

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>1</b> de <b>87</b>

## INFORME FINAL DE AUDITORÍA DIRECCIÓN TERRITORIAL NORTE DE SANTANDER Y ARAUCA

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 preliminar del proceso auditor que se relaciona a continuación:

Nombre del Proceso:	Dirección Territorial Norte de Santander y Arauca
Dependencia líder:	Dirección Territorial Norte de Santander y Arauca
Responsable de la Dirección Territorial:	Judith Maldonado Mojica
Tipo de auditoría realizada:	De primera parte, efectividad del sistema de control interno
Fecha de auditoría:	1° de febrero hasta el viernes 28 de junio de 2024
Equipo Auditor:	Laureano Betancourt Barrera - Auditor Juan Fernando Leon Romero – Auditor Jose David Murcia Rodriguez - Líder Auditor

### 1. OBJETIVO DE LA AUDITORIA

La auditoría tiene como objetivo evaluar el sistema de control interno de Dirección Territorial de Norte de Santander y Arauca 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 se ejecuten mediante procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos u cualquier instrumento formalmente adoptado por la entidad; ii) Verificar que los líderes de los procedimientos implementen, ejecuten, controlen y hagan seguimiento a las herramientas básicas de control (batería de medición, mapa de riesgos, controles, seguimiento y mejoramiento); iii) Verificar que los líderes del proceso hagan seguimiento a la gestión delegada funcional u operativamente a los miembros de su equipo de trabajo y, iv) Verificar que los líderes de los procesos implementen, ejecuten y controlen las directrices que ellos han dispuesto con base en el modelo de gestión y control para lograr las metas propuestas en el plan de acción.

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>2</b> de <b>87</b>

## 2. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

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

## 3. GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR

Durante el desarrollo del proceso auditor se materializan los riesgos asociados al a gestión auditora identificados en el Programa de Auditoria para la vigencia 2024, debido a factores externos como el proceso del concurso de méritos y el estado de salud del auditor líder, por otro lado, se debe resaltar que el acceso a las fuentes de información del proceso por parte del auditor se realiza de manera armónica y ello no genera ninguna perturbación a la gestión.

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

## 4. METODOLOGIA UTILIZADA

El Equipo de 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 ANÁLISIS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN RELACIÓN CON LA EJECUCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS MISIONALES

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

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>3</b> de <b>87</b>

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

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

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

Continuando la línea conductora normativa, el Decreto 1083 de 2015, en el Capítulo 5 “elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del estado”, establece en los artículos 2.2.21.5.1 y 2.2.21.5.2 Racionalización de la gestión institucional así;

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

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

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

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

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página <b>4</b> de <b>87</b>

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

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

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

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

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



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

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

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>5</b> de <b>87</b>

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

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

- c. Verificar que los controles definidos para los procesos y actividades de la organización se cumplan por los responsables de su ejecución y en especial, que las áreas o empleados encargados de la aplicación del régimen disciplinario ejerzan adecuadamente esta función;*
- e. Velar por el cumplimiento de las leyes, normas, políticas, procedimientos, planes, programas, proyectos y metas de la organización y recomendar los ajustes necesarios;*

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

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

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

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>6</b> de <b>87</b>

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

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

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

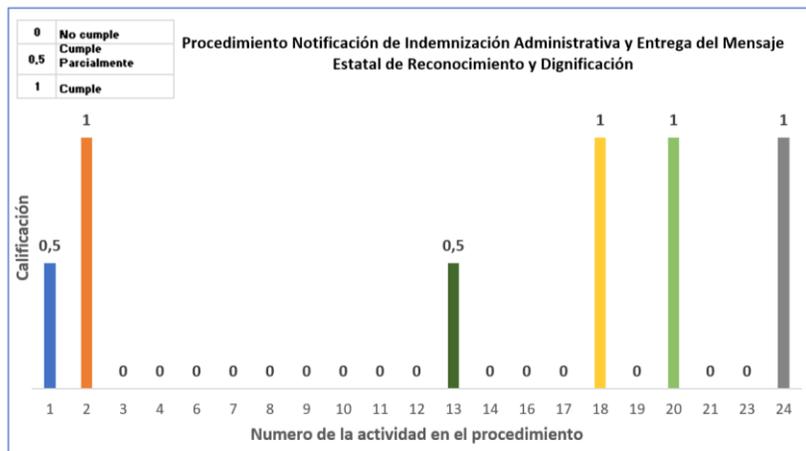
Del análisis correspondiente del Equipo Auditor, mediante la técnica de confrontación documental y control cruzado, analiza si la evidencia de la actividad posee todos los aspectos referenciados en la estructura general de los procedimientos establecidos por la Entidad, en cuanto a las casillas denominadas: descripción, entrada, responsable y salida. A partir de lo anterior, el papel de trabajo establece los resultados, de acuerdo con los criterios antes mencionados y define así el concepto auditor:

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

Producto de esta actividad se observa que la Dirección Territorial, cuenta con un (1) procedimiento “Trámite Notificación de Actos Administrativos V7” del proceso de Relación con el ciudadano que da como resultado cumplimiento total, lo que corresponde a un 20%, los cuatro (4) procedimientos restantes presentan cumplimiento parcial, alcanzando el 80%. Al examinar las variables de cada uno de los procedimientos, el resultado de la evaluación por cada uno de ellos se presenta de la siguiente manera:

#### **Reparación Integral**

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página <b>7</b> de <b>87</b>



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

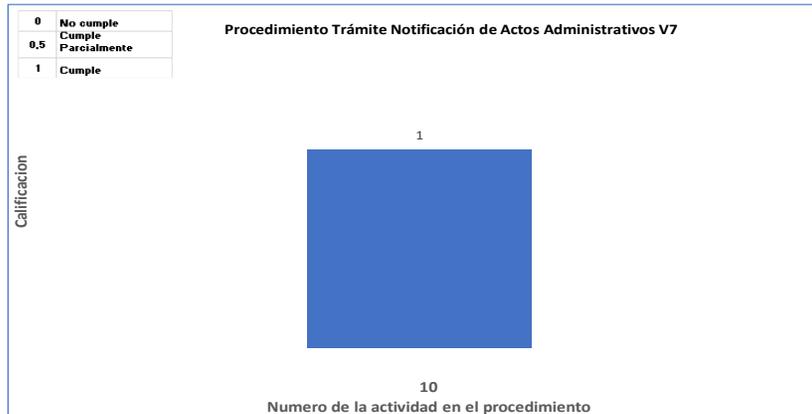
El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan cada una de las actividades incluidas en los procedimientos del proceso y les da un valor individual, y obtiene el siguiente resultado: *"El resultado holístico de las actividades del proceso corresponde a la sumatoria porcentual de cada actividad, en donde determina el nivel de cumplimiento del proceso. En consecuencia, el análisis general del cumplimiento del proceso arroja un resultado que evidencia el cumplimiento parcial, correspondiente a un 24%."*

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

- Para la actividad número (1) de este procedimiento de notificación, no se observa la “Matriz de planeación de acciones”, obteniendo un resultado de cumplimiento parcial.
- Al momento de revisar las actividades tres (3) al doce (12), no se puede verificar la información, ya que no se observa a la fecha el cargue de la información en la herramienta dispuesta para este fin.
- En lo que respecta a la actividad 13, no se evidencia la suscripción de un acta mensual con los responsables de la notificación, obteniendo un resultado de cumplimiento parcial.
- Al momento de revisar las actividades catorce (14) al doce (17), el diecinueve (19) y el veintitrés (23), no se puede verificar la información, ya que no se observa a la fecha el cargue de la información en la herramienta dispuesta para este fin.

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página <b>8</b> de <b>87</b>

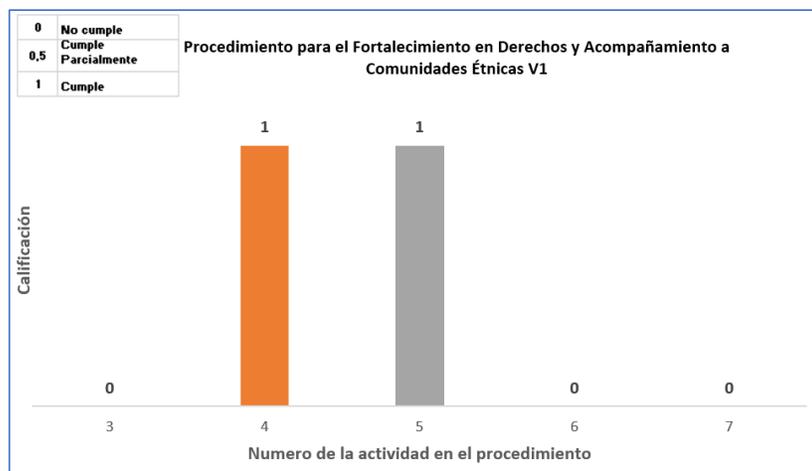
### Relación con el Ciudadano:



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

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

### Participación y Visibilización



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

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>9</b> de <b>87</b>

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan cada una de las actividades incluidas en los procedimientos del proceso y les da un valor individual, y obtiene el siguiente resultado: *"El resultado holístico de las actividades del proceso corresponde a la sumatoria porcentual de cada actividad, en donde determina el nivel de cumplimiento del proceso. En consecuencia, el análisis general del cumplimiento del proceso arroja un resultado que evidencia el cumplimiento parcial, correspondiente a un 40%."*

El resultado se presenta al examinar las evidencias, donde se citan las siguientes observaciones: al momento de revisar las actividades tres (3), seis (6) y siete (7) no se puede verificar la información, ya que no se observa a la fecha el cargue de la información en la herramienta dispuesta para este fin.

### Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez

0	No cumple	<b>Procedimiento Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo especie periodico</b>					
0.5	Cumple Parcialmente						
1	Cumple						
Calificación							
		0	0	0	0	0	0
		1	2	9	10	11	13
		Numero de la actividad en el procedimiento					

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

0	No cumple	<b>Procedimiento para la Formulación de Planes Especificos de Prevención, Protección, Asistencia Y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas</b>								
0.5	Cumple Parcialmente									
1	Cumple									
Calificación										
		0	0	0	0	0	0	0	0	
		2	3	4	6	7	8	10	11	12
		Numero de la actividad en el procedimiento								

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

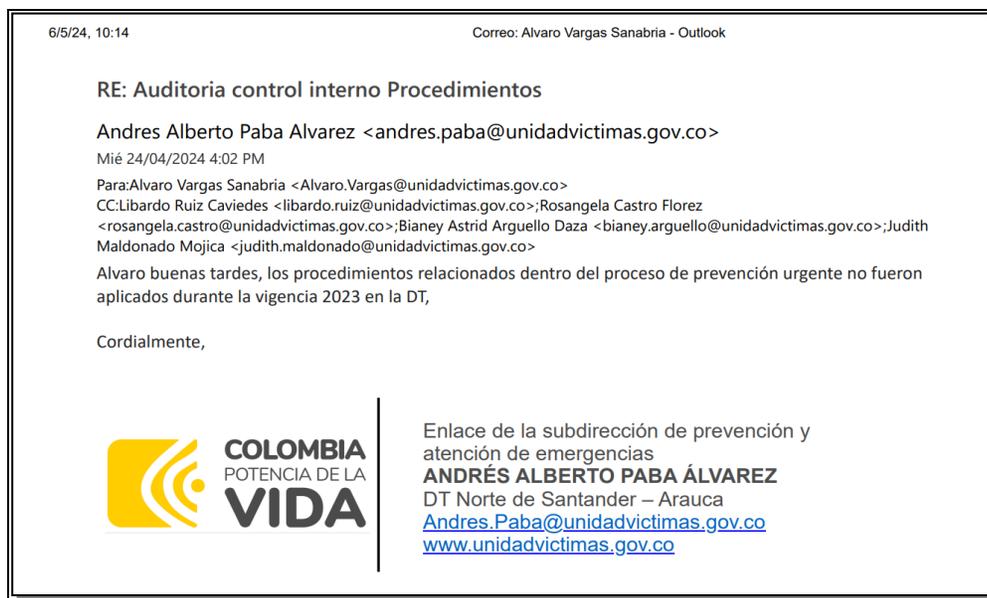
 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>10</b> de <b>87</b>

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan cada una de las actividades incluidas en los procedimientos del proceso y les da un valor individual, y obtiene el siguiente resultado: *"El resultado holístico de las actividades del proceso corresponde a la sumatoria porcentual de cada actividad, en donde determina el nivel de cumplimiento del proceso. En consecuencia, el análisis general del cumplimiento del proceso arroja un resultado que evidencia el cumplimiento parcial, correspondiente a un 0%."*

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

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

- a) El auditado presenta como evidencia en PDF el correo electrónico manifestando lo siguiente” *...los procedimientos relacionados dentro del proceso de prevención urgente no fueron aplicados durante la vigencia 2023 en la DT*” como se muestra en la siguiente imagen:



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

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>11</b> de <b>87</b>

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 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 para el cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales que contribuya al fortalecimiento y mejoramiento continuo de la misionalidad de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas UARIV.

