INFORME FINAL DE AUDITORIA A LA DIRECCIÓN TERRITORIAL EJE CAFETERO

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 Victimas, además de las normas que reglamentan o modifican las anteriores disposiciones normativas en el ámbito de la evaluación del Sistema de Control Interno, presenta el informe final de auditoría de la Dirección Territorial que se relaciona a continuación:

Nombre del Proceso:	Dirección Territorial Eje Cafetero
Dependencia líder:	Dirección Territorial Eje Cafetero
Responsable del Proceso:	Omar Fernandez Obregón – Director Territorial (E.)
Tipo de auditoría realizada:	De primera parte, efectividad del sistema de control interno
Fecha de auditoría:	Del 1° de agosto al 20 de diciembre de 2024
Equipo Auditor:	Basco German Ricaurte Guerra - Auditor Líder William Mahecha Hernandez - Auditor Ana Sofia Iregui Carrillo - Auditora

1. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

La auditoría tiene como objetivo evaluar el sistema de control interno de la Dirección Territorial Eje Cafetero 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 el Sistema de Control Interno con la ejecución de las actividades que aplica a los procesos misionales; ii) Verificar que los líderes implementen, ejecuten, controlen y hagan seguimiento a las herramientas básicas de control (batería de medición, mapa de riesgos, controles, seguimiento y mejoramiento); iii) Verificar los riesgos, el diseño de los controles y la efectividad de la ejecución de las acciones planeadas; iv) Verificar que los líderes implementen, ejecuten y controlen las directrices que ellos han dispuesto con base en el modelo de gestión y control para lograr las metas propuestas en el plan de acción; v) Verificar que las funciones asignadas y las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG se ejecuten mediante procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos o cualquier instrumento formalmente adoptado por la entidad; vi) Verificar el sistema de control de la seguridad de la información.

2. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

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

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

3. GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR

Durante el desarrollo del proceso de auditoría, se ha identificado un riesgo relacionado con el cumplimiento de la entrega de información necesaria para evaluar las funciones establecidas en el Decreto 4802 de 2011, así como su relación con las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). Esta situación impide valorar adecuadamente la conformidad en la aplicación de las obligaciones correspondientes a la Dirección Territorial Eje Cafetero.

4. METODOLOGÍA UTILIZADA

El Equipo Auditor 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 AUDITORÍA

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 de 2011 *"Por el cual se establece la estructura de la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas."*, en su artículo 29 se establecen las funciones de las direcciones territoriales, para este análisis se citan las siguientes:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fuente: Guía de riesgos del DAFP

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.

La importancia de los procesos depende de su descripción y como está 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: *"Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez, Participación y Visibilización, Reparación Integral y Relación con el Ciudadano"*, de los cuales se analizan y evalúan cinco (5) procedimientos con las actividades que atañen a las direcciones territoriales, de la siguiente manera:

No.	PROCESO MISIONAL	PROCEDIMIENTO	Número de la actividad Responsabilidad DT	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
1	Relación con el Ciudadano	Trámite Notificación de Actos Administrativos V7	10	100%
2	Reparación Integral	Notificación de Indemnización Administrativa y Entrega del Mensaje Estatal de Reconocimiento y Dignificación V5 Código: 410.08.08-21	1,2,3,4,6,7,8,9,10,11,12,13,14,16,17,18,19,20,21,23,24	81%
3	Participación y Visibilización	Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas V1 Código:230,09,08-11	3,4,5,6,7	100%
4	Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez	Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4 Código: 310,03,08-17	1,2,9,10,11,13	0%
		Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas V1 Código:310,03,08-23	2,3,4,6,7,8,10,11,12	0%

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

Por lo tanto, mediante correo electrónico del 15 de agosto de 2024 a las 12:01 a.m., el Equipo Auditor remite el papel de trabajo para su diligenciamiento a la Dirección Territorial. Posteriormente, el Equipo Auditado da respuesta mediante correo electrónico del 09 de septiembre de 2024 a las 7:38 a.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, el Equipo Auditor, mediante la técnica de confrontación documental y control cruzado, analiza si la evidencia de la actividad posee todos los aspectos referenciados en la estructura general de los procedimientos establecidos por la Entidad, en cuanto a las casillas denominadas: descripción, entrada, responsable y salida.

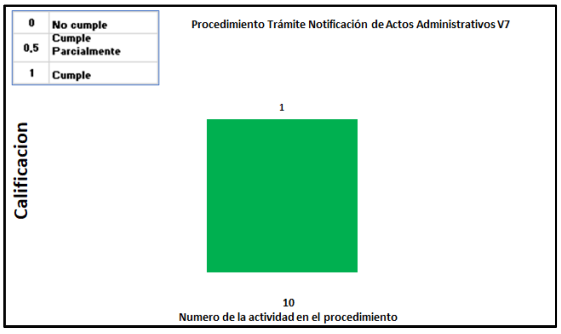
A partir de lo anterior, el papel de trabajo establece los resultados de acuerdo con los criterios antes mencionados, y define así el concepto auditor:

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

Producto de esta actividad se observa que, la Dirección Territorial cuenta con dos (2) procesos que dan como resultado cumplimiento total, el de Relación con el Ciudadano que cuenta con el procedimiento "*Trámite Notificación de Actos Administrativos V7*" equivalente al (100%), y el de Participación y Visibilización que cuenta con un (1) procedimiento, "*Procedimiento para el Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas V1* correspondiente al (100%) y el de Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez con dos (2) procedimientos el *"Procedimiento Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4"* y "*Procedimiento para la Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia Y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas V1"*con el 0% el proceso de Reparación Integral con un (1) procedimiento su cumplimiento es parcial, alcanzando el 81%.

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

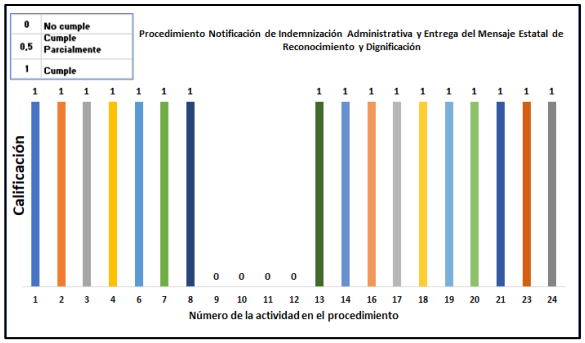
1. **Proceso de Servicio al Ciudadano – Procedimiento Tramite Notificación de Actos Administrativos V7**



Fuente Propia OCI: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas donde evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan cada una de las actividades incluidas en los procedimientos del proceso y les da un valor individual, 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%."*

2. **Proceso de Reparación Integral:**



Fuente Propia OCI: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan cada una de las actividades incluidas en los procedimientos del proceso y les da un valor individual, y obtiene el

siguiente resultado: *"El resultado holístico de las actividades del proceso corresponde a la sumatoria porcentual de cada actividad, en donde determina el nivel de cumplimiento del proceso. En consecuencia, el análisis general del cumplimiento del proceso arroja un resultado que evidencia el cumplimiento parcial, correspondiente a un 81%."*

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

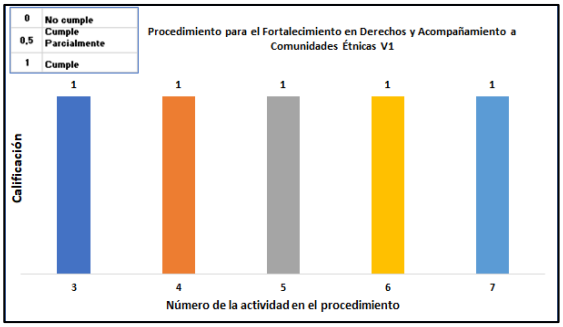
a) Para la actividad nueve (9) no se observa la evidencia de la relación de los actos administrativos. El resultado de esta evaluación es, no cumplida.

b) En la actividad diez (10) no se evidencia el correo electrónico de la relación de actos administrativos a generar. El resultado de esta evaluación es, no cumplida.

c) Con respecto a la actividad once (11) no se evidencia la relación de los actos administrativos ni el cruce de la información en el correo adjunto, donde el resultado es de no cumplida.

d) En lo que respecta a la actividad doce (12) no se evidencia los actos administrativos gestionados. El resultado de esta evaluación es, no cumplida.

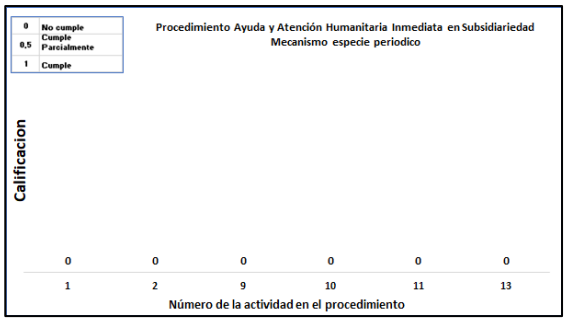
3. Proceso de Participación y Visibilización

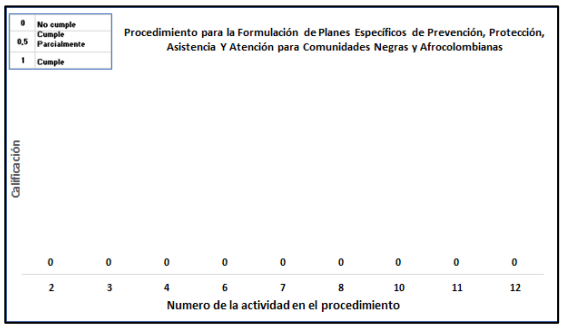


Fuente Propia OCI: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales

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

4. Proceso de Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez





Fuente: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales - Propia OCI

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan cada una de las actividades incluidas en los procedimientos del proceso y da un valor individual obteniendo el siguiente resultado: *"El resultado holístico de las actividades del proceso corresponde a la sumatoria porcentual de cada actividad, en donde determina el nivel de cumplimiento del proceso. En consecuencia, el análisis general del cumplimiento del proceso arroja un resultado que evidencia el No cumplimiento, correspondiente a un 0%."*

Teniendo en cuenta los resultados anteriormente descritos el Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones del proceso Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez y sus procedimientos, Procedimiento Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4 Código: 310,03,08-17 y Procedimiento Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4 Código: 310,03,08-17; el cual obtiene como resultado de evaluación una calificación de cero ("0"), dado que la evidencias remitidas por el auditado no son concluyentes para que estas actividades tengan un nivel de certeza de cumplimiento respecto a la ejecución del proceso el cual debe ir asociado con las demás actividades pertinentes con la dependencia misional.

Por lo anterior, el equipo Auditor de la Oficina de Control Interno califica como debilidad del sistema de control interno en la evaluación del proceso denominado Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez y sus procedimientos, "Procedimiento Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4 Código: 310,03,08-17" y "Procedimiento Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4 Código: 310,03,08-17", 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 Subdirección de Prevención y Atención de Emergencias como para la Dirección Territorial del Eje Cafetero.

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno establece como debilidad del sistema de control interno la ausencia de las evidencias que registran la ejecución de las actividades del procedimiento asociado al proceso de Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez liderado por parte de la dependencia misional y con interacciones en algunas actividades normalizadas y estandarizadas de los procedimientos bajo la responsabilidad de la Dirección Territorial, dado que no se evidencia durante el desarrollo del flujo de la información las salidas registradas de las actividades que aplican la Dirección Territorial lo cual no está conforme con lo dispuesto en el Decreto 1083 de 2017, artículo 2.2.21.5.2 Manuales de procedimientos y la Guía para la Gestión por Procesos en el Marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) V1 del 2020 en el numeral 4.1. Documentación de procedimientos (…) Registros: se refiere a una lista de evidencias que se generan en la aplicación de una actividad dentro de cada procedimiento (…); los cuales requieren dar cumplimiento a los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad adoptado por la Resolución No. 02728 "Por la cual se adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG y (…)". Así mismo en cumplimiento a los requerimientos del Modelo Estándar de Control Interno en su componente de Direccionamiento Estratégico en su elemento de control de Modelo de Operación por Procesos "Mediante el control ejercido a través de la puesta en marcha de este elemento, las entidades podrán contar con una estandarización de las actividades necesarias para dar cumplimiento a su misión y objetivos, lo cual permite, que su operación se realice de manera continua, garantizando la generación de productos o servicios (…).

Una potencial causa es 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 misional responsable de liderar en estos temas en su interacción con la Dirección Territorial auditada. Lo anterior conlleva a la posible materialización de eventos que no permiten concluir que se estén realizando las debidas acciones determinadas en los procesos que garantizan un cumplimiento de los objetivos misionales de la Entidad y de la ejecución de los proyectos planes y programas.

Mediante correo electrónico enviado el miércoles 02 de octubre de 2024 a las 10:58 a.m. se le comunica al Doctor, Omar Fernandez Obregón - omar.obregon@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado las debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor al papel de trabajo *"matriz evaluación procedimientos Territorial"*. De acuerdo con lo establecido en la actividad 9 del procedimiento: *"Auditorías Internas al Sistema de Control Interno – Versión 8"*. La Dirección Territorial Eje Cafetero mediante correo electrónico del miércoles 09 de septiembre de 2024 a las 16:57 p. m., remite respuesta a la Oficina de Control Interno en un documento denominado "*Respuesta Eje Cafetero 1er Informe.pdf*" en los siguientes términos:

> *4. Hallazgo del Sistema de Control Interno por la variable del cumplimiento de los procedimientos misionales de la Dirección Territorial Eje Cafetero.*
>
> *Debilidad 4: El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno establece como debilidad del sistema de control interno la ausencia de las evidencias que registran la ejecución de las actividades del procedimiento asociado al proceso de Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez liderado por parte de la dependencia misional y con interacciones en algunas actividades normalizadas y estandarizadas de los procedimientos bajo la responsabilidad de la Dirección Territorial, dado que no se evidencia durante el desarrollo del flujo de la información las salidas registradas de las actividades que aplican la Dirección Territorial lo cual no está conforme con lo dispuesto en el Decreto 1083 de 2017, artículo 2.2.21.5.2 Manuales de procedimientos y la Guía para la Gestión por Procesos en el Marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) V1 del 2020 en el numeral 4.1. Documentación de procedimientos (...) Registros: se refiere a una lista de evidencias que se generan en la aplicación de una actividad dentro de cada procedimiento (...); los cuales requieren dar cumplimiento a los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad adoptado por la Resolución No. 02728 "Por la cual se adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG y (...)". Así mismo en cumplimiento a los requerimientos del Modelo Estándar de Control Interno en su componente de Direccionamiento Estratégico en su elemento de control de Modelo de Operación por Procesos "Mediante el control ejercido a través de la puesta en marcha de este elemento, las entidades podrán contar con una estandarización de las actividades necesarias para dar cumplimiento a su misión y objetivos, lo cual permite, que su operación se realice de manera continua, garantizando la generación de productos o servicios (...).* De acuerdo con esta apreciación cuando se trata del procedimiento especie por evento, como mecanismo de A H I en subsidiariedad para emergencias individuales, cómo lo describe la resolución 00097 del 2022 los municipios que identifica la subdirección de prevención y atención de emergencia que pueden cumplir con los requisitos para este mecanismo de apoyo subsidiario recibirán la oferta y procederán a la formalización previo cumplimiento de los requisitos que están en esta resolución identificados
>
> *Desde su implementación, ningún municipio del eje cafetero ha recibido esta oferta o ha sido priorizado para este mecanismo de apoyo subsidiario para emergencias individuales; los municipios del eje cafetero formalizan y reciben la oferta de apoyo subsidiario para el mecanismo en dinero. Por lo tanto y contrario a la apreciación de la auditoría no es posible para esta dirección territorial implementar este procedimiento por cuanto ningún municipio durante el 2023 aplicó para esta oferta por lo tanto la dirección territorial no podía adelantar ninguna de las acciones propias del flujograma del procedimiento en mención en ese sentido se concluye que la dirección territorial no es autónoma de definir qué tipo de oferta de apoyo subsidiario recibirán los municipios para emergencias individuales, sino que eso se supedita a los lineamientos y orientaciones técnicas y operacionales de la subdirección de prevención y atención de emergencias y en ese sentido todos los municipios de la dirección*

territorial para el 2023 que recibieron la oferta de ayuda humanitaria inmediata en subsidiariedad mecanismo en dinero en el caso de las emergencias individuales.

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 el literal b) 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" c "Políticas operacionales y delimitación precisa de la autoridad y niveles de responsabilidad (subrayado fuera de texto).

Como lo dice el informe de debilidades, no es posible para la dirección territorial eje cafetero implementar el procedimiento mecanismo especie periódica porque no se alinea con una oferta real para los municipios de los 3 departamentos y por lo tanto no se pueden implementar las acciones a cargo del nivel territorial. Para el cumplimiento de los objetivos institucionales y brindar apoyo subsidiario en inmediatez a los municipios del departamento solo se cuenta para emergencias individuales la oferta del mecanismo en dinero y para este procedimiento se cumplen no sólo los lineamientos descritos en el procedimiento las actividades y los criterios operacionales sino también todo el seguimiento que corresponde en cumplimiento no sólo el procedimiento sino de la resolución 00097 del 2022 y los compromisos en el marco de la coordinación de la estrategia de corresponsabilidad para los 3 departamentos.

Conclusión:
Así las cosas, la debilidad enunciada debido al cumplimiento de acciones en torno de este procedimiento no sería la evidencia para determinar que la dirección territorial no conoce los procedimientos a cargo o que no los implementa debidamente en cumplimiento de las responsabilidades misionales en el propósito de la garantía de derechos a las víctimas dentro de los 3 departamentos del eje cafetero. Teniendo en cuenta que estas actividades y este procedimiento no aplica para nuestros municipios y que la DT no es autónoma en determinar la oferta de apoyo subsidiario solicitamos a la oficina de control interno revisar la debilidad determinada y a cargo aparente de la DT.

Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas V1 Código:310,03,08-23.

