

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

INFORME FINAL DE AUDITORIA A LA SUBDIRECCIÓN DE REPARACIÓN INDIVIDUAL

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, en ejercicio de las funciones legales dispuestas en la Ley 87 de 1993, el Decreto 943 de 2014 y la Resolución 100 del 5 de febrero de 2016 de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, además de las normas que reglamentan o modifican las anteriores disposiciones normativas en el ámbito de la evaluación del Sistema de Control Interno, presenta el informe preliminar del proceso auditor que se relaciona a continuación:

Nombre del Proceso:	Reparación Integral / Subdirección de Reparación Individual
Dependencia líder:	Subdirección de Reparación Individual
Responsable del Proceso:	Ana María Monroy Mora
Tipo de auditoría:	De primera parte, efectividad del sistema de control interno
Fecha de auditoría:	marzo 20 al 27 de junio de 2025
Equipo Auditor:	Nohemilce Quintero Cetina - Líder Auditor Deisy Carolina Diaz Vargas - Auditora Maria Constanza Barco Perez - Auditora Juan Carlos Castellano Mayorga -Auditor William Arturo Márquez Montero - Auditor Basco German Ricaurte Guerra – Auditor Jose de Jesús Gutiérrez Villalba – Auditor Liliana Marcela Criaes Rincon - Auditora

1. OBJETIVO DE LA AUDITORIA

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

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

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

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.

2. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

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

3. GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR

Durante el desarrollo del proceso auditor no se materializan los riesgos asociados a la gestión auditora identificados en el Programa de Auditoria para la vigencia 2025. En especial se debe resaltar que el acceso a las fuentes de información del proceso por parte del auditor se realiza de manera armónica y ello no genera ninguna perturbación a la gestión.

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

4. METODOLOGÍA UTILIZADA

El Equipo de Auditoria de la Oficina de Control Interno para el desarrollo de la auditoria aplica la norma técnica colombiana NTC – ISO 19011 versión 2018. Igualmente se apoya en las Recomendaciones que sobre el particular establece el Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna del Instituto de Auditores Interno de Colombia IIA, versión 2016. En los temas relacionados con aspectos financieros se usa la Norma Internacional de Auditoría, NIA, y en lo pertinente utiliza las guías del Departamento Administrativo de la Función Pública.

5. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

5.1 Análisis del entorno del Proceso Reparación Integral – Reparación Individual

El sistema de control interno contempla como mínimo la caracterización de procesos y procedimientos; mecanismos que materializan la gestión. El modelo de medición soportado en indicadores de gestión que dan cuenta de la evolución y logro de resultados del proceso. El mapa de riesgos, donde se identifican y administran los eventos que puedan impedir el logro de los

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

objetivos. El modelo de control que se constituye en la herramienta gerencial que pretende minimizar la ocurrencia de eventos negativos o administrarlos y el esquema de seguimiento que sustenta el monitoreo a las acciones, controles y decisiones que influyen en la gestión del proceso.

Cuando los elementos del sistema de control interno interactúan y se gestionan contribuyen al logro del objetivo definido por la Unidad para el Proceso de Reparación Integral / Reparación Individual, que corresponde a Contribuir con la reparación integral de las víctimas, individuales o colectivas, incluidas en el Registro Único de Víctimas por medio de la implementación de acciones dirigidas a garantizar el acceso a las medidas de satisfacción, restitución, rehabilitación, garantías de no repetición e indemnización, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 1448 de 2011, Ley 2078 de 2021, Ley 2421 de 2024, los Decretos Ley étnicos 4633, 4634 y 4635 de 2011 incluyendo la normatividad particular desarrollada en el marco de la Política Pública de atención, asistencia y reparación integral.

5.1.1 Caracterización del proceso y los procedimientos

El Gobierno Nacional adoptó el Modelo Estándar de Control Interno (en adelante MECI)¹, que fue actualizado en el año 2014 y posteriormente en el 2017². En este escenario, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión dispone que el trabajo por procesos es “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”³

Examinada la caracterización del proceso y procedimientos publicados en la página web de la Unidad se tiene que los siguientes procedimientos corresponden a la subdirección de reparación individual para dar cumplimiento a la misionalidad de la dependencia:

No.	Nombre	No. de versión	Fecha de versión
1	Procedimiento Brindar Orientación y Asesoría para la adecuada Inversión de los Recursos en el Marco de las Líneas de Inversión	2	25/04/2022

¹ COLOMBIA, PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, Decreto 1599. (20, mayo, 2005). Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2005 No.45.920.

² Ídem. Decreto 1499. (11, septiembre, 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. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2017 No.50.353. Artículo 2. Sustituir el Título 23 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, el cual quedará así: ARTÍCULO 2.2.23.2. Actualización del Modelo Estándar de Control Interno. La actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano - MECI, se efectuará a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, el cual será de obligatorio cumplimiento y aplicación para las entidades y organismos a que hace referencia el artículo 5° de la Ley 87 de 1993. Parágrafo. El Gobierno Nacional a través del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), podrá realizar actualizaciones y modificaciones al Manual Técnico, con el fin de adecuarlo a las necesidades de fortalecimiento y a los cambios de los referentes internacionales, previa aprobación del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno.”

³ COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Manual Operativo versión 6, Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Bogotá, D.C., 2024, p - 57

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

2	Procedimiento Reconocimiento, Entrega y Acompañamiento de la Indemnización Administrativa para NNA en situaciones Excepcionales de Vulnerabilidad	3	28/09/2023
3	Procedimiento Estrategia de Acompañamiento "Construyendo mi futuro"	5	23/12/2024
4	Procedimiento Programa de Acompañamiento a la Inversión de los Recursos de la Indemnización con Enfoque Diferencial Étnico (PAE)	6	12/11/2021
5	Procedimiento Toma de Decisiones con Apoyo	2	1208/2021
6	Procedimiento Toma de Solicitud de la Indemnización Administrativa	7	6/05/2022
7	Procedimiento Orden de Pago de Encargo Fiduciario	7	17/04/2023
8	Procedimiento Orden de Pago de la Indemnización Administrativa V9	9	28/04/2024
9	Procedimiento Notificación de Indemnización Administrativa y Entrega del Mensaje Estatal de Reconocimiento y Dignificación V5	5	16/05/2022
10	Procedimiento Reprogramaciones de Indemnización Administrativa V8	8	24/08/2022

Fuente: Elaboración propia

La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas tiene por objetivo coordinar el Sistema Nacional de Atención y Reparación a las Víctimas y la ejecución e implementación de la Política Pública de Atención, Asistencia y Reparación Integral a las mismas en los términos establecidos en la ley.

En la subdirección de reparación individual una de sus principales funciones es: Ejecutar y evaluar las acciones que en materia de reparación individual sean adoptadas por la Unidad, teniendo en cuenta la vulneración de los derechos de la víctima y las características del hecho victimizante⁴, una de las acciones es la indemnización administrativa, que inicia con la toma de solicitud de la misma por parte de la víctima, una vez radicada la solicitud la unidad tiene 120 días para resolver de fondo la solicitud, al cabo de lo cual, se debe emitir un acto administrativo motivado en el cual se reconozca o se niegue la medida, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 1049 de 2019, por lo cual se adopta el procedimiento para recocer y otorgar la indemnización por vía administrativa, se crea el modelo técnico de priorización y finaliza con el pago de la indemnización.

En el marco del cumplimiento de la Ley 87 de 1993, artículo 12. Funciones de los auditores internos en los siguientes literales:

⁴ Artículo 22 numeral 1 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

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

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 6 procedimientos, el equipo auditor hace recorrido para verificar los controles definidos para el desarrollo de la misionalidad, a continuación, los procedimientos revisados en el recorrido de auditoría:

a. Procedimiento Toma de Solicitud de la Indemnización Administrativa

Este procedimiento aplica para el ciudadano víctima residente en Colombia o en el Exterior. El procedimiento inicia con las orientaciones pertinentes frente a la solicitud de indemnización administrativa y su radicación (casos de víctimas en el exterior, se garantiza el contacto por medio del correo electrónico destinado para tal fin), continuando con el agendamiento a la víctima o, en los eventos que corresponda, al procedimiento denominado “toma simplificada de la solicitud” hasta el inicio de la fase de análisis.

La líder de auditoria en la visita realizada el 07 de mayo de 2025, revisa el procedimiento Toma de Solicitud de la Indemnización Administrativa con la subdirectora de reparación individual y su equipo de trabajo, la mayoría de las actividades son desarrolladas por los documentadores, dentro del procedimiento el DOCUMENTADOR se define: Persona encargada de generar los procesos de recepción de documentación según lo establecido en la normatividad vigente, teniendo como ejes transversales en la atención un enfoque psicosocial, de enfoque diferencial y una comunicación y escucha asertiva hacia la víctima. Además del proceso de documentación realizan procesos de trámites de actualizaciones y novedades en el RUV. Los documentadores técnicos trabajan en los diferentes puntos de atención y Centro Regionales de las diferentes Direcciones Territoriales, prestando atención de manera presencial o virtual, actividades que son desarrolladas por operador.

Desde la subdirección se garantiza que los documentadores se capaciten, desde el equipo del seguimiento operativo se tiene un equipo conceptual, que se encarga de capacitar a las áreas misionales en los temas de la subdirección, y al inicio del contrato de operación tercerizada, el este equipo brinda la orientación al equipo conceptual de la subdirección de atención al ciudadano para ellos bajen la línea al servicio tercerizado. De igual forma con el enlace de la subdirección de manera mensual se realiza reunión con servicio al ciudadano para validar cómo van con la toma de solicitudes, cómo están en capacitación. Revisando el procedimiento no se evidencia descritas las actividades de capacitación y control que se realiza la subdirección en la toma de solicitudes.

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

De igual forma el equipo manifiesta que vienen adelantado la arquitectura empresarial con la OTI, donde el objetivo es diagramar el paso de los procedimientos y procesos que se desarrollan en la subdirección, la recomendación desde la oficina de control interno es documentar en el sistema integrado estas buenas prácticas, que ayudan con la gestión del conocimiento, las cuales deben quedar plasmadas en los procedimientos, guías y demás documentos de la subdirección de reparación individual registrados en el sistema integrado de gestión.

b. Procedimiento Reconocimiento, Entrega y Acompañamiento de la Indemnización Administrativa para NNA en situaciones Excepcionales de Vulnerabilidad

Describir las actividades que deben ejecutarse para reconocer, entregar y acompañar la inversión adecuada de los recursos de la indemnización administrativa correspondientes a los niños, niñas y adolescentes (NNA) víctimas del conflicto armado, a su padre, madre, tutor o curador, y que además ejerza la custodia del NNA absteniéndose de constituir en favor de ellos, encargos fiduciarios, en los términos del artículo 185 de la Ley 1448 de 2011, cuando estos se encuentren en circunstancias excepcionales de vulnerabilidad, dando así cumplimiento a lo establecido en la Resolución No. 00370 de 17 de abril de 2020.

El procedimiento, inicia con la solicitud de indemnización administrativa a favor del niño, niña o adolescente por parte de quien es titular de su patria potestad y/o representación legal y ejerce su custodia o en su defecto, del Defensor de Familia quienes informan que el niño, niña o adolescente (NNA) víctima del conflicto armado tiene alguna enfermedad ruinosa, catastrófica o de alto costo o tiene una discapacidad más una condición de salud que pone en riesgo su vida; continúa con la validación de los soportes que acreditan, de un lado, la enfermedad y/o discapacidad del menor de edad, así como el parentesco con la persona que presenta la solicitud de indemnización administrativa. Luego, prosigue con el análisis tendiente a establecer si el NNA tiene derecho acceder a la indemnización administrativa y, posteriormente, con la verificación del ejercicio de la custodia del NNA por parte del adulto solicitante. Finaliza con la creación del plan de inversión, la entrega de los recursos de la indemnización administrativa a quien ejerce la custodia del NNA o al Defensor de Familia, según sea el caso, mediante orden emanada por acto administrativo debidamente motivado, y se realiza el seguimiento a la inversión adecuada de los recursos.

Este procedimiento es analizado en el recorrido de auditoria realizado el 08 de mayo de 2025, al revisar las actividades se evidencia, que la actividad 1 es un punto de control que tiene 4 salidas, al seguir la secuencia de las actividades genera confusión en la lectura de flujograma, en la actividad 3 Y 7 puntos de control: “Verificar o consultar en las herramientas tecnológicas Indemniza, Orfeo y ArchiDhu”, la unidad ya no utiliza **Orfeo**. la actividad 9 es un punto de control el flujograma esta como actividad. Este procedimiento requiere ser actualizado, gran parte de actividades son

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

desarrolladas por el operador “contrato de operación tercerizada”, cuando no se tiene contrato el procedimiento es desarrollado por el personal de la subdirección, sin embargo, esto no se evidencia descrito en el procedimiento. De igual forma se debe revisar el nombre del procedimiento, toda vez que para la entrega refiere el procedimiento de pago de la indemnización, y para el acompañamiento de la Indemnización Administrativa menciona el plan de inversión.

c. Procedimiento Orden de Pago de la Indemnización Administrativa

Llevar a cabo las actividades para la orden de pago de los recursos que componen la indemnización en cumplimiento de la Ley 1448 de 2011 y los Decretos – ley 4633, 4634 y 4635 de 2011 como componente de la reparación integral a la cual tienen derecho las víctimas del conflicto armado, mediante giro, consignación a cuenta nacional o extranjera o la constitución de encargo fiduciario.