La ley 87 de 1993 en su artículo 1° al definir el control interno determina que está “(...) *integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos (...).*

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

- 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 el proceso 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.

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>12</b> de <b>87</b>

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

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

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

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

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

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

Dentro del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, Consejo para la Gestión y desempeño institucional en su versión 5, vigente para la anualidad 2023, dentro de la 2ª Dimensión; Direccionamiento Estratégico y Planeación en el numeral 2.2 Política de Planeación institucional, en el numeral 4º de los lineamientos generales para la implementación de la política, se tiene que:

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

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>13</b> de <b>87</b>

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

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

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

Los indicadores de desempeño más utilizados son de a) eficiencia (relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados); b) eficacia (grado en el que se realizan las actividades planeadas y se logran los resultados planeados); c) efectividad (medida en que la gestión permite el logro de los resultados planeados con un manejo óptimo de los recursos; d) aquellos relacionados con la calidad en la prestación de los servicios.

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

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

En términos generales, MIPG busca que la Evaluación de Resultados se aprecie en dos momentos: a través del seguimiento a la gestión institucional, y en la evaluación propiamente de los resultados obtenidos. Tanto el seguimiento como la evaluación exigen contar con indicadores para monitorear y

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>14</b> de <b>87</b>

*medir el desempeño de las entidades. Estos indicadores se diseñan en la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación, y dada la importancia que tienen, deben enfocarse en los criterios, directrices y normas que orientan la gestión, y en los productos, resultados e impactos derivados de ésta.*

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

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

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

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

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

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

*En consecuencia, según el DANE (2005) una adecuada medición debe ser: (i) Pertinente, esto significa que las mediciones que se lleven a cabo sean relevantes y útiles en el tiempo para facilitar las decisiones que serán tomadas sobre la base de tales mediciones; (ii) Precisa, debe reflejar –fielmente la magnitud que se quiere analizar, lo cual puede conseguirse a través de una buena definición de las características de las unidades a medir y una adecuada elección del instrumento de medición; (iii)*

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>15</b> de <b>87</b>

*Oportuna, que los resultados de la medición estén disponibles en el tiempo en que la información es importante y relevante para la toma de decisiones, tanto para corregir como para prevenir y (iv) Económica, debe existir una proporcionalidad y racionalidad entre los costos incurridos en la medición y los beneficios o la relevancia de la información suministrada.*

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de los indicadores de gestión, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del Sistema de Control Interno – indicadores, mediante correo electrónico del viernes 01 de marzo de 2024 a las 15:07. La auditada da respuesta mediante correo electrónico del lunes 01 de abril de 2024 a las 10:14 a. m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

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

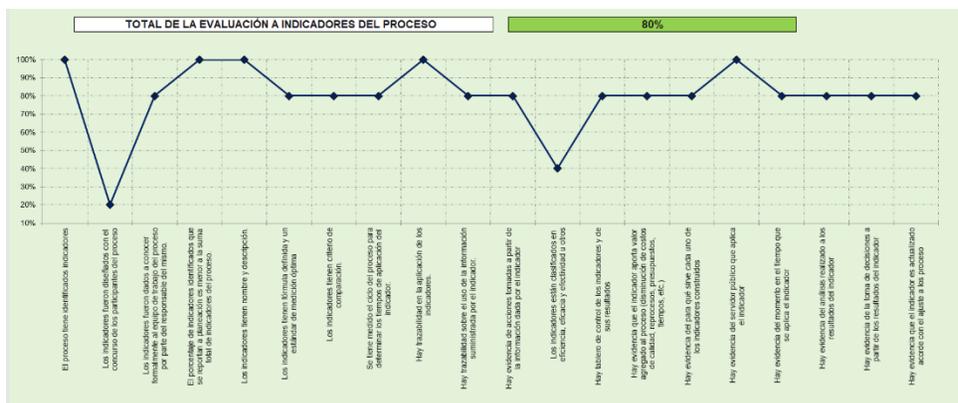
*b) Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional; c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento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

El papel de trabajo, matriz de evaluación del Sistema de Control Interno – Indicadores tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert<sup>1</sup>. 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:

---

<sup>1</sup> 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.

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	<b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b>	Versión: 08
	<b>PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO</b>	Fecha: 25/10/2022
		Página <b>16</b> de <b>87</b>



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 – Indicadores corresponde a 60 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 20 puntos respecto de la calificación de la auditada y de 40 respecto del máximo posible (100 puntos).

Lo anterior, dado que el auditado solo aportó evidencias respecto de las metas del plan de acción y omitió otros indicadores del cual es responsable el proceso. En esta línea también se encuentran los indicadores que se construyen para hacer seguimiento a los acuerdos de gestión, base para la evaluación de estos. Estos indicadores son de común conocimiento de los directivos dado a lo ordenado en la Ley 909 de 2004.

Por lo anterior, el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno califica como debilidad del Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial Norte de Santander y Arauca.

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

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>17</b> de <b>87</b>

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.

Mediante correo electrónico enviado el viernes 3 de mayo de 2024 a las 3:50 p.m. se le comunica a la directora Judith Maldonado Mojica [judith.maldonado@unidadvictimas.gov.co](mailto:judith.maldonado@unidadvictimas.gov.co), en su calidad de auditada, las debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor al papel de trabajo “matriz evaluación al sistema de control interno – SCI”. De acuerdo con lo establecido en la actividad 9 del procedimiento: “Auditorías Internas al Sistema de Control Interno – Versión 8”. La Dirección Territorial Norte de Santander y Arauca mediante correo electrónico del viernes 10 de mayo de 2024 a las 4:00 p. m., remite respuesta a la Oficina de Control Interno, en los siguientes términos:

*“ En relación con este aspecto, debemos resaltar que la alta dirección estuvo junto con la Dirección territorial comprometida no solo en la formulación y ejecución del Plan de Acción, sino que además trabajamos en la formulación de un Plan de Trabajo para la DT, que permitiera no solo cumplir las metas e indicadores, sino que además permitiera desarrollar un trabajo estratégico en el territorio, y con enfoque territorial de acuerdo a las necesidades, en este sentido la DT Norte de Santander fue no solo pionera, sino que facilito que por la coyuntura institucional frente al cambio de Administración, por la apropiación de los objetivos estratégicos “cambiar para servir” y las reformas que se iban a desarrollar, el equipo de trabajo tuviese la oportunidad de aportar, de conocer en u dialogo directo con el NN los cambios propuestos, y de presentar propuestas críticas y autocríticas para desarrollar un trabajo más trasformador, así que podemos resaltar que esta DT como ninguna otra facilito espacios de reflexión, de análisis, y de propuestas para aportar a los cambios esperados por la entidad, y se hizo un encuentro precisamente para que el territorio pudiera reconocerse sino para que el NN también lo hiciera, este proceso aporto en que se tuviera mayor apropiación y participación para facilitar el seguimiento del Plan de acción y lo que se denominó Plan de trabajo, para esto se desarrollaron las siguientes acciones:*

1. *Reuniones de equipo para explicación de. Anexo No. 01*
2. *Reuniones por equipos misionales para la revisión y retroalimentación de los ejercicios, lo que permitió hacer un documento de diagnóstico con los insumos que todos presentaron. Anexo No. 02*
3. *Preparación de insumos y diagnósticos de cara al encuentro territorial que se desarrolló en el mes de mayo de 2023. Anexo No. 03*
4. *Propuesta del encuentro Territorial. Anexo No. 04”*

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa la respuesta dada por la Dirección Territorial utilizando las normas de auditorías generalmente aceptadas, donde considera que los argumentos no desvirtúan las causas que sustentan la debilidad. De hecho, la ausencia de “Plan de

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>18</b> de <b>87</b>

Trabajo para la DT” que manifiesta el auditado no se encuentra en las evidencias cargadas para tal fin, como tampoco se encuentra en los archivos adjuntos del correo electrónico enviado el viernes 3 de mayo de 2024 a las 3:50 p.m.

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

El Equipo Auditor examina los riesgos adicionales a aquellos identificados en el mapa de riesgos institucional y la gestión desplegada en la aplicación de la metodología institucional para el manejo de los riesgos y con ello evaluar el Sistema de Control Interno (SCI), para establecer su nivel de madurez, evidenciando la efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta la Dirección Norte de Santander y Arauca para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. El propósito es determinar si la auditada posee y reconoce un modelo de riesgos, diferentes a los identificados en el mapa de riesgos que le permita tener otra herramienta gerencial de las actividades institucionales.

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

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

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.

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>19</b> de <b>87</b>

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

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

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

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

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.*

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>20</b> de <b>87</b>

- *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.*

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

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>21</b> de <b>87</b>

*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 01 de marzo de 2024 a las 15:07. La auditada da respuesta mediante correo electrónico del lunes 01 de abril de 2024 a las 10:14 a. m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

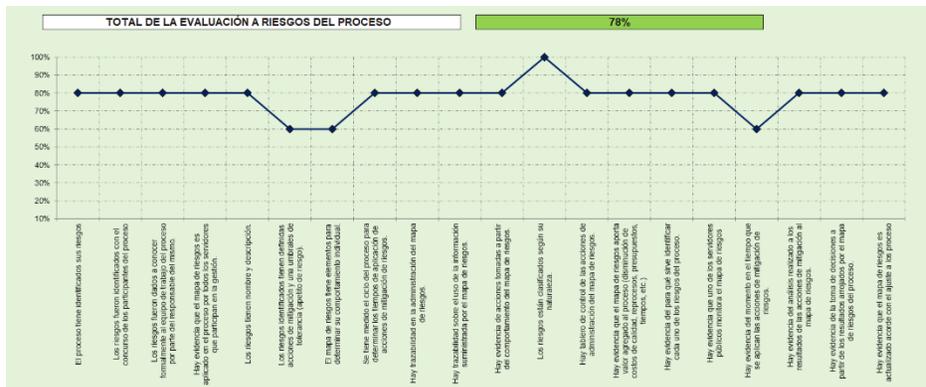
El Equipo Auditor, a través de la matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de gestión de riesgos en concordancia con las características del

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página <b>22</b> de <b>87</b>

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 Likert<sup>2</sup>. 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 Seguimiento a la Gestión. Fuente propia OCI

Como se observa, la calificación que se da la auditada corresponde a 78% de 100% posibles.

<sup>2</sup> 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.

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>23</b> de <b>87</b>

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 – Riesgos corresponde a 64 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 14 puntos respecto de la calificación de la auditada y de 36 respecto 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 Norte de Santander y Arauca 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 6. Lo anterior conlleva a la posible materialización de eventos adversos y, por lo tanto, la materialización del riesgo negativo que tiene un impacto en el logro de los objetivos institucionales, dado que no se tiene una herramienta de gestión que brinde información del quehacer funcional del proceso en tiempo real y que permita la toma de decisiones informada.