Este procedimiento bajo el liderazgo de la dirección de asuntos étnicos hace parte de las acciones necesarias para el cumplimiento de las órdenes del Auto 005, es por ello por lo que esta dirección inicia con la priorización de los Consejos Comunitarios de las comunidades Afrocolombianas en articulación con el Ministerio del Interior, que cuentan con la caracterización socioeconómica para la intervención e implementación en el marco de la consulta previa. Situación que resta a cualquier Dirección territorial la autonomía para su aplicación.

La única forma de que la dirección territorial eje cafetero intervenga alguno de sus consejos comunitarios con estas medidas de implementar formulación e implementación de planes específicos de prevención protección asistencia y atención sería la focalización por parte de la dirección de asuntos étnicos y el ministerio del interior. Para el 2023 ninguno de los Consejos comunitarios legalmente reconocidos por el Ministerio del Interior y cuya residencia está en territorio de municipios de Risaralda ha recibido este tipo de focalización y por lo tanto no puede la dirección territorial cumplir con ninguna de las actividades descritas en el flujograma de este procedimiento. Más aún cuando estas acciones hacen parte de la estrategia de superación de estado de cosas inconstitucional ECI dentro del cumplimiento de las órdenes del Auto 005 y la sentencia T025 del 2004.

Conclusión:
Una vez más esta Dirección territorial se permite comentar que la debilidad descrita debido al supuesto desconocimiento de las acciones de este procedimiento no sería la evidencia para determinar que la dirección territorial no conoce los procedimientos a cargo. Mas cuando otros procedimientos se implementan como responsabilidades misionales en el propósito de la garantía de derechos a las víctimas en los municipios del eje cafetero. Solicitamos por ello tener en cuenta que este procedimiento no aplica para nuestros municipios y que la DT no es autónoma en determinar a qué consejos comunitarios se les formula un plan específico.

Por lo anterior descrito es que la DT ante las preguntas del auditor entrega como evidencia lo descrito Producto de esta actividad se observa que la Dirección Territorial en el proceso Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez y sus procedimientos, Procedimiento Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4 Código: 310,03,08-17 y Procedimiento Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4 Código: 310,03,08-17, reporta como soporte para cada una de las actividades asociadas el procedimiento un correo electrónico de la Dependencia Misional – Subdirección de Prevención y Atención de Emergencias. Pero no por ello se puede pensar o concluir que esta aparente ausencia de las evidencias es una muestra de que la DT puede 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 misional responsable de liderar en estos temas en su interacción con la Dirección Territorial auditada.

Cada dirección territorial de acuerdo con sus dinámica de expulsor o receptor de víctimas tiene una importancia para los procesos misionales y para la priorización de sus entidades territoriales municipales, departamentales o comunidades étnicas en el ejercicio de la presentación de la oferta y la priorización para el cumplimiento de medidas dentro de cada uno de los componentes de la implementación de la política pública de víctimas; pero estas consideraciones no corresponden directa o exclusivamente a la gestión de las direcciones territoriales y cada uno de los profesionales en representación de procesos o a cargo de la implementación de procedimientos, porque como se ha reiterado las direcciones territoriales no cuentan con autonomía para la implementación de estas medidas en sus entidades territoriales o en las comunidades étnicas y los recursos tampoco son suficientes para una oferta ilimitada.

Se adjunta un correo de la SPAE en la que se reiteran asuntos relacionados con la oferta frente al Mecanismo especie periódica

El Equipo Auditor considera que la repuesta emitida por la Dirección Territorial no rompe el principio del escepticismo profesional en la medida que las evidencias no permiten tener certeza de una adecuada gestión en cumplimiento del proceso denominado Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez y sus procedimientos, "Procedimiento Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4 Código: 310,03,08-17" y "Procedimiento Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4 Código: 310,03,08-17".

A partir del marco normativo de la Ley 87 de 1993 en el artículo 1°, 2° literal h), 4° literal b) y articulo 12 literales c) y e); Decreto 1083 de 2015 artículos 2.2.21.3.1, 2.2.21.5.1 y 2.2.21.5.2, los

lineamientos dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, 2023 V5, Guía para la gestión por procesos en el marco del modelo integrado de planeación y gestión -MIPG V1 2020, el Equipo Auditor establece que la Dirección Territorial Eje Cafetero presenta debilidad de acuerdo al análisis y evaluación efectuada a los procedimientos misionales evaluados en la presente auditoria.

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

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 ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL EJE CAFETERO

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 Eje Cafetero 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 a los establecidos en el plan de acción que hace parte de los 16 planes con los cuales cuenta la entidad. El propósito es determinar si la Dirección Territorial Eje Cafetero posee y reconoce un sistema medición diferente a las metas del plan de acción y con ello le permita tener una herramienta gerencial de las actividades institucionales.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- *Tener claro los objetivos, planes, programas y proyectos para identificar los aspectos prioritarios a ser susceptibles de medición.*
- *Determinar puntos o factores críticos de éxito, es decir, aquellas acciones o actividades de cuyo desarrollo depende la consecución de los objetivos.*

- *Establecer qué se debe medir y qué información se quiere obtener de esa medición, para saber qué tipo de indicador se necesita. Establecer la frecuencia adecuada para la medición de los indicadores, para tomar decisiones en el momento justo.*

- *Definir los indicadores a utilizar y el método de construcción que más se adapte a la propia dinámica y cultura organizacional. De acuerdo con el manual "Planificación estratégica e indicadores de desempeño en el sector público" (CEPAL, 2011: 59) se pueden diferenciar varios tipos de indicadores de producto o resultados, de insumos de proceso, procesos o*

actividades, o de desempeño de dichas actuaciones en las dimensiones de eficiencia, eficacia, calidad y economía:

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

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

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

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

En la 4ª Dimensión: Evaluación de Resultados, 4.2 Seguimiento y evaluación de la gestión institucional en los 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 6° Gestión del Conocimiento e Innovación, 6.2 Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación en los Lineamientos generales para la implementación del Eje 3. Analítica Institucional, indica que:

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

Continuando con el marco normativo y administrativo dado por el Departamento Administrativo de la Función pública, en el caso de los indicadores de gestión en la guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión versión 4, en el numeral 2. Importancia de la medición, establece que:

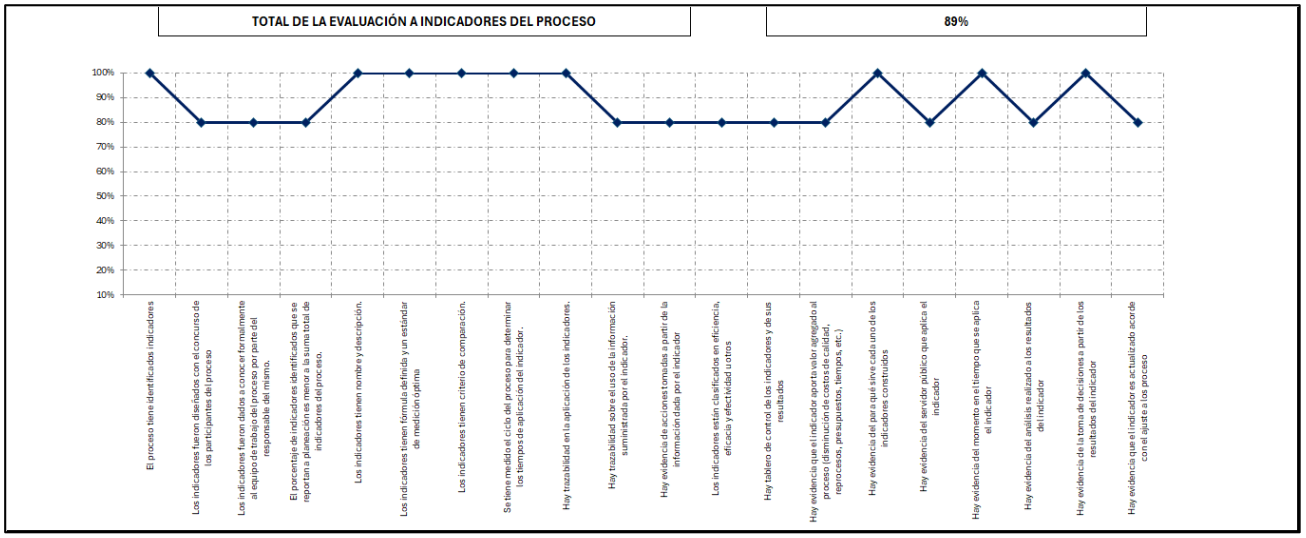
> *Por otro lado, es preciso aclarar que en muchas ocasiones los resultados que se obtienen de la ejecución de los programas, planes y proyectos, deben medirse en los diferentes momentos o etapas de su desarrollo, a fin de que los resultados obtenidos a través de la medición permitan mejorar la planificación, entender con mayor precisión las oportunidades de mejora de determinados procesos y analizar el desempeño de las acciones, logrando tomar decisiones con mayor certeza y confiabilidad.*
> *En consecuencia, según el DANE (2005) una adecuada medición debe ser: (i) Pertinente, esto significa que las mediciones que se lleven a cabo sean relevantes y útiles en el tiempo para facilitar las decisiones que serán tomadas sobre la base de tales mediciones; (ii) Precisa, debe reflejar fielmente la magnitud que se quiere analizar, lo cual puede conseguirse a través de una buena definición de las características de las unidades a medir y una adecuada elección del instrumento de medición; (iii) Oportuna, que los resultados de la medición estén disponibles en el tiempo en que la información es importante y relevante para la toma de decisiones, tanto para corregir como para prevenir y (iv) Económica, debe existir una proporcionalidad y racionalidad entre los costos incurridos en la medición y los beneficios o la relevancia de la información suministrada.*

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de los indicadores de gestión, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – indicadores, mediante correo electrónico del martes 6 de agosto de 2024 a las 3:21 p.m. La Dirección Territorial auditada da respuesta mediante correo electrónico del miércoles 14 de agosto de 2024 a las 4:53 p.m. con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

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

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

El papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – indicadores tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert[1]. La Dirección Territorial auditada responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz así:



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

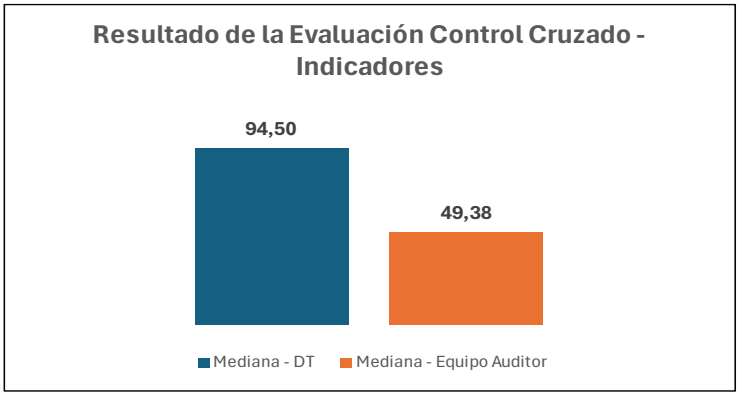
Como se observa, la calificación que se da la Dirección Territorial auditada corresponde a 89 puntos de 100 posibles.

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

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 – indicadores corresponde a 49,38 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 50.62 puntos respecto de la calificación de la auditada y de 39,62 respeto del máximo posible (100 puntos).

Lo anterior dado que el auditado solo aportó evidencias de indicadores respecto de las metas del plan de acción y omitió otros indicadores (gerenciales, indicadores de seguimiento a sus equipos de trabajo entre otros) del cual es responsable la Dirección Territorial en su gestión misional. Administrativa y estratégica.

Por lo anterior, el equipo Auditor de la Oficina de Control Interno califica como debilidad del sistema de control interno del elemento de control – Indicadores de la Dirección Territorial Eje Cafetero.



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

Así mismo, se confronta la información y evidencias registradas en la herramienta de evaluación al SCI frente a los resultados de las autoevaluaciones del proceso de la Dirección Territorial Eje Cafetero correspondientes al primer y segundo semestre de 2023, donde se realiza un análisis cruzado de los valores y porcentajes obtenidos en ambas herramientas, en la cual se establece la valoración a través de la aplicación de la mediana, ello implica una diferencia 45,12 puntos en la variable “Indicador”, toda vez que el resultado de la valoración del proceso auditado es de 94,50 y la del Equipo Auditor de 49,38.

Lo anterior dado que el auditado solo aportó evidencias de indicadores respecto de las metas del plan de acción y omitió otros indicadores (gerenciales, indicadores de seguimiento a sus equipos de trabajo entre otros) del cual es responsable la Dirección Territorial en su gestión misional. Administrativa y estratégica.

Por lo anterior, el equipo Auditor de la Oficina de Control Interno califica como debilidad del sistema de control interno del elemento de control – Indicadores de la Dirección Territorial Eje Cafetero.

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

Por lo anterior, la Dirección Territorial Eje Cafetero en el análisis de los indicadores correspondiente a evaluación del sistema de control Interno presenta debilidad. Es decir, 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 de acuerdo con la evidencias aportadas como (los correos electrónicos para la construcción de los indicadores del plan de acción, indicadores aprobados del plan de acción -2023, matriz de seguimiento al plan de acción del 27 de marzo de 2023, actas de seguimiento donde se incorpora en la agenda el avance del plan de acción y matriz de avance de seguimiento); es así como el equipo Auditor de la Oficina de Control Interno determina que 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.

Esta debilidad se le comunica al auditado mediante correo electrónico del martes 6 de agosto de 2024 a las 16:42 p.m. por parte del auditor líder de la oficina de control interno, en donde se le da a la auditada un plazo de cinco días hábiles según lo establecido en la actividad 9 del procedimiento “Auditorías Internas al control interno” contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones y evidencias pertinentes.

La auditada da respuesta mediante correo electrónico del martes 13 de agosto 2024 a las 12:41 p. m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor y responde que:

Debilidad 1: 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 de acuerdo con las evidencias aportadas como (los correos electrónicos para la construcción de los indicadores del plan de acción, indicadores aprobados del plan de acción -2023, matriz de seguimiento al plan de acción del 27 de marzo de 2023, actas de seguimiento donde se incorpora en la agenda el avance del plan de acción y matriz de avance de seguimiento); es así como el equipo Auditor de la Oficina de Control Interno determina que 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.

Lo anterior dado que el auditado solo aportó evidencias de indicadores respecto de las metas del plan de acción y omitió otros indicadores (gerenciales, indicadores de seguimiento a sus equipos de trabajo entre otros) del cual es responsable la Dirección Territorial en su gestión misional. Administrativa y estratégica. Planteamiento: Para la vigencia 2023 en el marco del ejercicio de coordinación de la planeación estratégica liderada por la oficina asesora de planeación con las direcciones territoriales, no se identifican lineamientos o instrucciones desde la alta dirección que permitan reconocer la autonomía para la conformación de indicadores gerenciales o de seguimiento a los equipos de trabajo; en ese sentido no es posible para ninguna dirección territorial documentar evidencias en el marco de un modelo de medición territorial. Por tratarse de una actividad para la cual ni los directores territoriales, ni los enlaces del sistema integrado y planeación recibieron orientaciones o lineamientos específicos. En ese sentido esta no sería una debilidad de la dirección territorial sino del nivel nacional encargado precisamente del direccionamiento estratégico, para donde se debe trasladar este hallazgo.

Sería pertinente en caso de que existan metodologías o instructivos para la definición de indicadores gerenciales, de seguimiento a equipos de trabajo u otros de gestión directa de las direcciones territoriales, que los mismos se socialicen y que se capacite al personal de las direcciones territoriales para su aplicación e implementación; de lo contrario no podría requerirse a las direcciones territoriales una responsabilidad que se desconoce y que no es específica o que no se ha hecho específica.

En el marco de la autonomía que ejercen los directores territoriales con su equipo de trabajo, obviamente existen estrategias regionales para el seguimiento a las gestiones de los equipos de trabajo y con ellos el aporte al cumplimiento de los indicadores del plan de acción que corresponden a los acuerdos con cada proceso, en el cumplimiento de las metas institucionales y esto significaría las acciones en relación con el modelo de medición, pero no puede requerírsele a la dirección

territorial para la vigencia 2023 un modelo de medición especial y particular, cuando ésta no tiene este tipo de orientación o lineamiento, en procedimientos, en instructivos o en documentos del sistema integrado de gestión.

Esto significa lo importante que sería para la DT la existencia de este tipo de instructivos que permitan un modelo propio de medición y definición de criterios operacionales estandarizados para la gestión de los equipos de trabajo y la gerencia de las DT en labores como la coordinación del SNARIV y la implementación de las medidas a cargo de la política pública de víctimas. 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, así las cosas, la falta de un modelo de operación y medición territorial si puede generar debilidades en la gestión territorial y el seguimiento al desempeño de los equipos de trabajo.
Conclusiones:

De lo anterior se deduce que este hallazgo debe recaer precisamente al proceso responsable de coadyuvar a las direcciones territoriales en el liderazgo y gestión, dando valor agregado a los procesos, gestionando las metas y en ese sentido facilitar la tomade decisiones para el cumplimiento misional y la garantía de derechos para las cuales trabajan las direcciones territoriales.
Evidencia de lo dicho está en el objetivo del procedimiento de planeación: …bajo los lineamientos del proceso de Direccionamiento Estratégico, para ser implementado por cada una de las dependencias y direcciones territoriales… las DTs son simplemente implementadoras de unos lineamientos de planeación y acciones para cumplimiento de los indicadores y su seguimiento de acuerdo con la hoja de vida del indicador.

Por lo tanto, no serían las direcciones territoriales las llamadas a entregar las evidencias de la implementación de unas acciones frente a las cuales no ha recibido las debidas instrucciones, sino a los procesos de direccionamiento estratégico a quienes se les exija el cumplimiento de este acompañamiento, la creación de esos instructivos, de esos procedimientos o de esas orientaciones técnicas en implementación de las dimensiones que este hallazgo implica.

