a los posibles incumplimientos y la solicitud de cambios, inicialmente la meta establecida era el 80% sobre del universo de los SRC, luego; desde la DT, se solicitó la modificación del indicador para que no fuera con planes aprobados, sino avance en la formulación de los planes, propuesta que no fue aceptada.

Las no conformidades que se generaron a la DT Caquetá Huila fueron: 1. NC 3290 Al realizar el seguimiento al corte diciembre del 2023 del avance de las metas establecidas en el plan de acción institucional en la Dirección Territorial Caquetá-Huila, se evidencia que el indicador 410; ”Planes étnicos de retorno o reubicación formulados y aprobados” no cumplió con la meta, siendo un incumplimiento del requisito numeral 9.1.3 Análisis y evaluación de la Norma ISO 9001:2015, como también del criterio de operación del procedimiento “Formulación, aprobación y seguimiento al plan de acción institucional”, reportando un incumplimiento al cierre de la vigencia inferior al 85% al indicador. META 2023 1 PLAN.

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 58 de 91

2. NC 3292 Al realizar el seguimiento al corte diciembre del 2023 del avance de las metas establecidas en el plan de acción institucional en la Dirección Territorial Caquetá-Huila, se evidencia que el indicador 692; "Cartas de entendimiento o convenios suscritos con instituciones de educación superior" no cumplió con la meta, siendo un incumplimiento del requisito numeral 9.1.3 Análisis y evaluación de la Norma ISO 9001:2015, como también del criterio de operación del procedimiento "Formulación, aprobación y seguimiento al plan de acción institucional", reportando un incumplimiento al cierre de la vigencia inferior al 85% al indicador.

3. NC 3294 Al realizar el seguimiento al corte diciembre del 2023 del avance de las metas establecidas en el plan de acción institucional en la Dirección Territorial Caquetá-Huila, se evidencia que el indicador 707; "Sujetos de reparación colectiva con planes aprobados" no cumplió con la meta, siendo un incumplimiento del requisito numeral 9.1.3 Análisis y evaluación de la Norma ISO 9001:2015, como también del criterio de operación del procedimiento "Formulación, aprobación y seguimiento al plan de acción institucional", reportando un incumplimiento al cierre de la vigencia inferior al 85% al indicador. META 2023 2 planes aprobados.

Frente a la primera NC 3290 no fue posible dar cumplimiento, debido a que en su momento no se cumplía el principio de seguridad, de acuerdo al resultado de la validación realizada en el comité territorial de justicia transicional de fecha 25 de septiembre de 2023, el cual, arrojó el resultado de aprobado desfavorable para algunas zonas del sector rural, entre ellos, el corregimiento de Bruselas en donde se encuentra ubicado el resguardo Intillagta; esto en cumplimiento de lo establecido en el artículo décimo tercero de la resolución 0027 de 2022, que establece la "verificación de la viabilidad del acompañamiento. Este momento tiene como objetivo identificar por parte de la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación a las Víctimas el cumplimiento de los principios de seguridad, dignidad y voluntariedad en su alcance de viabilidad, para desarrollar el acompañamiento, de acuerdo con el anexo técnico de esta resolución." Por otra parte, en marzo del presente año el municipio de Pitalito validó nuevamente el principio de seguridad resultando aprobado favorable para la zona rural, sin embargo, el 24 de mayo de esta vigencia, dicho municipio informó vía correo electrónico que aplaza la formulación del plan en razón que en la actualidad tiene seis planes de ryr aprobados con diferentes porcentajes de avance y a la fecha no se priorizó al municipio para la formulación de esquemas. En este sentido, la meta establecida para este año, tampoco se cumpliría.

De acuerdo con lo anterior, se realiza el análisis de las causas por el incumplimiento del indicador aquí referido:

1. No fue posible el cumplimiento de la meta en razón a que, en el marco del CTJT del municipio de Pitalito de fecha 25 de septiembre del 2023, el principio de seguridad se aprobó desfavorable para la zona rural corregimientos de Bruselas, Criollo, Charguayaco y Guacacallo, siendo el corregimiento de Bruselas, lugar de ubicación del resguardo Intillagta, por tanto, se aplaza la formulación hasta que cambien las condiciones de seguridad.

2. No se cumplió el principio de seguridad, el cual, es un requisito de viabilidad para el acompañamiento en el proceso de ryr

 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 91

3. El municipio de Pitalito aplazó de manera indefinida la formulación del plan de reubicación de la comunidad Intillagta.

Con respecto a la NC 3292 se realizó análisis de causas y plan de mejora, y se considera factible dar cumplimiento durante la vigencia 2024. En cuanto a la NC 3294 Los SRC priorizados son SRC étnico (Nasa Uss) y el SRC no étnico la Unión Peneya; el primero, no cuenta con territorio y el segundo se requiere que la alcaldía del Municipio de la Montañita emita el certificado de uso de suelos y valor por metro cuadrado, para continuar con el costeo del proyecto de infraestructura adecuación de la casa de la Junta de acción comunal; situaciones que no son de manejo de la DT.N La propuesta de ajuste en la redacción del indicador no fue aceptada por el nivel nacional, quienes manifestaron que mínimo se debía formular y aprobar dos planes, por consiguiente la meta se disminuyó a 2 planes formulados y aprobados, y fue modificada según acta de cambios No. 22 de fecha 18 de julio de 2023, meta que no fue cumplida.

Es importante precisar que en el ejercicio de proyección de metas realizado a finales del año 2023, para la vigencia 2024 se generaron alertas frente a las dificultad en la formulación y aprobación de los planes de los SRC de la DT, sin embargo; estas alertas no fueron atendidas, toda vez que para la presente vigencia fue establecido el indicador 56 en el proceso de Reparación colectiva el cual consiste en Número de planes de reparación colectiva formulados y concertados con los sujetos con una meta de 6 planes aprobados y concertados; más el rezago que quedo de la vigencia 2023, quedando la meta con un total de 8 planes, poniendo nuevamente en riesgo el cumplimiento del indicador.