Mediante correo electrónico enviado el viernes 3 de mayo de 2024 a las 3:50 p.m. se le comunica a la directora Judith Maldonado Mojica [judith.maldonado@unidadvictimas.gov.co](mailto:judith.maldonado@unidadvictimas.gov.co), en su calidad de auditada, las debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor al papel de trabajo “*matriz evaluación al sistema de control interno – SCI*”. De acuerdo con lo establecido en la actividad 9 del procedimiento: “*Auditorías Internas al Sistema de Control Interno – Versión 8*”. La Dirección Territorial Norte de Santander y Arauca mediante correo electrónico del viernes 10 de mayo de 2024 a las 4:00 p. m., remite respuesta a la Oficina de Control Interno, en los siguientes términos:

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>24</b> de <b>87</b>

*“En la dirección territorial se promovieron diferentes mecanismos para contribuir a un mejor seguimiento, por un lado se promovió lo que llamamos una “democratización de la información”, es decir se procuró que la información relacionada con recomendaciones, alertas o demás aspectos se socializaran en tiempo real con los colegas tanto de Ocaña, Arauca y norte, por lo que se convocaban reuniones para informar lo acontecido, en el caso del departamento de Arauca se promovió por parte de la DT, 4 visitas al departamento que implicaron un recorrido a los 7 municipios, para tener diálogos directos y permanentes con actores institucionales claves, como Ministerio público, MPEV, OV, ODV y por supuesto el equipo de la UARIV, ya que en estos espacios se escucharon y se conocieron diferentes realidades, como el fortalecimiento del equipo de trabajo, etc. esta situación también se logró hacer en 3 ocasiones en Ocaña, de esta manera se conocieron temas relacionados con inventarios de equipos tecnológicos, con aspectos administrativos como el suministro de aseo y papelería y de parte de los equipos sus propuestas para la inclusión en los temas de bienestar y talento humano, de manera previa al encuentro territorial y como resultado del mismo, se procuró generar espacios de escucha incluso en atención directa en el CRAV de Cúcuta. De igual manera se hizo seguimiento a cada una de las áreas misionales y al equipo de trabajo que lo lideraba, se diseñaron incluso algunos instrumentos que permitían adelantar este seguimiento, para incluso tomar decisiones al respecto. Uno de los temas a los que hizo mayor seguimiento fue lo relacionado con el servicio al ciudadano, a través de la atención el PA y CRAV por lo que se estuvo revisando este seguimiento y la calificación de los orientadores.*

*Anexo No. 05, informes de las giras y reuniones realizadas.*

*Anexo No. 06. Identificación de aspectos administrativos para ser revisados y corregidos.*

*Anexo No. 07 evidencias y soportes de los espacios de escucha y dialogo para conocer sobre el desarrollo de nuestro trabajo en el territorio.*

*Anexo 17 Mapa de riesgo identificados DT finales 2022*

*Anexo 18. Seguimiento de trabajo de Servicio al Ciudadano*

*Anexo 19. Calificación Orientadores PA y CRAV”*

El Equipo Auditor evalúa la respuesta dada por la Dirección Territorial auditada utilizando las normas de auditorías generalmente aceptadas, donde se considera en términos generales lo siguiente:

Cabe precisar que, el Equipo Auditor enfatiza en la debilidad planteada acerca de los riesgos adicionales diferentes a los identificados en el mapa de riesgos institucional que pueden afectar el logro de los objetivos, así como el no reconocer aquellos que se desprenden de normas aplicables a la gestión, un claro ejemplo se ve reflejado en lo que requiere el Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP en el reporte de medición del desempeño institucional – MDI que se

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>25</b> de <b>87</b>

realiza anualmente a través del “Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión (FURAG)” herramienta del reporte de avances de la gestión, como insumo para el monitoreo, evaluación y control del desempeño institucional, el cual relacionamos a continuación:


**FUNCIÓN PÚBLICA**

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

**Selección múltiple numérica**      Código: CIN304

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

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

Fuente: “Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión (FURAG)” -2023 DAFP

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

### **5.2.3 Análisis del modelo de control de la Dirección Territorial Norte de Santander y Arauca. (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 que ejecuta la Dirección Territorial Norte de Santander y Arauca 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*

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>26</b> de <b>87</b>

*las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos. (...)*

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

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

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

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

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

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

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

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”.*

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>27</b> de <b>87</b>

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 Dirección Estratégico en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación. En este punto, se deben emitir los lineamientos precisos para la gerencia de procesos que contribuyan al logro de los objetivos institucionales, para lo cual es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

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

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:

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>28</b> de <b>87</b>

*“La implementación de la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos debe ser resultado del ejercicio de Dirección 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 Dirección 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 Dirección 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:

*“(...) 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).”<sup>3</sup>*

---

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

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>29</b> de <b>87</b>

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 01 de marzo de 2024 a las 15:07. La auditada da respuesta mediante correo electrónico del lunes 01 de abril de 2024 a las 10:14 a. m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

El Equipo Auditor, a través de la matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de gestión 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

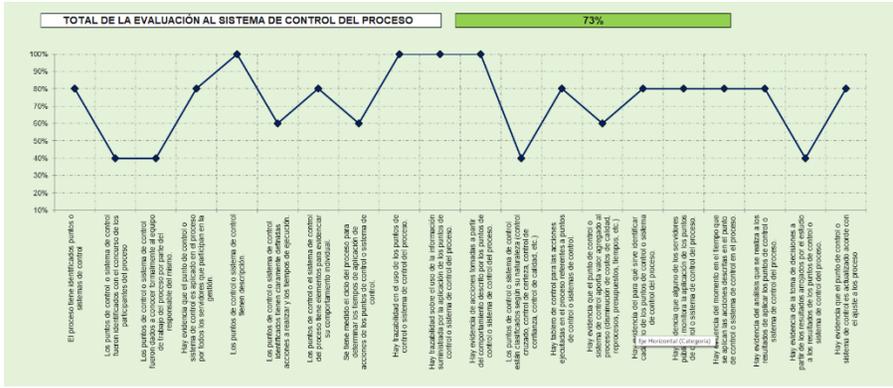
- b) Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional; c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento 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 a) El Sistema de Control Interno forma parte integrante de los sistemas contables, financieros, de planeación, de información y operacionales de la respectiva entidad; y c) En cada área de la organización, el funcionario encargado de dirigirla es responsable por control interno ante su jefe inmediato de acuerdo con los niveles de autoridad establecidos en cada entidad.*

El papel de trabajo, matriz de evaluación del Sistema de Control Interno – Control tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert<sup>4</sup>. 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:

---

<sup>4</sup> 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.

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	<b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b>	Versión: 08
	<b>PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO</b>	Fecha: 25/10/2022
		Página <b>30</b> de <b>87</b>



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 73% de 100% posibles.

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, complitud y contenido de las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del Sistema de Control Interno – Control corresponde a 62 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 11 puntos respecto de la calificación de la auditada y de 38 respeto 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 Norte de Santander y Arauca 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:

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>31</b> de <b>87</b>

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

Mediante correo electrónico enviado el viernes 3 de mayo de 2024 a las 3:50 p.m. se le comunica a la directora Judith Maldonado Mojica [judith.maldonado@unidadvictimas.gov.co](mailto:judith.maldonado@unidadvictimas.gov.co), en su calidad de auditada, las debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor al papel de trabajo “matriz evaluación al sistema de control interno – SCI”. De acuerdo con lo establecido en la actividad 9 del procedimiento: “Auditorías Internas al Sistema de Control Interno – Versión 8”. La Dirección Territorial Norte de Santander y Arauca mediante correo electrónico del viernes 10 de mayo de 2024 a las 4:00 p. m., remite respuesta a la Oficina de Control Interno, en los siguientes términos:

*“En este caso aprovechando el proceso interno para la asignación de grados, se promovió un concurso interno que implicaba una prueba escrita y entrevista, por lo que animamos al estudio y revisión de los marcos jurídicos que reglamentaban los procesos misionales, de igual manera para la participación en la entrega de aportes a los ajustes de lineamientos y resoluciones implicaba por parte del equipo un estudio y revisión de decretos, resoluciones y protocolos. Se adelantaron desde el mes de agosto varios instrumentos, y reuniones de seguimiento para la toma de decisiones. Se hizo la respectiva socialización a los equipos sobre el marco normativo dirigido a víctimas del conflicto armado.*

*De igual manera en las diferentes áreas misionales se cuentan con instrumentos y matrices que permitían hacer una planeación más focalizada y sobre la misma hacer seguimiento a la ejecución. En una jornada de tres días el equipo de trabajo identificó todas las acciones que sabíamos realizar en cada una de las áreas misionales, proceso que fue preparado, socializado y revisado, y el mismo se aportó al NN como insumos para la construcción del Plan de Acción del 2024.*

*Desde el mes de julio y hasta diciembre, se hizo un proceso riguroso e inclusive semanal sobre el cumplimiento de los indicadores del GEP y de contribuciones, y se propusieron ajustes para el*

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>32</b> de <b>87</b>

*cumplimiento de metas, logrando sortear situaciones externas como la demora en la contratación de los equipos, la implementación oportuna del OL, la incapacidad extendida y vacaciones de dos periodos solicitados por los lideres de estos procesos, y así tomar los ajustes necesarios.*

*De igual manera un trabajo coordinado de todo el equipo y de manera integral se trabajaron al menos 18 fichas de priorización de comunidades, lo que permitía identificar aspectos para generar un trabajo de mayor impacto y superar aspectos adversos para ser considerados por el nivel nacional.*

*Producto precisamente de las situaciones identificadas se hicieron los respectivos ajustes en la designación de responsabilidades del equipo de trabajo, partiendo de conocer e identificar saber, capacidades y disponibilidad se asignó a comienzos de año, sobre el mes de septiembre se hizo un ajuste y a mediados de diciembre se hizo otro para comenzar el 2024.*

*Un tema muy sensible y de vital importancia y que se identifico*

*Anexo. 10. Matriz Planeación DR*

*Anexo No. 11 instrumento de consolidación final*

*Anexo No. 12 19.09.2023 Estrategia de cumplimiento de metas - Norte de Santander y Arauca*

*Anexo No. 13 25.08.2023 RELATORIA JORNADA PLANEACION ESTRATEGICA*

*Anexo No. 14 31.10.2023 Avance de cumplimiento de indicadores GEP y Contribuciones.*

*Anexo 15. Memorandos de asignación de responsabilidades.*

*Anexo 16 2022.02.03 DT Norte Santander Arauca Análisis de perfiles DT / Contraste perfiles 2022-2023*

*Anexo 20 productividad CRAV*

*Anexo 21 Compromisos externos julio 2023”*

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

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

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

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>33</b> de <b>87</b>

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

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

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

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

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

#### **5.2.4 Análisis del modelo de seguimiento**

El Equipo Auditor examina el modelo de seguimiento que aplica la Dirección Territorial en la gestión desplegada y con ello evalúa el Sistema de Control Interno (SCI), para establecer su nivel de madurez, evidenciando la efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta la Dirección Norte de Santander y Arauca 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*

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>34</b> de <b>87</b>

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

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

*Numeral 4.2 Seguimiento y evaluación de la gestión institucional del MIPG: “El MIPG opera a través de un conjunto de 7 dimensiones que agrupan las políticas de gestión y desempeño institucional (Talento Humano, Direccionamiento estratégico y Planeación, Gestión con valores para resultados, Evaluación de resultados, Información y comunicación, Gestión del conocimiento y Control Interno), implementadas de manera articulada e intercomunicada, permitirán que MIPG funcione”; es así “(...)Las dependencias de planeación suelen ser las responsables y competentes para liderar estos ejercicios. No obstante, los responsables de hacer el seguimiento y la evaluación de los resultados*

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>35</b> de <b>87</b>

*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 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. (...)”