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

Dentro del ciclo PHVA, medir es una herramienta de gestión que permite al responsable tomar decisiones y para que ello ocurra es indispensable tener índices, cifras significativas, indicadores o cualquier otra forma de medición, además que ellos sean controlados totalmente por el

responsable, es decir se tenga gobernanza y regencia sobre ellos. Los sistemas de medición tienen un sustento normativo que, más allá de cumplirse ese mandato legal, propende porque las entidades logren los objetivos institucionales en aras de los beneficiarios de sus bienes o servicios. A nivel de procesos y dentro de los parámetros del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG), la medición permite tener información para la toma de decisiones, ya sea para hacer las correcciones necesarias o para determinar que el rumbo de la gestión esta conforma con lo dispuesto en la misionalidad y la planeación definida. Por lo anterior, la respuesta del auditado no se encuentra en concordancia y armonía con los lineamientos del DAFP, como tutor de la gestión pública y con la normativa respecto al tema.

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

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 y evaluación del sistema de control interno (SCI), con el fin de establecer su nivel de madurez, evidenciando la efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta la Dirección Territorial Eje Cafetero para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. El propósito es determinar si la Dirección Territorial auditada posee y reconoce un modelo de riesgos, diferentes a los identificados en el mapa de riesgos que le permita tener otra herramienta gerencial de las actividades institucionales.

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

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

f) Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos.

Por su parte el Decreto 1083 de 2015 en el artículo 2.2.22.3.2 define el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) como el: "*marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar*

resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio".

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

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

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

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

> *Artículo 2.2.21.5.4 Administración de riesgos. Como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas las autoridades correspondientes establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo. Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y las oficinas de control interno o quien haga sus veces, evaluando los 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 página 36, señala que:

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

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

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

> *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 dejan 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 se 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 martes 6 de agosto de 2024 a las 3:21 p.m. La Dirección Territorial auditada da respuesta mediante correo electrónico del miércoles 14 de agosto de 2024 a las 4:53 p.m. con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

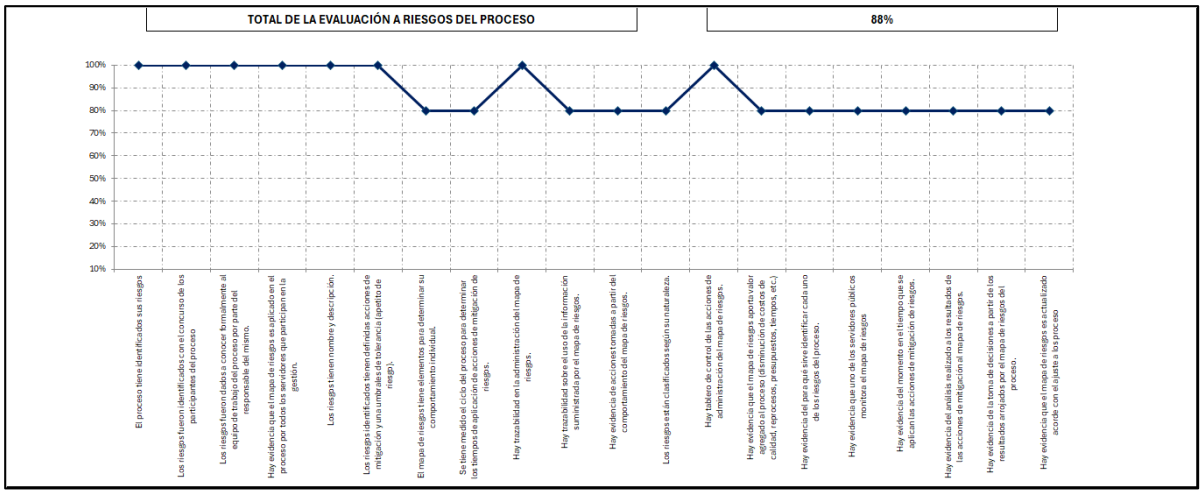
El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de gestión de riesgos en concordancia con las características del sistema de control interno definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos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

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

Por lo anterior, el Equipo Auditor aplica a la Dirección Territorial Eje Cafetero el papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – riesgos el cual tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert[2]. La Dirección Territorial auditada

[2] La escala de Likert es una de las escalas más utilizadas en investigación en ciencias sociales. Ofrecen un sistema de clasificación simple que es común a las encuestas de todo tipo. La escala se llama así por el psicólogo que lo creó, Rensis Likert. Un uso común de la escala

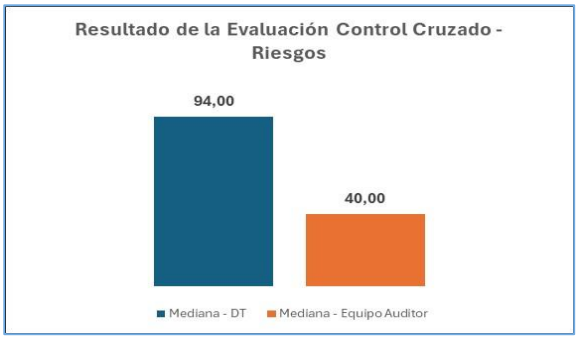
responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz así:



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

Como se observa, la calificación que se da la Dirección Territorial auditada corresponde a 88 puntos de 100 posibles.

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – riesgos corresponde a 40 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 60 puntos respecto de la calificación de la auditada y de 48 respeto del máximo posible (100 puntos).



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

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.

Así mismo, se confronta la información y evidencias registradas en la herramienta de evaluación al SCI frente a los resultados de las autoevaluaciones del proceso de la Dirección Territorial Eje Cafetero correspondientes al primer y segundo semestre de 2023, donde se realiza un análisis cruzado de los valores y porcentajes obtenidos en ambas herramientas, en la cual se establece la valoración a través de la aplicación de la mediana, ello implica una diferencia 54 puntos en la variable "Riesgos", toda vez que el resultado de la valoración del proceso auditado es de 94.00 y la del Equipo Auditor de 40.00.

Lo anterior dado que la auditada solo aportó evidencias (asociados a eventos de riesgos ambientales, matriz de identificación y revisión de riesgos de actividades misionales, actas de comité para el seguimiento de riesgos, matriz de monitoreo de materialización de riesgos- 4 cortes trimestrales, instrumentos DOFA para la actualización del contexto estratégicos); evidencias asociadas a los riesgos que están contenidos en el mapa de riesgos Institucional dejando de reconocer y evidenciar otros riesgos presentes en la gestión institucional como los citados expresamente en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y sus políticas asociadas e incluso aquellos que de cotidiano se presentan como temas de sustracción, seguridad de la información, incumplimiento de funciones por solo citar algunos ejemplos. La falta de un mapeo de riesgo robusto a nivel de la Dirección Territorial Eje Cafetero 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.

Esta debilidad se le comunica al auditado mediante correo electrónico del martes 6 de agosto de 2024 a las 16:42 p.m. por parte del auditor líder de la oficina de control interno, en donde se le da

a la auditada un plazo de cinco días hábiles según lo establecido en la actividad 9 del procedimiento "Auditorías Internas al control interno" contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones y evidencias pertinentes.

La auditada da respuesta mediante correo electrónico del martes 13 de agosto 2024 a las 12:41 p. m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor y responde que:

> *"Debilidad 2: 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.*
>
> *Planteamiento:*
> *Esta es una tarea propia del equipo directivo y se debe hacer desde el ejercicio de Direccionamiento Estratégico y de Planeación… se deben emitir los lineamientos precisos para el tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos que afectan el logro de los objetivos institucionales.*
> *Como se deduce de esta afirmación extraída del informe, para la vigencia 2023 la dirección territorial a partir de la labor del enlace SIG y el director territorial, dio cumplimiento al procedimiento que permite el implementar la metodología de administración de riesgos de la unidad y nos deja en conjunto un mapa de riesgos. No existe de acuerdo con esa metodología establecida y publicada, el deber de construir un mapa de riesgos de la dirección territorial o una administración de riesgos exclusiva para la dirección territorial, sino que la dirección territorial aporta en la conformación de ese mapa de riesgos institucional como lo hacen las demás direcciones territoriales y direcciones y subdirecciones de la entidad.*
>
> *Para ello en su momento la dirección territorial inició con la identificación del contexto interno y externo y sus cambios y a partir de ello estableció los riesgos que le aplicaban según los procedimientos, en el cumplimiento de las medidas a cargo y la dinámica que aplica en cada una de las entidades territoriales en nuestros tres departamentos.*
>
> *Toda actividad debe identificados los riesgos y el mecanismo de mitigación aplicable, implementar los controles de acuerdo con competencias, roles o responsabilidades territoriales*
>
> *Es por ello por lo que en el ejercicio colectivo la dirección territorial con sus equipos enlaces de cada uno de los procesos con nivel nacional identifica los riesgos, así como las acciones para mitigar su impacto la disminución la reducción o el manejo de estos y poder con ello establecer los puntos de control a los cuales se les hace seguimiento de acuerdo con la metodología. Esta labor es una tarea que no parte de un ejercicio individual o particular de unos riesgos exclusivos para la dirección territorial, sino que se comparten los riesgos con muchas direcciones territoriales y con muchos procesos y por eso quedan documentados en el mapa institucional de riesgos.*

Conclusiones:
La metodología de gestión riesgos no da lineamientos a las direcciones territoriales para la configuración de mapas de riesgo territoriales, sino que se alimenta desde territorio los riesgos que ha identificado la Unidad de manera general y se articula la gestión local a esa dinamia nacional, por ello se ha tenido la publicación de un mapa de riesgos exclusivo para la dirección territorial, sino que hacemos parte y nuestros riesgos están incluidos en el mapa institucional de riesgos de acuerdo con la metodología que está establecida por el nivel nacional. Lo cual significa que de manera local o regional se adelantan las acciones y puntos de control precisamente para la reducción o el manejo de los riesgos según sea el caso y esto fue lo que ese documento durante el 2023 y se presentó a los auditores Como tampoco se conoce dentro de la metodología, lineamiento alguno que sugiera la identificación de indicadores adicionales a los que da cuenta en el mapa de riesgos institucional y que no sería lógico en el marco de la gestión del riesgo.

Por ello si existe un hallazgo que significa la ausencia de un mapa de riesgo institucional para la dirección territorial eje cafetero, este no debería recaer sobre la dirección sede territorial sino sobre los procesos de direccionamiento estratégico para que recibamos las instrucciones que nos permitan hacer los ajustes y por lo tanto la definición publicación y seguimiento a nuestro propio mapa de riesgos como dirección territorial".

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

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

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

Respecto al modelo de control la entidad tiene definido en sus procedimientos puntos de control según su modalidad en la descripción de actividades y líneas de procesos (flujograma).

Por consiguiente, el Equipo Auditor examina los controles adicionales a aquellos identificados como puntos de control en los 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), lo anterior con el propósito de establecer su nivel de madurez, efectividad, eficiencia y eficacia de las

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

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

> *Se entiende por control interno el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos*(...).
>
> *En consecuencia, deberá concebirse y organizarse de tal manera que su ejercicio sea intrínseco al desarrollo de las funciones de todos los cargos existentes en la entidad, y en particular de las asignadas a aquellos que tengan responsabilidad del mando.*

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

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

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

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

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

e. El servidor público, como eje del Sistema de Control Interno, tiene la obligación de realizar todas y cada una de sus acciones atendiendo los conceptos de autocontrol y autoevaluación, apoyando las 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 lideres de proceso o dependencias al igual que de todos los servidores de la entidad.

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

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

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

De igual manera, la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas UARIV mediante Resolución No. 2728 del 5 de octubre de *2021 "Por la cual se adopta el modelo integrado de planeación y gestión-MIPG (...)"*; en el artículo 2 Objetivos del modelo, numeral 2 *"Agilizar, simplificar y flexibilizar la operación de las entidades para la generación de bienes y servicios que resuelvan efectivamente las necesidades de sus ciudadanos"*. Esta es una tarea propia de las dependencias, procesos misionales y

direcciones territoriales, se debe hacer desde el ejercicio del proceso de Direccionamiento Estratégico en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación. En este punto, se deben emitir los lineamientos precisos para la gerencia de procesos que contribuyan al logro de los objetivos institucionales, para lo cual es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- *La Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos; El propósito de esta política es fortalecer las capacidades organizacionales mediante la alineación entre la estrategia institucional y el modelo de operación por procesos, la estructura y la planta de personal, de manera que contribuyan a la generación de mayor valor público en la prestación de bienes y servicios, aumentando la productividad estatal.*

- *El campo de aplicación de la política establece que los Procesos de diseño o rediseño organizacional: Organismos y entidades de la rama ejecutiva del orden nacional y territorial. Operación por procesos: entidades bajo el ámbito de aplicación de la Ley 87 de 1993.*

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

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

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

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

actividades, interrelacionadas, para crear valor, deben tener en cuenta que el ciudadano es el eje fundamental de la gestión pública (CLAD: 2008). Los procesos se pueden clasificar en estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, lo que permitirá la adecuada gestión y prestación del servicio de la organización (...)".

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

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

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 jueves 8 de agosto de 2024 a las 12:06 p.m. La Dirección Territorial auditada da respuesta mediante correo electrónico del miércoles 13 de agosto de 2024 a las 12:41 p.m. con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

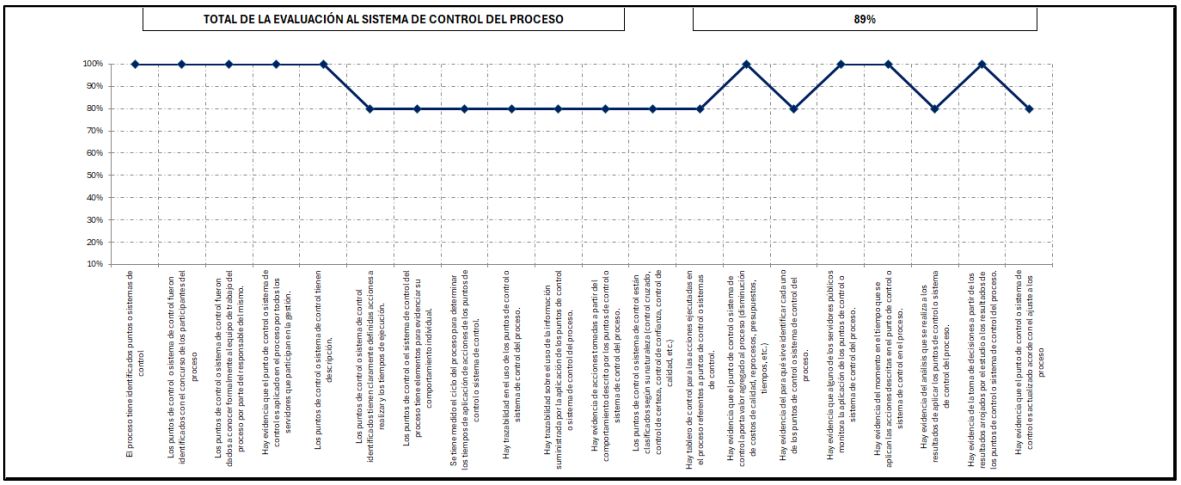
El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de gestión del control en concordancia con las características del sistema de control interno definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos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

a) *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*

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

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

Por lo anterior, el Equipo Auditor aplica a la Dirección Territorial Eje Cafetero el papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – control el cual tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert[4]. La Dirección Territorial auditada responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz así:

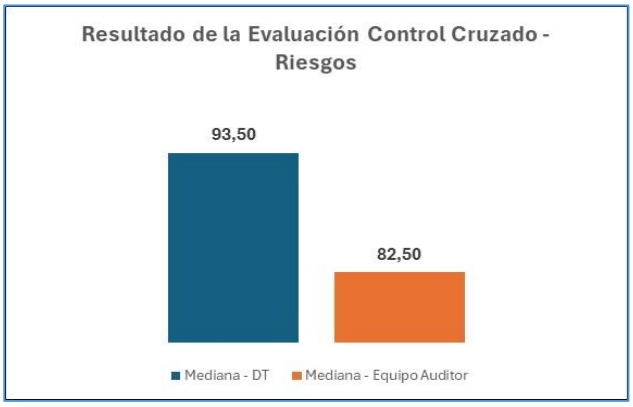


Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión. Fuente propia OCI

Como se observa, la calificación que se da la Dirección Territorial auditada corresponde a 89 puntos de 100 posibles.

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – control corresponde a 82.50 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 6.5 puntos respecto de la calificación de la auditada y del máximo posible (100 puntos).

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



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

Así mismo, se confronta la información y evidencias registradas en la herramienta de evaluación al SCI frente a los resultados de las autoevaluaciones de la DT Eje Cafetero correspondientes al primer y segundo semestre de 2023, donde se realiza un análisis cruzado de los valores y porcentajes obtenidos en ambas herramientas, en la cual se establece la valoración a través de la aplicación de la mediana, ello implica una diferencia 6.5 puntos en la variable *"Control"*, toda vez que el resultado de la valoración de la DT auditada es de 93,50 y la del Equipo Auditor de 82,50. No obstante, el Equipo Auditor analiza las evidencias del SCI, las cuales dan certeza del resultado de la valoración de las evidencias aportadas por la Dirección Territorial para comprobar que existen controles adicionales del sistema de control interno. Lo que significa que *""Hay evidencia de un modelo de control que se soporta en el uso de puntos de control u otro mecanismo están en plena producción para sustentar la toma de decisiones, que es inherente al proceso, actualizado y socializado adecuadamente". (Información tomada resultado papel de trabajo).*

Por consiguiente, es importante recordar que, el control es un ejercicio analítico que determina la diferencia entre el deber ser y el ser. Para establecer esa distancia se utiliza un patrón que puede ser cualitativo o cuantitativo que permite demostrar si una gestión está acorde con lo planeado. Para el Equipo Auditor es de vital importancia que los controles implementados por la Dirección Territorial coadyuven a minimizar y/o evitar la materialización de riesgos.