El procedimiento inicia con la planeación de los recursos a ejecutar durante la vigencia, continua con los trámites técnicos y administrativos necesarios para confirmar los posibles destinatarios de la medida atendiendo a la normatividad vigente y finaliza con la orden de pago de la indemnización administrativa

Este procedimiento es analizado en el recorrido de auditoria realizado el 09 de mayo de 2025, al revisar la ejecución de las actividades se evidencia que el equipo de pagos conoce de manera clara el procedimiento del pago de la indemnización administrativa, se evidencia que en la actividad 6, “Ejecutar en la herramienta INDEMNIZA el script de liquidación para generar el valor a reconocer en la indemnización teniendo en cuenta el SMMLV para el año en vigencia y la distribución del porcentaje identificado en la etapa de documentación” que es una actividad manual ejecutada por los ingenieros del grupo de gestión de la información en el aplicativo INDEMNIZA, la auditora pregunta si se realizan validaciones de estas liquidaciones, a lo cual se indica que si se realizan validaciones para verificar la liquidación, sin embargo dentro de la descripción de la actividad no está descrito este punto de control. Se debe revisar el procedimiento y ajustarlo se evidencia mejoras e implementación de controles en el desarrollo de las actividades que no están plasmadas en el procedimiento, en la actividad 12 PC, revisar la opción por el NO, devuelve a la actividad 2, en la actividad 14 PC y actividad 15 me devuelve a la misma actividad 15.

d. Procedimiento Reprogramaciones de Indemnización Administrativa

Establecer un procedimiento que permita reprogramar los recursos asignados por concepto de indemnización administrativa, cuando la víctima no pudo realizar el cobro de los recursos dentro del plazo establecido.

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

Este procedimiento es analizado en el recorrido de auditoria realizado el 12 de mayo de 2025, al revisar la ejecución de las actividades se evidencia que el equipo de reprogramaciones conoce de manera clara el procedimiento de reprogramación, al hacer el recorrido por las actividades, en la descripción de las actividades, el PC 15, tiene tres salidas, revisar el procedimiento que las actividades sean entendibles y se lleve la secuencia lógica.

e. Procedimiento Toma de Decisiones con Apoyo

Establecer las acciones que se deben desarrollar para el reconocimiento de la medida de indemnización administrativa a las víctimas del conflicto armado con discapacidad cognitiva (intelectual), mental (Psicosocial) o múltiple, como ajuste razonable para la garantía del derecho a la capacidad jurídica de esta población en virtud de la resolución 0589 de 2017.

Este procedimiento es analizado en el recorrido de auditoria realizado el 13 de mayo de 2025, al revisar la ejecución de las actividades se evidencia conocimiento y manejo de procedimiento, actividades ejecutadas por el operador y el grupo sicosocial de la Dirección de Reparación, desde la subdirección se ejerce el control al desarrollo de estas actividades.

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

DEBILIDAD No. 1

A partir del marco normativo de la Ley 87 de 1993 en el artículo 1°, 4° literal b), l) y artículo 12 literales c) y e), Decreto 1083 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, 2024 V6, el equipo auditor establece que la subdirección de reparación individual presenta debilidad por la no actualización de los procedimientos evaluados en la presente auditoria, como se describe en los ítems de procedimientos revisados relacionados anteriormente como son: Procedimiento Toma de Solicitud de la Indemnización Administrativa, Procedimiento Reconocimiento, Entrega y Acompañamiento de la Indemnización Administrativa para NNA en situaciones Excepcionales de Vulnerabilidad, Procedimiento Orden de Pago de la Indemnización Administrativa, Procedimiento Reprogramaciones de Indemnización Administrativa.

Mediante correo electrónico el jueves 12 de junio de 2025, se le comunica a la Doctora Ana María Monroy Mora - ana.monroy@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditada las debilidades

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

identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor a los procedimientos, en donde se le da a la auditada un plazo de cinco días hábiles según lo establecido en la actividad 10 del procedimiento “Auditorías Internas al control interno” contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones y evidencias pertinentes. El auditado no emite respuesta se mantiene la debilidad.

5.2 Análisis del Modelo de Control del Proceso Reparación Integral Subdirección Reparación Individual.

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 permiten identificar la efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta la Subdirección de Reparación Individual 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;*

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

- f. Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos;
- g. Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación;
- h. Velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características.

5.2.1 Sistema de Control Interno por la variable modelo de medición (indicadores diferentes al plan de acción) a la Subdirección de Reparación Individual.

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 el proceso posee y reconoce un sistema de medición diferente a las metas del plan de acción y con ello le permita tener una herramienta gerencial de las actividades institucionales.

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

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

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

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

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

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

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 6, vigente para la anualidad 2024, dentro de la 2ª Dimensión; Direccionamiento Estratégico y Planeación en el numeral 2.2 Política de Planeación institucional, en el numeral 4º de los lineamientos generales para la implementación de la política, se tiene que:

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

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

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

realidad se dio solución a los problemas o satisfacción a las necesidades, gracias a la gestión de la organización) (CEPAL, 2011).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de los indicadores de gestión, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – indicadores, mediante correo electrónico del viernes 28 de marzo de 2025 a las 2:57 p.m. La auditada da respuesta mediante correo electrónico del martes 8 de abril de 2025 a las 5:50 p.m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

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

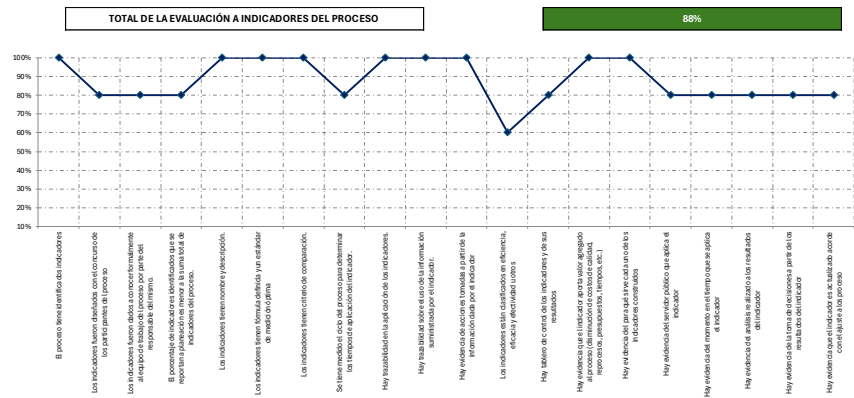
b) Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional; c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento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

El papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – indicadores tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert⁵. La auditada

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.

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

responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz para el proceso auditado es el siguiente

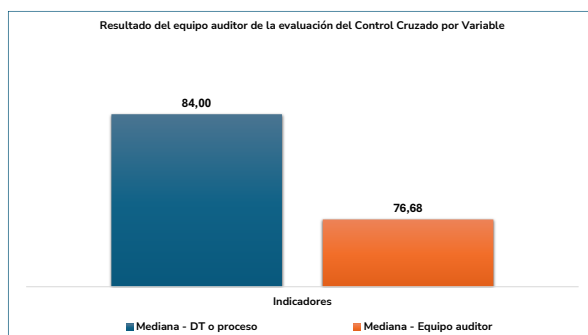


Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión. Fuente propia OCI

Como se observa, la calificación que se da la auditada corresponde a 88% de 100% posibles. El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – indicadores corresponde a 53 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 35 puntos respecto de la calificación del proceso auditado y de 47 respecto del máximo posible (100 puntos).

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 Reparación Integral correspondientes al primer y segundo semestre de 2024, 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 7.32 puntos en la variable “Indicador”, toda vez que el resultado de la valoración del auditado es de 84 y la del Equipo Auditor de 76.68. Lo que significa que “Hay evidencia de un sistema de medición en formación. No obstante, falta que este sistema sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones”. (Información tomada resultado papel de trabajo de la OCI).

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



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

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

Teniendo en cuenta lo reportado por la Subdirección de Reparación Individual, se identificaron indicadores de gestión distintos a los registrados en SISGESTIÓN 2.0. Estos indicadores adicionales se encuentran descritos e incorporados en los tableros de control, los cuales permiten obtener información en tiempo real sobre la gestión de la Subdirección.

No obstante, las evidencias suministradas no permiten verificar con certeza la toma de decisiones por parte de la auditada resultado del análisis del comportamiento de los indicadores detectados. Esta situación se refleja en la afirmación 2 de la Herramienta de Evaluación del SCl, en la que no se evidencia de manera concluyente la participación activa de los funcionarios en el diseño de dichos indicadores. Asimismo, en relación con la afirmación 3 de la misma herramienta, la documentación presentada no permite establecer de manera clara si los indicadores fueron socializados formalmente con el equipo de trabajo por parte del responsable del proceso. Finalmente, en lo correspondiente a la afirmación 16, no fue posible identificar con claridad al servidor encargado de la aplicación, seguimiento o interpretación de dichos indicadores, lo cual limita la trazabilidad de la gestión y dificulta la asignación de responsabilidades.

Por lo anterior, la Subdirección de Reparación Individual en el análisis de los indicadores correspondiente a evaluación del sistema de control Interno presenta debilidad.

DEBILIDAD No. 2

La ausencia de un modelo de medición (indicadores) robusto y pertinente que permita al responsable la toma de decisiones. De acuerdo con la evidencias aportadas por el auditado, como (los tableros de control de la gestión de la Subdirección y el monitoreo de los indicadores del plan

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

de acción desde el indicativos correspondiente), ninguna aporta información del cómo la persona responsable toma decisiones teniendo en cuenta el resultado de estos indicadores; 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), d) y g), 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.

Mediante correo electrónico enviado el jueves 15 de mayo de 2025 a las 11:54 a.m. se le comunica a la Doctora Ana María Monroy Mora - ana.monroy@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditada las debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor al papel de trabajo “matriz evaluación al sistema de control interno – SCI”. De acuerdo con lo establecido en la actividad 9 del procedimiento: “Auditorías Internas al Sistema de Control Interno – Versión 8”. La Subdirección de Reparación Individual mediante correo electrónico del jueves 22 de mayo de 2025 a las 10:16 p. m., remite respuesta a la Oficina de Control Interno, en los siguientes términos:

Respuesta de la auditada:

El presente documento constituye la Respuesta de la Subdirección de Reparación Individual de la Unidad para las Víctimas frente a la debilidad 1: "la ausencia de un modelo de medición (indicadores) robusto y pertinente que permita al responsable la toma de decisiones", así como a otros señalamientos relacionados, indicados por el equipo auditor de la Oficina de Control Interno de esta entidad. Específicamente, se abordan los siguientes hallazgos:

- 1. "Se evidencia la ausencia de un modelo de medición (indicadores) robusto y pertinente que permita al responsable la toma de decisiones".*
- 2. Que "Las evidencias aportadas no dan certeza de cómo se toman decisiones basadas en el análisis del comportamiento de estos indicadores adicionales."*
- 3. La existencia de una "debilidad en el Sistema de Control Interno de la Subdirección de Reparación Individual".*
- 4. Que la ausencia de un modelo de medición robusto "no está conforme con la normativa vigente, citando la Ley 87 de 1993 (artículo 2°, literales b), d) y g))".*

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

A continuación, se exponen los argumentos que sustentan la posición de esta Subdirección frente a dichos señalamientos, los cuales son considerados por la Subdirección de Reparación Individual como parte estructurante de la debilidad identificada.

1. Respecto al hallazgo sobre el "Modelo de Medición"

1.1. Clarificación conceptual de "Modelo de Medición"

Para abordar adecuadamente el hallazgo sobre el "modelo de medición", es fundamental precisar su alcance. Si bien la Real Academia Española (RAE) define un modelo como un "esquema teórico, generalmente en forma matemática, de un sistema o de una realidad compleja (...) que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento", subrayando su naturaleza teórica y formalizada; en el contexto de la administración pública colombiana, y específicamente bajo el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), la "medición" y el uso de "indicadores" se entienden como herramientas prácticas para el seguimiento y la evaluación del desempeño institucional y la toma de decisiones.

El MIPG, en su dimensión de "Evaluación de Resultados", promueve el uso de indicadores para valorar el avance en el cumplimiento de los objetivos y metas planificadas, la eficiencia en el uso de los recursos y la calidad de los bienes y servicios. Si bien no exige un "modelo matemático complejo" para cada área, sí orienta hacia la definición de un conjunto de indicadores pertinentes y robustos que permitan el monitoreo continuo y la generación de información útil para la gestión. En este sentido, un "modelo de medición" en el marco del MIPG se refiere más a un sistema estructurado de indicadores y mecanismos de seguimiento y evaluación, que a un esquema teórico abstracto.

1.2. Inexistencia de obligatoriedad de un "Modelo de medición" específico y formalizado por área

Las políticas institucionales vigentes, alineadas con el MIPG, no establecen la obligatoriedad de desarrollar o implementar un "modelo de medición" —entendido como un esquema teórico-matemático particular y diferenciado— para cada área o dependencia de la entidad. Lo que se requiere es la implementación de un sistema de seguimiento y evaluación del desempeño a través de indicadores, conforme a las directrices institucionales y de la Oficina Asesora de Planeación.

En este sentido, si la normativa interna no prescribe la existencia de un "modelo de medición" con las características formales y teóricas que el término "modelo" podría sugerir en su acepción más académica, sino un sistema de indicadores para la gestión no existiría el objeto sobre el cual recae la observación de auditoría en los términos planteados. Por lo tanto, la ausencia de un "modelo de medición" en su concepción teórica no constituiría una deficiencia, al tratarse de un aspecto no exigido normativamente de esa forma específica y, en consecuencia, no auditable por sustracción de materia en dichos términos.