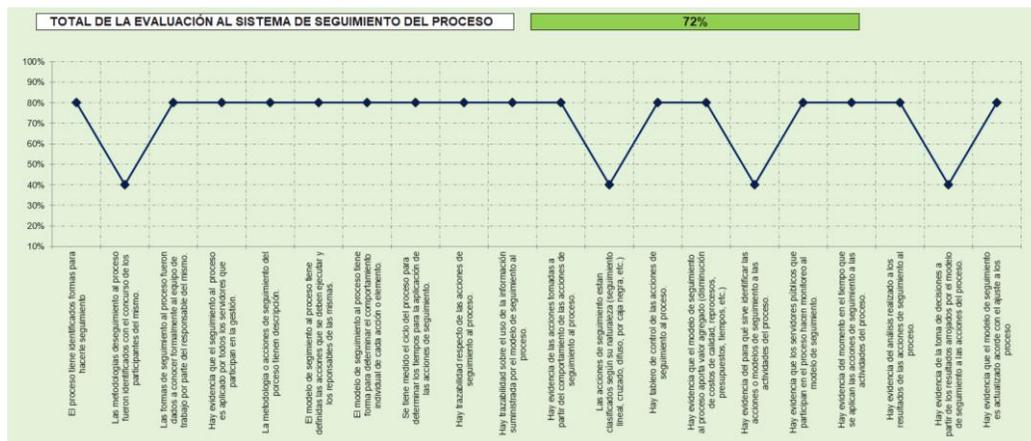
Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo del modelo de seguimiento, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del Sistema de Control Interno – Seguimiento, viernes 01 de marzo de 2024 a las 15:07. La auditada da respuesta mediante correo electrónico del lunes 01 de abril de 2024 a las 10:14 a.m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>36</b> de <b>87</b>

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<sup>5</sup>. 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 Seguimiento a la Gestión. Fuente propia OCI

<sup>5</sup> 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.

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>37</b> de <b>87</b>

Como se observa, la calificación que se da la auditada corresponde a 72% 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 – Seguimiento corresponde a 61 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 11 puntos respecto de la calificación de la auditada y de 39 respeto 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. 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 por lo reportado por 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 titulo 2 Módulo Control de Evaluación y Seguimiento, donde dispone que: *(...) los instrumentos y herramientas de gestión y de control de la entidad requieren evaluación y seguimiento, 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.

Mediante correo electrónico enviado el viernes 3 de mayo de 2024 a las 3:50 p.m. se le comunica a la directora Judith Maldonado Mojica [judith.maldonado@unidadvictimas.gov.co](mailto:judith.maldonado@unidadvictimas.gov.co), en su calidad de auditada, las debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor al papel de trabajo *“matriz evaluación al sistema de control interno – SCI”*. De acuerdo con lo establecido en la actividad 9 del procedimiento: *“Auditorías Internas al Sistema de Control Interno – Versión 8”*. La Dirección Territorial Norte de Santander y Arauca mediante correo electrónico del viernes 10 de mayo de 2024 a las 4:00 p. m., remite respuesta a la Oficina de Control Interno, en los siguientes términos:

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>38</b> de <b>87</b>

*“Desde la Dirección Territorial, cada líder de proceso misional tenía a cargo hacer el seguimiento a los indicadores, metas y tareas asignadas, estos se informaron de manera oportuna a la DT, en algunos casos incluso por la demanda de información de terceros de MPEV, OV, Ministerio Público se tenía la información actualizada para presentar de acuerdo con los requerimientos. Desde la supervisión de contratistas como era lógico se exigía la presentación de evidencias sobre su trabajo, se pedía información al profesional de planta sobre su trabajo quien comunicaba alertas o recomendaciones de mejora o comentarios positivos. La DT mantuvo reuniones periódicas con líderes de proceso misionales, con equipos de áreas misionales, con contratistas e implemento varios mecanismos de seguimiento.*

*Anexo No. 23 Evidencia Mecanismos de Seguimiento*

*Anexo No. 24 Matriz de autoevaluación*

*Anexo N0. 25 formato Planeación de Comisiones / Seguimiento trabajo.*

*Anexo No. 25. Reunión seguimiento GEP*

*Anexo No 26 reunión Seguimiento GEP”*

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa la respuesta dada por la territorial y considera que los argumentos no desvirtúan las causas que sustentan la debilidad. Lo anterior ya que el auditado manifiesta que tiene definido una serie de herramientas para el seguimiento y monitoreo que le presente información actualizada para las partes interesadas, pero el auditado no presenta una herramienta de gestión que brinde información del quehacer funcional del proceso en tiempo real y que permita la toma de decisiones en ese mismo tiempo, posterior a este no se les hace un estricto seguimiento a las decisiones tomadas, así mismo, en esta herramienta de SCI, no se definen las acciones de control a efectuar para dar cumplimiento a cada una de las actividades planteadas.

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

### **5.2.5 Análisis del modelo de mejora o valor agregado**

El Equipo Auditor examina las evidencias aportadas y cargadas al One Drive por el equipo auditado el 01 de abril 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*

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>39</b> de <b>87</b>

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

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

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

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

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

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

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

*“La entidad responde de manera clara, pertinente y oportuna, las PQRSD y son insumo*

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>40</b> de <b>87</b>

*para la mejora continua en sus procesos.”*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>41</b> de <b>87</b>

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

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

*“Es importante indicar que el Modelo Estándar de Control Interno -MECI se actualiza en el marco de MIPG; el MECI ha sido y continuará siendo la base para la implementación y fortalecimiento del Sistema de Control Interno de las entidades, que se encuentran dentro del campo de aplicación de la Ley 87 de 1993. En este sentido, el MECI es el Modelo que deberán seguir implementando tanto las entidades objeto de MIPG, como aquellas a las que no les aplica dicho modelo integralmente; por lo tanto, los lineamientos para su implementación se enmarcan esta séptima Dimensión.*

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

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

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

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

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

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

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>42</b> de <b>87</b>

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

*Por tanto, la versión actualizada de MIPG se enmarca dentro de la Gestión con valores orientada a Resultados o para Resultados GpR, y permitirá que las entidades públicas colombianas planeen, gestionen, controlen, evalúen y mejoren su desempeño y tengan cada vez más y mejores capacidades de operación, con el fin de atender y solucionar necesidades y problemas de los ciudadanos, a través de resultados que le permitan dar cumplimiento a su propósito fundamental y contribuyan a la generación de valor público por parte del Estado colombiano.*

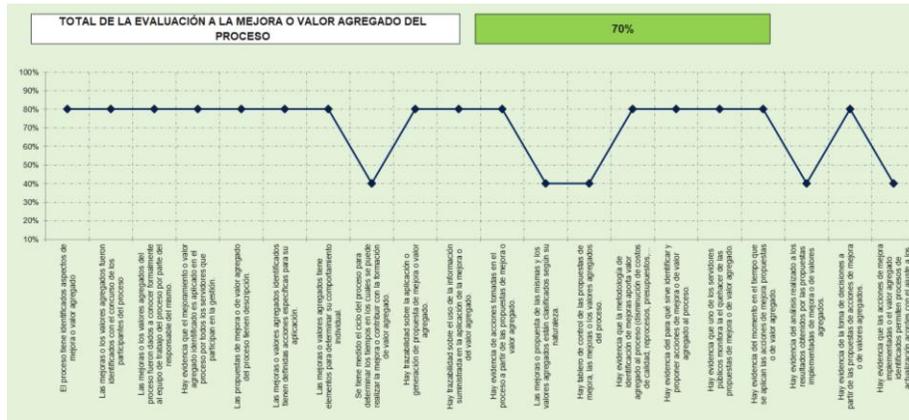
Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de la variable mejora o valor agregado de la herramienta del Sistema de Control Interno (SCI), la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del Sistema de Control Interno – mejora o valor agregado, mediante correo electrónico del viernes 01 de marzo de 2024 a las 15:07. La auditada da respuesta mediante correo electrónico del lunes 01 de abril de 2024 a las 10:14 a.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.*

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página <b>43</b> de <b>87</b>

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<sup>6</sup>. 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 Seguimiento a la Gestión. Fuente propia OCI

Como se observa, la calificación que se da la auditada corresponde a 70% 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 53 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 17 puntos respecto de la calificación de la auditada y de 47 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 Norte de Santander y Arauca.

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

<sup>6</sup> 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.

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>44</b> de <b>87</b>

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.

Mediante correo electrónico enviado el viernes 3 de mayo de 2024 a las 3:50 p.m. se le comunica a la directora Judith Maldonado Mojica [judith.maldonado@unidadvictimas.gov.co](mailto:judith.maldonado@unidadvictimas.gov.co), en su calidad de auditada, las debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor al papel de trabajo “matriz evaluación al sistema de control interno – SCI”. De acuerdo con lo establecido en la actividad 9 del procedimiento: “Auditorías Internas al Sistema de Control Interno – Versión 8”. La Dirección Territorial Norte de Santander y Arauca mediante correo electrónico del viernes 10 de mayo de 2024 a las 4:00 p. m., no remite respuesta a la Oficina de Control Interno, por ende, se mantiene la debilidad.

### **5.3 ANÁLISIS DEL DISEÑO Y EFECTIVIDAD DEL CONTROL DEL RIESGO EN LA DIRECCIÓN TERRITORIAL NORTE DE SANTANDER Y ARAUCA**

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

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

Para hacer posible el análisis del mapa de riesgos asociado a la gestión de la Dirección Territorial Norte de Santander y Arauca, 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

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>45</b> de <b>87</b>

Territorial en el manejo y gestión de sus riesgos. Se inicia desde la concepción formal del control y se llega a la gestión y aplicación realizada a cada control asociado al riesgo identificado.

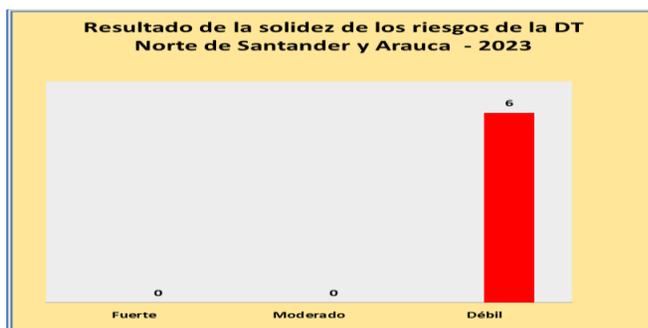
Es necesario señalar que el propósito de esta evaluación es determinar si la Dirección Territorial en mención diseña adecuada y metodológicamente el control al riesgo y a su vez verificar si la evidencia cumple el propósito de la acción del control. El presente análisis del Equipo Auditor se despliega,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

En virtud del mapa de riesgos institucional de la vigencia 2023 el Equipo Auditor analiza los riesgos asociados a la Dirección Territorial Norte de Santander y Arauca. Producto de esta actividad se observa que se identifican seis (6) riesgos, de los cuales el Equipo Auditor evidencia tres (3) riesgos de gestión que corresponde al 50,00%, uno (1) riesgos de corrupción con el 16,67%, un (1) riesgo del Sistema de Gestión Ambiental con el 16,67% y un (1) riesgo del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo con el 16,67%. Para gestionar los riesgos identificados la Dirección Territorial aplica ocho (8) controles.

Al examinar las variables se tiene como resultado que el 100,00% corresponde a seis (6) riesgos calificados en el rango denominado *débil*, resultado que arroja la herramienta aplicada a los riesgos de la Dirección Territorial respecto al diseño del control.

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

**Grafica No.1. Resultado de la solidez de los riesgos de la Dirección Territorial Norte de Santander y Arauca**



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

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>46</b> de <b>87</b>

evalúan con los criterios de auditoria generalmente aceptados y se establece que la Dirección Territorial en la efectividad de ejecución del control tiene como resultado que el 100.00% “No existe la evidencia y/o control”.