5.2.4. Análisis del Modelo de Mejora o Valor Agregado

El Equipo Auditor examina el modelo de mejora o valor agregado que aplica la Dirección Territorial en la gestión desarrollada y con ello evalúa el sistema de control interno (SCI), para establecer su nivel de madurez, efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta la Dirección Territorial Eje Cafetero para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. El propósito es determinar si la Dirección Territorial auditada posee y reconoce un

modelo de mejora o valor agregado de sus actividades, decisiones y acciones que le permitan tener otra herramienta gerencial de las actividades institucionales.

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

> *Se entiende por control interno el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos*. (...)
>
> *En consecuencia, deberá concebirse y organizarse de tal manera que su ejercicio sea intrínseco al desarrollo de las funciones de todos los cargos existentes en la entidad, y en particular de las asignadas a aquellos que tengan responsabilidad del mando.*

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

Por su parte, el Decreto 1499 de 2017 que modifica el decreto 1083 de 2015, en el artículo 2.2.23.1 dispone la:

> "*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".*

Consecuencia de lo anterior, la entidad debe tener un Sistema de Control Interno que se articule con el MIPG, según lo estipulado por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del

Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, 2023 V5, en el numeral 4.2 Seguimiento y evaluación de la gestión institucional, que señala:

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

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

> *"Así mismo, es importante verificar permanentemente que la ejecución de las actividades, el cumplimiento de metas o el uso de recursos correspondan con lo programado en la planeación institucional. En este punto, es importante señalar que la ejecución de programas, planes y proyectos se debe medir en los diferentes momentos o etapas de su desarrollo, para garantizar el logro de los resultados previstos, e identificar con mayor precisión las oportunidades de mejora que se deban emprender."*
>
> *"Los procesos de seguimiento y evaluación tienen como una de sus finalidades aportar información a los responsables de la gestión institucional para tomar decisiones en cuanto al diseño, ejecución y resultados. Por tanto, los resultados del seguimiento y evaluación permiten definir recomendaciones para la mejora en todos los procesos de gestión institucional y así maximizar el aprovechamiento de los recursos disponibles."*

En el Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI, en el capítulo Módulo de Control de Evaluación y Seguimiento se dispone que *"(...) Los instrumentos y herramientas de gestión y de control de la entidad requieren evaluación y seguimiento, es decir, un proceso que verifique el nivel de desarrollo del Sistema de Control Interno y de la gestión de la entidad. Esto se consigue mediante actividades de supervisión continua, evaluaciones periódicas o una combinación de ambas cosas (...)"*

Por su parte, la UARIV mediante la Resolución No. 2728 del 5 de octubre de 2021 *"Por la cual se adopta el modelo integrado de planeación y gestión-MIPG (...)";* en el artículo 2 Objetivos del modelo

el numeral 2 señala que se debe *"Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la en la información, el control y la evaluación para la toma de decisiones y la mejora continua"*. Esta es una tarea propia de dependencias y procesos, que se debe hacer desde el ejercicio de Direccionamiento Estratégico en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación y la línea estratégica de la Dirección General. En este punto, se deben emitir los lineamientos precisos para el seguimiento que contribuyen al logro de los objetivos institucionales para lo cual es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

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

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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo 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 jueves 8 de agosto de 2024 a las 12:06 p.m. La Dirección Territorial auditada da respuesta mediante correo electrónico del miércoles 13 de agosto de 2024 a las 12:41 p.m. con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

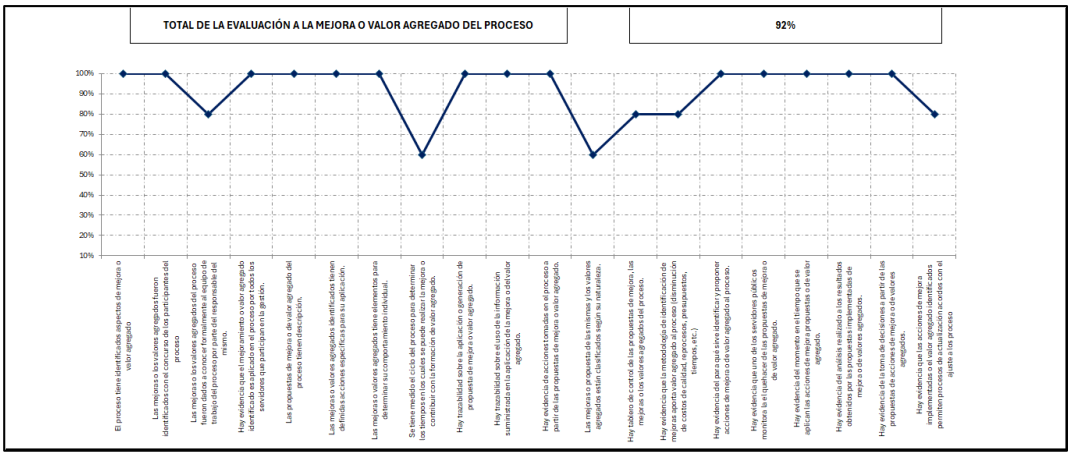
El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de mejora o valor agregado en concordancia con las características del sistema de control interno definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos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

> *b) Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional; c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad; d) Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional; e) Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros; g) Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación; y h) Velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características, y en artículo 3° literales a) El Sistema de Control Interno forma parte integrante de los sistemas contables,*

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

Teniendo en cuenta los parámetros de la herramienta citada en los numerales anteriores, el Equipo Auditor la aplica para determinar el nivel de uso de la práctica de gestión para que la Dirección Territorial pueda mejorar constantemente sus procesos y así ser más eficiente y tener un mayor rendimiento para el logro de sus proyectos, programas, metas, objetivos, estrategias, políticas y lineamientos formulados en el proceso de planeación, con el objeto de optimizar las actividades que generan valor agregado para las partes interesadas y eliminar las ineficiencias inherentes en la Dirección Territorial Eje Cafetero.

Los resultados obtenidos a través de la aplicación del papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – mejora o valor agregado el cual tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert[5]. La Dirección Territorial auditada responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz así:

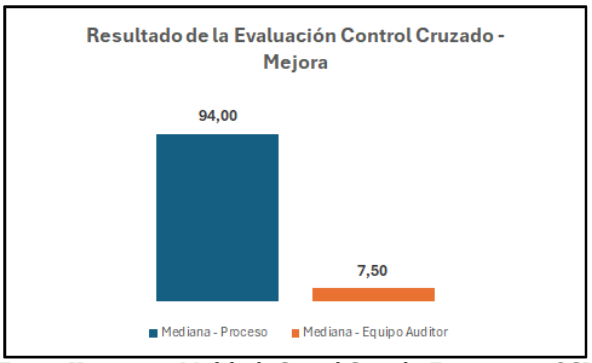


Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión. Fuente propia OCI

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

Como se observa, la calificación que se da la Dirección Territorial auditada corresponde a 92 puntos 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 7.50 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 92.50 puntos respecto de la calificación de la auditada y de 84.50 respeto del máximo posible (100 puntos).



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

Así mismo, se confronta la información y evidencias registradas en la herramienta de evaluación al SCI frente a los resultados de las autoevaluaciones del proceso de la Dirección Territorial Eje Cafetero correspondientes al primer y segundo semestre de 2023, donde se realiza un análisis cruzado de los valores y porcentajes obtenidos en ambas herramientas, en la cual se establece la valoración a través de la aplicación de la mediana, ello implica una diferencia 86.50 puntos en la variable “Mejora”, toda vez que el resultado de la valoración del proceso auditado es de 94 y la del Equipo Auditor de 7.50.

Por lo anterior, el equipo Auditor de la Oficina de Control Interno califica como debilidad del sistema de control interno en el elemento de control de mejora o valor agregado de la Dirección Territorial Eje Cafetero.

La ausencia de un modelo de mejoramiento o la propuesta de actualización de los procesos o la incorporación de nuevos procesos o innovaciones que permitan agregación de valor robusto en las actividades ejecutadas que sean reconocidos como fuentes de capacidad y que permitan una mayor eficiencia o efectividad al seguimiento y control de las actividades desarrolladas por la Dirección Territorial que permita vislumbrar una mejora continua a la prestación de los servicios tanto

internos como externos, los cuales 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 evidencia de gestión que brinde información del que hacer funcional de la Dirección Territorial en tiempo real y que permita la toma de decisiones informada.

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

- Identificación de aspectos de mejora en los procesos y procedimientos que involucre a la Dirección Territorial, con el objetivo de buscar el mejoramiento a la prestación de servicios tanto para clientes internos como externos.

- Implementación de buenas prácticas a la gestión de la innovación y mejora continua.

- Falta de toma de decisiones informadas acorde a los análisis y evaluación de los datos recopilados en la gestión misional.

- Ausencia de tableros de control que permitan detectar desviaciones para detectar alertas tempranas que reduzcan los riesgos a la gestión misional.

Esta debilidad se le comunica al auditado mediante correo electrónico del martes 6 de agosto de 2024 a las 16:42 p.m. por parte del auditor líder de la oficina de control interno, en donde se le da a la auditada un plazo de cinco días hábiles según lo establecido en la actividad 9 del procedimiento “Auditorías Internas al control interno” contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones y evidencias pertinentes.

La auditada da respuesta mediante correo electrónico del martes 13 de agosto 2024 a las 12:41 p. m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor y responde que:

> *Debilidad 3: La ausencia de un modelo de mejoramiento o la propuesta de actualización de los procesos o la incorporación de nuevos procesos o innovaciones que permitan agregación de valor robusto en las actividades ejecutadas que sean reconocidos como fuentes de capacidad y que permitan una mayor eficiencia o efectividad al*

seguimiento y control de las actividades desarrolladas por la Dirección Territorial que permita vislumbrar una mejora continua a la prestación de los servicios tanto internos como externos, los cuales 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 evidencia de gestión que brinde información del que hacer funcional de la Dirección Territorial en tiempo real y que permita la toma de decisiones informada.

Planteamiento:

Ante la inexistencia de un instructivo o tareas puntuales para desarrollar desde las Direcciones territoriales en aras de la mejora continua o una guía metodológica para la propuesta y gestión de la mejora continua en las direcciones territoriales, esta tarea se tramita a partir de las iniciativas locales lideradas por el enlace SIG y el director territorial y entradas en aquellas operaciones o gestiones del talento humano en las que tiene injerencia el director, ya que lineamientos misionales, procesos o procedimientos dependen más de nivel nacional. Para el 2023 la dirección territorial eje cafetero en sus diferentes sedes implementó las siguientes actividades

1. Grupos de Estudio

2. Inducciones desde la Dirección Territorial.

Con la iniciativa de los diferentes profesionales a cargo de los procesos misionales se lideraron grupos de estudio temáticos, para aportar a la cadena de valor del proceso y facilitar la comprensión de las medidas y su implementación en territorio.

Igualmente, las acciones lideradas en el 2023 como parte de la gestión del talento humano territorial trabajo por la cualificación de los profesionales que prestan los servicios en el marco de la garantía de derechos a las víctimas por la efectividad en el cumplimiento de las obligaciones o funciones según el caso de Contratistas o profesionales de planta.
Estas actividades están debidamente documentadas y se evidenciaron durante el momento de la auditoria, sin recibir la debida atención como aporte a la cadena de valor.

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

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

5.2.5. Análisis del Modelo de Seguimiento

El Equipo Auditor examina el modelo de seguimiento que aplica la Dirección Territorial en la gestión desplegada y con ello evalúa el sistema de control interno (SCI), para establecer su nivel de madurez, efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta la Dirección Territorial Eje Cafetero para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. El propósito es determinar si la Dirección Territorial auditada posee y reconoce un modelo de seguimiento que sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones.

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

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

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

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

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

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

En la 3ª Dimensión: Gestión con Valores para Resultados, 3.5. Atributos de Calidad para la Dimensión, establece que:

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

En la 4ª Dimensión: Evaluación de Resultados, 4.2. Seguimiento y Evaluación de la Gestión Institucional, lineamientos generales para la implementación afirma que:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De esta forma, la evaluación permanente al estado del SCI implica el seguimiento al conjunto de dimensiones del Modelo, de tal manera que la autoevaluación y la evaluación independiente se

convierten en la base para emprender acciones para subsanar las deficiencias detectadas y encaminarse en la mejora continua (COSO, 2013: 143).

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

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

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

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

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

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

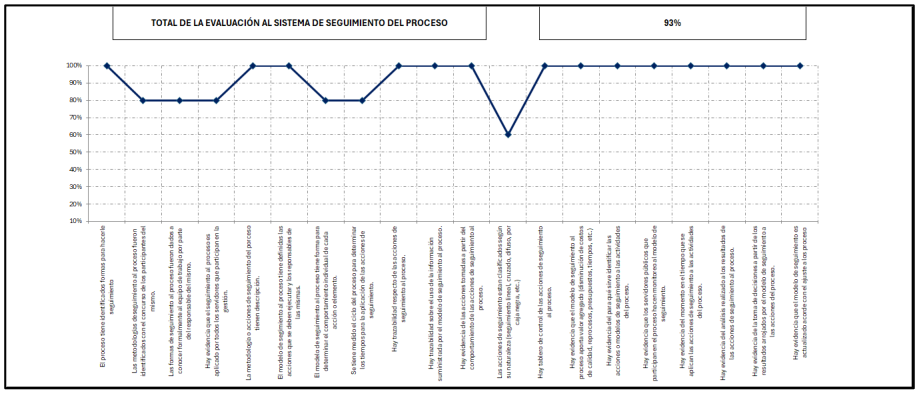
Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de la variable seguimiento de la herramienta del Sistema de Control Interno (SCI), la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – seguimiento, mediante correo electrónico del martes 6 de agosto de 2024 a las 3:21 p.m. La Dirección Territorial auditada da respuesta mediante correo electrónico del miércoles 14 de agosto de 2024 a las 4:53 p.m. con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de seguimiento definidos en el artículo 2° de la Ley 87

de 1993 referente a los objetivos del sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales b), c), d), e), f), g) y h) que la administración de la mejora o valor agregado propende por:

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

Por lo anterior, el Equipo Auditor aplica a la Dirección Territorial Eje Cafetero el papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – seguimiento el cual tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert[6]. La Dirección Territorial auditada responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz así:

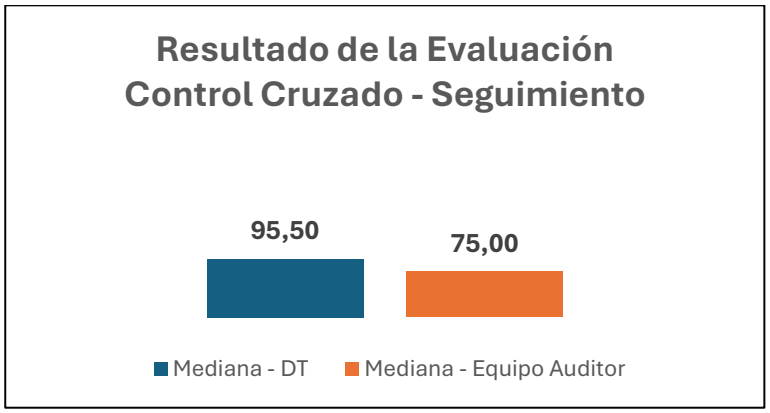


Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión. Fuente propia OCI

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

Como se observa, la calificación que se da la Dirección Territorial auditada corresponde a 93 puntos de 100 posibles.

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – seguimiento corresponde a 95.5 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 4,5 puntos respecto de la calificación de la Dirección Territorial auditada y de 25.0 respecto del máximo posible (100 puntos).



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

Así mismo, se confronta la información y evidencias registradas en la herramienta de evaluación al SCI frente a los resultados de las autoevaluaciones de la DT Eje Cafetero correspondientes al primer y segundo semestre de 2023, donde se realiza un análisis cruzado de los valores y porcentajes obtenidos en ambas herramientas, en la cual se establece la valoración a través de la aplicación de la mediana, ello implica una diferencia 20.5 puntos en la variable *"Seguimiento"*, toda vez que el resultado de la valoración de la DT auditada es de 95,50 y la del Equipo Auditor de 75,0. Lo anterior significa que *"Hay evidencia que el modelo de seguimiento a la gestión del proceso está implementado, lo que permite sustentar la toma de decisiones, que son inherentes a la Dirección Territorial Eje Cafetero actualizado y socializado adecuadamente."* (Información tomada resultado papel de trabajo).

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

Por lo anterior, la Dirección Territorial Eje Cafetero en análisis del modelo de seguimiento correspondiente a evaluación del sistema de control Interno no presenta debilidad.

5.3 ANÁLISIS DEL DISEÑO Y EFECTIVIDAD DEL CONTROL DEL RIESGO EN LA DIRECCIÓN TERRITORIAL EJE CAFETERO

La Dirección Territorial Eje Cafetero 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 Eje Cafetero, se aplica el papel de trabajo *"evaluación de riesgos, diseño de controles y efectividad de las evidencias"*, que consulta los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través de la "*Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas"*. Este instrumento se elabora con los parámetros cuantitativos de la guía y por lo mismo, es un mecanismo de medición de la gestión desplegada por la Dirección Territorial Eje Cafetero en el manejo y gestión de sus riesgos. Se inicia desde la concepción formal del control y se llega a la gestión realizada a cada control asociado al riesgo identificado.

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

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

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

> *Artículo 2.2.21.3.1 Sistema Institucional de Control Interno. El Sistema Institucional de Control Interno estará integrado por el esquema de controles de la organización, la gestión de riesgos, la administración de la información y de los recursos y por el conjunto de planes, métodos, principios,*

normas, procedimientos, y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por la entidad, dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas, resultados u objetivos de la entidad." (subrayado fuera de texto)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Por su parte la primera línea de defensa debe realizar:

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

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

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

Por último, *Previo a la Gestión del Riesgo, la entidad establece sus objetivos alineados con la planeación estratégica, dirigidos al cumplimiento de la normatividad vigente; partiendo del análisis del contexto interno, externo de la entidad y el del proceso, se identifican los riesgos para la consecución de sus objetivos en todos los niveles y los analiza como base para determinar cómo*

deben gestionarse, para lo cual la entidad debe contar con mecanismos efectivos de evaluación de riesgos, con el fin de establecer en nivel de riesgo inherente y residual.