1.3. Alcance y enfoque de la auditoría realizada respecto a la medición

Es importante señalar que, durante el proceso de auditoría, no se especificó o requirió información sobre un "modelo de medición" particular, en su acepción teórica o matemática, que la Subdirección debiera tener implementado. Tampoco se presentaron requerimientos basados en alguna

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

representación teórica específica de las acciones de seguimiento y control que se realizan en consonancia con las políticas institucionales.

Considerando la definición de control interno establecida en el párrafo del artículo 1 de la Ley 87 de 1993, que indica: "El control interno se expresará a través de las políticas aprobadas por los niveles de dirección y administración de las respectivas entidades y se cumplirá en toda la escala de estructura administrativa, mediante la elaboración y aplicación de técnicas de dirección, verificación y evaluación de regulaciones administrativas, de manuales de funciones y procedimientos, de sistemas de información y de programas de selección, inducción y capacitación de personal", se entiende que el ejercicio auditor, en lo referente a la medición, debería centrarse en evaluar el cumplimiento de las políticas de medición y el sistema de indicadores formalmente adoptados por la Unidad para las Víctimas y el seguimiento de las orientaciones que en esta materia emitiese el área responsable de la entidad, es decir, la Oficina Asesora de Planeación.

En este contexto, el equipo auditor centró sus solicitudes en la evidencia de la aplicación de indicadores de gestión. Dichas evidencias, correspondientes a los indicadores utilizados por la Subdirección para el seguimiento de sus actividades y metas, fueron suministradas de manera completa y oportuna, en los términos y formatos requeridos por el equipo auditor, demostrando así la conformidad con las directrices existentes.

1.4. Indicadores de gestión existentes y reporte institucional

La Subdirección cuenta con un conjunto de indicadores que permiten monitorear su gestión y facilitan la toma de decisiones, lo cual se alinea con los principios de medición del desempeño del MIPG. Es crucial destacar que en el desarrollo de la auditoría la Subdirección de Reparación Individual presentó evidencias que permiten verificar la implementación y el uso de estos indicadores se ajustan a las políticas institucionales vigentes y a las directrices emanadas por la Oficina de Planeación de la entidad. Es importante señalar que, en este sentido, la Subdirección de Reparación Individual aportó como evidencia los datos extraídos de la plataforma institucional SIPLAN+ sobre el cumplimiento periódico y frecuente de estos reportes, siendo esta plataforma la herramienta oficial de la entidad para la planificación y el seguimiento.

Este procedimiento de reporte y seguimiento se realiza en estricta conformidad con las directrices y políticas institucionales establecidas. Es relevante destacar que los auditores tienen acceso a la plataforma SIPLAN+, donde pueden constatar la existencia, periodicidad y disponibilidad de los datos de los indicadores gestionados por esta Subdirección, los cuales, como se mencionó, cumplen con los lineamientos y requerimientos aplicables.

2. Respecto al hallazgo sobre la certeza en la toma de decisiones basada en indicadores

Frente a la afirmación de que "Las evidencias aportadas no dan certeza de cómo se toman decisiones basadas en el análisis del comportamiento de estos indicadores adicionales", se considera que esta es parcialmente congruente con la realidad de la gestión de la Subdirección, pero omite un análisis integral de los procesos y la información suministrada.

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

El proceso de reparación integral de la Unidad para las Víctimas, dirigido por la Dirección de Reparación Integral y en el cual participa activamente la Subdirección de Reparación Individual, dispone de procedimientos orientados a resultados y evidenciables a través de productos concretos. Si bien estos productos pueden no detallar explícitamente cada paso del análisis de datos para la toma de decisiones, sí son el resultado de dicho análisis.

Un ejemplo claro es el producto del paso 2 del procedimiento "Orden de Pago de la Indemnización Administrativa", denominado "Matriz de Plan de Acción". Esta matriz se define como "el resultado de los cálculos técnicos que atienden las variables como el presupuesto, el promedio de giros, la participación porcentual de los hechos victimizantes, las solicitudes radicadas, entre otros. Debe contener la mensualización de pagos de indemnización administrativa (PAC), la distribución por hechos victimizantes y las bolsas presupuestales para el pago de las rutas mencionadas en la Resolución 1049 del 2019 y Resolución 000582 del 2021".

Dicha Matriz de Plan de Acción fue aportada como evidencia al equipo auditor durante el transcurso de la auditoría para demostrar el cumplimiento del procedimiento. No obstante, el equipo auditor no profundizó en la indagación sobre los pasos metodológicos y analíticos requeridos para consolidar este insumo fundamental. La elaboración de esta matriz implica necesariamente la proyección, con base en datos históricos y análisis de tendencias, de las indemnizaciones administrativas a otorgar en un periodo de gestión. La cifra clave resultante de este análisis, "la cantidad de víctimas indemnizadas", corresponde con indicadores de gestión que la Subdirección reporta periódicamente en SIPLAN+ y otras plataformas de reporte del orden nacional, cuya implementación y reporte fueron debidamente evidenciados.

Del mismo modo, el seguimiento gerencial ejercido por la Subdirección se refleja en la implementación de controles frente a los riesgos bajo su responsabilidad. Como evidencia de este proceso, se presentan registros de correos electrónicos que documentan las solicitudes y respuestas relacionadas con el Plan Anual de Caja (PAC).

La gestión y consolidación de dichas solicitudes permiten demostrar el monitoreo constante que la Subdirección realiza tanto sobre la ejecución presupuestal destinada al otorgamiento de medidas de indemnización administrativa, como sobre el desarrollo operativo general. Este nivel de control operativo complementa el análisis estratégico derivado de la Matriz de Plan de Acción, lo cual demuestra un enfoque integral en la gestión basado en el uso sistemático de datos para la toma de decisiones.

En este contexto, la elaboración de proyecciones para la construcción de la Matriz del Plan de Acción constituye un ejercicio riguroso de análisis y seguimiento de información histórica y prospectiva, fundamental para una planificación estratégica efectiva. La definición del número de indemnizaciones a otorgar no es únicamente un cálculo técnico, sino una decisión trascendental que impacta directamente en múltiples áreas de la operación de la Subdirección. Entre ellas se encuentran: la planificación de la documentación requerida, la expedición de actos administrativos de reconocimiento, la organización de jornadas de entrega de cartas de indemnización, así como el acompañamiento a las víctimas en la inversión adecuada de los recursos recibidos. Todos estos

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

componentes, junto con otros aspectos logísticos y operativos, son esenciales para el cumplimiento eficiente de las competencias misionales asignadas a la Subdirección.

Adicionalmente, como evidencia de una dinámica de seguimiento gerencial a la gestión, resulta pertinente mencionar la implementación, durante la vigencia 2024, de un tablero de control para el seguimiento de tareas diarias en la Subdirección de Reparación Individual. Este instrumento era revisado directamente por el subdirector encargado en ese periodo, lo cual posibilitaba un monitoreo constante del avance de las actividades y permitía tomar decisiones oportunas orientadas al cumplimiento eficaz de los objetivos institucionales.

Para respaldar esta afirmación, se adjunta a la presente comunicación un archivo que incluye el diseño del tablero de seguimiento, así como una copia impresa en formato PDF de un correo electrónico en el que se reportaba semanalmente el estado del tablero y la gestión de las tareas al subdirector responsable. Es importante aclarar que estas evidencias no fueron presentadas inicialmente al equipo auditor debido a que las personas directamente involucradas en su reporte y custodia no se encuentran vinculadas a la entidad desde hace varios meses, lo que retrasó su consecución. En caso de ser verificados estos documentos por parte del equipo auditor, se demostraría una instancia concreta del compromiso de la Subdirección con la implementación de mecanismos efectivos de seguimiento y gestión para la toma informada de decisiones.

Por lo tanto, la observación realizada por la auditoría no reconoce explícitamente estos procesos internos de análisis y toma de decisiones, sustentados en información histórica, proyecciones y un seguimiento operativo continuo. Dichas prácticas reflejan un enfoque gerencial basado en evidencia, orientado hacia la mejora continua y el cumplimiento eficiente de los objetivos institucionales.

3. Respecto al hallazgo sobre el "Sistema de control interno de la subdirección"

3.1. Inexistencia de un "Sistema de Control Interno" a nivel de Subdirección y ausencia de obligación legal:

El informe de auditoría menciona una "debilidad en el Sistema de Control Interno de la Subdirección de Reparación Individual". Al respecto, es fundamental precisar que no existe, ni se contempla en la estructura orgánica o normativa de la entidad, un "Sistema de Control Interno" específico y autónomo para la Subdirección de Reparación Individual. El Sistema de Control Interno es concebido y opera a nivel institucional, no fragmentado por dependencias.

Adicionalmente, no existe una obligación legal o reglamentaria que imponga a las subdirecciones la creación o mantenimiento de sistemas de control interno propios e independientes del sistema institucional. Por lo tanto, la premisa de evaluar un "Sistema de Control Interno de la Subdirección" carece de fundamento, ya que se audita un constructo inexistente en la realidad funcional y normativa de la entidad.

3.2. Falta de especificación de "Normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas"

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

El informe afirma que "El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoría 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".

Resulta imperativo destacar que el equipo auditor omitió comunicar, tanto en la fase preparatoria como durante la ejecución de la auditoría, las "normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas" específicas que fundamentarían su evaluación. Esta omisión reviste particular gravedad dentro del ordenamiento jurídico colombiano aplicable a la administración pública, acarreando significativas consecuencias jurídicas y procedimentales. En primer lugar, vulnera el derecho fundamental al debido proceso (Art. 29 C.P. y Ley 1437 de 2011), al impedir que el auditado conozca con precisión los criterios de evaluación, lo cual menoscaba sustancialmente sus garantías de defensa y contradicción. La ausencia de un referente normativo explícito, tanto en el desarrollo de la auditoría como en su informe final, obstaculiza una defensa técnica efectiva, la aportación de pruebas relevantes y la refutación de los hallazgos, conculcando además el principio de previsibilidad y pudiendo distorsionar el resultado del proceso.

En segundo término, tal omisión vicia el informe de auditoría por falta de motivación, pues todo acto administrativo, incluidos los informes que sirven de base a decisiones ulteriores, exige una exposición clara y suficiente de sus fundamentos fácticos y jurídicos. La no especificación de la norma que sustenta un hallazgo se traduce en una motivación deficiente o incluso en una "falsa motivación" por ausencia de sustento normativo, lo que oculta la "causa legal" del mismo y compromete la validez del informe. Finalmente, esta carencia de fundamentación normativa específica impacta directamente la validez y eficacia jurídica del informe de auditoría y de los actos que de él se deriven, generando un riesgo tangible de nulidad tanto del informe como de los procedimientos administrativos subsecuentes, además de mermar considerablemente su valor probatorio, lo que, en última instancia, puede socavar la efectividad del sistema de control y la exigencia de responsabilidades.

De este modo, la falta de claridad sobre el marco normativo y técnico específico utilizado por el equipo auditor desvirtúa la objetividad del ejercicio auditor, al no permitir a la Subdirección conocer de antemano los parámetros bajo los cuales sería evaluada su gestión y, por ende, limita la capacidad de presentar evidencia o argumentos pertinentes a dichos estándares.

4. Respecto al hallazgo sobre el presunto incumplimiento de la Ley 87 de 1993 (Artículo 2º, literales b, d, y g)

El informe de auditoría afirma que la ausencia de un modelo de medición robusto "no está conforme con la normativa vigente, citando la Ley 87 de 1993 (artículo 2º, literales b), d) y g))". Dichos literales se refieren a: "b. Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones (...); d. Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional; g. Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación."

Frente a esta afirmación, se presentan los siguientes argumentos:

4.1. Efectividad de la gestión y cumplimiento de los literales b) y d) del Artículo 2º de la Ley 87 de 1993

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

Los resultados históricos en el otorgamiento de la indemnización administrativa por parte de la Unidad para las Víctimas durante la vigencia auditada (2024), los cuales son producto directo de la gestión de la Subdirección de Reparación Individual, desvirtúan la afirmación de un incumplimiento de los literales b) y d) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993. La eficacia y eficiencia demostrada en la ejecución de las funciones y actividades para el logro de la misión institucional, así como la correcta evaluación y seguimiento de la gestión que se evidencia a través de dichos resultados, contradicen la conclusión del informe de auditoría. La efectividad material de la gestión de esta área de la entidad es una prueba contundente del cumplimiento de los objetivos de garantizar eficacia, eficiencia, economía y el adecuado seguimiento de la gestión organizacional.

4.2. Competencia de la Subdirección frente al literal g) del Artículo 2° y el Artículo 1° (parágrafo) de la Ley 87 de 1993

En lo referente al literal g) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993, que establece la necesidad de "Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación", es fundamental considerar el parágrafo del artículo 1° de la misma ley, el cual indica que "El control interno se expresará a través de las políticas aprobadas por los niveles de dirección y administración de las respectivas entidades".

Bajo esta perspectiva, la responsabilidad de garantizar que el Sistema de Control Interno institucional disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación recae en los niveles de dirección y administración de la Unidad para las Víctimas, quienes definen las políticas generales. No es competencia de una Subdirección, de manera aislada, garantizar los mecanismos de verificación y evaluación del Sistema de Control Interno de toda la entidad.