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

Sin embargo, se debe tener presente que este análisis al mapa de riesgos institucional de la Dirección Territorial corresponde a tres (3) riesgos de gestión, uno (1) de corrupción, un (1) riesgo del Sistema de Gestión Ambiental y un (1) riesgo del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.

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

Sumado a lo anterior, se identifica que todos los controles no son efectivos, al analizar y evaluar la evidencia suministrada, se encuentra que las mismas no dan certeza de la efectividad y aplicación del control, ya que el auditado presenta como evidencia el reporte a la Oficina Asesora de Planeación frente a la materialización de riesgos del segundo al cuarto trimestre de la vigencia 2023, pero no presenta la evidencia de la aplicación del control para cada causa que genera el riesgo.

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 2º 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.*

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>47</b> de <b>87</b>

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

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

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

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

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

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

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>48</b> de <b>87</b>

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

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

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

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

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

*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 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.

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>49</b> de <b>87</b>

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

#### 5.5. Acciones para abordar riesgos y oportunidades

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

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

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

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

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

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

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>50</b> de <b>87</b>

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

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

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

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

El Equipo Auditor establece 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.

De acuerdo con lo anterior, el Equipo Auditor considera comunicar esta observación al Sistema de Control Interno frente a la administración de riesgos con el propósito de que la Dirección Territorial formule el plan de mejoramiento donde determine las acciones de mejora que lleven a superar las causas generadoras del hallazgo.

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>51</b> de <b>87</b>

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

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

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

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.*

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>52</b> de <b>87</b>

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

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

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

Por otra parte, el Decreto 1083 de 2015 en su artículo 2.2.13.1.8 dispone que debe existir planes operativos o de gestión anual con los cuales se evalúa al gerente público, al respecto indica la norma citada que:

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

En lo que respecta al Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, se determina que: *A nivel institucional, es fundamental efectuar el seguimiento periódico a todos planes que se implementan en la entidad tales como el plan de acción, el PAAC, el PAA, entre otros, así como evaluar los resultados que se dan en materia de ejecución presupuestal, acorde con las directrices de Min-Hacienda. A nivel sectorial, se debe evaluar el plan estratégico sectorial y las metas asociadas al plan nacional de desarrollo vigente.*

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

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>53</b> de <b>87</b>

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

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

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

Por consiguiente, el Equipo Auditor selecciona la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés. De acuerdo con lo anterior, se aplica la matriz de seguimiento al avance y ejecución Plan de Acción 2023, teniendo en cuenta los cuatro (4) reportes trimestrales registrados en el aplicativo SIGGESTION 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 SIGGESTION 2.0 por parte de la Dirección Territorial Bolívar y San Andrés, el Equipo Auditor determina el nivel porcentual de avance y ejecución obtenida de acuerdo con la meta programada en cada periodo objeto de análisis.

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

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>54</b> de <b>87</b>

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

#### **Plan de Acción 2023 Dirección Territorial Norte Santander – Arauca**

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 Norte Santander – Arauca tiene en total 29 actividades en el Plan de Acción 2023 de las cuales, 3 fueron eliminadas, (identificadas con los códigos 157, 412 y 420) y 1 no aplica reporte durante la vigencia 2023 de acuerdo con el criterio establecido en la fórmula del indicador (códigos 410), razón por la cual la totalidad de actividades a evaluar para la vigencia 2023 es de veinticinco (25). En lo que concierne 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, tres (3) actividades programadas presentan estado óptimo del 100%, una (1) estado medio del 71% y una (1) estado superlativo del 160%.

En cuanto 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 9 actividades de las 13 posibles, lo que equivale al 69% 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 8% de la muestra.

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>55</b> de <b>87</b>

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 3 de las 13 posibles, lo que equivale al 23% de la muestra.

Respecto al tercer trimestre 2023, la muestra de trabajo es de catorce (14) actividades, equivalente el 56% de la población. De acuerdo con esta información el estado de avance obtenido del 01 de julio de 2023 al 30 de septiembre de 2023 es el siguiente:

Estado óptimo (100%): Las actividades reportadas en el tercer trimestre de 2023, y que en dicho periodo tiene el valor planeado, es decir se cumple lo planeado es de 10 actividades de las 14 posibles, lo que equivale al 71.42% 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 14 posibles, lo que equivale al 7.14% de la muestra.

Estado crítico (menor del 60%): Las actividades reportadas en el tercer trimestre de 2023, y que en dicho periodo tiene un menor valor a lo planeado, es decir no se cumple lo planeado es de 1 de las 14 posibles, lo que equivale al 7.14% de la muestra.

Estado superlativo (Mayor al 100%): Las actividades reportadas en el tercer trimestre de 2023, y que en dicho periodo tiene un mayor valor a lo planeado, es decir se excede a lo planeado, es de 2 de las 14 posibles, lo que equivale al 14.28% de la muestra.

En lo concerniente al cuarto trimestre de 2023, el comportamiento de ejecución de las veinticinco (25) actividades de la Dirección Territorial Norte Santander – Arauca programadas para la vigencia 2023 presenta el nivel de cumplimiento que se relaciona a continuación:

- Quince (15) presentan estado óptimo del 100%, equivalente al 60%.
- Tres (3) registran estado medio (74%, 83% y 97%), equivalente al 12%.
- Dos (2) muestran estado crítico (14% y 50%), equivalente al 8%
- Cinco (5) presentan estado superlativo (113%, 125%, 139% y 2 con el 106%), equivalente al 20% del total de indicadores.





UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

Código: 150,19,15-8

PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

Versión: 08

PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO

Fecha: 25/10/2022

Página 57 de 87

8. Apoyar la contactabilidad de los potenciales hogares beneficiarios de los Esquemas Especiales de Acompañamiento Familiar (Cod. 423).					9. Tramitar las solicitudes de acompañamiento en el proceso de retorno y reubicación individual o familiar, en la vigencia.. (Cod. 413).					10. Tramitar las colocaciones del primer apoyo a la sostenibilidad en las solicitudes de retorno y reubicación que aplique. (Cod. 414).					11. 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	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento	
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%	65,96	90	73,289	73%	73%	
0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	57,45	90	63,833	64%	64%	
0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	63,83	90	70,922	71%	71%	
0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	48,94	90	54,378	54%	54%	
0	1	0	35%	0%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	46,81	90	52,011	52%	52%	
0	1	0	100%	0%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	65,96	90	73,289	73%	73%	
0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	74,47	90	82,744	83%	83%	
100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	72,34	90	80,378	80%	80%	
100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	70,21	90	78,011	78%	78%	
100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	72,34	90	80,378	80%	80%	
100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	80,85	90	89,833	90%	90%	
100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	78,72	90	87,467	87%	87%	
				100					100											74
				100					100											73.88

Fuente: Base de datos internas de la OCI

DIRECCIÓN TERRITORIAL NORTE SANTANDER ARAUCA																				
12. Formular y concertar planes de reparación colectiva con Sujetos de Reparación Colectiva (Cod 707).					13. Generar informes de seguimiento a las cartas de entendimiento/ convenios suscritos. (Cod. 418).					14. Socializar la oferta institucional de las entidades nacionales y sus convocatorias en el territorio. (Cod. 419).					15. Documentar las acciones de medidas implementadas en el sistema de información. (Cód. 420).					
Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento	
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%	0	1	0	0%	0%	
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%	
1	1	100	100%	14%	3	3	100	100%	75%	2	2	100	100%	67%	0	100	0	0%	0%	
1	4	25	25%	14%	3	3	100	100%	75%	2	2	100	100%	67%	0	100	0	0%	0%	
1	7	14,286	14%	14%	4	4	100	100%	100%	3	3	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%	
				14					100					100						
				14.29					100					100						

Fuente: Base de datos internas de la OCI



15. 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).					16. Acompañar al proceso de elección e instalación de las mesas de participación municipales y distritales (Cód. 571).					17. Fortalecer la oferta institucional en los CRAV (Cód. 593).					18. Reportar la ayuda humanitaria inmediata entregada por las Entidades territoriales. (Cód. 594 Conpes)					
Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento	
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%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	3	3	100	100%	75%	0	1	0	0%	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	3	3	100	100%	75%	0	1	0	0%	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	3	3	100	100%	75%	0	1	0	0%	0%	0%
1	1	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	3	3	100	100%	75%	0	1	0	0%	0%	0%
1	1	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	4	4	100	100%	100%	100	72	138,89	139%	139%	139%
				100					100					100						139
				100					100					100						138.89

Fuente: Base de datos internas de la OCI

19. Construir informes de articulación, gestión y seguimiento en el marco de los CTJT. (Cód. 595).					20. 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).					21. 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 priorizadas a partir de estudio técnico. (Cód. 684).					22. 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	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento	
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%
0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0%
1	1	100	100%	25%	100	100	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0%
1	1	100	100%	25%	69,57	100	69,57	70%	70%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0%
1	1	100	100%	25%	123,08	100	123,08	123%	123%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	0%
2	2	100	100%	50%	100	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%	0%
2	2	100	100%	50%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0%
3	3	100	100%	75%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0%
3	3	100	100%	75%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0%
3	3	100	100%	75%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0%
4	4	100	100%	100%	66,67	100	66,67	67%	67%	0	100	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	100%
				100					97					100						100
				100					98.39					100						100

Fuente: Base de datos internas de la OCI

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>												Código: 150,19,15-8					
	<b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b>															Versión: 08		
	<b>PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO</b>															Fecha: 25/10/2022		
																Página <b>59</b> de <b>87</b>		

23. Realizar jornadas de atención móvil de orientación y comunicación a las víctimas con enfoque diferencial. (Cód. 688).					24. Suscribir cartas de entendimiento o convenios con instituciones de educación superior que beneficien a la población víctima. (Cód. 692).					25. Realizar acciones en el marco de la coordinación interinstitucional tendientes al acceso de las víctimas a la oferta del Estado con enfoque territorial y diferencial. (Cód. 697).					26. Cargar al sistema de información la documentación de las acciones realizadas con sujetos de reparación colectiva en las fases de la ruta e implementación. (Cód. 706).				
Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023
Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance		
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
16	10	160	160%	23%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
16	10	160	160%	23%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
16	10	160	160%	23%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	100%	0%
31	24	129,17	129%	44%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
31	24	129,17	129%	44%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%
31	24	129,17	129%	44%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%
63	47	134,04	134%	90%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%
63	47	134,04	134%	90%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%
63	47	134,04	134%	90%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%
74	70	105,71	106%	106%	1	2	50	50%	50%	1	1	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%
				106					50					100					100
				105.71					50					100					100

Fuente: Base de datos internas de la OCI

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 Norte Santander – Arauca, 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 Norte Santander – Arauca, 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 2 de las 5 metas programadas (lo que corresponde al 40% del total de indicadores a 31 de marzo de 2023), toda vez que en una (1) actividad presenta un porcentaje de avance inferior (71%) al programado y en la otra el porcentaje de avance es superior con el 160%. Un escenario

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página <b>60</b> de <b>87</b>

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

Segundo trimestre: de 13 actividades, 3 presentan porcentaje de avance superior (106%, 113% y 129%) y 1 inferior (73%), equivalente al 30.71% del total de indicadores establecidos para este periodo.

Tercer trimestre: de 14 actividades, 2 registran porcentajes de avance superior (117% y 134%) y 2 inferior (33% y 78%), equivalente al 28.57% del total de indicadores proyectados para dicho periodo.

Cuarto trimestre: de 25 actividades, 5 presentan porcentajes de ejecución superior (113%, 125%, 139% y 2 con el 106%), y 5 inferior (14%, 50%, 74%, 83% y 97%), equivalente al 40% del total de indicadores programados para la vigencia 2023.