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

> *6.5.2. Política de Gestión Integral de Riesgos*
>
> *"La Unidad administra integralmente los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos estratégicos, trabajando para la reparación integral de las víctimas y la implementación de la ley 1448 del 2011, con el fin de aumentar su eficacia y eficiencia a través de la identificación, análisis y valoración de riesgos que permita tomar acciones para evitar su materialización".*
> *La política de administración de riesgos de la Unidad se desarrolla con mayor detalle en la Metodología de Administración de riesgos, la cual integra los lineamientos aplicables a los riesgos de corrupción, Operativos, de Seguridad de la Información y Seguridad Digital, de Seguridad y Salud en el trabajo, Ambientales y Públicos.*

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

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

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

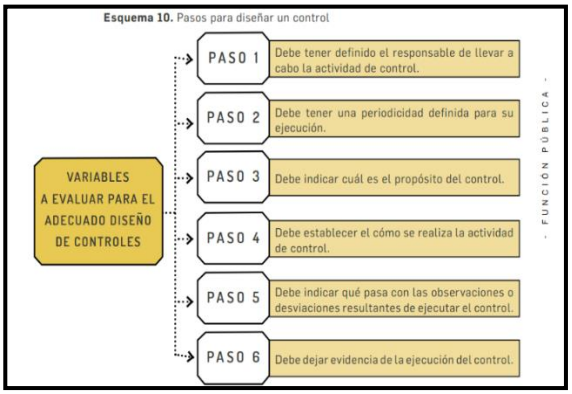
Es importante tener presente que en la metodología de riesgos de la entidad se establece que ella se debe aplicar a todos los procesos, dependencias y Direcciones Territoriales de la Unidad para la Atención y Reparación a las víctimas. (subrayado fuera de texto).

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

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

Este instrumento se elabora con los parámetros cuantitativos de la Guía y por lo mismo, es un mecanismo de medición de la gestión desplegada por la Dirección Territorial Eje Cafetero en el manejo y gestión de sus riesgos. Se inicia desde la concepción formal del control y se llega a la gestión realizada a cada control asociado al riesgo identificado. Es necesario señalar que el propósito de esta evaluación es determinar si el proceso redacta de manera adecuada y metodológicamente aceptada el control al riesgo y una vez realizado este paso, si la gestión que realiza esta evidenciada y atiende el propósito de la acción de control.

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



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

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

- FUNCIÓN PÚBLICA -

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

Resultados de la evaluación del diseño del control

El resultado de cada variable de diseño, a excepción de la evidencia, va a afectar la calificación del diseño del control, ya que deben cumplirse todas las variables para que un control se evalúe como bien diseñado.

RANGO DE CALIFICACIÓN DEL DISEÑO	RESULTADO - PESO EN LA EVALUACIÓN DEL DISEÑO DEL CONTROL
Fuerte	Calificación entre 96 y 100
Moderado	Calificación entre 86 y 95
Débil	Calificación entre 0 y 85

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

Comportamiento causas y controles

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

Fuente: herramienta análisis de riesgos. Fuente propia OCI

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

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

Atendiendo el mapa de riesgos publicado en la página web de la UARIV y teniendo en cuenta el periodo auditado correspondiente a la vigencia 2023, se aplica la herramienta de trabajo por medio de auditoria virtual, donde se evidencia que el mapa de riesgos de la Dirección Territorial Eje Cafetero tiene identificado tres (3) riesgos gestión (42,85%), dos (2) riesgo de corrupción (28,6%), uno (1) riesgo de ambiental (14,28%) y uno (1) riesgos SST (14.28%); para un total de seis (7) riesgos.

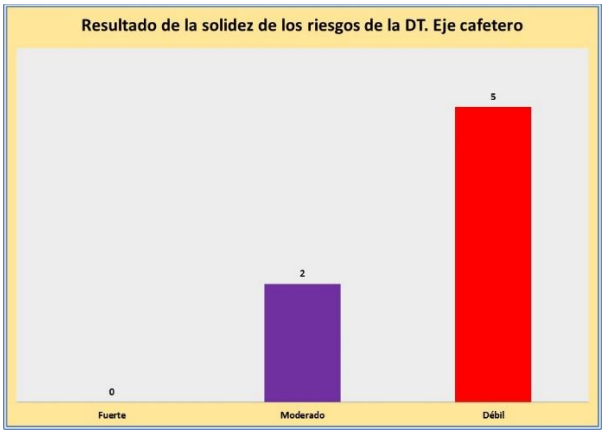
Para gestionar los riesgos identificados, la Dirección Territorial Eje Cafetero aplica un total de 23 controles: de cuales siete (7) controles para riesgos de gestión, ocho (8) para el riesgo de corrupción, cuatro (4) control para riesgos de Sistema de Gestión Ambiental y cuatro (4) controles para el SGSST; en el marco del DAFP donde establece los límites de evaluación del criterio control, a partir de los aspectos cuantitativos y cualitativos.

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

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

Al examinar las variables dispuestas por el DAFP se tiene como resultado que el 28.57% de los riesgos es calificado como moderado equivalente a dos (2) riesgos y el 71.43% equivalente a cinco (5) de los riesgos es calificado como débil en cuanto al diseño del control.

A continuación, se relaciona la gráfica denominada "Análisis de los riesgos", así:



Fuente: herramienta análisis de riesgos. Fuente propia OCI

Las evidencias de la ejecución del control, entendidas como la información que da certidumbre sobre la aplicación y resultados sin importar el soporte material, son evaluadas por el Equipo Auditor encontrando que al momento de la auditoria se contó con el acopio de ellas. Una vez recibida se evalúa con los criterios de auditoria generalmente aceptados, se establece que la Dirección Territorial Eje Cafetero en la efectividad de ejecución del control tiene como resultado que para el 42.10% existe la evidencia y el control total; para 36.84% la evidencia existe y el control es parcial y el 21,05% no existe la evidencia el control.

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

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

Esta debilidad se le comunica al auditado mediante correo electrónico del miércoles 9 de octubre de 2024 a las 10:42 a.m. por parte del auditor líder de la oficina de control interno, en donde se le da a la auditada un plazo de cinco días hábiles según lo establecido en la actividad 9 del procedimiento "Auditorías Internas al control interno" contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones y evidencias pertinentes.

La auditada da respuesta mediante correo electrónico del jueves 17 de octubre 2024 a las 16:34 p. m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor y responde que:

La Dirección Territorial Eje Cafetero se permite remitir respuesta frente al segundo grupo de debilidades identificadas en la DT.

1.Hallazgo del sistema de control interno en el diseño y efectividad del control del riesgo. Debilidad 5: Lo anterior; no está conforme y se establece debilidad del sistema de control interno en el diseño y efectividad del control de los riesgos. Se evidencia que la totalidad de los controles asociados a los riesgos identificados en el mapa de riesgos establecidos por la Dirección Territorial Eje Cafetero no cumple con los lineamientos establecidos en la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas emanadas del Departamento Administrativo de la Función *Pública; los cuales deben ser adoptado y normalizados en el Sistema Integrado de Gestión de la UARIV. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2° literales a), b) y f), 4° literal i) y 6° de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 "Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015" así mismo lo establecido en el Manual Operativo de Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG numeral 7.1 Dimensión de Control Interno y el Modelo Estándar de Control Interno -MECI numeral 1.3 Componente de Administración del Riesgo.*

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

Frente a esta debilidad aclaramos que la construcción del mapa de riesgos, así como los controles que se establecen para cada uno de los riesgos en un proceso acompañado por la OAP y se desarrollan de acuerdo con los lineamientos por ellos emanados, adicionalmente es la OAP quienes verifican y validan la información frente a la construcción de estos. Se adjunto correo soporte frente al ejercicio de actualización del mapa de riesgos.

Se adjunto correo electrónico de la revisión por parte de nivel nacional

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

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

En consecuencia, el Equipo Auditor considera pertinente mantener la debilidad comunicada con el propósito de que la Dirección Territorial y con la interacción de los procesos de gestión del talento humano (SGST); gestión administrativa (SGA) y la Oficina Asesora de Planeación (direccionamiento estratégico) realicen un plan de mejoramiento donde determine las acciones de mejora que lleven a superar las causas generadoras del hallazgo

5.4 ANÁLISIS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2023 DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL EJE CAFETERO

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.*
>
> *Parágrafo 1°. La integración de los planes mencionados en el presente artículo se hará sin perjuicio de las competencias de las instancias respectivas para formularlos y adoptarlos. Cuando se trate de planes de duración superior a un (1) año, se integrarán al Plan de Acción las actividades que correspondan a la respectiva anualidad.*
>
> *Parágrafo 2°. Harán parte del Plan de Acción las acciones y estrategias a través de las cuales las entidades facilitarán y promoverán la participación de las personas en los asuntos de su competencia, en los términos señalados en la Ley 1757 de 2015.*

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

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

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

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

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

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

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

Dado este marco normativo, se tiene claro que en la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas por mandato legal existe una multiplicidad de planes que se deben cumplir y, por lo tanto, deben ser objeto de evaluación del Sistema de Control Interno. Frente a esta gama amplia de planes, se selecciona el plan de acción de la entidad construido con la participación de los 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 el aplicativo SISGESTION 2.0.

De acuerdo con lo anterior, se aplica la matriz de seguimiento al avance y ejecución del Plan de Acción 2023 a la Dirección Territorial Eje Cafetero, teniendo en cuenta los cuatro (4) reportes trimestrales registrados en el aplicativo SISGESTION 2.0 con corte a 31 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre de 2023.

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

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

La Oficina Asesora de Planeación dentro de su fuero, ámbito normativo y operativo estudia el comportamiento de las metas pactadas con la Dirección Territorial Eje Cafetero 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 Eje Cafetero.

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 Eje Cafetero tiene en total 28 actividades en el Plan de Acción 2023 de las cuales, 3 fueron eliminadas (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 identificado con el código 411 "Aprobar planes de retorno y reubicación no étnicos" motivo por el cual la totalidad de actividades a evaluar para la vigencia 2023 es de veinticuatro (24). 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 cuatro (4) actividades que corresponden al 20% de la población, donde se evidencia que, tres (3) actividades programadas presentan estado óptimo del 100%, una (1) estado superlativo del 111%.

En cuanto al segundo trimestre de 2023 la muestra de trabajo es de once (11) actividades, lo que equivale 46% 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 11 posibles, lo que equivale al 82% de la muestra.

Estado Medio (entre el 60% y 99%): Las actividades reportadas en el segundo trimestre de 2023, y que dicho periodo no cumple con lo planeado, pero si hay reporte de avance significativo de las actividades, es de 0 de las 11 posibles, lo que equivale al 0.00% de la muestra.

Estado crítico (menor del 60%): Las actividades reportadas en el segundo trimestre de 2023, y que en dicho periodo tiene un menor valor a lo planeado, es decir no se cumple lo planeado es de 0 de las 11 posibles, lo que equivale al 0.00% de la muestra.

Estado superlativo (Mayor al 100%): Las actividades reportadas en el segundo trimestre de 2023, y que en dicho periodo tiene un mayor valor a lo planeado, es decir se excede a lo planeado, es de 2 de las 11 posibles, lo que equivale al 18% de la muestra.

Respecto al tercer trimestre 2023, la muestra de trabajo es de trece (13) actividades, equivalente el 54% de la población. De acuerdo con esta información el estado de avance obtenido del 01 de julio de 2023 al 30 de septiembre de 2023 es el siguiente:

Estado óptimo (100%): Las actividades reportadas en el tercer trimestre de 2023, y que en dicho periodo tiene el valor planeado, es decir se cumple lo planeado es de 11 actividades de las 13 posibles, lo que equivale al 84.62% de la muestra.

Estado Medio (entre el 60% y 99%): Las actividades reportadas en el tercer trimestre de 2023, y que dicho periodo no cumple con lo planeado, pero si hay reporte de avance significativo de las actividades, es de 0 de las 13 posibles, lo que equivale al 0.00% 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 13 posibles, lo que equivale al 7.69% de la muestra.

Estado superlativo (Mayor al 100%): Las actividades reportadas en el tercer trimestre de 2023, y que en dicho periodo tiene un mayor valor a lo planeado, es decir se excede a lo planeado, es de 1 de las 13 posibles, lo que equivale al 7.69% de la muestra.

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

Diecinueve (19) presentan estado óptimo del 100%, equivalente al 79%.
Una (1) registra estado crítico del 33%, equivalente al 4%.
Cuatro (4) presentan estado superlativo (125%, 139% y 2 con el 111%), equivalente al 17% del total de indicadores.

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

DIRECCIÓN TERRITORIAL EJE CAFETERO		1. Reportar información de contexto construidos a partir de los hechos no sujetos de verificación de la Bitácora Diaria de Eventos a partir del modelo de verificación que la Dirección territorial remite a las entidades territoriales... (Cod. 157).					1. Apoyar a las áreas misionales así como a las entidades del SNARIV en todos los niveles de Gobierno, en la formulación y presentación de proyectos orientados a la asistencia, atención y reparación integral a las víctimas, especialmente retornos y reubicaciones, reparación colectiva y enfoque diferencial (Cod. 158)					2. Apoyar la coordinación de la atención de las Emergencias Humanitarias Masivas (Desplazamiento forzado, confinamiento y actos terroristas) (Cod 405).					3. Brindar asistencia técnica diferenciada para la actualización de planes de contingencia en la fase de formulación para entidades territoriales de interés estratégico. (Cod. 406).				
COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA		Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023
		Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance		
1	Enero	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
2	Febrero	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
3	Marzo	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
4	Abril	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
5	Mayo	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
6	Junio	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
7	Julio	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
8	Agosto	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%
9	Septiembre	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
10	Octubre	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%
11	Noviembre	0	100	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
12	Diciembre	0	100	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
	Evaluación OCI										100					100					100
	Evaluación OAP										100					100					100

4. Efectuar la entrega de cartas de indemnización aptas para ser entregadas. (Cod. 409).					5. Aprobar planes de retorno y reubicación étnicos. (Cod. 410)					6. Aprobar planes de retorno y reubicación no étnicos. (Cod. 411)					7. Formular los planes de negocio de los hogares beneficiarios de los esquemas especiales de acompañamiento familiar. (Cod 412).				
Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023
Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance		
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
98,95	90	109,94	110%	110%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
100	90	111,11	111%	111%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
100	90	111,11	111%	111%	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%
100	90	111,11	111%	111%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	40	0	0%	0%	0	40	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
100	90	111,11	111%	111%	0	40	0	0%	0%	0	40	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	40	0	0%	0%	0	40	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
100	90	111,11	111%	111%	100	80	125	125%	125%	0	80	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
				111					125					NA					
				111.08					125					NA					

7. Apoyar la contactabilidad de los potenciales hogares beneficiarios de los Esquemas Especiales de Acompañamiento Familiar **(Cod. 423)**.					8.Tramitar las solicitudes de acompañamiento en el proceso de retorno y reubicación individual o familiar, en la vigencia.. **(Cod. 413)**.					9.Tramitar las colocaciones del primer apoyo a la sostenibilidad en las solicitudes de retorno y reubicación que aplique. **(Cod. 414)**.					10. Acompañar técnicamente a las entidades territoriales para que mantengan los conceptos de seguridad vigentes. **(Cod. 415)**				
Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023
Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance		
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	90	111,11	111%	111%
0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	100	90	111,11	111%	111%
0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	100	90	111,11	111%	111%
0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	90	111,11	111%	111%
0	1	0	35%	0%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	90	111,11	111%	111%
0	1	0	100%	0%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	90	111,11	111%	111%
0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	98,11	90	109,01	109%	109%
100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	90	111,11	111%	111%
100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	90	111,11	111%	111%
100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	90	111,11	111%	111%
100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	90	111,11	111%	111%
100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	90	111,11	111%	111%
				100					100					100					111
				100					100					100					110.94

DIRECCIÓN TERRITORIAL EJE CAFETERO																			
11. Formular y concertar planes de reparación colectiva con Sujetos de Reparación Colectiva **(Cod 707)**.					12. Generar informes de seguimiento a las cartas de entendimiento/ convenios suscritos. **(Cod. 418)**.					13. Socializar la oferta institucional de las entidades nacionales y sus convocatorias en el territorio. **(Cod. 419)**.					14. Documentar las acciones de medidas implementadas en el sistema de información. **(Cód. 420)**.				
Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023
Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance		
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	25%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%
0	1	0	100%	0%	1	1	100	100%	25%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%
0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	25%	1	1	100	100%	33%	100	100	100	100%	100%
0	1	0	0%	0%	2	2	100	100%	50%	1	1	100	100%	33%	0	100	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	2	2	100	100%	50%	1	1	100	100%	33%	0	100	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	2	2	100	100%	50%	1	1	100	100%	33%	0	100	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	3	3	100	100%	75%	2	2	100	100%	67%	0	100	0	0%	0%
1	2	50	50%	20%	3	3	100	100%	75%	2	2	100	100%	67%	0	100	0	0%	0%
5	5	100	100%	100%	4	4	100	100%	100%	3	3	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%
				100					100					100					
				125					100					100					

14. Implementar acciones de fortalecimiento a nivel comunitario con enfoque de derechos, territorial y diferencial en el marco de la implementación de la política de víctimas para pueblos énicos. **(Cód. 557)**.					**15.** Acompañar al procesode elección e instalacióndelas mesas departicipaciónmunicipales y distritales **(Cód 571)**.					**16.** Fortalecer la oferta institucional en los CRAV. **(Cód 593)**.					**17.** Reportar la ayuda humanitaria inmediata entregada por las Entidades territoriales. **(Cód. 594 Conpes)**				
Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023
Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance		
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%
1	1	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%
1	1	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%
1	1	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	1	1	100	100%	100%	100	72	138,889	139%	139%
				100					100					100					139
				100					100					100					138.89