La competencia de la Subdirección de Reparación Individual corresponde con la implementación de los mecanismos de seguimiento y evaluación requeridos por las políticas institucionales y las directrices de la Oficina Asesora de Planeación para sus propios procesos y resultados. En este sentido, se evidenció y aportó información sobre la implementación y uso de indicadores de gestión y tableros de control, los cuales permiten la medición y seguimiento de sus resultados, cumpliendo así con su rol dentro del marco del sistema de control interno institucional.

4.3. Implicaciones de la afirmación "no conforme con la ley"

La aseveración de que una actuación "no está conforme con la normativa vigente", como se indica en el informe de auditoría, es de suma gravedad. Una acción u omisión que no se ajusta a la ley podría, en hipótesis, configurar un presunto prevaricato por omisión, lo cual abriría la puerta a investigaciones por parte de los entes de control disciplinario y, eventualmente, a la acción penal.

Esta situación, de no ser debidamente aclarada y desvirtuada, expone a la entidad a un posible daño antijurídico, incluyendo una pérdida reputacional significativa que no debería tener lugar, especialmente cuando la gestión de la Subdirección ha demostrado resultados efectivos. Es imperativo prevenir este tipo de daño, que se derivaría de una interpretación o conclusión no ajustada a la realidad de la gestión y al marco de competencias de la Subdirección.

Conclusión General

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

En relación con el modelo de medición (Hallazgo 1), en lugar de un documento formalmente denominado "Modelo de Medición" en su acepción teórica, la Subdirección aportó evidencias que permiten verificar que esta área de la entidad dispone de un sistema de indicadores de resultados de gestión, en línea con los requerimientos del MIPG.

Respecto a la certeza en la toma de decisiones basada en indicadores (Hallazgo 2), se demostró que procesos clave como la elaboración de la "Matriz de Plan de Acción" para el pago de indemnizaciones, el seguimiento a la gestión presupuestal mediante el Plan Anual de Caja (PAC), y la implementación de un tablero de seguimiento diario de tareas revisado por el Subdirector (cuya evidencia documental se anexa), implican un análisis de datos históricos, proyecciones y seguimiento operativo para la toma de decisiones que impactan directamente la operatividad y el cumplimiento misional de la Subdirección. Se considera que los indicadores de resultados de gestión implementados, su reporte continuo y los procesos de análisis asociados, como los evidenciados, cumplen con el propósito fundamental de medir el desempeño, orientar la gestión y tomar decisiones basadas en datos. Estos mecanismos:

- Se alinean con las políticas institucionales y las orientaciones de la Oficina de Planeación.
- Cumplen con los requerimientos del equipo auditor en cuanto a la existencia y reporte de indicadores.
- Permiten el seguimiento y monitoreo de las actividades y metas.
- Proporcionan información pertinente y son utilizados para la toma de decisiones estratégicas y operativas.
- Se gestionan y reportan a través de las plataformas institucionales designadas (SIPLAN+).

Consideramos que los indicadores de resultados de gestión implementados, su reporte continuo y los procesos de análisis asociados, como el evidenciado con la Matriz de Plan de Acción, cumplen con el propósito fundamental de medir el desempeño, orientar la gestión y tomar decisiones basadas en datos.

Respecto a la supuesta debilidad en el Sistema de Control Interno de la Subdirección (Hallazgo 3), se argumenta que:

- No existe un sistema de control interno a nivel de Subdirección, ni la obligación legal de tenerlo, siendo este de carácter institucional.
- No se comunicaron las normas y técnicas de auditoría específicas que se aplicarían, lo cual afecta la validez del proceso de evaluación y la capacidad de respuesta del área auditada, con las implicaciones jurídicas y procedimentales que esto conlleva en el marco legal colombiano, incluyendo la vulneración del principio de imparcialidad, el derecho fundamental al debido proceso, la configuración de un vicio por falta de motivación del informe, y serias consecuencias sobre la validez y eficacia del propio informe y los actos derivados.

En cuanto al presunto incumplimiento de la Ley 87 de 1993 (artículo 2º, literales b, d, y g) (Hallazgo 4):

- Los resultados de gestión de la Subdirección desvirtúan un incumplimiento de los literales b) y d).

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

- Respecto al literal g), la responsabilidad de garantizar los mecanismos de verificación del Sistema de Control Interno institucional recae en la dirección de la entidad, no en la Subdirección, la cual sí implementa los mecanismos de seguimiento para su propia gestión.
- La afirmación de "no conformidad con la ley" tiene serias implicaciones que deben ser prevenidas.

Por lo tanto, se solicita reconsiderar los hallazgos, teniendo en cuenta los argumentos aquí expuestos, la evidencia del sistema de indicadores actualmente en operación, la demostración de toma de decisiones basada en análisis de datos, y las precisiones sobre la inexistencia de un sistema de control interno a nivel de Subdirección, las omisiones metodológicas en el proceso auditor, y la correcta interpretación del alcance de las responsabilidades de la Subdirección frente a la Ley 87 de 1993.

Consideraciones del auditor a la respuesta aportada

Para iniciar el análisis de la respuesta de la auditada, la cual se fundamenta en una interpretación del sistema de control interno que debe ser aplicada por la totalidad de servidores y en todas las dependencias.

Para explicarle a la auditada le damos primero un vistazo de las normas constitucionales que regulan la materia. El artículo 209 de la Carta Política que hace parte del desarrollo de la Rama Ejecutiva del Poder Público, en el capítulo 5° que aborda la Función Administrativa dispone en el inciso segundo que: *“Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado. La administración pública, en todos sus órdenes, tendrá un control interno que se ejercerá en los términos que señale la ley”*. Para efectos que la auditada tenga claro el alcance de este canon constitucional y que sus argumentos no se basen en posturas personales, respetables, pero sin asidero jurídico ni teórico del tema de control interno, se le trae a colación lo señalado por la Corte Constitucional en la Sala Plena, en Sentencia C-826 del 13 de noviembre de 2013, con ponencia del magistrado Luis Ernesto Vargas Silva, que aclara el papel de control interno en la administración pública en los siguientes términos:

Con el fin de desarrollar el artículo 209 de la Carta, las autoridades administrativas deben tener un Control Interno que debe basarse en los principios consagrados en ese mandato superior y en los términos establecidos por la ley, para así cumplir con los fines señalados por el Estado. Con este Control Interno se pretende garantizar que las entidades cumplan con sus deberes en beneficio de la comunidad, ya que es evidente que esta función administrativa debe ser ejercida por los empleados y trabajadores del Estado en todo el territorio nacional. Por lo tanto, es competencia de la Nación que se garantice que la actividad de los funcionarios a su servicio se ajuste a lo establecido por la Constitución y la Ley, lo cual está consagrado en el artículo 123 Superior, donde se señala que los servidores públicos están al servicio del Estado y la comunidad, y están sometidos a la Constitución, la Ley y el Reglamento. La jurisprudencia de esta Corporación ha destacado la importancia dada por la Constitución al sistema de Control Interno, haciendo una detallada y clara exposición de este tipo de control a la administración pública, catalogándolo, junto con las contralorías en el ámbito de sus

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

competencias, como un instrumento de naturaleza gerencial de la mayor importancia dentro de la estrategia institucional con el fin de lograr un efectivo control de gestión y, por contera, de garantizar el cumplimiento de los objetivos superiores asignados a los diferentes órganos del poder público, los cuales se concretan en la realización material de los fines esenciales del Estado atendiendo precisamente a los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, consagrados en el artículo 209 Superior. Es importante recordar que este Control Interno es de primer grado, en tanto que el Control Fiscal es de segundo grado, pero que estos dos tipos de controles se articulan, por lo cual el control ejercido por las contralorías está condicionado por la eficacia que se dé en el control de primer grado al interior de las entidades estatales. En este sentido, en el artículo 269 CP el Constituyente fue enfático al señalar que en el interior de las entidades debe haber un control de primer grado que es el interno: Artículo 269.- En las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de control interno, de conformidad con lo que disponga la ley.

Más adelante, dentro de la misma jurisprudencia, el Magistrado Ponente se adentra en la importancia del control interno de la siguiente manera:

Es de recalcar la importancia del control interno puesta de relieve por la jurisprudencia constitucional, al considerarla un tipo de instrumento gerencial, que busca mejorar el desempeño institucional en términos de calidad y eficiencia de la gestión, y que se complementa con el Control Fiscal que ejerce la Contraloría. A este respecto ha dicho esta Corporación: Especial consideración merece este empleo, dada la importancia que al sistema de control interno da la Constitución de 1991, al caracterizarlo como principalísimo instrumento gerencial, instituido, junto con el control de segundo grado a cargo de las Contralorías, para asegurar el cabal cumplimiento de la misión de las distintas entidades del Estado. En la visión del Constituyente de 1991, el eficaz y efectivo funcionamiento del control interno, también denominado de primer grado, se articula estrechamente con el que, en forma posterior y selectiva, ejercen las Contralorías en el ámbito de su competencia. De ahí que la eficacia de este último, como control de segundo grado que es, esté condicionada por el grado de eficacia con que se ejerza el control de primer grado al interior de las entidades del Estado por los componentes del Sistema de control interno. Es del caso destacar que en el artículo 269 C.P., el Constituyente de 1991 fue enfático al disponer en términos categóricos, que al interior de todas las entidades públicas debe existir un control de primer grado, que es el interno. Este control es principalmente axiológico y finalista, pues propende por asegurar que la gestión institucional de todos los órganos del Estado se oriente hacia la realización de los fines que constituyen su objetivo y, que ésta se realice con estricta sujeción a los principios constitucionales que guían el ejercicio de la función pública.

Para complementar la postura jurisprudencial de la Corte Constitucional, ahora le traemos a la auditada lo señalado por el Consejo de Estado en la Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Quinta en Sentencia 00068 del 15 de julio de 2013, con ponencia del consejero Alberto Yepes Barreiro, en relación con el control interno:

El control interno se concibe en el ordenamiento jurídico a partir del artículo 209 Constitucional que señala que “La administración pública, en todos sus órdenes, tendrá un control interno que se ejercerá

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

en los términos que señale la ley.” (Negrillas de la Sala); y, del artículo 269 *ibidem*, que determina al respecto:

“En las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de control interno, de conformidad con lo que disponga la ley, la cual podrá establecer excepciones y autorizar la contratación de dichos servicios con empresas privadas colombianas.” (Negrillas no son del original)

Es decir, que el control interno se trata de una nueva actividad estatal de tipo transversal porque hace presencia en todos los niveles de la Administración, que busca “la modernización de la administración pública y el mejoramiento de la capacidad de gestión de sus instituciones, tendiente a la consecución de mayores niveles de eficiencia en todos los órganos y entidades del Estado.”1. Además, el control interno, como su propio nombre lo revela, es la función constitucionalmente establecida con miras a que sea la propia Administración quien examine su desarrollo institucional y su desempeño frente al deber superior de procurar la satisfacción del interés general y de los fines esenciales del Estado.

En el artículo 1° de la Ley 87 de 29 de noviembre 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.”, se define el control interno en los siguientes términos:

“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.

El ejercicio de control interno debe consultar los principios de igualdad, moralidad, eficiencia, economía, celeridad, imparcialidad, publicidad y valoración de costos ambientales. 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.

PARÁGRAFO. - El control interno se expresará a través de las políticas aprobadas por los niveles de dirección y administración de las respectivas entidades y se cumplirá en toda la escala de estructura administrativa, mediante la elaboración y aplicación de técnicas de dirección, verificación y evaluación de regulaciones administrativas, de manuales de funciones y procedimientos, de sistemas de información y de programas de selección, inducción y capacitación de personal.” (Destaca la Sala)

De la norma anterior se tiene que el control interno está concebido en forma sistémica, en atención a que integra tanto la parte de los principios y métodos, como la parte orgánica. Y, en cuanto a lo último, se trata de una función que no está reservada exclusivamente a una dependencia en particular, sino que por el contrario es una atribución que deben desarrollar “todos los órganos existentes en la entidad” o en “toda la escala de estructura administrativa”. Lo anterior es consecuente con la función misma, que como se dijo líneas arriba, es de tipo transversal porque permea todos los niveles de la

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

Administración, como en efecto debe ser porque el control de la gestión debe surtir desde cada dependencia para el mejoramiento continuo de las funciones asignadas.

El control interno es, entonces, una diáspora funcional, que irradia y compromete a los distintos niveles de la Administración, como así lo corroboran los artículos 5° y 6° de la Ley 87 de 1993, al determinar que la misma aplica para “todos los organismos y entidades de las Ramas del Poder Público en sus diferentes órdenes y niveles”, y que “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.”. Y, aunque el artículo 9° ibidem, habla de la oficina de coordinación del control interno, en ningún momento señala que deba concentrarse en ella todas las funciones inherentes a asuntos de control interno; por el contrario, la califica como “uno de los componentes del Sistema de Control Interno”, con lo que se confirma lo que se viene diciendo en el sentido que el control interno es un sistema, que vincula a los diferentes niveles de la Administración.”

A lo anterior, se le debe recordar a la auditada lo ordenado en el artículo 269 de la Constitución Nacional, el cual se encuentra cuando aborda los órganos de control y específicamente en lo relacionado con la Contraloría General de la República, allí el constituyente primario de 1993 ordena, en lo referente al control interno que:

En las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de control interno, de conformidad con lo que disponga la ley, la cual podrá establecer excepciones y autorizar la contratación de dichos servicios con empresas privadas colombianas.