De igual manera, mediante correo recibido el día 6 de junio de los corrientes nos informan sobre las NC generadas a raíz del incumplimiento en los indicadores mencionados, y actualmente nos encontramos en el proceso de identificación de causas que generaron incumplimiento y la realización del plan de mejora. También se informa desde la OAP se realizó una reunión con los enlaces de Planeación, para analizar y articular el seguimiento y tratamiento a las NC 2023, y se llegó al acuerdo de realizar un nuevo espacio con la OCI para la revisión de las NC que su cumplimiento no se encuentra al alcance de la DT. (...)"

Frente a esta a esta contextualización, el Equipo Auditor le informa a la Dirección Territorial Caquetá / Huila 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 10 de los 25 indicadores que le fueron asignados en la vigencia 2023 (Códigos 402, 409, 410, 411, 413, 415, 594, 688, 692 y 707). Es importante aclarar que, la Oficina de Control Interno en su rol de evaluación y seguimiento realiza la verificación y análisis de la información reportada por las dependencias del nivel nacional y direcciones territoriales en el aplicativo SISGESTION 2.0 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.

 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 91

Si bien es cierto que al finalizar la vigencia 2023, la Dirección Territorial Caquetá y Huila cumple al 100% en diecisiete (17) de las veinticinco (25) metas programadas (equivalente al 68% 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, dicho escenario no permite obtener el punto ideal de equilibrio que coadyuve al logro del objetivo institucional adecuado en su plan de acción.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno sugiere a la Dirección Territorial Caquetá y Huila consolidar el trabajo en equipo con la Oficina Asesora de Planeación en cuanto a la elaboración, concertación y formalización adecuada de las metas a inscribir y cumplir en el plan de acción. De igual manera, solicitar a la OAP capacitaciones y/o asesorías en el diseño, planeación y programación de 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 Caquetá / Huila 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*

 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 91

7. Servicio al ciudadano
8. Participación ciudadana en la gestión pública
9. Racionalización de trámites
10. Gestión documental
11. Gobierno Digital, antes Gobierno en Línea
12. Seguridad Digital
13. Defensa jurídica
14. Gestión del conocimiento y la innovación
15. Control interno
16. Seguimiento y evaluación del desempeño institucional
17. Mejora Normativa (Numeral 17, adicionado por el Decreto 1299 de 2018, art. 2)
18. Gestión de la Información Estadística (Numeral 18 adicionado por el Art. 1 del Decreto 454 de 2020)
19. Compras y Contratación Pública (Numeral 19, adicionado por el Art. 1 del Decreto 742 de 2021)

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

La Oficina de Control Interno diseña un instrumento que relaciona las funciones legalmente asignadas a las Direcciones Territoriales en el Decreto 4802 de 2011 y el Modelo de Planeación y Gestión (MIPG) con sus siete 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 que obligatorio cumplimiento. En efecto la Ley 87 de 1993 en su artículo 1° dispone que:

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

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

b. Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional; (subrayado fuera de texto)

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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 62 de 91

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

Adelante, en el artículo 2.2.23.1 se dice que:

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

Para realizar la evaluación correlación entre funciones, MIPG y las 19 políticas, se desarrolla un 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 Caquetá / Huila 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 Caquetá / Huila”. 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.

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

 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 91

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 al cumplimiento de las funciones y las políticas que deben ser cumplidas por ordenamiento legal.

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 Caquetá / Huila mediante correo electrónico del miércoles 20 de marzo de 2024 6:20 p. m lo pertinente con las funciones de la dependencia y con correo electrónico del viernes 12 de abril de 2024 4:21 p. m., en lo ateniendo con las políticas de MIPG.

La Dirección Territorial mediante correo electrónico del viernes 15 de marzo de 2024 4:00 p. m. allega la información de la matriz de funciones y el miércoles 3 de abril de 2024, la Dirección Territorial carga lo correspondiente a la matriz de políticas.

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 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.

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 64 de 91

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. Demostrar la participación en temas de política de talento humano, de seguridad digital o de control interno, por citar algunas no son evidenciadas por la auditada.

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

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

Análisis de evidencias de las políticas ordenadas en MIPG

La auditada 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

 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 91

tienen contextualización y por ende no se tiene claridad de su valor como evidencia. Se anuncian anexos que no son remitidos para su evaluación.

En términos generales los documentos aportados por la 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 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.

5.5.1 OBSERVACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO POR FUNCIONES Y POLITICAS DE MIPG

El aporte de evidencias que demuestren el engranaje que se da entre las Funciones y Políticas de MIPG hacen que los resultados preliminares de la auditoria, se cumplen las 10 funciones en totalidad, lo cual fortalece el buen desempeño de la Dirección Territorial; sin embargo, en la verificación de las mismas evidencias para la evaluación y cumplimiento de las políticas siendo este el propósito específico del papel de trabajo aplicado, se evidencio que los resultados de los soportes dan certeza parcial del desarrollo y continuidad en la interacción de las Política de MIPG y las Funciones dentro de la Territorial.

Teniendo en cuenta lo anterior, el equipo Auditor recomienda positivamente que para la Funciones de la Dirección Territorial Caquetá / Huila se mantengan en su labor diaria por el equipo de trabajo, manteniendo y mejorando la buena imagen de la entidad en el territorio donde se ubican, obteniendo mejores resultados en la gestión realizada.

El equipo auditor recomienda a la Dirección Territorial Caquetá / Huila y a todo el equipo de trabajo que soportan la presencia de la Unidad para las Víctimas en el territorio, a que se fortalezca la gestión y mejorar la implementación de las Políticas de MIPG y en esa medida obtener mejores resultados en el desarrollo de los procesos y actividades inherentes al territorio.

A continuación, se detallan las Políticas de MIPG que requieren mayor atención e ideas de mejoramiento en el desarrollo y puesta en marcha por parte de la gerencia de la Dirección Territorial Caquetá / Huila para poder obtener un mejor resultado de gestión sin desconocer resultados ya obtenidos en el desarrollo de su labor.

1. Política de Gestión Estratégica de Talento Humano
2. Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación
3. Política de transparencia, acceso a la información Pública y lucha contra la corrupción.