18. Construir informes de articulación, gestión y seguimiento en el marco de los CTJT. **(Cód 595)**.					**19.** Verificar en el territorio los hechos victimizantes o situaciones de riesgo de victimización, identificados en la Bitácora Diaria de Eventos - BDE de acuerdo con lo establecido en el protocolo de realización e instructivo de verificación. **(Cód. 683)**.					**20.**Brindar asistencia técnica para la actualización de planes de contingencia en cualquiera de las tres fases (Sensibilización, formulación y revisión de plan de contingencia) para entidades territoriales de interés estratégico y que son priorizadas a partir de estudio técnico. **(Cód 684)**.					**21.** Realizar acciones de la medida de rehabilitación en sujetos de reparación colectiva focalizados en la fase de implementación.**(Cód. 686)**.				
Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023
Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance		
0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
1	1	100	100%	25%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%
1	1	100	100%	25%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%
1	1	100	100%	25%	100	100	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
2	2	100	100%	50%	100	100	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%
2	2	100	100%	50%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
2	2	100	100%	50%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
3	3	100	100%	75%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
3	3	100	100%	75%	100	100	100	0%	100%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%
3	3	100	100%	75%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
4	4	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%
				100					100					100					100
				100					100					100					100

22. Realizar jornadas de atención móvil de orientación y comunicación a las víctimas con enfoque diferencial. **(Cód. 688).**					**23.** Suscribir cartas de entendimiento o convenios con instituciones de educación superior que beneficien a la población víctima. **(Cód 692).**					**24.** Realizar acciones en el marco de la coordinación interinstitucional tendientes al acceso de las víctimas a la oferta del Estado con enfoque territorial y diferencial. **(Cód. 697).**					**25.** Cargar al sistema de información la documentación de las acciones realizadas con sujetos de reparación colectiva en las fases de la ruta e implementación.**(Cod 706).**				
Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2023
Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance		
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
10	10	100	100%	16%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
10	10	100	100%	16%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
10	10	100	100%	16%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	100%	0%
31	31	100	100%	49%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%
31	31	100	100%	49%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%
31	31	100	100%	49%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%
51	51	100	100%	81%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%
51	51	100	100%	81%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%
51	51	100	100%	81%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%
63	63	100	100%	100%	1	3	33,333	33%	33%	1	1	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%
				100					33					100					100
				100					33					100					100

Como se puede evidenciar, este análisis examina el movimiento de los reportes y variables en los tiempos para establecer el comportamiento general de las actividades asociadas al plan de acción 2023. Teniendo como horizonte el criterio que todo lo planeado se debe cumplir dentro del periodo pactado y en las cantidades asignadas, las actividades que no cumplen plenamente el mandato de la Oficina Asesora de Planeación (ya sea inferior o superior de lo programado) son desviaciones que deben ser estudiadas por la Dirección Territorial Eje Cafetero, 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 Eje Cafetero. Teniendo como parámetro de evaluación que tanto los reportes de avance como de ejecución deben corresponder al 100% de lo planeado.

Por consiguiente, se tiene que para el primer trimestre de 2023 el parámetro en mención no se cumple en 1 de las 4 metas programadas (lo que corresponde al 25% del total de indicadores a 31 de marzo de 2022), toda vez que una (1) actividad presenta un porcentaje de avance superior del 111%. Un escenario similar se presenta en los reportes de avance del segundo y tercer trimestre, así como de ejecución (cumplimiento) del cuarto trimestre, los cuales se describen a continuación:

Segundo trimestre: de 11 actividades, 2 presentan porcentaje de avance superior, ambas con el 111%, equivalente al 18,18% del total de indicadores establecidos para este periodo.

Tercer trimestre: de 13 actividades, 1 registra porcentaje de avance superior del 111% y 1 inferior con el 0%, equivalente al 15,38% del total de indicadores proyectados para dicho periodo.

Cuarto trimestre: de 24 actividades, 4 presentan porcentajes de ejecución superior (125%, 139% y 2 con el 111%) y 1 inferior del 33%, equivalente al 20,83% del total de indicadores programados para la vigencia 2023.

Cabe aclarar que, a pesar de que 23 de las 24 actividades se encuentran en nivel satisfactorio de ejecución vigencia 2023, cuatro (4) de éstas se encuentran por encima de la meta ideal del 100% (estado superlativo del 125%, 139% y 2 con el 111%). Así mismo, la actividad restante presenta cumplimiento insatisfactorio del 33% (estado crítico).

1	Satisfactorio		Entre 90% y 100%	23	96%
2	Aceptable		Entre 60 y 89%	0	0%
3	Insatisfactorio		Menor de 60%	1	4%
Total actividades Plan de Acciòn DT Eje Cafetero 2023				**24**	**100%**

Adicional a lo anterior, y de acuerdo con la meta establecida en el plan de acción DT Eje Cafetero 2023, la actividad denominada “Acompañar técnicamente a las entidades territoriales para que mantengan los conceptos de seguridad vigentes” identificada con el código 415, en los doce (12) reportes registra porcentajes de avance y ejecución superiores de acuerdo con las metas programadas de enero a diciembre de 2023 (1 con el 109% en julio y 11 con el 111%). Así mismo, en los 6 reportes bimestrales programados en la actividad con el código 409, denominada “Efectuar la entrega de cartas de indemnización aptas para ser entregadas”, muestra porcentajes de avance y ejecución superiores a los proyectados (febrero con el 110%, abril, junio, agosto, octubre y diciembre con el 111%).

De igual manera, en 3 actividades donde su reporte fue programado y realizado en diciembre de 2023, identificados con los códigos 410, 594 y 692, presentan porcentajes de cumplimiento superlativos del 125% y 139% y crítico con el 33% respectivamente.

Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Dirección Territorial Eje Cafetero 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.

La anterior debilidad fue comunicada al Dr. Omar Fernandez Obregón Director Territorial (E.) mediante correo electrónico el día miércoles 09 de octubre a las 10:42 a.m. la cual fue respondida por la Dirección Territorial el día jueves 17 de octubre a las 16:34 p.m. en donde envían un archivo denominado *"Respuesta Eje Cafetero 2do Informe.pdf"* en los siguientes términos:

> *2. Hallazgo del Sistema de Control Interno Plan de Acción 2023 Dirección Territorial Eje Cafetero.*
>
> *Debilidad 6: Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Dirección Territorial Eje Cafetero 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 gerencial. Lo anterior aumenta el riesgo en el incumplimiento de los objetivos institucionales.*
>
> *Frente a esta debilidad y el avance de los indicadores del PAT 2023 es importante aclarar las gestiones realizadas por la dirección territorial para el cumplimiento de la totalidad de los indicadores de esa vigencia:*
>
> ***Indicador 692: Cartas de entendimiento o convenios suscritos con instituciones de educación superior.*** *Gestiones realizadas a lo largo del 2023 con las instituciones de educación superior Universidad del Quindío, ESAP y UNISARC, siendo esta última con la única institución que se logro la firma de la carta de entendimiento en 2023, se presentaron dificultades en esta gestión por las demoras desde nivel nacional para la revisión de la documentación y el desistimiento de las otras instituciones educativas por perdida de interés.*
>
> ***Indicador 594: Reportar la ayuda humanitaria inmediata entregada por las Entidades territoriales.*** *La meta establecida por nivel nacional y directamente por la Subdirección de Coordinación Nación Territorio es del 72% y como lo muestra la formula del indicador: "(Número de hogares que recibieron Atención Humanitaria Inmediata durante el último año en los componentes a que tienen derecho por entidades territoriales / Número de hogares relacionadas en declaraciones por el hecho de desplazamiento forzado, presentadas ante el ministerio público durante el último año y cuyo evento ocurrió dentro de los 3 meses previos a dicha declaración)*100" y como es deber de las entidades territorial y estipulado en la ley 1448 en su artículo 63: "ATENCIÓN INMEDIATA. Es la ayuda humanitaria entregada a aquellas personas que manifiestan haber sido desplazadas y que se encuentran en situación de vulnerabilidad acentuada y requieren de albergue temporal y asistencia alimentaria.*
>
> *Esta ayuda será proporcionada por la entidad territorial de nivel municipal receptora de la población en situación de desplazamiento. Se atenderá de manera inmediata desde el momento en que se presenta la declaración, hasta el momento en el cual se realiza la inscripción en el Registro Único de Víctimas.*

PARÁGRAFO 1. Podrán acceder a esta ayuda humanitaria las personas que presenten la declaración de que trata el artículo 61 de esta Ley, y cuyo hecho que dio origen al desplazamiento haya ocurrido dentro de los tres (3) meses previos a la solicitud.

Por lo anterior y con este entendido es deber del as entidades municipales entregar esta ayuda a la totalidad de las victimas de desplazamiento que lleguen a su territorio y cumplan dichos criterios y adicionalmente es deber del ente territorial realizar dicho reporte en consecuencia desde la Dirección territorial Eje Cafetero se realizado el reporte de la atención humanitaria entregado por los entes territoriales en la vigencia 2023 y la meta establecida por nivel nacional.

Indicador 410: Planes étnicos de retorno o reubicación formulados y aprobados: *Frente al cumplimiento de este indicador y con la meta de que el 80% de las solicitudes recibidas para la formulación y aprobación de planes de RyR en el territorio sean tramitadas y teniendo en cuenta la formula del indicador: "(Planes étnicos formulados y aprobados de retorno y reubicación / Sumatoria del total de solicitudes recibidas en primer cuatrimestre y las pendientes de la vigencia anterior para formulación y aprobación de planes de retorno y reubicación) *100", la dirección territorial cafetero durante el primer cuatrimestre del año 2023 recibió dos solicitudes las cuales fueron atendida y se logra la formulación y aprobación del plan de retornos y reubicaciones de la Comunidad Indígena Dachinabedrua y de la comunidad indígena Karabidrua en el municipio de Balboa. Lo cual conlleva a un cumplimiento de la meta por el encima de lo establecido 125%.*

Indicador 409: Cartas de indemnización administrativa aptas, entregada: *Frente al cumplimiento de este indicador y con la meta establecida del 90% de las cartas aptas notificadas desde la dirección territorial se realizó un ejercicio en miras de lograr la entrega de la totalidad de las cartas aptas para ser notificadas ya que es parte importante de nuestra misionalidad como entidad y esto impla esfuerzos tanto económicos como de gestión.*

Indicador 415: Entidades territoriales con concepto de seguridad vigente: *Con relación al cumplimiento de este indicador y con la meta estipulada por nivel nacional, se debió contar con al menos el 90% de los conceptos de seguridad de los entes territoriales. la Formula del indicador: "(número de municipios con concepto de seguridad vigente / número de municipios de la dirección territorial) *100" y como se establece la Ley 1448 de 2011 es su* ***ARTÍCULO 66****.* ***RETORNOS Y REUBICACIONES.*** *Con el propósito de garantizar la atención integral a las personas víctimas de desplazamiento forzado que deciden voluntariamente retornar o reubicarse,* ***bajo condiciones de seguridad favorables****, estas procurarán permanecer en el sitio que hayan elegido para que el Estado garantice el goce efectivo de los derechos, a través del · diseño de esquemas especiales de acompañamiento. Desde la dirección territorial eje cafetero se buscó durante la vigencia 2023 contar con los conceptos de seguridad del 100% de sus entidades territoriales y así poder asegurar que los procesos de retornos y reubicaciones que se adelantaran al interior del eje cafetero se dieran bajo el principio se seguridad.*

El Equipo Auditor comunica a través de este informe a la Dirección Territorial Eje Cafetero 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. De igual manera, registra marcada diferencias (superiores e inferior a la meta ideal del 100%) en los reportes mensuales de acuerdo con la meta programada en 5 de los 23 indicadores que le fueron asignados en la vigencia 2023, identificados con los códigos 409 (111%), 410 (125%), 415 (111%), 594 (139%) y 692 (33%). Es importante aclarar que, la oficina de control

interno en su rol de evaluación y seguimiento realiza trimestralmente la verificación y análisis de la información mensual reportada por las dependencias del nivel nacional y direcciones territoriales en el aplicativo SISGESTION 2.0 donde corrobora que dicho reporte esté debidamente aprobado por la oficina asesora de planeación OAP, con el objetivo de que el seguimiento trimestral sea veraz.

Si bien es cierto que al finalizar la vigencia 2023, la Dirección Territorial Eje Cafetero cumple al 100% en 19 de las 24 metas programadas (equivalente al 79.17% 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 tanto inferiores como superiores a lo planeado en los 4 trimestres (como se describe de manera detallada en la debilidad). Esta situación desdice una apropiada gestión de lo planeado frente a lo ejecutado, razón por la cual, este escenario no permite el punto ideal de equilibrio que coadyuve al logro del objetivo institucional adecuado en su plan de acción.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno sugiere a la Dirección Territorial Eje Cafetero solicitar a la Oficina Asesora de Planeación OAP, capacitaciones y/o asesorías en el diseño, planeación y programación adecuada de las metas, con el fin de que dicha actividad contribuya al fortalecimiento en el conocimiento de este tema a su equipo de trabajo como una buena práctica para la mejora continua, y por ende a evitar la reincidencia de este tipo de inconvenientes que puedan afectar el comportamiento apropiado en el avance y cumplimiento de los próximos planes de acción.

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

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el cumplimiento de las funciones de la Dirección Territorial Eje Cafetero contenidas en el artículo 29 del Decreto 4802 de 2011 y las políticas del MIPG incluidas en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión 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 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).

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.

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.

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

La integralidad y correlación que existe entre las funciones y MIPG con sus políticas son parte del sistema de control interno 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 <u>la correcta ejecución de las funciones</u> 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 19 políticas, se desarrolla un 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 - OCI a través del Equipo Auditor remite a la Dirección Territorial auditada la matriz de evaluación de funciones y políticas del MIPG, mediante correo electrónico del miércoles 4 de septiembre de 2024 a las 19:52 p.m., donde la Dirección Territorial emite respuesta mediante correo electrónico enviado el día jueves 12 de septiembre donde manifiesta el diligenciamiento de la matriz respectiva así como también el cargue de los soportes que quiere hacer valer en el ejercicio auditor.

El equipo auditor evalúa las evidencias registradas por la dirección territorial que deben ser consecuentes con lo diligenciado en la herramienta denominada *"funciones y políticas del MIPG"* para determinar la pertinencia y conducencia que demuestren el cabal cumplimiento de las funciones 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, el cruce de la información permite evidenciar que los métodos o actuaciones funcionales de los servidores de la dirección territorial corresponden 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.).

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

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

Una vez analizada y evaluada las evidencias remitidas por la Dirección Territorial Eje Cafetero 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 presenta en las 10 funciones evaluadas en donde se evidencia la falta cumplimiento a cabalidad de las políticas asociadas que es necesario tener en cuenta para su cumplimiento total de la función como se indica a continuación: El Equipo Auditor una vez realizada el análisis de evidencias en el marco de las Funciones de las Direcciones Territoriales, según el artículo 29 del Decreto 4802 de 2012 y su interacción con las (19) Políticas de Gestión y Desempeño del Modelo Integrado de Planeación y Gestión en el cual su contribución es de cumplimiento parcial así:

- 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 los mismos*". *Con una contribución parcial a 11 políticas con el 66% evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Gestión del conocimiento y la Innovación 100%, Política de Servicio al ciudadano 70%, Política de Gestión Estratégica del Talento Humano 65% y la Política Gobierno Digital 40%);* con el siguiente concepto auditor "Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y 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".

- Función 2: "*Participar en la formulación de planes y programas con el objeto de garantizar la articulación institucional y de las organizaciones públicas, privadas y sociales involucradas en el proceso ayuda, atención, asistencia y reparación de las víctimas, objeto de la Unidad". Con una contribución parcial a 12 políticas con el 65% evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación 100%, Política de Servicio al ciudadano 70%, Política de Gestión Estratégica del Talento Humano 65% y la Política Gobierno Digital 40%);* con el siguiente concepto auditor "Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y 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".

- *Función 3 : "Adelantar el seguimiento y evaluación de los planes, programas y proyectos que desarrolle en su jurisdicción, conforme a los lineamientos de las dependencias correspondientes". Con una contribución parcial a 8 políticas con el 65% evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Planeación institucional 70, Política de Gestión Estratégica del Talento Humano 65%, Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción 57,5%);* con el siguiente concepto auditor "Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y 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".

- *Función 4 "Participar en los Comités Territoriales de Justicia Transicional, bajo las directrices del Director General de la Unidad". Con una contribución parcial a 7 políticas con el 68% evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Defensa Jurídica 82,5%, Política de Planeación institucional 70% y la Política de Gestión documental 62,5% y);* con el siguiente concepto auditor "Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y 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 parcia".

- *Función 5 "Apoyar la coordinación para la creación, fortalecimiento, implementación y gerencia de los Centros Regionales de Atención y Reparación que considere pertinentes para el desarrollo de sus funciones, conforme lo determine la Dirección General.". Con una contribución parcial a 15 políticas con el 64% evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación 100%, Política de Defensa Jurídica 82,5, Política de*

Integridad 60%); con el siguiente concepto auditor "Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y 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".

- *Función 6 "Celebración de los contratos y convenios que permitan el desarrollo de las funciones institucionales en el territorio de su competencia, para los cuales haya sido delegado.". Con una contribución parcial a 15 políticas con el 63% evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Compras y Contratación Pública 82,5%, Política de Planeación institucional 70% y Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público 30%);* con el siguiente concepto auditor "Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y 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".

- *Función 7 "Administrar los bienes y elementos destinados a la prestación de los servicios y el funcionamiento de la sede territorial.". Con una contribución parcial a 10 políticas con el 62% evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos 70%, Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública 65% y Política Gobierno Digital 40%);* con el siguiente concepto auditor "Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y 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".