La auditada debe tener en consideración que lo dispuesto en las normas superiores son de obligatorio cumplimiento por parte de los servidores del estado colombiano, ya lo señalan las cortes de cierre en los pasajes citados y los cuales analizan de manera contundente, dentro del marco legal colombiano lo dispuesto en los artículos 209 y 269 de la Constitución Política. Por lo cual la Oficina de Control Interno encuentra fuera de todo tono lo señalado por la auditada la señalar que no existe un sistema de control interno que le sea propia a la Subdirección de Reparación Individual.

Para efecto de claridad sobre la responsabilidad que le cabe a la auditada y amen de lo expresado por las cortes de cierre citadas, es necesario que haga una lectura de la Ley 87 de 1993 y no se quede en el artículo primero, sino que siga la siguiente ruta, donde la norma en comento que le indica su responsabilidad.

Iniciemos el recorrido de como usted es responsable del sistema de control interno e iniciamos con la responsabilidad, que está determinada en el artículo 6° de la Ley 87 de 1993 así:

Responsabilidad del control interno. El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas, será responsabilidad del representante legal o máximo directivo correspondiente. No obstante, la aplicación de los métodos y procedimientos al igual que la

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

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.

Nótese como este artículo de forma palmara determina que la auditada es responsable de: *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.*

Lo anterior desmiente la creencia expresada en su respuesta que usted no tiene ninguna responsabilidad. En el control interno porque erradamente considera que existe un único sistema de control interno institucional y desconoce abiertamente lo ordenado en la norma citada.

Siguiendo la ruta, ahora llevamos a la auditada al artículo 3° literal c), donde se dispone que:

“Son características del Control Interno las siguientes:

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;”

Raya a la vista lo dispuesto por este literal de la ley, es su deber, auditado, responder por el control interno ante el jefe inmediato, lo que necesariamente deviene en una función que debe ser evaluada por su superior jerárquico y la cual es objeto de análisis en las auditorias de la Oficina de Control Interno. Esta función de carácter legal está por encima incluso de sus funciones estipuladas en el Manual de Funciones, Requisitos y Competencias de los cargos. Las funciones del auditado no se circunscriben a las relacionadas en el manual citado, sino que cobija a todas las dispuestas en el ámbito amplio del ordenamiento jurídico colombiano. El auditado no puede perder de vista lo dispuesto en el Código Civil Colombia en su artículo 9° al señalar expresamente que “La ignorancia de las leyes no sirve de excusa”

Para claridad el auditado, en palabras de la Corte Constitucional en Sentencia C-651 del 3 de diciembre de 1997, con ponencia del magistrado Carlos Gaviria Díaz, en relación con la demanda de inconstitucionalidad del artículo 9° del Código Civil, que fue declarado exequible, señala que:

¿Constituye ese mandato una presunción de derecho, como lo afirma un numeroso grupo de doctrinantes No parece correcto ese análisis, si se considera -como hay que considerar- que las presunciones se fundan en lo que ordinariamente ocurre y no es ése el caso, tratándose del conocimiento de las reglas que conforman un ordenamiento jurídico? Más bien puede afirmarse con certeza que no hay siquiera un jurista especializado en una disciplina jurídica particular que pueda responder por el conocimiento cabal de las que constituyen el área de su especialidad. Mucho menos puede esperarse que un ciudadano corriente conozca todas las normas que se refieren a su conducta. El recurso epistémico utilizado por el legislador es más bien la ficción, de uso frecuente y obligado en el derecho, y que en el caso específico que ocupa a la Corte puede expresarse de este modo: es necesario exigir de cada uno de los miembros de la comunidad que se comporte como si conociera las leyes que tienen que ver con su conducta.

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

2.2. Carácter socialmente necesario de este deber fundamental

El deber de observar el comportamiento prescrito por las normas jurídicas o afrontar las consecuencias negativas que se siguen de su transgresión, es presupuesto de todo ordenamiento normativo, bien sea que se lo formule explícitamente, como en la norma que se analiza, o que se halle subyacente e implícito, como en los regímenes donde prevalece el derecho consuetudinario.

La necesidad fáctica de ese presupuesto se confunde con el carácter fatalmente heterónomo que ostentan las normas jurídicas, puesto que la convivencia ordenada (propósito justificativo del Estado), no es dable si los deberes jurídicos no son exigibles con independencia de las representaciones cognitivas y de los deseos de quienes conforman la comunidad política. En otros términos: la obediencia al derecho no puede dejarse a merced de la voluntad de cada uno, pues si así ocurriera, al mínimo de orden que es presupuesto de la convivencia comunitaria, se sustituiría la anarquía que la imposibilita.

Porque es preciso admitir que en el seno de la comunidad pueden darse diversos modos de enjuiciamiento de la conducta humana que se traducen en valoraciones discordantes acerca de la licitud o ilicitud de un acto, cada una de las cuales reclama para sí un título de prioridad. Es preciso entonces que alguien, asumiendo una actitud personificadora de la comunidad, respaldado en el poder soberano, establezca un esquema cierto e indiscutible a partir del cual pueda calificarse la conducta humana, en tanto que conducta interferida, como lícita o ilícita. El esquema en cuestión no es otro que la norma jurídica, y la conformidad con ella la juridicidad.

De lo anterior se colige el por qué el servidor público tiene como deber, según lo dispuesto en el artículo 38 de la Ley 1952 de 2019, numeral 1º:

Cumplir y hacer que se cumplan los deberes contenidos en la Constitución, los tratados de derechos humanos y derecho internacional humanitario, los demás ratificados por el Congreso, las leyes, los decretos, las ordenanzas, los acuerdos distritales y municipales, los estatutos, de la entidad, los reglamentos y los manuales de funciones, las decisiones judiciales y disciplinarias, las convenciones colectivas, los contratos de trabajo y las órdenes superiores emitidas por funcionario competente.

Los argumentos expuestos por la Oficina de Control Interno respecto de la respuesta dada por la auditada, como se aprecia son tomados de las normas positivas y de las sentencias emitidas por las cortes de cierre, lo que hace que estas consideraciones no caigan en el campo del subjetivismo o se basen en consideraciones, que, por muy loables, carecen de fundamento técnico-jurídico.

De lo anterior es evidente que las consideraciones subjetivas y basadas en afirmaciones de diccionarios no pueden ser de recibo por parte de la Oficina de Control Interno que se mueve exclusivamente en un contexto técnico, donde las consideraciones subjetivas como las expresadas por la auditada carecen del nivel técnico y jurídicas correspondientes.

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

Luego de esta breve consideración sobre la responsabilidad de la auditada de tener un sistema de control interno en su dependencia, de su relación de subordinación al sistema de control interno institucional, al control de tutela del superior jerárquico y a las auditorías de la Oficina de Control Interno, ahora hacemos las siguientes consideraciones de la respuesta en su conjunto, la que desde ya se informa que no se acepta y en consecuencia la debilidad queda en firme, además de tomar de allí una afirmación de su desconocimiento del sistema de control interno que le corresponde a la Subdirección de Reparación Individual, la que se le dejara en este informe como una observación.

En relación con modelo de medición:

La Oficina de Control Interno valora el esfuerzo de la auditada en el análisis etimológico y gramáticas de algunas de las palabras utilizadas en este informe del proceso auditor. Si bien ellas pueden ser de recibo dentro de las aulas académicas y con beneficio de inventario, en la gestión pública lo que disponga el diccionario de la Real Academia de la Lengua no tiene ninguna injerencia ni impacto. La Oficina de Control Interno solo discute consideraciones técnicas de procesos auditores reconocidas universalmente, ya sea en el marco de las normas de la familia ISO 19000, del marco de Referencia del Instituto de Auditores Internos, del Modelo COSO y en lo pertinente a las guías del Departamento Administrativo de la Función Pública.

Se hace indispensable señalarle a la auditada que la interpretación de la ley colombiana no se hace mediante el uso de diccionarios, sino que el Código Civil ordena que la ley se debe interpretar de la siguiente manera:

Artículo 26. Interpretación De indicadores de gestión: son indicadores que buscan medir los insumos y las actividades para mejorar la eficiencia del proceso productivo de una entidad. De esta manera, los indicadores de gestión miden aspectos administrativos y operativos, es decir, “el nivel o cantidad de todas las actividades que son necesarias, pero no suficientes, para la entrega del bien y/o servicio (productos)” (DNP, 2018, 9). Dentro de estos indicadores podemos encontrar dos tipos: de insumos y de actividades. • Indicadores de producto: estos indicadores miden, por su parte, los bienes y servicios que son generados y entregados por una determinada institución, cumpliendo los estándares de calidad previamente definidos, gracias a los insumos y actividades desarrolladas. Dentro de estos indicadores podemos encontrar dos tipos: de oferta y de demanda. El primero mide la capacidad de la entidad para proveer un bien o un servicio, mientras que el segundo mide la cantidad de beneficiarios/as o de personas receptoras de los productos. • Indicadores de resultado: son indicadores que permiten la cuantificación de los efectos relacionados con la intervención pública, provengan o no directamente de la política pública. “De esta forma, estos indicadores miden los cambios de percepción, conocimiento, condiciones de bienestar, entre otros” (DNP, 2018, 10) DOCTRINAL. Los jueces y los funcionarios públicos, en la aplicación de las leyes a los casos particulares y en los negocios administrativos, las interpretan por vía de doctrina, en busca de su

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

verdadero sentido, así como los particulares emplean su propio criterio para acomodar las determinaciones generales de la ley a sus hechos e intereses peculiares.

Las reglas que se fijan en los artículos siguientes deben servir para la interpretación por vía de doctrina.

Artículo 27. Interpretación Gramatical. Cuando el sentido de la ley sea claro, no se desatenderá su tenor literal a pretexto de consultar su espíritu.

Pero bien se puede, para interpretar una expresión oscura de la ley, recurrir a su intención o espíritu, claramente manifestados en ella misma o en la historia fidedigna de su establecimiento.

Artículo 28. Significado de las Palabras. Las palabras de la ley se entenderán en su sentido natural y obvio, según el uso general de las mismas palabras; pero cuando el legislador las haya definido expresamente para ciertas materias, se les dará en éstas su significado legal.

Artículo 29. Palabras Técnicas. Las palabras técnicas de toda ciencia o arte se tomarán en el sentido que les den los que profesan la misma ciencia o arte; a menos que aparezca claramente que se han formado en sentido diverso.

Artículo 30. Interpretación por contexto. El contexto de la ley servirá para ilustrar el sentido de cada una de sus partes, de manera que haya entre todas ellas la debida correspondencia y armonía.

Los pasajes oscuros de una ley pueden ser ilustrados por medio de otras leyes, particularmente si versan sobre el mismo asunto.

Por lo tanto, no es posible usar las voces del diccionario, cualquiera él sea, para interpretar la ley y es por eso que la Corte Constitucional en Sala Plena en sentencia C-054 del 10 de febrero de 2016, con ponencia del magistrado Luis Ernesto Vargas Silva, señala que:

La supremacía constitucional también encuentra una función directiva, derivada de la regla de interpretación contenida en el artículo 4° C.P. Como es bien sabido, de una misma disposición jurídica, esto es, del texto de la regla correspondiente, pueden derivarse diferentes contenidos normativos que pueden tener significados diversos e incluso divergentes. Esto debido a que el derecho es expresado en lenguaje natural y, por lo mismo, está caracterizado por la ambigüedad y la vaguedad de sus formulaciones idiomáticas. A su vez, desde un punto de vista más general y basado en la filosofía del lenguaje, la definición específica de cualquier expresión y, entre ellas el lenguaje jurídico, está delimitada y condicionada por el contexto en que esta se encuentra y que es utilizado por los intérpretes del texto escrito, bien sea que tome la forma de derecho legislado o de precedente judicial. Es bajo esta perspectiva que autores como Robert Alexy diferencian entre dos estadios definidos de la interpretación jurídica: la tarea psíquica de descubrimiento del significado de la norma y la labor argumentativa de justificación.

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

Para dar claridad a la auditada sobre el concepto del "modelo de medición", es pertinente precisar que, en el marco de la administración pública colombiana y conforme a los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el término no hace referencia a un esquema teórico o matemático, sino a un sistema estructurado de indicadores y mecanismos de seguimiento y evaluación orientado a la mejora continua de la gestión propia de la dependencia. El MIPG, en su dimensión 4 "Evaluación de Resultados", establece que la medición debe centrarse en la valoración del avance en el cumplimiento de los objetivos, la eficiencia en el uso de los recursos y la calidad de los bienes y servicios ofrecidos. Para ello, se promueve el uso de indicadores pertinentes, claros y verificables, que permitan la toma de decisiones informada y el monitoreo continuo desde el responsable del proceso en contribución al cumplimiento institucional.

Por tanto, el "modelo de medición", en este contexto, se entiende como una herramienta de gestión compuesta por un conjunto articulado de indicadores, fuentes de verificación, metas y medios de seguimiento, y no como una representación teórica o abstracta del sistema organizacional. Este modelo debe estar alineado con los objetivos estratégicos de la entidad y responder a los requerimientos de rendición de cuentas, mejora del desempeño y cumplimiento de resultados definidos en los planes institucionales.

La Oficina de Control Interno reconoce que en la UARIV se usa la palabra indicadores para la medición del plan de acción institucional. Sin embargo, en la Guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión V.4 de mayo de 2018 en la página 11 se indica que *"Los indicadores son utilizados por las entidades en su proceso de gestión para medir el avance o detectar fallas en el logro de los objetivos o cumplimiento de metas en un periodo de tiempo determinado. También permiten medir los resultados de una intervención pública como un programa de gobierno, un proyecto de desarrollo o una política pública. Por ello, es importante delimitar el objeto de la evaluación, determinar claramente sus propósitos, recursos, usuarios y las metodologías."* Subrayado fuera del texto.