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 66 de 91

4. Política de Control Interno.

Para las restantes 15 Políticas de MIPG, que todo el equipo de trabajo de la Dirección Territorial Caquetá / Huila conocen y manejan, el equipo auditor sugiere mantener su buena práctica de gestión dentro del territorio, con el único propósito de sostener y conservar los resultados positivos de la gestión de la Dirección Territorial en beneficio de la buena imagen Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

Lo anterior hace que la Dirección Territorial Caquetá / Huila cumpla en gran medida con las 10 funciones legalmente establecidas y relacionadas directamente con el ejercicio administrativo de las 7 dimensiones y las 19 políticas, de conformidad con lo establecido en la Ley 87 de 1993 artículo 2° 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 un cumplimiento débil el no tener en cuenta la articulación de las normas que deben interactuar entre sí, para dar cumplimiento total a las directrices que regulan y rigen la administración pública, esto podría obedecer a la falta capacitación por parte de la Oficina Asesora de Planeación quien es la directamente responsable de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), lo cual conlleva a una posible falencia 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 las normas de orden público y, por lo tanto, de obligatorio cumplimiento por parte la gerente y su equipo de trabajo de la Dirección Territorial.

5.6. ANÁLISIS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN RELACIÓN CON LA EVALUACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

El Equipo Auditor examina las evidencias aportadas y cargadas en el SharePoint por el equipo auditado el lunes 29 de abril de 2024. El propósito es determinar si la Dirección Territorial Caquetá / Huila aplica las acciones necesarias para garantizar que los servicios de tecnologías de la información que brinda la entidad para el cumplimiento de los objetivos cuentan con los controles que permitan un funcionamiento normal, el respaldo de la información y de los datos que se gestionan a través de la dependencia.

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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 67 de 91

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 a 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.”

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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 68 de 91

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

d. 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)

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de las variables anteriormente indicada, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remitió al auditado la matriz de evaluación de las tecnologías de la información y las comunicaciones mediante correo electrónico del martes 21 mayo de 2024 a las 14:55. La Dirección Territorial auditada da respuesta mediante correo electrónico el lunes 13 de junio de 2024 a las 11:56, 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 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:

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

 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 91

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.

El papel de trabajo, matriz de evaluación de los servicios e infraestructura tecnológica cuenta con 20 aspectos, los cuales fueron explicados en detalle en una sesión de trabajo que se realizó a todas las Direcciones Territoriales auditadas el martes 16 de abril de 2024, en donde se dejó explícito cuales eran los alcances de cada uno de estos requerimientos y las posibles evidencias que deberían aportar a este proceso.

5.6.1. Seguridad de la Información - Gestión de Activos

Para poder evaluar la Gestión de Activos, es importante conocer y tener como soporte la relación de la información que se controla desde la Oficina de Tecnologías de la Información del Nivel Nacional y que corresponde a la relación del “Equipos de Cómputo” a cargo, operación y control de la Dirección Territorial.

Al realizar la anterior verificación y cruce de información que corresponde y detalla la relación de Equipos de Cómputo a cargo de la Dirección Territorial, se pudo evidenciar que no existen diferencias entre la relación de recibido en la territorial y lo enviado desde nivel nacional.

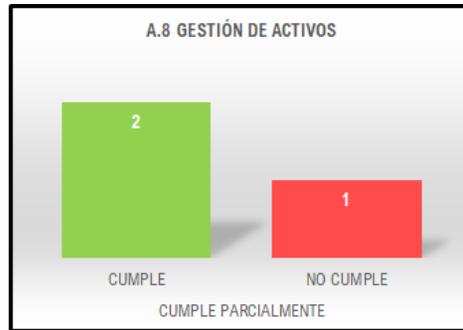
De igual forma a continuación evaluaremos aspectos importantes y necesarios para control de la Dirección Territorial con respecto a esta responsabilidad:

5.6.1.1. Devolución de activos de computo

El Equipo Auditor evidencia la ausencia de las actas de entrega de todos los elementos que fueron devueltos para la vigencia 2023 de los funcionarios o contratistas retirados, en donde de manera específica se lleve el control de estos elementos, garantizando una información consistente en el inventario de equipos de cómputo con los que cuenta la DT.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 70 de 91

Resultado de la gestión de los activos



OBSERVACION No. 1

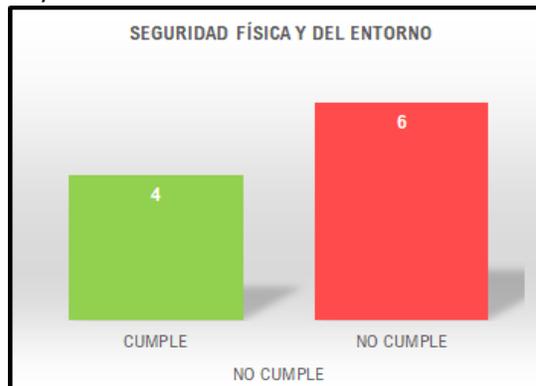
Del análisis efectuado por parte de los auditores de control interno de los soportes suministrados, se evidencia la falta de información como son las "Actas de Entrega y/o devolución de elementos tecnológicos" que fueron gestionados en la vigencia 2023.

Por lo anteriormente indicado el equipo auditor considera la necesidad de revisar el proceso que se está gestionando y los puntos de control que se realizan al formato dispuesto por el proceso para la devolución o entrega de los elementos tecnológicos de la territorial.

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

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

Resultado de Seguridad Física y del Entorno



 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 91

DEBILIDAD

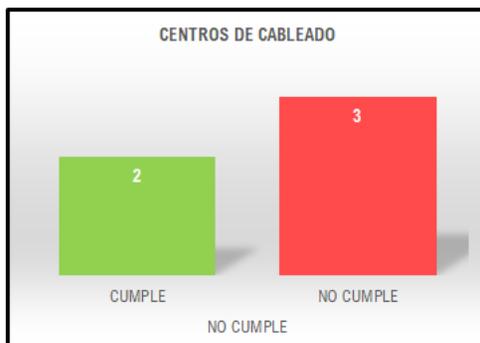
El Equipo Auditor de Control Interno evalúa, con normas de auditoria generalmente aceptadas, de los soportes suministrados por el auditado, donde se evidencia que los controles implementados no cumplen con las características necesarias para lo pertinente con los numerales asociados a la seguridad física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

5.6.1.3. Centros de Cableado

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, evalúa las evidencias presentadas por el auditado a través de normas de auditoria generalmente aceptadas, que llevan a la convicción que las acciones que debía gestionar la Dirección Territorial no se realizaron de conformidad y por lo tanto se tiene como No cumplida la gestión.