- *Función 8 "Responder por la atención a los ciudadanos que demanden los servicios de la entidad en su respectiva jurisdicción.". Con una contribución parcial a 11 políticas con el 63% evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos 70%, Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública 65% y Política Gobierno Digital 40%);* con el siguiente concepto auditor "Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y 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".

- *Función 9 "Rendir los informes requeridos por los órganos competentes, sobre las actividades desarrolladas y el funcionamiento general de la dirección territorial, en coordinación con las*

dependencias correspondientes". Con una contribución parcial a 15 políticas con el 64% evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Gestión de la Información Estadística 100%, Política de Compras y Contratación Pública 82,5%, Política de Servicio al ciudadano 70% y Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público 30%); con el siguiente concepto auditor "Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y 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".

- *Función 10 "Promover y desarrollar la implementación, mantenimiento y mejora del Sistema Integrado de Gestión de la dependencia". Con una contribución parcial a 15 políticas con el 64% evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación 100%, Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos 70% y Política Gobierno Digital 40%);* con el siguiente concepto auditor "Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y 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".

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 Antioquia 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.

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

El Equipo Auditor examina las evidencias aportadas y cargadas en el SharePoint por el equipo auditado de la Dirección Territorial Eje Cafetero el lunes 30 de septiembre de 2024. El propósito es determinar si la Dirección Territorial aplica las acciones necesarias para garantizar que los servicios de tecnologías de la información que brinda la entidad para el cumplimiento de los objetivos cuentan con los controles que permitan un funcionamiento normal, el respaldo de la información y de los datos que se gestionan a través de la dependencia.

El Decreto 1083 de 2015 en el artículo 2.2.22.3.2 define el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) como el: "*marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los*

planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio".

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

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

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

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

En la 3ª. Dimensión: Gestión con valores para resultados, 3.3 Relación Estado Ciudadano, 3.3.4 Política de Gobierno Digital:

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

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

> *"En materia de Seguridad Digital, el Documento CONPES 3854 de 2016 incorpora la Política Nacional de Seguridad Digital coordinada por la Presidencia de la República, para orientar y dar los lineamientos respectivos a las entidades."*
>
> *Con la política se fortalecen las capacidades de las múltiples partes interesadas para identificar, gestionar, tratar y mitigar los riesgos de seguridad digital en sus actividades socioeconómicas en el entorno digital, así como en la creación e implementación de instrumentos de resiliencia, recuperación y respuesta nacional en un marco de cooperación, colaboración y asistencia. Lo anterior, con el fin de contribuir al crecimiento de la economía digital nacional, lo que a su vez impulsará una mayor prosperidad económica y social en el país.*

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

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

Por su parte, en la misma norma en el artículo 2° que aborda los Objetivos del sistema de Control Interno dispone en el literal e) que:

> *Atendiendo los principios constitucionales que debe caracterizar la administración pública, el diseño y el desarrollo del Sistema de Control Interno se orientará al logro de los siguientes objetivos fundamentales:*
>
> *e. Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros;*

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

> *c. En cada área de la organización, el funcionario encargado de dirigirla es responsable por control interno ante su jefe inmediato de acuerdo con los niveles de autoridad establecidos en cada entidad*; y
>
> *El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas, será responsabilidad del representante legal o máximo directivo correspondiente. No obstante, la aplicación de los métodos y procedimientos al igual que la calidad, eficiencia y eficacia del control interno, también será de responsabilidad de los jefes de cada una de las distintas dependencias de las entidades y organismos. (subrayado fuera de texto)*

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 lunes 23 de septiembre de 2024 a las 8:16 a.m. la auditada da respuesta mediante correo electrónico del viernes 30 de septiembre de 2024 a las 16:37 p.m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

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

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

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

El papel de trabajo elaborado por la Oficina de Control Interno, matriz de evaluación de los servicios e infraestructura tecnológica cuenta con 20 aspectos técnicos divididos en cinco (5) categorías, los cuales permiten de manera integral evaluar los controles y seguimientos que se efectúan en la Dirección Territorial a los servicios de infraestructura tecnológica, comunicaciones y seguridad de la información, con lo cual se apoya la operación para el cumplimiento de su misionalidad según las metas propuestas por la Entidad en Territorio.

Con respecto a las categorías en la evaluación realizada por el Equipo Auditor, se evidenciaron las siguientes debilidades:

Seguridad de la Información - Gestión de Activos

Para este requerimiento se tuvieron en cuenta tres (3) aspectos técnicos de lo cuales 2 de estos arrojan como resultado de no cumple como son:

1. Inventario de Activos de computo

El equipo auditor evalúa el inventario de los equipos de cómputo suministrado por la Dirección Territorial, en donde se procedió a los cruces de información donde se evidencia una serie de

inconsistencias con la información cotejada versus la información suministrada por la Oficina de Tecnologías de la Información de la siguiente manera:

- Se presentan un mayor número de equipos de cómputo reportados por la DT Sede Valledupar (31 elementos tecnológicos) versus la información suministrada por la OTI (32 elementos tecnológicos).

- Se presenta inconsistencias en los seriales de los elementos, esto ya que a la revisión y cruce de información entre lo entregado por la Dirección Territorial versus la Oficina de Tecnologías de Información arroja los siguientes resultados:

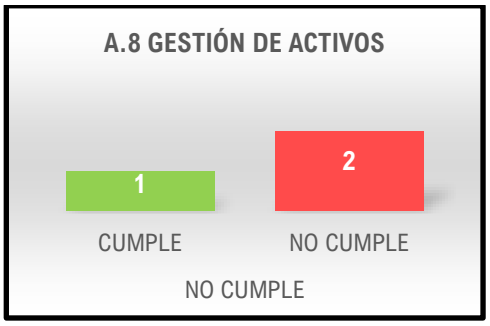
Número de Elementos Relacionado DT	**Inconsistencia seriales Información DT vs OTI	**Inconsistencias seriales Información OTI vs DT
46	14	14

** Seriales no encontrados

2. Responsabilidad de los Activos de computo

- Se presenta que en algunos elementos el usuario asignado y el relacionado según información entregada por la DT no son coincidentes con la información suministrada por la Oficina de Tecnologías de la Información.

Resultado de la Gestión de los Activos



Fuente herramienta evaluación interna de la OCI

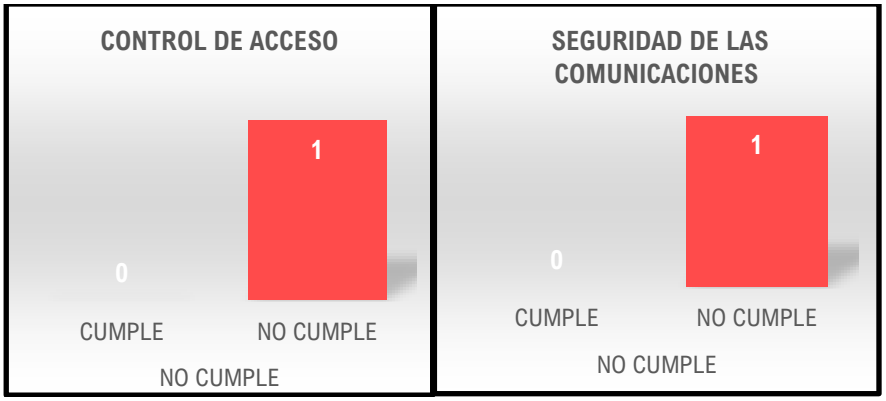
Teniendo en cuenta lo anteriormente indicado el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evidencia la falta de actualización de la información del inventario de los activos de información sobre los elementos tecnológicos que cuenta la Dirección Territorial.

La ausencia de una información actualizada incurre a cometer errores al reporte y demás datos de manera consistente a 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 Territorial, lo cuales pueden presentar indisponibilidad tanto para los usuarios externos como internos, lo cual 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 y programación de disponer 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
Seguridad de las comunicaciones – Transferencia de la Información

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 en las categorías indicadas, por lo tanto, se tiene como No cumplida la gestión.

Resultado de Control de Acceso y Seguridad de las Comunicaciones



Fuente herramienta evaluación interna de la OCI

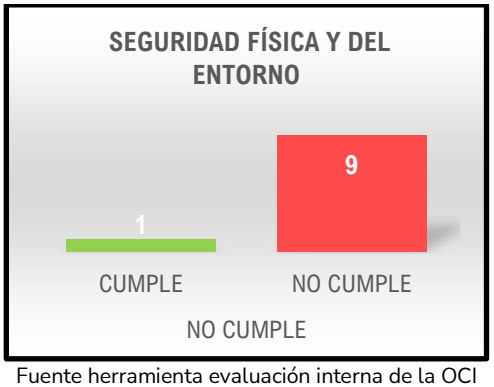
Se evidencia la falta de seguimiento y control a los documentos que soportan la protección de los datos que son administrados por la Dirección Territorial para la autorización al acceso a los sistemas de información (acuerdos de confidencialidad), lo cual representa un alto riesgo a la fuga de información 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.

Seguridad de la Información - Seguridad Física y del Entorno

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, evidencia que la Dirección Territorial no aporta las evidencias correspondientes a 9 puntos de los 10 requeridos que permitan evaluar el cumplimiento de esta categoría, lo cual indica que no se realizaron a conformidad y por lo tanto se tiene como No cumplida la gestión.

Resultado de Seguridad Física y del Entorno



Fuente herramienta evaluación interna de la OCI

El Equipo Auditor de Control Interno evalúa la categoría, y evidencia la falta de soportes en el 90% de los requerimientos (9 puntos) que permitan identificar el cumplimiento de cada uno de los requerimientos, lo cual indica la falta de implementación de controles que son necesarios para el cumplimiento en lo pertinente con los numerales asociados a la seguridad física y del entorno que permitan garantizar la seguridad de la información y los elementos que están asociados a la infraestructura tecnológica de la Dirección Territorial, esto representa un alto riesgo de fuga, perdida o manipulación de la información que gestiona la Dirección Territorial a través de sus elementos tecnológicos asignados y los sistemas de información asociados al cumplimiento de sus metas y obligaciones misionales en Territorio

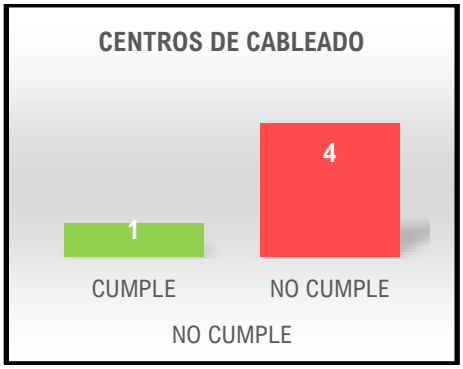
La ausencia de un nivel de certeza que rompa el escepticismo profesional donde se describan los métodos y las mejores estrategias en cuanto a seguridad del entorno y disponibilidad de la

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.

Centros de Cableado

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

Resultado Centro de Cableado



Fuente herramienta evaluación interna de la OCI

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evidencia la falta de documentación técnica y de inventarios de los elementos que conforman el centro de cableado de la Dirección Territorial en donde se evidencie el diseño y la arquitectura de la red de comunicaciones y de Energía (UPS) de manera específica, donde se describan la totalidad de sus características técnicas, configuraciones, garantías, mantenimientos preventivos realizados, actualización de firmware, pruebas de operatividad y reglas definidas de cada uno de los elementos que conforma esta infraestructura. La falta de esta documentación se constituye en un incremento del riesgo a los impactos que puede causar la falta de conocimiento de la conformación de cada elemento para la atención de incidencias o, negación de servicios que se pueden presentar en la red de comunicaciones de la Dirección Territorial, donde la identificación de alguna problemática para su tratamiento no es conforme, que se ejemplariza en temas como contraseñas de acceso que deben estar documentadas y en la custodia para la administración y operatividad de los servicios y las pruebas de garantizan una funcionalidad optima a las prestación de los servicios de conectividad.

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 y electrógenos en las territoriales de la UARIV y más aún el seguimiento y control que se le debe realizar para una prestación optima que es realizada por un operador externo.

Mediante correo electrónico del lunes 28 de octubre de 2024 enviado a las 16:50 p.m. por parte de la Funcionaria Carolina Suarez Hincapie – Enlace de Planeación SIG de la Dirección Territorial, remite un documento denominado "*Respuesta Eje Cafetero 3er Informe.pdf*" en donde indica lo siguiente:

"La Dirección Territorial Eje Cafetero se permite remitir respuesta frente al tercer grupo de debilidades identificadas en la DT"

1. *Hallazgo del Sistema de Control Interno al proceso de gestión de la información que gestiona la Dirección Territorial Eje Cafetero.*

   Debilidad 7: Teniendo en cuenta lo anteriormente indicado el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evidencia la falta de actualización de la información del inventario de los elementos tecnológicos utilizados por la Dirección Territorial (3 sedes).

   La ausencia de una información actualizada incurre a cometer errores al reporte y demás datos de manera consistente a 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 Territorial, lo cuales pueden presentar indisponibilidad tanto para los usuarios externos como internos, lo cual 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 y programación de disponer 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.

   Al validar la información cargada en el drive dispuesta para la auditoria se evidencia el reporte del inventario tecnológico de las tres sedes actualizado a 2023 (años sujeto a la auditoria), adicionalmente se anexa inventarios tecnológicos 2024 actualizado de las tres sedes con sus

respectivas asignaciones; este ejercicio fue acompañado desde nivel nacional de almacén e inventarios.

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa la respuesta dada por la Dirección Territorial Eje Cafetero y considera que los argumentos expuestos en su comunicación así como los soportes entregados no desvirtúan las causas que sustenta la debilidad, en virtud de que las revisiones efectuadas y cruces de datos fueron realizados con la información entregada por la Oficina de Tecnologías de la Información bajo correo electrónico enviado por el Ingeniero Dario Eduardo Muñetón el día lunes 12 de agosto a las 12:17 p.m. donde remitió los inventarios de las Direcciones Territoriales que iban hacer auditadas contra los soportes cargados por la DT de los inventarios de los elementos tecnológicos asignados, en donde conforme a las revisiones efectuadas por el equipo auditor se evidenciaron inconsistencias en la información reportada, la Dirección Territorial debe propender por realizar las acciones necesarias para mantener un inventario actualizado de los elementos tecnológicos asignados con sus diferentes características y especificaciones tanto técnicas como la información de los responsables y usuarios de los elementos de cómputo el cual permita a la Dirección Territorial efectuar un seguimiento y control, adicionalmente es necesario indicar que conforme a los requerimientos de esta categoría no se aportaron los formatos de acta de entrega o de devolución de elementos tecnológicos como lo indica el sistema de gestión de la Entidad, este tipo control permite evidenciar los cambios y devoluciones que se presentaron durante la vigencia evaluada.

En consecuencia, el Equipo Auditor considera pertinente mantener la debilidad comunicada para efectos que la Dirección Territorial realice un plan de mejoramiento donde a partir de la debilidad efectúe un ejercicio para determinar las causas y a partir de ellas establecer acciones de mejoramiento que lleven a superar las causas generadoras.

Debilidad 8: El Equipo Auditor de Control Interno evalúa la categoría, y evidencia la falta de soportes en el 80% de los requerimientos (8 puntos) que permitan identificar el cumplimiento de cada uno de estos requerimientos, lo cual indica la falta de implementación de controles que son necesarios para el cumplimiento en lo pertinente con los numerales asociados a la seguridad física y del entorno que permitan garantizar la seguridad de la información y los elementos que están asociados a la infraestructura tecnológica de la Dirección Territorial, esto representa un alto riesgo de fuga, perdida o manipulación de la información que gestiona la Dirección Territorial a través de sus elementos tecnológicos asignados y los sistemas de información asociados al cumplimiento de sus metas y obligaciones misionales en Territorio.

La ausencia de un nivel de certeza que rompa el 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.

Frente a esta debilidad desde la DT Eje Cafetero se adjuntan las evidencias que dan cuenta del control y de la seguridad física y del entorno que existe en cada una de las sedes. Frente al contrato de vigilancia a pesar de las múltiples solicitudes no fue posible acceder al contrato que desde nivel nacional se suscribe frente a la seguridad privada de las sedes ya que es un contrato centralizado y supervisión desde el nivel nacional.

En cuanto a lo que se encuentra en cada una de sus sedes, se cuenta con vigilancia, cámaras de seguridad, controles para el acceso a los equipos, así como los controles frente al accesos de terceros a las instalaciones y a los equipos para los diferentes mantenimientos y demás.

Adicionalmente se adjunta registro fotográfico de los controles de seguridad (cámaras, vigilancia, controles de acceso, prestamos de equipos, control de ingreso del personal, entre otros), lo que ayuda a la seguridad de las sedes, equipos e información.

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa la respuesta emitida por la Dirección Territorial y los soportes adicionales aportados y considera que los argumentos no desvirtúan las causas que sustentan la debilidad ni elimina la incertidumbre que se mantiene en el principio de escepticismo. La ausencia de evidencias que soporten controles en la mayoría de requerimientos de la categoría de seguridad física y del entorno 6/10 no permiten evidenciar la eficiencia que debe regir a la protección, operatividad y funcionamiento no solamente de los equipos de cómputo sino también a los equipos activos de red y electrógenos con los que la DT que operan para la prestación de los servicios tecnológicos que la entidad suministra para el cumplimiento de sus labores estratégicas y misionales, asegurando la información y de los datos que se gestionan en la Dirección Territorial.

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

Debilidad 9: El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evidencia la falta de documentación técnica y de inventarios de los elementos que conforman el centro de cableado de la Dirección Territorial en donde se soporte el diseño y la arquitectura de la red de comunicaciones y de Energía (UPS) de manera específica, donde se describan la totalidad de sus características técnicas, configuraciones, garantías, mantenimientos preventivos realizados, actualización de firmware, pruebas de operatividad y reglas definidas de cada uno de los elementos que conforma esta infraestructura de comunicaciones. La falta de esta documentación se constituye en un incremento

del riesgo a los impactos que puede causar la falta de conocimiento de la conformación de cada elemento para la atención de incidencias o, negación de servicios que se pueden presentar en la red de comunicaciones de la Dirección Territorial, donde la identificación de alguna problemática para su tratamiento no es conforme, que se ejemplariza en temas como contraseñas de acceso que deben estar documentadas y en la custodia para la administración y operatividad de los servicios y las pruebas de garantizan una funcionalidad optima a las prestación de los servicios de conectividad.