Por otro lado, la Entidad cuenta con la Guía para la formulación de indicadores V1 del 10 de abril de 2025, en la define los tipos de indicadores:

Indicadores de gestión: son indicadores que buscan medir los insumos y las actividades para mejorar la eficiencia del proceso productivo de una entidad. De esta manera, los indicadores de gestión miden aspectos administrativos y operativos, es decir, "el nivel o cantidad de todas las actividades que son necesarias, pero no suficientes, para la entrega del bien y/o servicio (productos)" (DNP, 2018, 9). Dentro de estos indicadores podemos encontrar dos tipos: de insumos y de actividades.

Indicadores de producto: estos indicadores miden, por su parte, los bienes y servicios que son generados y entregados por una determinada institución, cumpliendo los estándares de calidad

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

previamente definidos, gracias a los insumos y actividades desarrolladas. Dentro de estos indicadores podemos encontrar dos tipos: de oferta y de demanda. El primero mide la capacidad de la entidad para proveer un bien o un servicio, mientras que el segundo mide la cantidad de beneficiarios/as o de personas receptoras de los productos.

Indicadores de resultado: son indicadores que permiten la cuantificación de los efectos relacionados con la intervención pública, provengan o no directamente de la política pública. "De esta forma, estos indicadores miden los cambios de percepción, conocimiento, condiciones de bienestar, entre otros" (DNP, 2018, 10).

Frente a la afirmación "las evidencias aportadas no dan certeza de cómo se toman decisiones basadas en el análisis del comportamiento de estos indicadores adicionales" el Equipo Auditor reitera la necesidad de identificar con mayor claridad la trazabilidad metodológica que une el uso de los indicadores de gestión, de producto y de resultados con la adopción de decisiones estratégicas y operativas dentro de la Subdirección de Reparación Individual. No obstante, se reconoce que la Subdirección ha implementado instrumentos como los tableros de control gerencial, que permite visualizar y hacer seguimiento a las tareas operativas y misionales, en línea con lo dispuesto en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, en especial su dimensión de "Evaluación de resultados", se insiste en la importancia de documentar de manera más explícita la conexión entre el análisis de indicadores y las decisiones tomadas por el líder. Según lo expresado por la auditada en la respuesta a esta debilidad "Para respaldar esta afirmación, se adjunta a la presente comunicación un archivo que incluye el diseño del tablero de seguimiento, así como una copia impresa en formato PDF de un correo electrónico en el que se reportaba semanalmente el estado del tablero y la gestión de las tareas al subdirector responsable. Es importante aclarar que estas evidencias no fueron presentadas inicialmente al equipo auditor debido a que las personas directamente involucradas en su reporte y custodia no se encuentran vinculadas a la entidad desde hace varios meses, lo que retrasó su consecución. En caso de ser verificados estos documentos por parte del equipo auditor, se demostraría una instancia concreta del compromiso de la Subdirección con la implementación de mecanismos efectivos de seguimiento y gestión para la toma informada de decisiones." Se aportaron pruebas que evidenciaban la verificación de los tableros de control, pero la Subdirección en el momento de la auditoría no tenía las evidencias para soportar acciones tomadas frente a los resultados de la gestión reflejados en el tablero de control.

Conforme al artículo 2.2.22.3.3. Objetivos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, numeral 3 del Decreto 1499 de 2017 "Por el cual se adopta el MIPG como marco de referencia para el control de la gestión institucional", se sugiere que los productos derivados del análisis de datos de los tableros de control estén acompañados de registros o actas que evidencien su uso efectivo en procesos de decisión y mejora continua.

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

En cuanto a la afirmación de la auditada respecto a la omisión por parte del Equipo Auditor en la comunicación de las NAGAS, se indica que mediante correo electrónico del 20 de marzo de 2025 a las 2:47 p.m., el Jefe de la Oficina de Control Interno le notificó a la Subdirección el memorando de inicio de auditoría en la cual se especificó: *“La auditoría se realiza aplicando normas de auditoría generalmente aceptadas mediante el método con y sin interacción humana in situ. Lo anterior significa la realización de visitas, la aplicación de listas de verificación, cuestionarios y revisión documental, entre otros métodos de normas auditoras”*.

También se anexó la versión más reciente del procedimiento de auditoría⁶ el cual tiene como objetivo *“Medir, evaluar y hacer seguimiento de la eficiencia y eficacia de los controles de los procesos, utilizando las normas de auditoría generalmente aceptadas, seleccionando indicadores de desempeño e informes de gestión.”* y hace referencia al Manual de Auditoría de la Oficina de Control Interno en el cual se encuentran los lineamientos para la ejecución de las auditorías a todos los procesos, áreas o dependencias de la UARIV.

No obstante lo anterior, la Ley 87 de 1993 en el parágrafo del artículo 9° dispone que se deben utilizar las NAGAS en los procesos de evaluación del sistema de control interno, lo cual implica que la Oficina de Control Interno se apegue a lo ordenado en la ley y se deja claro que en ningún momento la auditada solicitó una reunión u aclaración del término, constituyéndose en una situación que la misma auditada creo. Para claridad de la actuación de la Oficina de Control Interno se transcribe el parágrafo del artículo en comentario

Parágrafo. Como mecanismos de verificación y evaluación del control interno se utilizarán las normas de auditoría generalmente aceptadas, la selección de indicadores de desempeño, los informes de gestión y de cualquier otro mecanismo moderno de control que implique el uso de la mayor tecnología, eficiencia y seguridad. Subrayado fuera de texto

Ahora bien, en atención al pronunciamiento de la Subdirección sobre la expresión contenida en la debilidad, en la que se indica que: *“no está conforme con la normativa vigente”*, el Equipo Auditor realiza las siguientes precisiones:

La auditoría interna, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 87 de 1993 y en concordancia con las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna (IIA), tiene como función principal evaluar de manera objetiva la gestión institucional, con el fin de emitir juicios fundados sobre el cumplimiento normativo, la eficacia de los controles y la gestión del riesgo. Esta expresión no debe interpretarse como una calificación de tipo penal o una afirmación categórica de responsabilidad jurídica individual, sino como una valoración técnica respecto al grado de alineación frente al marco legal, reglamentario o normativo aplicable. En este contexto, el uso

⁶ https://www.unidadvictimas.gov.co/documentos_bibliotec/procedimiento-auditorias-al-control-interno-v8/

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

de la expresión mencionada no implica, en sí misma, una conclusión sobre la comisión de un delito como el prevaricato por omisión, ni se orienta a establecer responsabilidades disciplinarias. Estas determinaciones pertenecen de manera exclusiva a los entes de control competentes. Por lo tanto, no se trata de una afirmación concluyente de ilicitud, sino de una indicación que tiene como finalidad propiciar la prevención o corrección interna, con el fin de mitigar riesgos institucionales y mejorar el cumplimiento normativo.

Al respecto nos remitimos a lo informado en este numeral sobre la forma de interpretación técnica y el uso de palabras técnicas. Por lo anterior los comentarios de la auditada se entienden en el desconocimiento de un proceso de auditoria y se centra en un ejercicio de control legal penal, el cual esta fuera de toda competencia de la Oficina de Control Interno.

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

5.2.2 Sistema de Control Interno por la variable modelo riesgos de la Subdirección de Reparación Individual (adicionales al mapa de riesgos institucional)

El Equipo Auditor examina los riesgos adicionales a aquellos identificados en el mapa de riesgos institucional y la gestión desplegada en la aplicación de la metodología institucional para el manejo de los riesgos y con ello evaluar el sistema de control interno (SCI), para establecer su nivel de madurez, evidenciando la efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta la Subdirección de Reparación Individual para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. El propósito es determinar si el auditado 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

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

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

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

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

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

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

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

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante indicar que, la entidad debe tener una política de riesgos, la cual, según lo estipulado por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAPF a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión 2024 V6, en la página 36:

Esta es una tarea propia del equipo directivo y se debe hacer desde el ejercicio de Dirección Estratégica 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:

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

- 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 6, vigente para la anualidad 2024, dentro de la 1ª. Dimensión: Talento Humano en el numeral 1.3 Política de Integridad, en los Lineamientos generales para la implementación se tiene que se debe:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

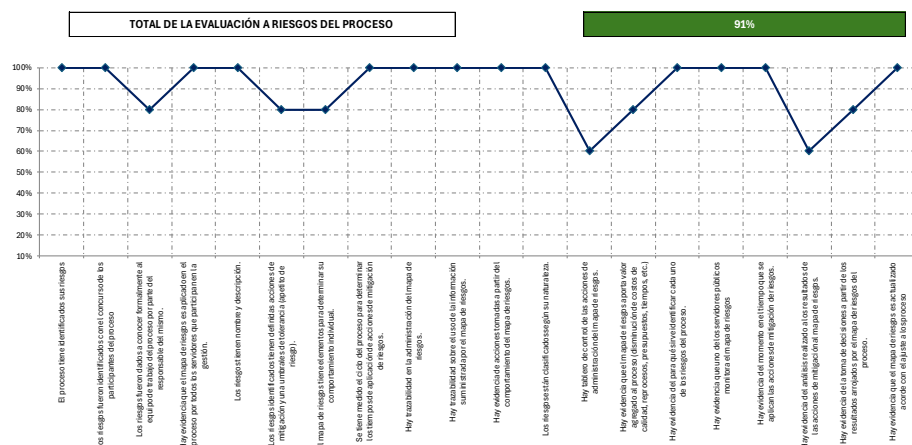
Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de la gestión del riesgo, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – riesgos, mediante correo electrónico del viernes 28 de marzo de 2025 a las 2:57 p.m. La auditada da respuesta mediante correo electrónico del martes 8 de abril de 2025 a las 5:50 p.m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

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

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

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

El papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – riesgos tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert⁷. La Subdirección de Reparación Individual responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz para la auditada que es el siguiente:



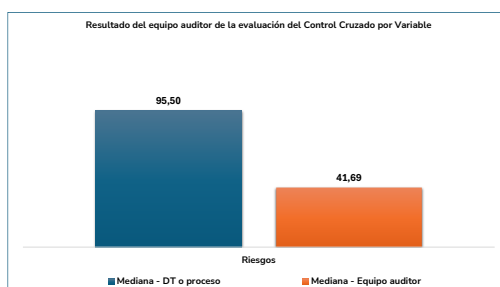
Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión. Fuente propia OCI

⁷ La escala de Likert es una de las escalas más utilizadas en investigación en ciencias sociales. Ofrecen un sistema de clasificación simple que es común a las encuestas de todo tipo. La escala se llama así por el psicólogo que lo creó, Rensis Likert. Un uso común de la escala de Likert es una encuesta que pregunta a los encuestados para ofrecer su opinión sobre algo, indicando el nivel al que están de acuerdo o en desacuerdo.

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

Como se observa, la calificación que se da la auditada corresponde al 91% 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 33 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 58 puntos respecto de la calificación del auditado y de 67 respecto del máximo posible (100 puntos).

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 Reparación Integral correspondientes al primer y segundo semestre de 2024, 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 53.81 puntos en la variable “Riesgos”, toda vez que el resultado de la valoración del auditado es de 95.50 y la del Equipo Auditor de 41.69. Lo que significa que *“El proceso no tiene un mapa de riesgos que soporte la gestión, por lo tanto, el proceso carece de herramientas para evitar la ocurrencia de siniestros o minimizar las consecuencias”*. (Información tomada resultado papel de trabajo).



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

Lo anterior dado que el auditado aportó evidencias con respecto de los riesgos que están contenidos en el mapa de riesgos dejando de reconocer y evidenciar otros riesgos presentes en la gestión institucional como los citados expresamente en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y sus políticas asociadas e incluso aquellos que cotidianamente 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 Subdirección de Reparación Individual y el solo reconocimiento de los expresados en el mapa institucional se constituye en una debilidad del sistema de control interno.

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

DEBILIDAD No. 3

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

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

Mediante correo electrónico enviado el jueves 15 de mayo de 2025 a las 11:54 a.m. se le comunica a la Doctora Ana María Monroy Mora - ana.monroy@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditada las debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor al papel de trabajo “matriz evaluación al sistema de control interno – SCI”. De acuerdo con lo establecido en la actividad 9 del procedimiento: “Auditorías Internas al Sistema de Control Interno – Versión 8”. La Subdirección de Reparación Individual mediante correo electrónico del jueves 22 de mayo de 2025 a las 10:16 p. m., remite respuesta a la Oficina de Control Interno, en los siguientes términos:

Respuesta de la auditada:

“El presente documento constituye la Respuesta de la Subdirección de Reparación Individual de la Unidad para las Víctimas frente a la Debilidad 2: "La ausencia de un mapa de riesgos integral y robusto", identificada por el equipo auditor de la Oficina de Control Interno de esta entidad. Específicamente, se abordan las siguientes afirmaciones contenidas en el informe de auditoría, las cuales son consideradas por la Subdirección de Reparación Individual como parte estructurante de la debilidad identificada:

- 1. "El Equipo Auditor examinó los riesgos más allá del mapa de riesgos institucional con el propósito de determinar si la subdirección auditada poseía y reconocía otro modelo de riesgos que sirviera como herramienta gerencial para las actividades institucionales."*
- 2. "Un mapa de riesgos integral y robusto debería consolidar no solo los riesgos identificados en el instrumento institucional, sino también aquellas situaciones que pueden afectar el logro de los objetivos."*
- 3. "El proceso no tiene un mapa de riesgos que soporte la gestión, por lo tanto, el proceso carece de herramientas para evitar la ocurrencia de siniestros o minimizar las consecuencias."*
- 4. "La ausencia de este mapa de riesgos integral y robusto no está conforme con la normativa vigente. Las normas citadas incluyen la Ley 87 de 1993 (artículo 2°, literales a) y f)), el Decreto 1083 de 2015*

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

(artículos 2.2.21.3.1 y 2.2.21.5.4), el *Modelo Integrado de Planeación y Gestión en sus dimensiones*, y la *Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6.*"

5. "[Se evidencia] No considerar lo ordenado en las normas que regulan la administración pública y la falta de liderazgo por parte del proceso responsable."