Resultado Centro de Cableado



DEBILIDAD

 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 91

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evidencia la falta de documentación técnica 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. 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 para la administración y operatividad de los servicios.

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.

Mediante correo electrónico del jueves 13 de junio de 2024 enviado a las 11:57 a.m. por parte de la funcionaria Nora Helena Méndez Artunduaga de la Dirección Territorial de Caquetá Huila, remite observaciones a la evaluación del informe de evaluación de TI en donde señala lo siguiente:

En atención al informe de evaluación Tecnologías de la información realizado a la DT Caquetá Huila, de manera comedida informo lo siguiente:

1. Hallazgo del Sistema de Control Interno al proceso de gestión de la información que gestiona la Dirección Territorial CAQUETA – HUILA.

OBSERVACION No. 1

Del análisis efectuado por parte de los auditores de control interno de los soportes suministrados, se evidencia la falta de información como son las “Actas de Entrega y/o devolución de elementos tecnológicos” que fueron gestionados en la vigencia 2023.

El informe hace referencia a la ausencia de actas de entrega de todos los elementos que fueron devueltos para la vigencia 2023 de los funcionarios o contratistas retirados, al respecto manifiesto que el día de ayer se realizó una reunión virtual con el profesional Basco German Ricaurte, donde se demostró que las actas de entrega de elementos si fueron presentadas y se encuentran en el numeral 1 Inventarios carpeta No.3 Formatos de entrega o devolución.

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 73 de 91

Por lo anterior, el hallazgo no aplica.

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa la respuesta emitida por la Dirección Territorial Caquetá / Huila y considera que los argumentos expuestos en su comunicación no desvirtúan las causas que sustenta la observación dado que los soportes entregados solo demuestran la entrega mas no la devolución de los equipos de cómputo gestionados en la vigencia 2023.

En consecuencia, el Equipo Auditor considera pertinente mantener la observación comunicada para efectos de que la Dirección Territorial replantee las acciones y actividades de control con el objetivo de fortalecer la documentación soporte que permite evaluar la consistencia de los inventarios de los equipos asignados a la Dirección Territorial.

2. DEBILIDAD No. 2

El Equipo Auditor de Control Interno evalúa, con normas de auditoría 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 Caquetá / Huila, 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.

Al respecto, informo que fueron cargadas evidencias como registro fotográfico del centro de cableado, donde se puede apreciar la puerta de acceso, seguridad del sitio y los elementos que lo conforman, estas evidencias fueron cargadas en el numeral 3. Seguridad Física y del entorno en la carpeta No.5. La territorial deberá implementar elementos de seguridad para la infraestructura tecnológica.

Numeral 6: La Dirección Territorial deberá tener garantizado un recurso técnico que sea el responsable del manejo y la administración de los elementos tecnológicos.

El ingreso a la sala Rack solamente se realiza cuando se presenta algún inconveniente o por mantenimiento a los elementos. Las personas encargadas del manejo son las profesionales Adriana Leyton Trujillo en la sede Florencia y de Claudia Soraya Novoa en la sede Neiva, quienes se desempeñan como asistentes administrativas.

Lo anterior, obedece a que esta actividad se encuentra establecida en una de las obligaciones contractuales de las profesionales mencionadas, según contratos OPS números 752 y 754 vigencia 2023.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 74 de 91

Numeral 11 La Territorial deberá garantizar que se realicen periódicamente mantenimientos preventivos a los equipos de cómputo como a la infraestructura tecnológica.

En esta carpeta se cargaron evidencias de mantenimientos realizados a los equipos.

Numeral 12 La Territorial deberá garantizar los elementos de seguridad para los equipos portátiles.

La DT solo cuenta con bolsos para guardar los equipos portátiles, no se cuenta con guayas.

Numeral 13 La Territorial deberá garantizar que sus funcionarios y contratistas cumplan con las políticas de seguridad de la información definidas por la entidad.

Se cargaron listados de asistencia de capacitaciones realizadas por parte de la OTI

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa la respuesta dada por la Dirección Territorial y considera que los argumentos no desvirtúan las causas que sustentan la debilidad ni elimina la incertidumbre que se mantiene en el principio de escepticismo. La ausencia de evidencias que soporten controles que se deben implementar a los accesos físicos tanto a las oficinas de la DT como al centro de cableado no permiten evidenciar la eficiencia que debe regir a la protección no solamente de los equipos de cómputo sino también a los equipos activos de red con los que la DT opera para la prestación de los servicios tecnológicos que la entidad suministra para el cumplimiento de sus labores estratégicos y misionales, asegurando la información y de los datos que se gestionan en la Dirección Territorial.

En consecuencia, el equipo auditor considera pertinente mantener la debilidad comunicada para efectos que la Dirección Territorial realice un plan de mejoramiento donde a partir de la debilidad efectúe un ejercicio para determinar las causas y a partir de ellas establecer acciones de mejoramiento que lleven a superar las causas generadoras donde se evalué todo lo pertinente a la seguridad física y del entorno en sus diferentes aspectos tanto físicos como protocolos que se deban implementar.

DEBILIDAD No. 2

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evidencia la falta de documentación técnica 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.

Esta debilidad se encuentra en el numeral 5 Centros de cableado, al respecto informo lo siguiente:

Carpeta 16 La Unidad cuenta con documentación de los centros de cableado y Carpeta 17 la DT

 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 91

debería tener actualizado el inventario de los equipos de activos que conforman el centro de cableado.

Se solicito la información pertinente a la Mesa 5 de la Unidad, el día de ayer. Hasta ahora no he recibido respuesta al requerimiento, adjunto correos de solicitud. Una vez reciba la información procederé a remitirla.

Carpeta 20 Protocolos implementados o documentación técnica que garantiza la intervención a la atención de una incidencia tecnológica.

Se cargaron correos electrónicos donde se evidencia la gestión realizada desde la DT cuando se presenta una incidencia.

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa la respuesta efectuada por la Dirección Territorial Caquetá / Huila y las evidencias entregadas donde se considera que los argumentos planteados y expuestos no son suficientes para romper el principio de ascetismo y no da la plena certeza al auditor del cumplimiento sobre la falta de documentación técnica 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.