Cabe aclarar que, a pesar de que 21 de las 25 actividades se encuentran en nivel satisfactorio de ejecución vigencia 2023, cinco (5) están por encima (113%, 125%, 139% y 2 con el 106%) de la meta ideal. Asimismo, las 4 actividades restantes presentan cumplimiento inferior del 83%, 74%, 50% y 14% (2 en estado medio y 2 en estado crítico).

1	Satisfactorio		Entre 90% y 100%	21	84%
2	Aceptable		Entre 60 y 89%	2	8%
3	Insatisfactorio		Menor de 60%	2	8%
<b>Total actividades Plan de Acción DT Norte Stder 2023</b>				<b>25</b>	<b>100%</b>

Fuente: Base de datos internas de la OCI

Sumado a lo anterior, y de acuerdo con la meta establecida en el plan de acción Dirección Territorial Norte Santander – Arauca, 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 inferior a la meta establecida para cada mes (enero 73%, febrero 64%, marzo 71%, abril 54%, mayo 52%, junio 73%, julio 83%, agosto 80%, septiembre 78%, octubre 80%, noviembre 90% y diciembre 87%).

Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Dirección Territorial Norte Santander – Arauca 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

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>61</b> de <b>87</b>

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

Mediante correo electrónico enviado el viernes 18 de junio de 2024 a las 4:48 p.m. se le comunica a la directora Judith Maldonado Mojica [judith.maldonado@unidadvictimas.gov.co](mailto:judith.maldonado@unidadvictimas.gov.co), en su calidad de auditada, el tercer grupo de las debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor al papel de trabajo “Matriz de seguimiento a ejecución del plan de acción 2023 DT Norte de Santander y Arauca”. De acuerdo con lo establecido en la actividad 9 del procedimiento: “Auditorías Internas al Sistema de Control Interno – Versión 8”. La Dirección Territorial Norte de Santander y Arauca mediante correo electrónico del martes 25 de junio de 2024 a las 04:43 p. m., remite respuesta a la Oficina de Control Interno, en los siguientes términos:

*“La Dirección Territorial en el año 2022 participo en las sesiones de Planeación organizadas por las áreas misionales, estratégicas y de apoyo, donde se socializaron los indicadores y metas del plan de acción 2023, ya que la propuesta se elabora en las direcciones, subdirecciones y coordinación de grupos del nivel nacional, estaban alineadas con el plan de desarrollo del gobierno (2018 -2022), porque el plan de desarrollo del gobierno (2022-2026) se encontraba en construcción.*

*En la vigencia 2023 la Dirección Territorial inicio operaciones en territorio teniendo en cuenta el avance de la ejecución del plan de adquisiciones, (contratar operadores logísticos, personal de apoyo, contratación de vehículos y demás), adicionalmente se anunciaron ajustes técnicos a los procesos misionales de Reparación Colectiva y Retornos y Reubicaciones.*

*La Dirección Territorial recibe de la subdirección de reparación colectiva los sujetos fueron priorizados para cumplir las metas del plan de acción del 2023 en el mes de junio (correo anexo).*

*La Dirección Territorial revisa y analiza las desviaciones en los procesos que no avanzan y tiene barreras tanto externas como internas para el cumplimiento de las actividades como se evidencia en la matriz en Excel de Reparación Colectiva anexa.*

*Teniendo en cuenta lo anterior la Dirección Territorial solicita a la subdirección de reparación colectiva, Dirección de Reparación y Oficina Asesora de Planeación la modificación de la meta, con el acta de ajuste estipulada para tal procedimiento(anexos).*

*Desde la Dirección Territorial se generaron las observaciones a las subdirecciones, coordinación de grupo y direcciones misionales para que se viabilizaran los ajustes pertinentes en el plan de acción,*

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>62</b> de <b>87</b>

*de acuerdo con los analices de contexto externo y apoyo de los procesos para la realización de las acciones que conllevaran al cumplimiento de las metas 2023.”*

Frente a lo anteriormente expresado, el Equipo Auditor le informa a la Dirección Territorial Norte de Santander y Arauca 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 158, 402, 409, 411, 415, 594, 683, 688, 692 y 707). Vale recordar 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 dichos reportes estén debidamente aprobados 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 Norte de Santander y Arauca cumple al 100% en quince (15) de las veinticinco (25) metas programadas (equivalente al 60% 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 Norte de Santander y Arauca fortalecer el trabajo en equipo con la Oficina Asesora de Planeación en lo que respecta 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 a consolidar el conocimiento de este tema en los integrantes de 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 Norte de Santander y Arauca contenidas en el artículo 29 del

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>63</b> de <b>87</b>

Decreto 4802 de 2011 y las políticas establecidas en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG adoptado por el Decreto 1499 de 2017 que agrupa las políticas de gestión y desempeño institucional.

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

*Artículo 2.2.22.2.1 Políticas de Gestión y Desempeño Institucional. Las políticas de Desarrollo Administrativo de que trata la Ley 489 de 1998, formuladas por el Departamento Administrativo de la Función Pública y los demás líderes, se denominarán políticas de Gestión y Desempeño Institucional y comprenderán, entre otras, las siguientes:*

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

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>64</b> de <b>87</b>

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

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

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

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

Así mismo, el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema de Control Interno, dispone en los literales b), c), d), e), g) y h) que la administración de los indicadores propende por:

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

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

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>65</b> de <b>87</b>

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

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

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

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

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

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

Adelante, en el artículo 2.2.23.1 se dice que:

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

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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de las funciones y políticas del MIPG, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor solicita las evidencias pertinentes y conducentes que demuestren el cabal cumplimiento de las funciones dispuestas en el Decreto 4802 de 2011 para la Dirección Territorial Norte de Santander y Arauca, y que estas guarden concordancia

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>66</b> de <b>87</b>

con el cumplimiento de las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. Por lo cual, se remite a la Dirección Territorial auditada la matriz de evaluación de funciones, mediante correo electrónico del martes 27 de febrero de 2024 a las 4:28 p.m.

En dicha oportunidad los servidores encargados de atender la auditoría entregan las evidencias en la herramienta de Office365 -SharePoint creado por el Equipo Auditor mediante correo electrónico del viernes 15 de marzo de 2024 a las 3:30 p. m., posteriormente, el Equipo Auditor remite la matriz de políticas de MIPG, a través de electrónico del jueves 21 de marzo de 2024 a las 03:10 p.m., y la Dirección Territorial el viernes 12 de abril de 2024 a las 03:10 p.m. realiza el cargue de la documentación, las cuales debían ser consecuentes con lo diligenciado por el grupo auditado en las herramientas diseñadas para llevar a cabo la relación que existe entre las funciones, dimensiones y políticas, mediante la matriz denominada “*Funciones políticas MIPG*”.

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

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

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

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

Como quiera que el cumplimiento de las funciones implica una relación directa con una o varias dimensiones de MIPG y esta con las políticas que tienen asociado; el análisis consiste en tener certeza, a partir de las evidencias, que la Dirección Territorial cumple tanto las funciones como las

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>67</b> de <b>87</b>

políticas. Si una de las dos variables no logra el nivel de certeza que rompa el escepticismo profesional, el Equipo Auditor dará por no cumplida la función. En caso contrario, cumplidas las funciones y las políticas de MIPG, el Equipo Auditor tiene la certeza suficiente que supera los limitantes del principio del escepticismo profesional y de la prudencia y dará como resultado el cumplimiento de la función.

Una vez analizada y evaluada las evidencias remitidas por la Dirección Territorial relacionada con el cumplimiento de las funciones y las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y aplicando los criterios de auditoria generalmente aceptadas obtiene como resultado que, “*las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial*” (resultado tomado de la herramienta papel de trabajo). Este resultado se da en la siguiente función:

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 estos.*

Como resultado de lo anterior, se observa que el auditado no aportó la suficiente evidencia para dar certeza del pleno cumplimiento de la función en cuanto la ejecución de todas las políticas de operación e institucionales descritas en el siguiente enlace: <file:///C:/Users/jose.murcia/Downloads/politicasinstitucionalesyoperacionalessecretariageneral.pdf>, planes programas y proyectos descritos en el siguiente enlace: <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/informes-proyectos-y-planes/>.

Con respecto a las 19 políticas del MIPG, el Equipo Auditor evidencia que la información remitida por la Dirección Territorial da plena certeza del cumplimiento de 17 políticas definidas en las dimensiones de MIPG, debido que el auditado no presenta evidencia para la política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público y para la política de Compras y Contratación Pública. Por lo anterior, se recomienda fortalecer la aplicabilidad de los lineamientos establecidos en las políticas MIPG para que dicha información reúna las características relevantes y pertinentes que contribuyan a la mejora continua en el desarrollo de estas.

Como resultado del análisis efectuado a la evaluación de la herramienta cruzada “*funciones y políticas del MIPG*”, el Equipo Auditor establece que la Dirección Territorial 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.

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>68</b> de <b>87</b>

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

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

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

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

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

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

*“La Política de Gobierno Digital es la política del Gobierno Nacional que propende por la transformación digital pública. Con esta política pública se busca fortalecer la relación Ciudadano - Estado, mejorando la prestación de servicios por parte de las entidades, y generando confianza en las instituciones que conforman la administración pública y el Estado en general, a través del uso y aprovechamiento de las TIC. Hace parte del Modelo Integrado de*

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

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>69</b> de <b>87</b>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Artículo 6. Responsabilidad de control interno: El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas, será responsabilidad del representante legal o máximo directivo correspondiente. No obstante, la aplicación de los métodos y 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)*

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>70</b> de <b>87</b>

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 17 abril de 2024 a las 9:01. La auditada da respuesta mediante correo electrónico del lunes 29 de abril de 2024 a las 16:04 p.m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

El Equipo Auditor, a través del papel de trabajo “*Herramienta Auditoria TI*”, busca determinar el nivel de los controles que se deben implementar para garantizar un óptimo funcionamiento en la seguridad y operatividad de los servicios y los elementos de infraestructura tecnológica, los cuales están definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los Objetivos del Sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales a), b), c), d), e), f), g) y h) y el artículo 3° Características del Control Interno, literales a) y c), que propenden por:

- a) *Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten; b) Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional; c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad; d) Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional; e) Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros; f) Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos; g) Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación; y h) Velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características.*

*Artículo 3° literales a) El Sistema de Control Interno forma parte integrante de los sistemas contables, financieros, de planeación, de información y operacionales de la respectiva entidad; y c) En cada área de la organización, el funcionario encargado de dirigirla es responsable por control interno ante su jefe inmediato de acuerdo con los niveles de autoridad establecidos en cada entidad.*

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

### **Seguridad de la Información - Gestión de Activos**

Para este acápite se tuvieron en cuenta tres (3) aspectos técnicos:

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>71</b> de <b>87</b>

#### a. Inventario de activos de computo

El Equipo Auditor evalúa el inventario de sus bienes e inmuebles suministrado por la DT, en donde se incluyen los equipos de cómputo asignados, se procedió a los debidos filtros de la información presentándose inconsistencias, teniendo en cuenta que ella fue cotejada contra la suministrada por la Oficina de Tecnologías de la Información, como una técnica de auditoria generalmente aceptada, de la siguiente manera:

- Se presentan un mayor número de equipos de cómputo reportados por la DT
- Se presenta inconsistencias en los seriales de los elementos, por no corresponder integralmente a los reportados por la Dirección Territorial como la suministrada por la Oficina de Tecnologías de la Información.

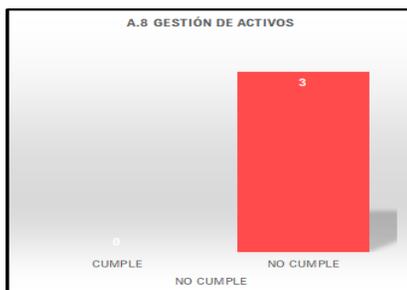
#### b. Responsabilidad de los activos de computo

- El responsable reportado por la Dirección Territorial no corresponde con la información reportada por la Oficina de Tecnologías de la Información.