A continuación, se exponen los argumentos que sustentan la posición de esta Subdirección frente a dichos señalamientos:

1. Respecto al examen de riesgos "más allá del mapa de riesgos institucional"

Frente a la afirmación de que el equipo auditor buscó determinar si la Subdirección "poseía y reconocía otro modelo de riesgos" diferente al institucional, se argumenta lo siguiente:

La Subdirección de Reparación Individual opera bajo el marco de gestión de riesgos definido por la entidad. En este sentido, durante la auditoría, la Subdirección aportó el mapa de riesgos de la entidad, el cual es el instrumento oficial y pertinente para la identificación, valoración, control y seguimiento de los riesgos. Este mapa es elaborado conforme a los lineamientos emitidos por la Oficina Asesora de Planeación de la Unidad y en estricto cumplimiento de la "Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6" (o la versión vigente aplicable por la entidad).

La gestión de riesgos es un componente integral del Sistema de Control Interno institucional y, como tal, se gestiona de manera unificada y no fragmentada por dependencias que operen con "modelos de riesgos" paralelos o alternativos sin una directriz institucional que así lo establezca. Adicionalmente a la presentación del mapa de riesgos institucional que aplica a los procesos de la Subdirección, se presentaron las evidencias de la aplicación de los controles implementados periódicamente para mitigar los riesgos identificados y priorizados que son de competencia y gestión de esta área.

Por lo tanto, la expectativa de encontrar un "otro modelo de riesgos" a nivel de Subdirección no se ajusta al modelo de gestión de riesgos adoptado por la entidad, que centraliza esta herramienta a nivel institucional para garantizar coherencia y alineación estratégica.

2. Respecto al concepto de "mapa de riesgos integral y robusto"

En relación con la afirmación de que "Un mapa de riesgos integral y robusto debería consolidar no solo los riesgos identificados en el instrumento institucional, sino también aquellas situaciones que pueden afectar el logro de los objetivos", se precisa:

Nuevamente, la Subdirección aportó y se remite al mapa de riesgos de la entidad, el cual, como se mencionó, es elaborado siguiendo los lineamientos de la Oficina Asesora de Planeación y la metodología establecida en la "Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6".

De acuerdo con dicha Guía, el proceso de administración de riesgos es exhaustivo. La etapa de identificación, cuyo objetivo es determinar los riesgos que pueden o no estar bajo el control de la organización, considera diversas fuentes y situaciones que pueden afectar los objetivos. Posteriormente, se realiza el análisis y la valoración de todos los riesgos identificados.

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

Consecuentemente, los riesgos incluidos en el mapa corresponden con aquellos riesgos inherentes que, tras su valoración, la entidad decide cómo tratar. Las estrategias generales para abordar el riesgo, según la Guía, incluyen aceptar, reducir, evitar o compartir el riesgo. Aquellos riesgos que la entidad decide aceptar, con pleno conocimiento de su posible impacto y probabilidad, deben verse reflejados en los mapas de riesgo correspondientes al proceso, junto con la justificación de dicha aceptación. Para otros riesgos, se priorizan aquellos que, por su nivel, requieren de la implementación y seguimiento de controles periódicos para su reducción. Los demás riesgos identificados, aunque no se les asignen controles periódicos de la misma naturaleza, son igualmente objeto de tratamiento (evitar, compartir, o aceptar con acciones puntuales de mitigación) según lo define la metodología.

La "robustez" e "integralidad" del mapa de riesgos institucional no se mide por la existencia de múltiples documentos o por la inclusión de cada posible situación en un formato único y específico para una subdirección, sino por la correcta y completa aplicación de la metodología definida en la Guía oficial. Por lo tanto, si el mapa de riesgos institucional existe, está debidamente publicado, se actualiza conforme a la periodicidad establecida (al menos una vez al año, como se argumentará más adelante), y se elaboró siguiendo los lineamientos de la Guía (incluyendo la identificación de situaciones que pueden afectar el logro de los objetivos y el tratamiento definido para cada riesgo), entonces se considera un instrumento lo suficientemente robusto e integral para la gestión de la entidad, incluyendo los procesos a cargo de la Subdirección.

3. Respecto a la afirmación de "carencia de mapa de riesgos que soporte la gestión"

Frente al señalamiento de que "El proceso no tiene un mapa de riesgos que soporte la gestión, por lo tanto, el proceso carece de herramientas para evitar la ocurrencia de siniestros o minimizar las consecuencias", se argumenta enfáticamente:

Esta afirmación no se ajusta a la realidad evidenciada. Como se ha reiterado, la Subdirección de Reparación Individual aportó y utiliza el mapa de riesgos de la entidad, el cual es el documento oficial que soporta la gestión de riesgos de sus procesos. Este mapa es elaborado conforme a los lineamientos emitidos por la Oficina Asesora de Planeación y en concordancia con la "Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6".

Es fundamental destacar que el mapa de riesgos institucional es un documento público y dinámico. Por obligación legal y buenas prácticas de gestión, este se actualiza, por lo menos, una vez al año y se publica en la página web institucional, garantizando su accesibilidad y transparencia. Dicho instrumento, al identificar riesgos, valorar su probabilidad e impacto, y definir controles y planes de tratamiento, constituye precisamente la herramienta con la que cuenta la Subdirección (y la entidad en su conjunto) para la toma de decisiones orientada a evitar la ocurrencia de eventos adversos (siniestros) o, en caso de que se materialicen, minimizar sus consecuencias.

La Subdirección participa activamente en los procesos de identificación, análisis y tratamiento de los riesgos que le conciernen, en el marco de la política y metodología institucional. Por lo tanto, no es correcto afirmar que el proceso carece de esta herramienta fundamental.

4. Respecto a la no conformidad con la normativa vigente y la faltade liderazgo

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

4.1. *Conformidad con la normativa y robustez del mapa de riesgos institucional* El informe de auditoría señala que "La ausencia de este mapa de riesgos integral y robusto no está conforme con la normativa vigente", citando diversas normas como la Ley 87 de 1993 (artículo 2º, literales a) y f)), el Decreto 1083 de 2015 (artículos 2.2.21.3.1 y 2.2.21.5.4), el MIPG y la Guía para la Administración del Riesgo. Los literales a) y f) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993 establecen como objetivos del sistema de control interno:

- "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 establece:

- 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."
- ARTÍCULO 2.2.21.5.4 Administración de riesgos. "Como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas las autoridades correspondientes establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo. Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y las oficinas de control interno o quien haga sus veces, evaluando los aspectos tanto internos como externos que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos organizacionales, 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."

Al respecto, se reitera que la Subdirección aportó el mapa de riesgos de la entidad, el cual es el instrumento que materializa el cumplimiento de dichas normativas a nivel institucional. Este mapa se elabora conforme a los lineamientos emitidos por la Oficina Asesora de Planeación y, crucialmente, de acuerdo con la "Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6". Dicha Guía es el referente técnico que operativiza los mandatos legales y reglamentarios en materia de gestión de riesgos, incluyendo los aspectos señalados en el Decreto 1083 de 2015 sobre la integración de la gestión de riesgos al sistema de control interno y la aplicación de políticas de administración del riesgo.

Es fundamental destacar que, en relación con el cumplimiento de los citados literales de la Ley 87 y las disposiciones del Decreto 1083, la Subdirección aportó evidencias que demuestran la correcta aplicación de controles en la gestión de los riesgos priorizados en el mapa institucional que son de su competencia. Esto implica la gestión periódica de 12 productos específicos que permiten corroborar

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

el ejercicio continuo de prevención, detección y corrección frente a los riesgos identificados, protegiendo los recursos y buscando el logro de los objetivos, en línea con un proceso permanente e interactivo de administración de riesgos. Por lo tanto, se considera que la afirmación del equipo auditor sobre la no conformidad es incongruente con las evidencias verificables que fueron suministradas.

La "robustez" del mapa de riesgos institucional, y por ende su conformidad con la normativa, se deriva directamente de la correcta aplicación de la metodología establecida en la mencionada Guía. Si el mapa de riesgos institucional existe, es un documento público, se actualiza periódicamente (al menos una vez al año) y fue elaborado siguiendo los lineamientos y etapas de la Guía (identificación, análisis, valoración, tratamiento y seguimiento), entonces es, por definición, un instrumento suficientemente robusto y conforme con el marco normativo. La Subdirección se acoge y aplica este instrumento institucional.

4.2. Liderazgo en la gestión de riesgos y cumplimiento normativo En cuanto a la afirmación sobre "No considerar lo ordenado en las normas que regulan la administración pública y la falta de liderazgo por parte del proceso responsable", es importante precisar que el liderazgo en la definición de políticas y metodologías institucionales para la gestión de riesgos, así como la responsabilidad de asegurar la existencia y actualización del mapa de riesgos institucional, recae en las instancias directivas de la entidad y en la Oficina Asesora de Planeación, conforme a sus competencias.

La Subdirección de Reparación Individual ejerce su liderazgo y responsabilidad al participar activamente en el proceso institucional de gestión de riesgos: identificando los riesgos propios de sus procesos, valorándolos según la metodología definida, proponiendo y aplicando los controles correspondientes (como los 12 productos de control mencionados), y realizando el seguimiento conforme a las directrices de la entidad. La Subdirección cumple con lo ordenado en las normas al adherirse y aplicar el sistema de gestión de riesgos institucional.

4.3. Implicaciones de la afirmación "no conforme con la ley"

La aseveración de que una actuación "no está conforme con la normativa vigente" es de suma gravedad. Una acción u omisión que no se ajusta a la ley podría, en hipótesis, configurar un presunto prevaricato por omisión, lo cual abriría la puerta a investigaciones por parte de los entes de control disciplinario y, eventualmente, a la acción penal.

Esta situación, de no ser debidamente aclarada y desvirtuada, expone a la entidad a un posible daño antijurídico, incluyendo una pérdida reputacional significativa que no debería tener lugar, especialmente cuando la Subdirección ha demostrado su compromiso con la aplicación de las herramientas institucionales de gestión de riesgos. Es imperativo prevenir este tipo de daño, que se derivaría de una interpretación o conclusión no ajustada a la realidad de la gestión y al marco de competencias de la Subdirección.

Conclusión general

La Subdirección de Reparación Individual gestiona sus riesgos en el marco del Sistema Integrado de Gestión de la Unidad para las Víctimas, utilizando para ello el mapa de riesgos institucional. Este instrumento es elaborado, actualizado y divulgado de conformidad con los lineamientos internos de

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

la Oficina Asesora de Planeación y las directrices nacionales, como la "Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6".

Se reitera que:

- La Subdirección aportó el mapa de riesgos institucional vigente y aplicable, junto con la evidencia de la implementación de los controles definidos para los riesgos bajo su gestión, incluyendo la gestión periódica de 12 productos de control.
- El mapa de riesgos institucional, al seguir la metodología oficial, es por definición integral y robusto, pues contempla la identificación, análisis, valoración y tratamiento de los riesgos que pueden afectar los objetivos institucionales, cumpliendo con la normativa vigente, incluidos los literales a) y f) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993 y las disposiciones del Decreto 1083 de 2015.
- La Subdirección sí cuenta con el mapa de riesgos institucional como herramienta que soporta su gestión y permite tomar acciones para prevenir o mitigar eventos adversos.
- El liderazgo y la responsabilidad en la gestión de riesgos se ejercen en el marco de las competencias de la Subdirección, adhiriéndose a las políticas y metodologías institucionales.

Por lo tanto, se solicita reconsiderar la Debilidad 2, teniendo en cuenta que la Subdirección se adhiere y aplica la política y los instrumentos institucionales para la administración de riesgos, los cuales cumplen con los estándares y normativas aplicables. La gestión de riesgos es un proceso institucional consolidado y no se espera que las dependencias desarrollen modelos paralelos que puedan generar fraccionamiento o incoherencias. La afirmación de no conformidad con la ley debe ser cuidadosamente evaluada a la luz de la evidencia del cumplimiento institucional de las directrices de gestión de riesgos y la aplicación efectiva de controles por parte de la Subdirección".

Consideraciones del auditor a la respuesta aportada

La auditada expresa que la metodología usada para la identificación y administración del riesgo le permite identificar el total de riesgos que se asocian al proceso de Reparación Integral en el mapa de riesgo y están registrados todos los existentes. Situación que de plano rechaza el "Efecto que se causa sobre los objetivos de las entidades, debido a eventos potenciales. Nota: Los eventos potenciales hacen referencia a la posibilidad de incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de acontecimientos externos⁸".