En consecuencia, el Equipo Auditor considera pertinente mantener la debilidad comunicada teniendo en cuenta 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 con el objetivo de realizar 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.

5.5.2 OBSERVACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO POR FUNCIONES Y POLITICAS DE MIPG

El aporte de evidencias que demuestren el engranaje que se da entre las Funciones y Políticas de MIPG hacen que los resultados preliminares de la auditoria, se cumplen las 10 funciones en totalidad, lo cual fortalece el buen desempeño de la Dirección Territorial; sin embargo, en la verificación de las mismas evidencias para la evaluación y cumplimiento de las políticas siendo este el propósito específico del papel de trabajo aplicado, se evidencio que los resultados de los soportes dan certeza parcial del desarrollo y continuidad en la interacción de las Política de MIPG y las Funciones dentro de la Territorial.

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 76 de 91

Teniendo en cuenta lo anterior, el equipo Auditor recomienda positivamente que para la Funciones de la Dirección Territorial Caquetá / Huila se mantengan en su labor diaria por el equipo de trabajo, manteniendo y mejorando la buena imagen de la entidad en el territorio donde se ubican, obteniendo mejores resultados en la gestión realizada.

El equipo auditor recomienda a la Dirección Territorial Caquetá / Huila y a todo el equipo de trabajo que soportan la presencia de la Unidad para las Víctimas en el territorio, a que se fortalezca la gestión y mejorar la implementación de las Políticas de MIPG y en esa medida obtener mejores resultados en el desarrollo de los procesos y actividades inherentes al territorio.

A continuación, se detallan las Políticas de MIPG que requieren mayor atención e ideas de mejoramiento en el desarrollo y puesta en marcha por parte de la gerencia de la Dirección Territorial Caquetá / Huila para poder obtener un mejor resultado de gestión sin desconocer resultados ya obtenidos en el desarrollo de su labor.

1. Política de Gestión Estratégica de Talento Humano
2. Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación
3. Política de transparencia, acceso a la información Pública y lucha contra la corrupción.
4. Política de Control Interno.

Para las restantes 15 Políticas de MIPG, que todo el equipo de trabajo de la Dirección Territorial Caquetá / Huila conocen y manejan, el equipo auditor sugiere mantener su buena práctica de gestión dentro del territorio, con el único propósito de sostener y conservar los resultados positivos de la gestión de la Dirección Territorial en beneficio de la buena imagen Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

Lo anterior hace que la Dirección Territorial Caquetá / Huila cumpla en gran medida con las 10 funciones legalmente establecidas y relacionadas directamente con el ejercicio administrativo de las 7 dimensiones y las 19 políticas, de conformidad con lo establecido en la Ley 87 de 1993 artículo 2º 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 un cumplimiento débil el no tener en cuenta la articulación de las normas que deben interactuar entre sí, para dar cumplimiento total a las directrices que regulan y rigen la administración pública, esto podría obedecer a la falta capacitación por parte de la Oficina Asesora de Planeación quien es la directamente responsable de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), lo cual conlleva a una posible falencia de eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales, dado que no se puede evidenciar

 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 91

plenamente el acatamiento de las normas de orden público y, por lo tanto, de obligatorio cumplimiento por parte la gerente y su equipo de trabajo de la Dirección Territorial.

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

A partir de lo evidenciado durante el desarrollo de la auditoria y verificado 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 y su equipo de trabajos de la Dirección Territorial con el objetivo subsanarlas y desarrollarla en beneficio de la organización.

OBSERVACIÓN 1.

El aporte de evidencias que demuestren el engranaje que se da entre las Funciones y Políticas de MIPG hacen que los resultados preliminares de la auditoria, se cumplen las 10 funciones en totalidad, lo cual fortalece el buen desempeño de la Dirección Territorial; sin embargo, en la verificación de las mismas evidencias para la evaluación y cumplimiento de las políticas siendo este el propósito específico del papel de trabajo aplicado, se evidencio que los resultados de los soportes dan certeza parcial del desarrollo y continuidad en la interacción de las Política de MIPG y las Funciones dentro de la Territorial.

Teniendo en cuenta lo anterior, el equipo Auditor recomienda positivamente que para la Funciones de la Dirección Territorial Caquetá / Huila se mantengan en su labor diaria por el equipo de trabajo, manteniendo y mejorando la buena imagen de la entidad en el territorio donde se ubican, obteniendo mejores resultados en la gestión realizada.

El equipo auditor recomienda a la Dirección Territorial Caquetá / Huila y a todo el equipo de trabajo que soportan la presencia de la Unidad para las Víctimas en el territorio, a que se fortalezca la gestión y mejorar la implementación de las Políticas de MIPG y en esa medida obtener mejores resultados en el desarrollo de los procesos y actividades inherentes al territorio.

A continuación, se detallan las Políticas de MIPG que requieren mayor atención e ideas de mejoramiento en el desarrollo y puesta en marcha por parte de la gerencia de la Dirección Territorial Caquetá / Huila para poder obtener un mejor resultado de gestión sin desconocer resultados ya obtenidos en el desarrollo de su labor.

1. Política de Gestión Estratégica de Talento Humano
2. Política de 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 78 de 91

3. Política de transparencia, acceso a la información Pública y lucha contra la corrupción.
4. Política de Control Interno.

Para las restantes 15 Políticas de MIPG, que todo el equipo de trabajo de la Dirección Territorial Caquetá / Huila conocen y manejan, el equipo auditor sugiere mantener su buena práctica de gestión dentro del territorio, con el único propósito de sostener y conservar los resultados positivos de la gestión de la Dirección Territorial en beneficio de la buena imagen Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

Lo anterior hace que la Dirección Territorial Caquetá / Huila cumpla en gran medida con las 10 funciones legalmente establecidas y relacionadas directamente con el ejercicio administrativo de las 7 dimensiones y las 19 políticas, de conformidad con lo establecido en la Ley 87 de 1993 artículo 2º 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 un cumplimiento débil el no tener en cuenta la articulación de las normas que deben interactuar entre sí, para dar cumplimiento total a las directrices que regulan y rigen la administración pública, esto podría obedecer a la falta capacitación por parte de la Oficina Asesora de Planeación quien es la directamente responsable de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), lo cual conlleva a una posible falencia 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 las normas de orden público y, por lo tanto, de obligatorio cumplimiento por parte la gerente y su equipo de trabajo de la Dirección Territorial.