#### c. Devolución de activos de computo

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

#### • Resultado de la gestión de los activos



El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evidencia falta de actualización de la información del inventario de los activos de información sobre los elementos tecnológicos que cuenta la Dirección Territorial, así como también los debidos soportes de las devoluciones que se realizaron durante la vigencia auditada (2023).

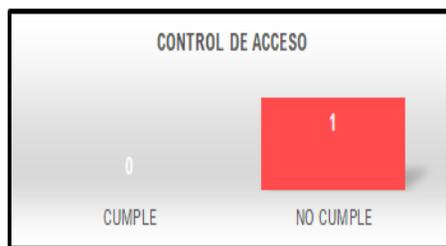
 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>72</b> de <b>87</b>

La ausencia de una información actualizada 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 y el reporte de incidencias que se pueda presentar en cada uno de los elementos tecnológicos utilizados en la operación de la Dirección Territorial, los cuales pueden presentar indisponibilidad, tanto para los usuarios externos como internos. Ello 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 de 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 en su política de seguridad digital numeral 3.4.2. El Equipo Auditor establece la falta de conocimiento en la planeación, programación y disposición de la información de los inventarios actualizados, teniendo en cuenta las actividades que se deberán desarrollar con unas periodicidades definidas para un seguimiento y control de la información.

### Seguridad de la Información – Control de Acceso

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

- **Resultado de Control de Acceso**



Se evidencia la falta de seguimiento y control a los documentos que soportan la protección de los datos que son administrados por la Dirección Territorial para la autorización al acceso a los sistemas de información (acuerdos de confidencialidad), lo cual representa un alto riesgo a la fuga de información que gestiona la Entidad a través de los sistemas de información. La ausencia de un marco técnico regulado en donde se indiquen de manera concisa los lineamientos en donde se describan los métodos y las mejores estrategias en cuanto a respaldo 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.13.2.4 Acuerdos de confidencialidad o de no divulgación.

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>73</b> de <b>87</b>

## 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**



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, lo cual representa un alto riesgo de fuga, pérdida o manipulación de la información que gestiona la dependencia auditada a través de sus elementos tecnológicos asignados y los sistemas de información asociados.

La ausencia de un nivel de certeza que rompa el principio del escepticismo profesional donde se describan los métodos y las mejores estrategias en cuanto a seguridad del entorno y disponibilidad de la información, no está conforme con lo dispuesto en los literales a), c), d) y e) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993, en concordancia con lo expuesto en las normativas y regulaciones expedidas por el 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.

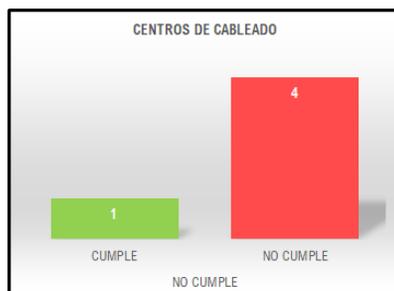
### Centros de Cableado

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, evalúa las evidencias presentadas por el auditado a través de normas de auditoría generalmente aceptadas, que llevan a la convicción que las acciones

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>74</b> de <b>87</b>

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**



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

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

La ausencia de la falta de una base de conocimiento de la documentación técnica del centro de cableado en la Dirección Territorial, que garantice el conocimiento técnico y operativo de los elementos, no está conforme con lo dispuesto en los literales a), c), d) y e) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993, en concordancia con lo expuesto en las normativas del Ministerio de las Tecnologías 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

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>75</b> de <b>87</b>

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.

## **6. DEBILIDADES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (HALLAZGOS) IDENTIFICADAS EN EL PROCESO AUDITOR**

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

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

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>76</b> de <b>87</b>

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

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>77</b> de <b>87</b>

- 5) Debilidad del Sistema de Control Interno por 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.
  
- 6) Debilidad en la gestión de la Dirección Territorial Norte Santander – Arauca referente al avance y ejecución del total de actividades (indicadores) programadas en su plan de acción para la vigencia 2023. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2° literales b) y d), 4° literal c), i) y j) y 6° de la Ley 87 de 1993 y la Ley 152 de 1994 artículo 3° literal k). Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 4.1. El Equipo Auditor establece como potenciales causas falta de conocimiento en la planeación apropiada de la programación de las metas a determinar en cada actividad (indicador), teniendo como referencia una línea base tomada de los resultados obtenidos en las vigencias anteriores, que permita la realización adecuada en el diseño y seguimiento de tableros de control que fortalezca el conocimiento en modelos de control gerencial. Lo anterior aumenta el riesgo en el incumplimiento de los objetivos institucionales.
  
- 7) La ausencia de una información actualizada 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 Norte de Santander y Arauca, los cuales pueden exhibir indisponibilidad tanto para los usuarios externos como internos. Ello 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 de los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional, 2023 V5 en su política de seguridad digital numeral 3.4.2. El Equipo Auditor establece la falta de conocimiento en la planeación, programación y disposición de la información de los inventarios actualizados,

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>78</b> de <b>87</b>

teniendo en cuenta las actividades que deben desarrollar con periodicidades definidas para un seguimiento y control de la información.

- 8) Se evidencia la falta de seguimiento y control a los documentos que soportan la protección de los datos que son administrados por la Dirección Territorial para la autorización al acceso a los sistemas de información (acuerdos de confidencialidad), lo cual representa un alto riesgo a la fuga de información que gestiona la Entidad a través de los sistemas de información. La ausencia de un marco técnico regulado en donde se indiquen de manera concisa los lineamientos en donde se describan los métodos y las mejores estrategias en cuanto a respaldo 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.13.2.4 Acuerdos de confidencialidad o de no divulgación.
- 9) 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.
- 10) 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.

### **Observaciones.**

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

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>79</b> de <b>87</b>

Decreto 648 de 2017 que en el artículo 2.2.21.3.1; Decreto 1083 de 2015 artículo 2.2.21.5.4; los lineamientos dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Sistema de Gestión, Modelo Integrado de Planeación y Gestión, 2023 V5, la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas V6, y la metodología de administración de riesgos adoptada por la Entidad.

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

De acuerdo con lo anterior, el Equipo Auditor considera comunicar esta observación al Sistema de Control Interno frente a la administración de riesgos con el propósito de que la Dirección Territorial formule el plan de mejoramiento donde determine las acciones de mejora que lleven a superar las causas generadoras del hallazgo.

## **7. ASPECTOS SOBRESALIENTES**

El Equipo Auditor evidencia como aspectos positivos de la Dirección Territorial Norte de Santander y Arauca, lo siguiente:

La Dirección Territorial tiene claro su papel dentro de la entidad, promueve y apoya las actividades sociales que benefician a las víctimas. 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 en su colaboración y disposición para atender, completar y complementar los papeles de trabajo y los requerimientos de información adicional. La Dirección Territorial permite a su equipo de trabajo fortalecer los conocimientos y habilidades para el desarrollo de las funciones en temas formulados en el Plan Anual de Capacitaciones de Talento Humano.

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>80</b> de <b>87</b>

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 Sisgestión 2.0 para efectos del seguimiento y reporte de las metas asignadas a la jurisdicción y el uso de la herramienta de Power BI como seguimiento de la Subdirección de Reparación Colectiva de los sujetos de reparación del territorio.

## 8. RESULTADOS DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE MJORAMIENTO.

El Equipo Auditor examina las acciones planteadas y ejecutadas por la Dirección Territorial en auditorias pretéritas. Esta evaluación permite establecer sí la gestión presenta la efectividad necesaria para eliminar las causales que dieron origen a la debilidad.

Producto del Informe de Seguimiento a los Planes de Mejoramiento<sup>7</sup> del 13 de diciembre de 2021, se observa que se encuentra cuatro (4) acciones abiertas, En consecuencia, la Oficina de Control Interno decide que las siguientes debilidades formuladas de la auditoria 2019 de la Dirección Territorial Norte de Santander y Arauca, se deben adjuntar en el plan de mejoramiento de este informe, como se relacionan a continuación:

*Debilidad A-18.02: “Debilidad del sistema de control interno por falta de gestión en el avance del plan de acción. El Equipo Auditor examina el comportamiento de los reportes del avance de las metas del plan de acción asignadas a la Dirección Territorial Norte Santander -Arauca. Teniendo como parámetro de evaluación el que los reportes de avance deben corresponder al 100 % de lo planeado, se tiene que para los dos primeros trimestres de la vigencia 2019 el citado parámetro solo se cumple en 5 de 20 metas, lo que corresponde a un 25,00%. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales b) y d), 4º literal c), i) y j) y 6º de la Ley 87 de 1993 y la Ley 152 de 1994 artículo 3º literal k). Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 4.1. El Equipo Auditor establece como potenciales causas las debilidades en los procesos de planeación, fallas en la proyección de metas y objetivos, falta de conocimiento en el diseño y seguimiento de tableros de seguimiento y control, deficiencias en el conocimiento en modelos de control gerencial y planeación. Lo anterior potencializa el riesgo de incumplimiento de las metas institucionales. Debilidad identificada del numeral (5.3) del resultado de la auditoría “seguimiento al plan de acción”.*

*Debilidad A-18.03: “Debilidad del sistema de control interno en el diseño del control de los riesgos. Se evidencia que la totalidad de los controles asociados a los riesgos identificados en el mapa de riesgos establecidos por la Dirección Territorial Norte Santander - Arauca no cumple con los lineamientos*

<sup>7</sup>[https://www.unidadvictimas.gov.co/es/documentos\\_bibliotec/informe\\_final\\_pm\\_dt\\_nte\\_santander\\_2021/](https://www.unidadvictimas.gov.co/es/documentos_bibliotec/informe_final_pm_dt_nte_santander_2021/)

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>81</b> de <b>87</b>

establecidos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas emanada del Departamento Administrativo de la Función Pública. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales a), b) y f), 4º literal i) y 6º de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 3.2.1.1 y 4.2.1. Norma ISO 9001:2015, capítulo 6, planificación, numeral 6.1 acciones para abordar riesgos y oportunidades. El Equipo Auditor establece como potenciales causas el desconocimiento de la metodología de elaboración de controles a los riesgos identificados, la falta de seguimiento a la ejecución de estos y de un mecanismo de información efectiva, eficaz y oportuna en materia de ejecución de las actividades de control y ausencia en la identificación y coherencia de las evidencias frente a los controles instituidos en la matriz de riesgos. Lo anterior conlleva a la posible materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales”.

Debilidad A-18.04: “El Equipo Auditor evidencia una debilidad en el sistema de control interno por incertidumbre en la información documentada, de lo anterior el Equipo Auditor confirma la debilidad del sistema de control interno relacionada con la calidad de oportunidad de la información y certeza de los registros consignados en el expediente contractual. Esto no está conforme con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2 literal e), 4º literal i); Ley 594 de 2000 artículo 11 y parágrafo del artículo 5º del Acuerdo 002 de 2014 del Archivo General de la Nación. Lo anterior puede ser consecuencia de la falta de gestión y seguimiento por supervisión contractual en su componente administrativo, al igual que falta de control en materia de gestión documental relacionada con el componente de los expedientes contractuales. La situación descrita aumenta el riesgo de incertidumbre de la información documentada. Por tal motivo esta debilidad queda en el capítulo de debilidades”.

Debilidad A-18.05: “El Equipo Auditor determina una debilidad del sistema de control interno relacionada con la gestión del ejercicio de supervisión dentro el proceso de Liquidación de los Convenios 1489 de 2018 y Convenio 1513 de 2018. El ejercicio de las actividades de supervisión reviste de alta importancia para el logro de los fines establecidos en el objeto del contrato, su ejecución, liquidación y el cumplimiento de las metas institucionales. Lo anterior no está conforme con lo dispuesto en la Ley 1474 de 2011 artículo 83 y ss. Ley 87 de 1993 artículos 2º literales a), b), c), e), f) y g); 4º literales b), e), i), j) y k), siendo las potenciales causas la falta de capacitación o conocimiento de la funcionalidad de la supervisión, lo que requiere de mayores esfuerzos por parte de la Dirección Territorial para disminuir el riesgo de pérdida de competencia por parte de la Unidad”.