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 y electrógenos en las territoriales de la UARIV y más aún el seguimiento y control que se le debe realizar para una prestación optima que es realizada por un operador externo.

Frente a la documentación técnica y de inventarios de los elementos que conforman el centro de cableado de la Dirección Territorial en donde se soporte el diseño y la arquitectura de la red de comunicaciones y de Energía (UPS) de manera específica, donde se describan la totalidad de sus características técnicas, configuraciones, garantías, mantenimientos preventivos realizados, actualización de firmware, pruebas de operatividad y reglas definidas de cada uno de los elementos que conforma esta infraestructura de comunicaciones, son de resorte de nivel nacional ya que desde la dirección territorial solo se realiza la seguridad de estos elementos, ya que para los mantenimientos (de los cuales de adjuntan evidencias), fallas o demás incidentes se realiza el reporte de la mesa de servicios de la OTI y son ellos los encargados de escalonar los casos al personal competente para que se puedan llevar a cabo las revisiones o arreglos que estos demanden. Estos equipos están en las tres sedes desde el 2013 y a pesar de las múltiples solicitudes a nivel nacional no fue posible contar con la información técnica solicita ya que como se informó no está dentro de nuestra competencia (se adjunta correo remitido por el Ingeniero John Pablo Castillo Mejía de la Oficina de Tecnologías de la Información).

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa la respuesta emitida por la Dirección Territorial y considera que los argumentos expuestos no son concluyentes para desvirtuar la debilidad emitida teniendo en cuenta que 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, por lo tanto la debilidad se mantiene con el propósito de facilitar el proceso de implementación de un plan de mejoramiento.

Adicionalmente el equipo auditor realiza una revisión de los soportes en la debilidad reportada en las categorías de *Control de Acceso y Seguridad de las Comunicaciones* en lo relacionado con los acuerdos de confidencialidad según comunicación enviada en donde se determina que: se demuestra la implementación de las acciones y controles necesarios que garantizan el cumplimiento de las categorías evaluadas por lo anteriormente indicado, el equipo auditor encuentra suficiente soporte en relación de los aspectos que se deben cumplir para mitigar las posibles situaciones en donde se pueda ver afectada no solamente la información y los datos de la entidad, si no la continuidad de la operación de la Territorial en cumplimiento de sus obligaciones y metas, por lo cual no se encuentra debilidad ni observaciones asociadas a estas categorías.

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

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

Debilidad 1

Debilidad del sistema de control interno en la evaluación del proceso denominado Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez y sus procedimientos: "*Procedimiento Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4 Código: 310,03,08-17*" y *"Procedimiento Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4 Código: 310,03,08-17",* en la no interacción e interrelación 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

Subdirección de Prevención y Atención de Emergencias como para la Dirección Territorial del Eje Cafetero.

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno establece como debilidad del sistema de control interno la ausencia de las evidencias que registran la ejecución de las actividades del ciclo y flujo del procedimiento asociado al proceso de Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez liderado por parte de la dependencia misional y con interacciones en algunas actividades normalizadas y estandarizadas de los procedimientos bajo la responsabilidad de la Dirección Territorial, dado que no se evidencia durante el desarrollo del flujo de la información las salidas registradas de las actividades que aplican la Dirección Territorial lo cual no está conforme con lo dispuesto en el Decreto 1083 de 2017, artículo 2.2.21.5.2 Manuales de procedimientos y la Guía para la Gestión por Procesos en el Marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) V1 del 2020 en el numeral 4.1. Documentación de procedimientos (…) Registros: se refiere a una lista de evidencias que se generan en la aplicación de una actividad dentro de cada procedimiento (…); los cuales requieren dar cumplimiento a los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad adoptado por la Resolución No. 02728 “Por la cual se adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG y (…)”. Así mismo en cumplimiento a los requerimientos del Modelo Estándar de Control Interno en su componente de Direccionamiento Estratégico en su elemento de control de Modelo de Operación por Procesos “Mediante el control ejercido a través de la puesta en marcha de este elemento, las entidades podrán contar con una estandarización de las actividades necesarias para dar cumplimiento a su misión y objetivos, lo cual permite, que su operación se realice de manera continua, garantizando la generación de productos o servicios (…).

Una potencial causa es 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 misional responsable de liderar en estos temas en su interacción con la Dirección Territorial auditada. Lo anterior conlleva a la posible materialización de eventos que no permiten concluir que se estén realizando las debidas acciones determinadas en los procesos que garantizan un cumplimiento de los objetivos misionales de la Entidad y de la ejecución de los proyectos planes y programas.

Debilidad 2

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 de acuerdo con la evidencias aportadas como (los correos electrónicos para la construcción de los indicadores del plan de acción, indicadores aprobados del plan de acción -2023, matriz de seguimiento al plan de acción del 27 de marzo de 2023, actas de seguimiento donde se

incorpora en la agenda el avance del plan de acción y matriz de avance de seguimiento); es así como el equipo Auditor de la Oficina de Control Interno determina que 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.

Debilidad 3

Debilidad del sistema de control interno, 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.

Debilidad 4

Debilidad del sistema de control interno, la ausencia de un modelo de mejoramiento o la propuesta de actualización de los procesos o la incorporación de nuevos procesos o innovaciones que permitan agregación de valor robusto en las actividades ejecutadas que sean reconocidos como fuentes de capacidad y que permitan una mayor eficiencia o efectividad al seguimiento y control de las actividades desarrolladas por la Dirección Territorial que permita vislumbrar una mejora continua a la prestación de los servicios tanto internos como externos, los cuales 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 evidencia de gestión que brinde información del que hacer funcional de la Dirección Territorial en tiempo real y que permita la toma de decisiones informada.

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

- Identificación de aspectos de mejora en los procesos y procedimientos que involucre a la Dirección Territorial, con el objetivo de buscar el mejoramiento a la prestación de servicios tanto para clientes internos como externos.

- Implementación de buenas prácticas a la gestión de la innovación y mejora continua.

- Falta de toma de decisiones informadas acorde a los análisis y evaluación de los datos recopilados en la gestión misional.

- Ausencia de tableros de control que permitan detectar desviaciones para detectar alertas tempranas que reduzcan los riesgos a la gestión misional.

Debilidad 5

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

Interno y el Modelo Estándar de Control Interno -MECI numeral 1.3 Componente de Administración del Riesgo.

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

Debilidad 6

Se evidencia debilidad en la gestión de la Dirección Territorial Eje Cafetero 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.

Debilidad 7

La ausencia de una información actualizada incurre a cometer errores al reporte y demás datos de manera consistente a 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 Territorial, lo cuales pueden presentar indisponibilidad tanto para los usuarios externos como internos, lo cual 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 y programación de disponer 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.

Debilidad 8

El Equipo Auditor de Control Interno evalúa la categoría, y evidencia la falta de soportes en el 90% de los requerimientos (9 puntos) que permitan identificar el cumplimiento de cada uno de los requerimientos, lo cual indica la falta de implementación de controles que son necesarios para el cumplimiento en lo pertinente con los numerales asociados a la seguridad física y del entorno que permitan garantizar la seguridad de la información y los elementos que están asociados a la infraestructura tecnológica de la Dirección Territorial, esto representa un alto riesgo de fuga, perdida o manipulación de la información que gestiona la Dirección Territorial a través de sus elementos tecnológicos asignados y los sistemas de información asociados al cumplimiento de sus metas y obligaciones misionales en Territorio

La ausencia de un nivel de certeza que rompa el escepticismo profesional donde se describan los métodos y las mejores estrategias en cuanto a seguridad del entorno y disponibilidad de la información, no está conforme con lo dispuesto en los literales a), c), d) y e) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993, en concordancia con lo expuesto en las normativas y regulaciones expedidas por del Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones, en su modelo de seguridad y privacidad de la Información y la Norma ISO 27001 de Seguridad de la Información en numeral A.11.

Debilidad 9

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evidencia la falta de documentación técnica y de inventarios de los elementos que conforman el centro de cableado de la Dirección Territorial en donde se evidencie el diseño y la arquitectura de la red de comunicaciones y de Energía (UPS) de manera específica, donde se describan la totalidad de sus características técnicas, configuraciones, garantías, mantenimientos preventivos realizados, actualización de firmware, pruebas de operatividad y reglas definidas de cada uno de los elementos que conforma esta infraestructura. La falta de esta documentación se constituye en un incremento del riesgo a los impactos que puede causar la falta de conocimiento de la conformación de cada elemento para la atención de incidencias o, negación de servicios que se pueden presentar en la red de comunicaciones de la Dirección Territorial, donde la identificación de alguna problemática para su tratamiento no es conforme, que se ejemplariza en temas como contraseñas de acceso que deben estar documentadas y en la custodia para la administración y operatividad de los servicios y las pruebas de garantizan una funcionalidad optima a las prestación de los servicios de conectividad.

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 y electrógenos en las territoriales de la UARIV y más aún el seguimiento y control que se le debe realizar para una prestación optima que es realizada por un operador externo.

7. ASPECTOS SOBRESALIENTES

El Equipo Auditor ha evidenciado como aspectos positivos de la Dirección Territorial Eje Cafetero, lo siguiente:

De acuerdo con los principios de auditoria generalmente aceptadas, se examinó la información aportada por la Dirección Territorial y sus evidencias que las soportan, determinan el nivel de madurez de los elementos del sistema de control interno.

En cuanto al flujo de información se la interacción de los diferentes procesos y procedimientos que contribuyen en la toma de decisiones, al cumplimiento de los objetivos estratégicos y el desarrollo de los proyectos, planes y programas coordinados por el nivel nacional.

También se evidencia la contribución de las políticas de Gestión y Desempeño Institucional establecidos en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG; el cual requiere diseñar e implementar estrategias para el fortalecimiento de su aplicabilidad; con el fin de alcanzar los logros y metas para la medición y desempeño del FURAG emitido anualmente al DAFP por la UARIV.

8. RESULTADOS DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.

8.1 Plan de Mejoramiento Auditoría de Gestión

En la vigencia 2020 se realizó auditoria de gestión a la Dirección Territorial Eje Cafetero, en esa oportunidad, la Oficina de Control Interno comunicó 4 debilidades del sistema de control. En la vigencia 2022 se realiza seguimiento con el objetivo de "*Verificar la efectividad de las actividades propuestas por los responsables de la Dirección Territorial Eje Cafetero para superar las debilidades del Sistema de Control Interno de la auditoria de gestión vigencia 2020*". Como resultado del seguimiento de la auditoría en mención el Equipo Auditor dio por cumplidas las actividades de las debilidades 1, 2, 3, 4.

9. RESULTADOS DE LOS LOGROS DE GESTIÓN

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

10. CONCEPTO DE AUDITORIA

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

La Dirección Territorial Eje Cafetero ejecuta un modelo de control interno en aras de cumplir con las funciones establecidas en el Decreto 4802 de 2011 artículo 29 y la Ley 87 del 1993, artículo 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 contribuir a la eficacia, eficiencia y efectividad de los proyectos planes y programas articulados con el nivel nacional. Durante el ejercicio auditor se identificaron elementos de controles fuertes y débiles que pretenden dar información oportuna para la toma de decisiones en el mejoramiento continuo en la gestión, así como también se identifican fortalezas relevantes en los controles ejercidos en el monitoreo de las actividades desarrolladas en pro del cumplimiento de la misionalidad en el territorio.

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 que responde a la identificación del entorno específico en el cual desarrolla su gestión, control que permite la toma decisiones y sirve como herramienta en la ejecución de las actividades, seguimiento y mejora como expresiones gerenciales que contribuyen a optimizar los recursos maximizando de esta manera los beneficios, ejecución del plan de acción, control del cumplimiento de las funciones vs políticas de MIPG y la evaluación de las tecnologías y seguridad de la información. Estos aspectos básicos del Sistema de Control Interno son objeto de evaluación por parte del Equipo Auditor a través de papeles de trabajo diseñados para establecer el nivel de madurez, aplicación y cumplimiento de ellos.

El sistema de control interno de cualquier proceso inicia con la caracterización y procedimientos asociados que permiten operacionalizar las actividades que conducen al cumplimiento de las funciones constitucionales y legales, que son instrumentos para la gestión de las direcciones territoriales. En este sentido, aunque, se genera una debilidad, es necesario que la Dirección Territorial conozca las salidas de los procedimientos aplicables a su operación, esto se debe a que la información analizada requiere ser evidenciada de acuerdo con lo estipulado en dichos procedimientos, lo que puede dar lugar a la materialización de riesgos en la gestión documental. Esta situación debe alinearse con lo establecido en la Ley 87 de 1993, artículo 2, literal e), que busca *"asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros".*

Con respecto al Sistema de Control Interno objeto de evaluación por parte del Equipo Auditor a través del papel de trabajo diseñado para establecer el nivel de madurez de las cinco (5) 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, para una adecuada gestión de los indicadores adicionales al plan de acción determinen la necesidad de fortalecer los instrumentos de seguimiento con el fin de contar con información apropiada para la toma de decisiones.

ii. En la evaluación del componente de riesgos el Equipo Auditor concluye que, para garantizar un adecuado control de los riesgos adicionales al mapa de riesgos institucional, es fundamental crear instrumentos de seguimiento internos que faciliten la toma de decisiones y mitiguen la materialización de los riesgos detectados en la operación. Lo anterior se logra mediante evaluaciones exhaustivas internas con el grupo de trabajo sobre las actividades diarias, especialmente aquellas que impactan en el territorio. Este proceso permitirá identificar y analizar riesgos emergentes, así como evaluar su posible efecto en la operación general. Tales iniciativas buscan fortalecer el control interno a través de la identificación proactiva de riesgos adicionales y la implementación de medidas adecuadas para su gestión, así mismo se requiere fortalecer la identificación de los riesgos que puedan afectar procesos de cambio para los riesgos del Sistema de Gestión Ambiental y el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.

iii. Respecto al componente de control se denota que "hay evidencia que el modelo de control que se soporta en los puntos de control y otros mecanismos está en plena producción para sustentar la toma de decisiones, que es inherente a la dirección territorial, actualizado y socializado adecuadamente", es por ello que la Dirección Territorial Eje Cafetero muestra una apropiada gestión en la identificación, implementación y aplicación de puntos de control de las actividades diferentes a las descritas en los procedimientos, lo que contribuye a minimizar y/o evitar la materialización de riesgos.

iv. En cuanto al componente de mejora y/o valor agregado la Dirección Territorial, requiere fortalecer los mecanismos que permitan la mejora continua en la estrategia y operación que se gestiona en Territorio con el propósito de generar un valor agregado para el cumplimiento de sus funciones establecidas en el Decreto 4802 de 2011.

v. En el componente de seguimiento se evidencia que el modelo de gestión está implementado, actualizado y socializado adecuadamente. Esto permite sustentar la toma de decisiones, que son inherentes a la Dirección Territorial Eje Cafetero, con el fin de corregir situaciones negativas en la gestión.

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

En este contexto, el Equipo Auditor examina el mapa de riesgos, en el cual no identifica riesgos adicionales en la operación misional llevada a cabo en el territorio, de acuerdo con las funciones designadas. Estos riesgos deben abarcan desde la planeación y ejecución hasta el seguimiento y cumplimiento de las políticas, planes y programas desarrollados en la respectiva jurisdicción, alineados con los lineamientos establecidos desde el nivel nacional. Sin embargo, es fundamental que estos riesgos sean incluidos en el mapa de riesgos institucional o en una matriz interna, con el objetivo de ejercer un control permanente que evite la posible materialización de efectos adversos en la operación territorial. Esto debe realizarse en colaboración con la Oficina Asesora de Planeación, que actúa como segunda línea de defensa y es responsable de asesorar en la implementación de este instrumento.

La Directriz dada por la Dirección General en relación con la programación de las actividades en cuanto a metas y tiempos a través de la Oficina Asesora de Planeación, es de cumplir a cabalidad lo pactado como unidad de meta en los tiempos previstos. El Equipo Auditor aplica papel de trabajo que examina la trazabilidad y aplicación de la directriz señalada encontrando que, la Dirección Territorial presenta debilidad del sistema de control interno por incumplimiento de lo planeado frente a lo ejecutado en el plan de acción. Se examina el comportamiento de los reportes de avance y ejecución de las metas del plan de acción 2023 asignadas a la Dirección Territorial Eje Cafetero, 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.

En relación con la evaluación de las *"funciones y políticas del MIPG"* para determinar la pertinencia y efectividad en el cumplimiento del Decreto 4802 de 2011 y las políticas del MIPG, conforme al Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión adoptado en el Decreto 1499 de 2017, el cruce de información es esencial para evidenciar que las acciones y métodos de los servidores de la Dirección Territorial se alinean con lo estipulado en la normativa legal. El Equipo Auditor señala un cumplimiento parcial a las 19 políticas alineadas a las funciones determinadas para la Dirección Territorial Eje Cafetero.

El Equipo Auditor al aplica el papel de trabajo denominado "*herramienta auditoria TI*", evidencia tres (3) debilidades. Lo que hace necesario que la Dirección Territorial establezca e identifique las causas de las debilidades presentadas, para garantizar el óptimo funcionamiento en la seguridad y operatividad de los servicios y los elementos de infraestructura tecnológica.

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

El Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial Eje Cafetero 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 Dirección Territorial la elaboración de un Plan de Mejoramiento del Sistema de Control Interno, donde se incluya el tratamiento a las debilidades evidenciadas en este informe.

CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboraron:
Basco German Ricaurte Guerra
William Mahecha Hernandez
Ana Sofia Iregui Carrillo

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.