OBSERVACIÓN 2.

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa la respuesta emitida por la Dirección Territorial Caquetá / Huila y considera que los argumentos expuestos en su comunicación no desvirtúan las causas que sustenta la observación dado que los soportes entregados solo demuestran la entrega mas no la devolución de los equipos de cómputo gestionados en la vigencia 2023.

En consecuencia, el Equipo Auditor considera pertinente mantener la observación comunicada para efectos de que la Dirección Territorial replantee las acciones y actividades de control con el objetivo de fortalecer la documentación soporte que permite evaluar la consistencia de los inventarios de los equipos asignados a la Dirección Territorial.

DEBILIDAD 1.

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 79 de 91

El equipo Auditor de la Oficina de Control Interno califica como debilidad del sistema de control interno de la Dirección Territorial Caquetá / Huila, 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.

La ausencia de un modelo de medición (indicadores propios de la Dirección Territorial) 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 rigen 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.

El Equipo Auditor observa que un posible origen es la carencia de capacitación en áreas clave, como el manejo de baterías de medición gerenciales, el dominio de modelos de control gerencial y la habilidad para desarrollar indicadores de gestión efectivos, esto puede resultar en la toma de decisiones sin la debida información, lo que aumenta el riesgo de no alcanzar los objetivos institucionales de manera efectiva y eficiente desde una perspectiva integral en la Dirección Territorial.

DEBILIDAD 2.

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, 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 el equipo califica como debilidad la auditada así:

La ausencia de un mapa de riesgos integral y robusto que recoja no solo los identificado en el instrumento institucional sino aquellas situaciones que en territorio pueden afectar el logro de los objetivos y el no reconocer aquellos que se desprenden de normas aplicables a la gestión, no está conforme con la Ley 87 de 1993 artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales a) y f), el Decreto 1083 de 2015 en los

 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 91

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.

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.

DEBILIDAD 3

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

Adicionalmente, en la afirmación 19 en torno a la toma de decisiones a partir de los resultados de los puntos o sistemas de control, se observa el diligenciamiento de acuerdos de confidencial. Es importante, que la Dirección Territorial tenga la evidencia que aporte y de certeza de la toma de decisión que se genera a partir de los puntos y/o sistemas de control que tiene la territorial para los diferentes procesos, la evidencia no permite verificar las acciones tomadas a partir de los resultados presentados por esos puntos o sistemas de control aplicados por la territorial.

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

Así también, transgrede lo contemplado en la Dimensión 7 “Control Interno” del MIPG (Decreto 1499 de 2017) frente a asegurar la gestión del control, la implementación de actividades de monitoreo y supervisión continua en la Dirección Territorial. El Equipo Auditor considera como potenciales causas la falta de identificación de los puntos de control de cada proceso y su respectiva clasificación que permita obtener una herramienta solida en el análisis de los resultados para el cumplimiento de la misión institucional, así como el desconocimiento en 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 81 de 91

diseño y seguimiento de tableros de control, en modelos de control gerencial para la Dirección Territorial aumentando el riesgo de no lograr los objetivos institucionales en particular

DEBILIDAD 4

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, califica como debilidad del sistema de control interno de la Dirección Territorial Caquetá / Huila 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 por la Dirección Territorial auditada.

Lo anterior no está conforme con lo establecido 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), 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.

La situación descrita conduce a la ausencia de acciones, iniciativas o valor agregado que puedan impulsar un mejoramiento continuo y afectar los comportamientos habituales relacionados con la gestión en varios aspectos clave:

- Identificación de áreas de mejora en los procesos y procedimientos que involucran a la Dirección Territorial, con el fin de mejorar la prestación de servicios tanto para clientes internos como externos.
- Implementación de buenas prácticas en la gestión de la innovación y la mejora continua.
- Falta de toma de decisiones informadas basadas en el análisis y la evaluación de los datos recopilados durante la gestión misional.
- Ausencia de tableros de control que permitan identificar desviaciones y generar alertas tempranas para reducir los riesgos asociados con la gestión misional

DEBILIDAD 5

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, califica como debilidad del sistema de control interno de la Dirección Territorial Caquetá / Huila la ausencia de un sistema robusto de seguimiento a todas las actividades que despliega la Dirección Territorial se constituye en una debilidad del sistema 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 82 de 91

Por lo anterior, el equipo Auditor de la Oficina de Control Interno califica como debilidad del sistema de control interno en el componente de seguimiento del sistema de control interno de la auditada así:

La ausencia de un modelo de seguimiento robusto y gerencial reportado al equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, lo cual no está conforme con la Ley 87 de 1993 artículo 2° referente a los objetivos del sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales b), c), d), e), g) y h), Decreto 1499 de 2017 Manual Operativo de MIPG, en la dimensión 4° evaluación de resultados, en los ítems 4.2.1. Seguimiento y evaluación del desempeño institucional se extrae los lineamientos generales para la implementación: *“Definir un área o servidor responsable del diseño, implementación y comunicación de los mecanismos de seguimiento y evaluación, revisar y actualizar los indicadores y demás mecanismos de seguimiento y evaluación establecidos en la entidad y por otras autoridades, Evaluar el logro de los resultados”*. En el modelo estándar de control de interno – MECl, establece en el título 2 Módulo Control de Evaluación y Seguimiento, donde dispone que: *(...) los instrumentos y herramientas de gestión y de control de la entidad requieren evaluación y seguimiento, Esto se consigue mediante actividades de supervisión continua, evaluaciones periódicas o una combinación de ambas cosas (...)*. 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 porque a las tomadas no se les hace un estricto seguimiento.

DEBILIDAD 6

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno estable como causas el desconocimiento de la metodología para la elaboración de la identificación de los controles que sean idóneos y adecuados para prevenir y/o mitigar los eventos potenciales, así mismo, ausencia en la identificación robusta de los riesgos, y la pertinencia de las evidencias frente a los controles evaluados en la respuesta dada por la Dirección Territorial Caquetá / Huila al no desvirtuar las causas que sustentan la debilidad de los riesgos que puedan atender a toda la operación misional que se realiza en el territorio de acuerdo con las funciones designadas para cada colaborador, y que la actualización de los controles sean más efectivos acorde con el riesgo definido, pues este sería un criterio importante para la próxima actualización.