## 9. RESULTADOS DE LOS LOGROS DE GESTIÓN

El resultado de la gestión de la Dirección Territorial de Norte de Santander y Arauca, dentro de la evaluación por dependencias, obtuvo un logro del 9,19/10.00

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>82</b> de <b>87</b>

## 10. CONCEPTO DE AUDITORIA

El propósito de la auditoría es evaluar el sistema de control interno de la Dirección Territorial Norte de Santander y Arauca 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; alineado y articulado con las siete (7) dimensiones y 19 políticas de gestión y desempeño del modelo integrado de planeación y gestión MIPG. Para cumplir dicho propósito, se examinaron los aspectos de gestión y de seguimiento a las acciones de control que se deben realizar de conformidad con la adecuada implementación del sistema de control interno. Producto de esta actividad el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno emite el siguiente concepto de auditoría.

La Dirección Territorial Norte de Santander y Arauca ejecuta modelos de control interno en aras de cumplir con las funciones establecidas en el Decreto 4802 de 2011 artículo 29 y la ley 87 del 1993, artículo 2º literal b) “ *Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional*”; con el fin de gestionar las funciones y dar cumplimiento de los objetivos que le han sido asignados y contribuir con aquellos que le corresponde a nivel nacional y la interacción con la Dirección Territorial. Durante el ejercicio auditor se identificaron elementos de controles fuertes y débiles que pretenden dar información oportuna para la toma de decisiones en el mejoramiento continuo en la gestión de la Dirección Territorial, así como también se identifican fortalezas relevantes, aspectos a mejorar en la gestión examinadas por el Equipo Auditor en el marco del cumplimiento del Decreto 1499 de 2017 que actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG articulado con los requerimientos del modelo estándar de control interno y el sistema integrado de gestión de la UARIV las cuales deben ser potencializadas al interior de la Dirección Territorial y armonizadas para el cumplimiento de las diecinueve (19) políticas del MIPG.

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

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>83</b> de <b>87</b>

El sistema de control interno aplicado en la Dirección Territorial Norte de Santander y Arauca interactúa con la gerencia de procesos ya sean estratégicos de apoyo evaluación y control y especialmente los misionales, los cuales contribuyen al logro de los objetivos institucionales.

De otra manera se entiende que el ciclo de transformación de entradas y salidas hacen parte integral de la caracterización y procedimientos asociados que permiten operacionalizar las actividades que conducen al cumplimiento de las funciones constitucionales y legales, que son elementos de control que contribuyen para la gestión de las Direcciones Territoriales. Teniendo esto en vista, si bien, no se eleva a categoría de debilidad, es necesario que la Dirección Territorial fortalezca e implemente acciones de mejora para que los procedimientos y actividades se cumplan de acuerdo con las políticas de operación e interrelación de los procesos misionales desde el nivel nacional. Así mismo, se recomienda un trabajo en conjunto con estos procesos para que las actividades y evidencias requeridas estén totalmente claras y correspondan a lo instaurado en cada uno de los procedimientos y los criterios que allí se citan. Frente el análisis de la ejecución realizada por el Equipo Auditor a los procedimientos misionales se enfatiza tener en cuenta el acápite donde se detalla las observaciones de los resultados obtenidos con el fin establecer acciones internas de mejora.

Con respecto al Sistema de Control Interno objeto de evaluación por parte del Equipo Auditor a través del papel de trabajo donde se realizó una referencia cruzada entre las evidencias y el modelo de autoevaluación que permitió establecer el nivel de madurez de las cinco variables “*indicadores, riesgos, control, mejora y seguimiento*”, los resultados son los siguientes:

- i. Con relación a los indicadores de gestión diferente al plan de acción se evidencia que no existe un alto nivel de madurez que permita a la Dirección Territorial realizar un seguimiento y control para la posterior toma de decisiones que se pueden presentar a las desviaciones en el cumplimiento de las metas propuestas en la vigencia.
- ii. En la evaluación del componente de riesgos se identifica la ausencia de un mapa de riesgos integral y robusto que recoja no solo lo identificado en el instrumento institucional sino aquellas situaciones que en territorio pueden afectar el logro de los objetivos y el no reconocer aquellos que se desprenden de normas aplicables a la gestión. Por consiguiente, se debe examinar en conjunto con los servidores de la Dirección Territorial e interacción con el proceso de Direccionamiento Estratégico liderado por la Oficina Asesora de Planeación.
- iii. Respecto al componente de control se evidencia que el modelo autoevaluado no contribuye a las líneas de trabajo establecidas por la Dirección Territorial entorpeciendo el logro de la identificación, concientización, implementación y aplicación de puntos de control de las actividades diferentes a las descritas en los procedimientos, lo cual pueden contribuir a la no materialización de los riesgos.

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>84</b> de <b>87</b>

- iv. En cuanto al componente de mejora y/o valor agregado la Dirección Territorial con lo evidenciado en la evaluación se evidencia que este no permite identificar la implementación de una metodología con controles que puedan contribuir a mejoras a los posibles cambios que puedan impactar en la interacción en el sistema del Control Interno como acciones de mejora para la administración del riesgo, seguimiento al plan de acción, políticas MIPG entre otras, lo cual implica la materialización de posibles eventos en la gestión de la Dirección Territorial.
- v. En el componente de seguimiento se evidencia que el modelo de gestión está implementado, actualizado y socializado adecuadamente, pero este modelo no permite sustentar la toma de decisiones en tiempo real, que son inherentes a la Dirección Territorial Norte de Santander y Arauca, con el fin de corregir situaciones negativas en la gestión, posterior a este no se les hace un estricto seguimiento a las decisiones tomadas.

De acuerdo con lo anterior, para las 5 variables auditadas presentan debilidad que pueden ser superadas con el trabajo del equipo de la Dirección Territorial y la colaboración de los procesos que le aporten a este fortalecimiento, especialmente el papel de la Oficina Asesora de Planeación es de vital importancia.

Por otra parte, el mapa de riesgos es una herramienta administrativa y gerencial que tiene por objetivo identificar los eventos positivos o negativos que puedan afectar el logro de las metas institucionales. Para el efecto, la Entidad aplica la metodología dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública y la estandarizada internamente, para cumplir con los lineamientos de estas buenas prácticas; sin ser menos importante la interacción de las políticas de gestión y desempeño del modelo integrado de planeación y gestión MIPG.

En esta línea el Equipo Auditor examina el mapa de riesgos y evidencia debilidad en el sistema de control interno por la ausencia de un modelo eficiente y eficaz que impacte positivamente la gestión la Dirección Territorial Norte de Santander y Arauca; lo cual se evidencio que el diseño y efectividad en la identificación de controles son inadecuados, falta de aplicabilidad y seguimiento en la totalidad de estos. El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno respecto a la presente debilidad, recomienda a la Dirección Territorial establecer un mapa de riesgos que gestione de manera integral los efectos que se causan sobre las actividades a desarrollar en el territorio, debido a eventos potenciales previsibles que no han sido identificados por los responsables de la gestión y claridad en la definición de los controles, lo anterior en interacción con la Oficina Asesora de Planeación responsable como segunda línea de defensa de asesorar la implementación del presente instrumento.

La Directriz dada por la Dirección General en relación con la programación de las actividades en cuanto a metas y tiempos a través de la Oficina Asesora de Planeación, es de cumplir a cabalidad

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>85</b> de <b>87</b>

lo pactado como unidad de meta en los tiempos previstos. El Equipo Auditor aplica papel de trabajo que examina la trazabilidad y aplicación de la directriz señalada encontrando que, la dirección territorial presenta debilidad del sistema de control interno por incumplimiento de lo planeado frente a lo ejecutado en el plan de acción. Se examina el comportamiento de los reportes de avance y ejecución de las metas del plan de acción 2023 asignadas a la Dirección Territorial Norte de Santander y Arauca, teniendo como parámetro de evaluación que tanto los reportes de avance como de ejecución deben corresponder al 100% de lo planeado. Este aspecto si bien tiene su impacto en la gestión, se puede superar con un sistema de planeación más dinámico y flexible donde la territorial tenga la posibilidad de reaccionar frente a las externalidades y recibir el apoyo necesario de la Oficina Asesora de planeación para lograrlo.

Respecto a la evaluación de las “*funciones y políticas del MIPG*” para determinar la pertinencia y conducencia que demuestren el cabal cumplimiento del Decreto 4802 de 2011 y las políticas del MIPG dispuestas en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión adoptado en el Decreto 1499 de 2017, donde el cruce de la información permita evidenciar que los métodos o actuaciones funcionales de los servidores de la Dirección Territorial corresponden con los dispuestos en el ordenamiento legal. El Equipo Auditor establece que la Dirección Territorial Norte de Santander y Arauca cumple con la gestión de sus funciones y se evidencia que no aplica adecuadamente y debe fortalecer la implementación de las siguientes políticas de MIPG: a) Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del gasto público y b) Política de Compras y Contratación Pública, dispuesto en el marco normativo, por consiguiente, se recomienda fortalecer el sistema de control interno. Frente al análisis del Equipo Auditor se enfatiza tener en cuenta el contenido donde se detalla las observaciones de los resultados obtenidos con el fin establecer acciones internas de mejora.

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

- i. *La ausencia de una información actualizada 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, los cuales pueden exhibir indisponibilidad tanto para los usuarios externos como internos.*
- ii. *La falta de seguimiento y control a los documentos que soportan la protección de los datos que son administrados por la Dirección Territorial para la autorización al acceso a los sistemas de información (acuerdos de confidencialidad), lo cual representa un alto riesgo a la fuga de información que gestiona la Entidad a través de los sistemas de información. La ausencia de un marco técnico regulado en donde se indiquen de manera concisa los*

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>86</b> de <b>87</b>

*lineamientos en donde se describan los métodos y las mejores estrategias en cuanto a respaldo y disponibilidad de la información.*

- iii. *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.*
- iv. *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.*

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

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

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

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor recomienda a la Dirección General solicitar a la directora de la Dirección Territorial la elaboración de un Plan de Mejoramiento del Sistema de Control Interno e interacción con las diferentes dependencias y procesos que causan impacto para la gestión de la Entidad; así mismo se incluya el tratamiento a las debilidades evidenciadas presentadas a este informe.

Cordialmente,



**JOSÉ DAVID MURCIA RODRÍGUEZ**  
Auditor Líder



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

 <b>UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página <b>87</b> de <b>87</b>

Versión	Fecha	Descripción de la modificación
1	30/04/2014	Se crea formato
2	24/02/2015	Se incluye el ítem de número de informe. Se elimina el ítem 4.2 oportunidades de mejora.
3	21/07/2015	Se incluye la opción tipo de informe, con el fin de poder entregar un informe preliminar o final.
4	15/04/2016	Se incluye cuadro elaboró, revisó y aprobó. Se incluyen numerales 4.4 Sobre indicadores, 4.5 Verificación de riesgos y 4.6 verificación de controles Se incluye cuadro responsable de la auditoria
5	05/06/2017	Se modifica formato, se adiciona aprobación Jefe Oficina de Control Interno.
6	Abril /2018	Se modifica formato de acuerdo a nuevos lineamientos del Jefe de la Oficina de Control Interno, se eliminan cuadros en Excel.
7	17/04/2019	Se modifica formato según lineamientos del jefe de la Oficina de Control Interno.
8	28/10/2022	Se actualiza el formato en pie de página con los logos de certificación asociados al sistema de gestión de calidad ISO 9001:2015, ambiental ISO 14001:2015, seguridad y salud en el trabajo ISO 45001:2018 seguridad de la información ISO 27001:2013.