De acuerdo con lo anterior, el Equipo Auditor considera pertinente confirmar 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 7

 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 91

Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Dirección Territorial Caquetá / Huila 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.

Frente a esta a esta contextualización, el Equipo Auditor le informa a la Dirección Territorial Caquetá / Huila 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 10 de los 25 indicadores que le fueron asignados en la vigencia 2023 (Códigos 402, 409, 410, 411, 413, 415, 594, 688, 692 y 707). Es importante aclarar que, la Oficina de Control Interno en su rol de evaluación y seguimiento realiza la verificación y análisis de la información reportada por las dependencias del nivel nacional y direcciones territoriales en el aplicativo SIGGESTION 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 Caquetá y Huila cumple al 100% en diecisiete (17) de las veinticinco (25) metas programadas (equivalente al 68% 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, dicho escenario no permite obtener el punto ideal de equilibrio que coadyuve al logro del objetivo institucional adecuado en su plan de acción.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno sugiere a la Dirección Territorial Caquetá y Huila consolidar el trabajo en equipo con la Oficina Asesora de Planeación en cuanto a la elaboración, concertación y formalización adecuada de las metas a inscribir y cumplir en el plan de acción. De igual manera, solicitar a la OAP capacitaciones y/o asesorías en el diseño, planeación 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 84 de 91

programación de 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.

DEBILIDAD 8

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa la respuesta efectuada por la Dirección Territorial Caquetá / Huila y las evidencias entregadas donde se considera que los argumentos planteados y expuestos no son suficientes para romper el principio de ascetismo y no da la plena certeza al auditor del cumplimiento sobre la falta de documentación técnica 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.

En consecuencia, el Equipo Auditor considera pertinente mantener la debilidad comunicada teniendo en cuenta 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 con el objetivo de realizar 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.

DEBILIDAD 9

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 para la administración y operatividad de los servicios.

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

 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 91

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

De acuerdo con los principios de auditoria generalmente aceptadas, se examinó la información aportada por la Dirección Territorial y sus evidencias que las soportan, se encuentra que su presentación está en el orden de acuerdo con los criterios de calidad de la información, donde no genera incertidumbre al Equipo Auditor respecto al escepticismo profesional, razón por la cual se cumple lo determinado en el artículo 2 de la Ley 87 de 1993 en el literal e) “*Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros*” entendiéndose por registros todas las evidencias de la información aportadas, por consiguiente, se resalta la calidad y pertinencia de las evidencias, lo que muestra un trabajo coordinado con calidez y prontitud.

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

La Dirección Territorial tiene claro su papel dentro de la entidad, promueve y apoya las actividades sociales que benefician a las víctimas de conflicto armado. Su conocimiento es amplio y de experiencia para administrar y captar de todos sus colaboradores el compromiso en acción para sus labores; observamos que, los equipos de trabajo cuentan con una línea clara de sus actividades, disposición y cooperación por lograr sus metas.

El Equipo Auditor destaca el apoyo del Enlace SIG de la Dirección Territorial Caquetá / Huila en su colaboración, disposición para atender, completar y complementar los papeles de trabajo y los requerimientos de información adicional.

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

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

 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 91

La Dirección Territorial en lo que concierne a la gestión del conocimiento e innovación propende fortalecer el modelo de conocimiento con el uso y apropiación de las tecnologías TI, aspecto que es sobresaliente en la medida que garantiza la cadena de valor, conservación y manejo de la información de las diferentes herramientas que buscan una información única y actual, donde todos los colaboradores dominen diferentes procesos desde el registro hasta la reparación de las víctimas. Este aspecto hace que se fortalezca la competencia institucional en la jurisdicción de la Dirección Territorial.

8. RESULTADOS DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.

8.1 Plan de Mejoramiento Auditoría de Gestión

En la vigencia 2019 se realizó auditoria de gestión a la Dirección Territorial Caquetá / Huila, en esa oportunidad, la Oficina de Control Interno comunicó 8 debilidades del sistema de control. En la noviembre 12 de 2021 se realiza seguimiento con el objetivo de “*verificar el avance o logro de las actividades establecidas por la Dirección Territorial, responsable en superar las debilidades identificadas en el Sistema de Control Interno*”. En este sentido se cierran dos (2) totalmente con un porcentaje del 83% y una (1) parcialmente con un porcentaje del 55% y cinco (5) con un porcentaje de 71 % que de acuerdo con el análisis y evaluación por parte del equipo auditor quedan en proceso de reformulación. Si bien se evidencia en este ejercicio el seguimiento que muchas de las causas no son bien analizadas e identificadas para que puedan posteriormente ser tratadas con actividades efectivas que puedan superar el cierre de las debilidades. El Equipo Auditor sugiere como, por ejemplo: “*Solicitar charlas de fortalecimiento en seguridad de la información a la oficina de tecnologías*” y “*Solicitar a la oficina de tecnología de la información por medio de correo electrónico guayas de seguridad para portátiles*” para subsanar lo estipulado en el plan de mejoramiento, por tal motivo estas actividades quedaron “abiertas” para una próxima auditoria de seguimiento.

Debido a lo anterior, el Equipo Auditor encargado de realizar la auditoria de gestión al SCI vigencia 2024 remite correo electrónico el jueves 16 mayo de 2024 a las 11:52 a.m., donde solicita a la Dirección Territorial Caquetá / Huila las evidencias de la gestión realizada respecto al plan de seguimiento

9. RESULTADOS DE LOS LOGROS DE GESTIÓN

El resultado de la gestión de la Dirección Territorial Caquetá / Huila, dentro de la evaluación por dependencias, obtuvo un logro del 8.97 /10.00 para la vigencia 2023

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 87 de 91

10. CONCEPTO DE AUDITORIA

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

La Dirección Territorial Caquetá / Huila ejecuta un modelo de control interno en aras de cumplir con las funciones establecidas en el Decreto 4802 de 2011 artículo 29 y la ley 87 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 lograr los objetivos que le han sido asignados y contribuir con aquellos que le corresponde a nivel nacional. Durante el ejercicio auditor se identificaron elementos de controles fuertes y débiles que pretenden dar información oportuna para la toma de decisiones en el mejoramiento continuo en la gestión de la Dirección Territorial, así como también se identifican fortalezas relevantes 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, las cuales deben ser potencializadas al interior de la Dirección Territorial y armonizadas para el cumplimiento de las diecinueve (19) políticas del MIPG.

El modelo de Control Interno determinado 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, control 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 las tecnologías y seguridad de la información. Estos aspectos básicos del Sistema de Control Interno son objeto de evaluación por parte del Equipo Auditor a través de papeles de trabajo diseñados para establecer el nivel de madurez, aplicación y cumplimiento de ellos.

El sistema de control interno de cualquier proceso inicia con la caracterización y procedimientos asociados que permitan operacionalizar las actividades que conducen al cumplimiento de las funciones constitucionales y legales, que son instrumentos para la gestión de las direcciones territoriales. Teniendo esto en vista, si bien, no se eleva a categoría de debilidad, es necesario que

 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 91

la Dirección Territorial fortalezca e implemente acciones de mejora para que los procedimientos y actividades se cumplan de acuerdo con el flujograma que se establece a través de los procesos misionales desde el nivel nacional. Así mismo, se recomienda un trabajo en conjunto con estos procesos para que las actividades y evidencias requeridas estén totalmente claras y correspondan a lo instaurado en cada uno de los procedimientos y los criterios que allí se citan. Frente el análisis de la ejecución realizada por el Equipo Auditor a los procedimientos misionales se enfatiza tener en cuenta el capítulo donde se detallan las observaciones de los resultados obtenidos con el fin establecer acciones de mejora o planes de mejoramiento a futuro para ser verificados, con las acciones requeridas ejecutadas.

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

1. En la evaluación del componente de indicadores se identifica la ausencia de 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.
2. En la evaluación del componente no se identifica un mapa de riesgos integral y robusto que recoja no solo los identificado en el instrumento institucional sino aquellas situaciones que en territorio pueden afectar el logro de los objetivos y el no reconocer aquellos que se desprenden de normas aplicables a la gestión.
3. Respecto al componente de control se evidencia falta de gestión del equipo de trabajo de la Dirección Territorial A Caquetá / Huila en la identificación, concientización, implementación y aplicación de puntos de control de las actividades diferentes a las descritas en los procedimientos, lo cual puede generar la materialización de los riesgos.
4. En cuanto al componente de mejora y/o valor agregado la Dirección Territorial obtiene el siguiente resultado “Hay evidencia que el modelo de mejoramiento o de agregación de valor pasa del nivel de propuestas al de acciones, lo que permite sustentar la toma de decisiones, que son inherentes a la Dirección Territorial Caquetá / Huila, actualizado y socializado adecuadamente”.
5. 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 Caquetá / Huila, con el fin de corregir situaciones negativas en la gestión.

De acuerdo con lo anterior para las 5 variables auditadas, 2 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.

 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 91

El mapa de riesgos es una herramienta gerencial que tiene por propósito establecer los eventos positivos o negativos que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales. En esta línea el Equipo Auditor examina el mapa de riesgos y evidencia debilidad en el sistema de control interno por la ausencia de un modelo robusto de la Dirección Territorial Caquetá / Huila, la identificación de controles inadecuados, la falta de aplicabilidad y seguimiento en la totalidad de estos. Es importante señalar que, la Dirección Territorial no posee un proceso o procedimiento que le sea propio a su gestión, por lo que el mapa de riesgos responde a las funcionalidades gerenciales desplegadas en el Territorio y que para tener un panorama integro debe recoger los riesgos identificados en cada uno de los procesos que ejecuta en su jurisdicción.

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.

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 Caquetá / Huila cumple con la gestión de sus funciones y la implementación de las políticas de MIPG dispuesto en el marco normativo, por consiguiente, se evidencia un sistema de control interno que no presenta debilidad.

En los aspectos de la seguridad de la información, aspecto que MIPG impone a todos los procesos y dependencias de una entidad, el Equipo Auditor examina el comportamiento de esta variable de control en la Dirección Territorial, teniendo en consideración que la OTI tiene como deber liderar, controlar y hacer seguimiento a estos aspectos de la infraestructura y de la transferencia de información, y no únicamente de los aspectos generales. La evaluación del sistema de control interno arroja los siguientes resultados, los cuales corresponden a un análisis de las evidencias aportadas y del uso de normas de auditoria generalmente aceptadas.

1. Ausencia de una información actualizada que aumenta el riesgo de incurrir en errores en la calidad del reporte y demás datos, que puede afectar la toma de decisiones sobre las necesidades e incidencias que se pueda presentar en cada uno de los elementos tecnológicos utilizados en la operación de la Dirección Territorial (...)

 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 91

2. Ausencia de métodos y estrategias de seguridad del entorno y la disponibilidad de la información, lo que no brindan un nivel de certeza que rompa el principio del escepticismo profesional debilidad.

3. Ausencia de la documentación constituye un riesgo que puede causar el desconocimiento para la atención de incidencias o, negación de servicios que se presenten en la red de comunicaciones de la Dirección Territorial, así como la identificación de alguna problemática, la cual no se le dé un tratamiento conforme a lo establecido en el marco normativo.

La planeación es una de las herramientas mas recurrentes de los sistemas de control interno, en el proceso auditor se establece que existe un ejercicio de planeación con la OAP, no obstante, las metas presentan un comportamiento disímil, en el sentido que se requiere que todo lo planeado se realice, salvo casos excepcionales. Las cantidades de actividades siempre están asociada a un costo directo o indirecto que debe ser reconocido por la Dirección Territorial y en el caso de no cumplir con las metas propuestas, ya da por mayores cantidades o por menores guarismos, ese consto indirecto del sistema sigue presente. Por ello es una debilidad del sistema de control interno el no logro de las metas como se proponen.

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,



WILLIAM ARTURO MÁRQUEZ MONTERO
Auditor Líder



CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO
Jefe Oficina de Control Interno

Versión	Fecha	Descripción de la modificación
		Se crea formato



1	30/04/2014	
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.