Lo anterior dado que la Subdirección señala que solo observa la metodología institucional para la identificación de riesgos. No obstante, no se ha tenido en cuenta la naturaleza de las actividades propias en relación con la administración de recursos, bienes e intereses patrimoniales de naturaleza pública, según lo establece el Departamento Administrativo de la Función Pública mediante la Guía

⁸ Departamento Administrativo de la Función Pública. Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, versión 6, noviembre de 2022. Pág. 12

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

para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, versión 6, noviembre de 2022. Pág. 67. Según indica el mismo documento, en el numeral 4.3 “Metodología y paso a paso para el levantamiento del mapa de riesgos fiscales”, para la identificación de riesgos fiscales “es necesario establecer los puntos de riesgo fiscal y las circunstancias Inmediatas.

Los puntos de riesgos son situaciones en las que potencialmente se genera riesgo fiscal, es decir, son aquellas actividades de administración, gestión, ordenación, ejecución, manejo, adquisición, planeación, conservación, custodia, explotación, enajenación, consumo, adjudicación, gasto, inversión y disposición de los bienes o recursos públicos, así como a la recaudación, manejo e inversión de sus rentas”. La auditada presenta debilidad en la identificación y gestión de riesgos, ya que, aunque afirma alinearse con la metodología institucional para mapear los riesgos asociados al proceso, esta no considera los riesgos fiscales propios de su naturaleza. Esto contraviene las directrices establecidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública, que exigen una evaluación detallada de los puntos de riesgo fiscal relacionados con la administración de recursos públicos. Al no incorporar estos aspectos en su análisis, el proceso omite una parte crítica del control interno, lo que incrementa la posibilidad de afectaciones en la gestión institucional.

Revisando los hallazgos generados por la Contraloría de la República al tema de Reparación Individual (SRI) se enfocan técnicamente en las falencias y debilidades en la actualización oportuna, confiable y de calidad de la información de los sistemas de información de la SRI (Bases de datos, aplicativos, sistemas) y que contienen a todas las víctimas susceptibles de pago por indemnización administrativa.

Las deficiencias de actualización que conlleven a afectar información oportuna, confiable y de calidad sobrelleva riesgos relevantes para la entidad. La información obsoleta o equivocada puede llevar a decisiones erradas en la toma de decisiones afectando desde el nivel estratégico hasta el nivel misional. Lo anterior, sufre una ineficiencia operativa y pérdida en la credibilidad de la información afectando o dañando la reputación de la entidad al generarse información de mala calidad y exponerla a riesgos de seguridad de la información como amenazas internas y externas de pérdida de datos, ataques cibernéticos y demás. Ante esto, el incumplimiento legal es latente y evidente acarreando a los servidores connotaciones disciplinarias, fiscales y hasta penales, por cuanto se considera como una gestión antieconómica que traduce en un riesgo fiscal definido según la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 6,

En la Ley 2421 de 2024 se establece en el artículo:

ARTÍCULO 185. CONSTITUCIÓN DE FONDOS FIDUCIARIOS PARA NIÑOS, NIÑAS Y JÓVENES. La entidad judicial o administrativa que reconozca la indemnización a favor de un niño, niña o adolescente, ordenará, en todos los casos, la constitución de un encargo fiduciario a favor de los mismos, asegurándose que se trate del que haya obtenido en promedio los mayores rendimientos

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

financieros en los últimos seis meses. La suma de dinero les será entregada una vez alcancen la mayoría de edad.

En situaciones de extrema vulnerabilidad de Niños, Niñas y Jóvenes, en las que se acredite la existencia de un riesgo o afectación inminente de sus derechos fundamentales, se deberá reconocer, entregar y acompañar la inversión adecuada de los recursos de la indemnización administrativa de los niños, niñas y jóvenes víctimas del conflicto armado.

PARÁGRAFO 1. La Unidad de Víctimas previo reconocimiento de la indemnización administrativa y/o judicial a favor del niño, niña o adolescente, cuenta con un término máximo de seis (6) meses contados a partir de la expedición del acto administrativo y/o providencia judicial que se expida para este fin, para consignar la totalidad del dinero en el fondo fiduciario y así obtener un mayor rendimiento financiero.

PARÁGRAFO 2. En el caso de que la Unidad de Víctimas no cumpla con el término previamente establecido para consignar el dinero reconocido al niño, niña o adolescente por el concepto de indemnización administrativa y/o judicial, dicha entidad al momento de realizar el pago deberá reconocer intereses moratorios por el tiempo del retraso, el cual se calculará de acuerdo con la tasa de interés máxima legal. Así mismo dicho comportamiento se entenderá como causal de mala conducta de la entidad.

Con relación al parágrafo 2 la Subdirección de Reparación Individual debe documentar este riesgo en el mapa de riesgo.

Por otra parte, se debe precisar que el Equipo Auditor enfatiza en la debilidad planteada acerca de los riesgos adicionales no identificados en el mapa de riesgos institucional que pueden comprometer el logro de los objetivos estratégicos y operativos de la Entidad. Asimismo como el no reconocer aquellos que se desprenden de normas aplicables a la gestión, un claro ejemplo se ve reflejado en lo que requiere el Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP en el reporte de medición del desempeño institucional – MDI que se realiza anualmente a través del “Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión (FURAG)” herramienta del reporte de avances de la gestión, como insumo para el monitoreo, evaluación y control del desempeño institucional, el cual relacionamos a continuación:

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

Selección múltiple numérica Código: CIN304

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

- ☒ Número total de riesgos identificados en la entidad: 230
- ☒ Número de riesgos materializados en la entidad: 11
- ☒ Número de riesgos materializados que no habían sido identificados en el mapa de riesgos, o en la herramienta destinada para tal fin: 0
- ☒ Número de riesgos de corrupción identificados en la entidad: 55
- ☒ Número de riesgos de corrupción materializados en la entidad: 1
- ☒ Número de riesgos de corrupción materializados que no habían sido identificados en el mapa de riesgos, o en la herramienta destinada para tal fin: 0

Fuente: Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión (FURAG) – 2024 DAFP

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

En cuanto a la afirmación “no conforme con la ley” el Equipo Auditor indica que un informe de auditoría no equivale a una imputación de responsabilidad disciplinaria ni penal, este está respaldado por el marco legal vigente, que delimita claramente el rol técnico de las auditorías internas. La auditoría interna, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 87 de 1993 y en concordancia con las Normas Internacionales para el Ejercicio Profesional de la Auditoría Interna (IIA), tiene como función principal evaluar de manera objetiva la gestión institucional, con el fin de emitir juicios fundados sobre el cumplimiento normativo, la eficacia de los controles y la gestión del riesgo.

Esta expresión no debe interpretarse como una calificación de tipo penal o una afirmación categórica de responsabilidad jurídica individual, sino como una valoración técnica respecto al grado de alineación frente al marco legal, reglamentario o normativo aplicable. En este contexto, el uso de la expresión mencionada no implica, en sí misma, una conclusión sobre la comisión de un delito como el prevaricato por omisión, ni se orienta a establecer responsabilidades disciplinarias. Estas determinaciones pertenecen de manera exclusiva a los entes de control competentes. Por lo tanto, no se trata de una afirmación concluyente de ilicitud, sino de una indicación que tiene como finalidad propiciar la prevención o corrección interna, con el fin de mitigar riesgos institucionales y mejorar el cumplimiento normativo.

En consecuencia, el Equipo Auditor considera pertinente mantener la debilidad comunicada con el propósito de que la Subdirección de Reparación Individual realice un plan de mejoramiento donde determine las acciones que lleven a mejorar la gestión de riesgos no identificados en el mapa institucional, así como la omisión de aquellos asociados a las disposiciones normativas vigentes, debido a que constituye una limitación relevante en el sistema de control interno incrementando la exposición a desviaciones en el cumplimiento de metas institucionales y afecta negativamente la de la información reportada a los entes de vigilancia y control, comprometiendo la eficiencia y eficacia de la entidad.

5.2.3 Sistema de Control Interno por la variable Modelo de control de la Subdirección de Reparación Individual.

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 Subdirección de Reparación Individual en el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. La finalidad es determinar si el auditado posee y reconoce

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

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 líderes de proceso o dependencias al igual que de todos los servidores de la entidad.

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

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 el numeral 2 *“Agilizar, simplificar y flexibilizar la operación de las entidades para la generación de bienes y servicios que resuelvan efectivamente las necesidades de sus ciudadanos”*. Esta es una tarea propia de las dependencias, procesos misionales y direcciones territoriales, se debe hacer desde el ejercicio del proceso de Direccionamiento Estratégico en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación. En este punto, se deben emitir los lineamientos precisos para la gerencia de procesos que contribuyan al logro de los objetivos institucionales, para lo cual es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

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

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

- *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 56 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 (...)”.*

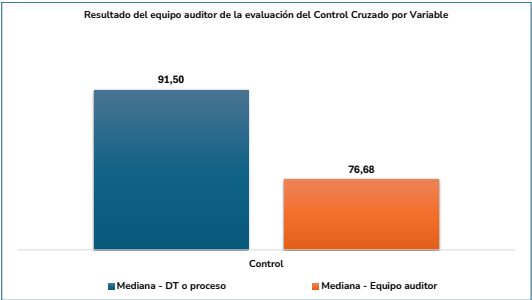
Es así como el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG indica en la dimensión 7ª “Control Interno” la importancia de proporcionar:

“(...) 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

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

Como se observa, la calificación que se da la Subdirección de Reparación Individual corresponde a 85 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 70 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 15 puntos respecto de la calificación del auditado y 30 del máximo posible (100 puntos).

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 Reparación Integral correspondientes al primer y segundo semestre de 2024, 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 14.82 puntos en la variable “Control”, toda vez que el resultado de la valoración de la Subdirección de Reparación Individual es de 91.50 y la del Equipo Auditor de 76.68. El Equipo Auditor analiza las evidencias del Sistema de Control Interno (SCI), las cuales evidencian la existencia de controles complementarios a los establecidos formalmente en los puntos de control definidos por los instrumentos de gestión de la entidad. Esto indica que *“Hay evidencia de un modelo de control que se soporta en el uso de puntos de control u otro mecanismo válido. No obstante, falta que este mecanismo de control sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones”*. (Información tomada resultado papel de trabajo).



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

Por lo anterior la Subdirección de Reparación Individual, en el análisis de los controles correspondientes a la evaluación del Sistema de Control Interno, no presenta debilidad.

No obstante, es importante señalar que los controles adicionales a los establecidos formalmente en los procesos y procedimientos deben ser fortalecidos mediante la integración de información completa, oportuna y relevante. Esto permitirá consolidar el modelo de control, garantizar su efectividad y mejorar la capacidad institucional para la toma de decisiones informadas por parte del responsable del proceso.

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

5.2.4 Sistema de Control Interno por la variable modelo de mejora o valor agregado de la Subdirección de Reparación Individual.

El Equipo Auditor examina el modelo de mejora o valor agregado que aplica la Subdirección de Reparación Individual 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 el auditado para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. El propósito es determinar si la Subdirección de Reparación Individual 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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 56 de 150

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

Corolario de lo anterior, la entidad debe tener un Sistema de Control Interno que se articule con el MIPG, según lo estipulado por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, 2024 V6, 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 (...)”*.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 57 de 150

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

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

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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo del modelo de mejora o valor agregado, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – modelo de mejora o valor agregado, mediante correo electrónico del viernes 28 de marzo de 2025 a las 2:57 p.m. La auditada da respuesta mediante correo electrónico del martes 8 de abril de 2025 a las 5:50 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,

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 58 de 150

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 Subdirección de Reparación Individual 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 Subdirección.

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 Likert¹¹. La Subdirección de Reparación Individual 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:



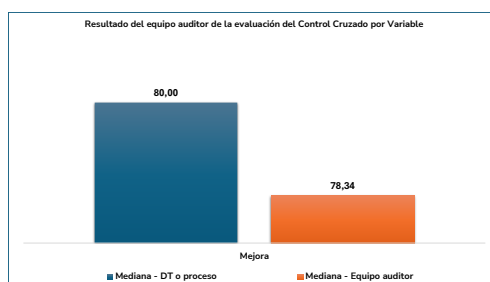
Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión. Fuente propia OCI

Como se observa, la calificación que se da el auditado corresponde a 74% de 100% posibles. El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – mejora o valor agregado corresponde a 73 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 1 puntos respecto de la calificación del auditado y de 27 respecto del máximo posible (100 puntos).

¹¹ La escala de Likert es una de las escalas más utilizadas en investigación en ciencias sociales. Ofrecen un sistema de clasificación simple que es común a las encuestas de todo tipo. La escala se llama así por el psicólogo que lo creó, Rensis Likert. Un uso común de la escala de Likert es una encuesta que pregunta a los encuestados para ofrecer su opinión sobre algo, indicando el nivel al que están de acuerdo o en desacuerdo.

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

Así mismo, se confronta la información y evidencias registradas en la herramienta de evaluación al SCI frente a los resultados de las autoevaluaciones de proceso Reparación Integral correspondientes al primer y segundo semestre de 2024, 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 1.66 puntos en la variable “Mejora o Valor Agregado”, toda vez que el resultado de la valoración de la Subdirección de Reparación Individual es de 80 y la del Equipo Auditor de 78.34. Lo que significa que *“Hay evidencia de acciones de mejora propuestas y analizadas o de valores agregados alcanzados. No obstante, falta que este modelo de mejoramiento o agregación de valor sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones”*. (Información tomada resultado papel de trabajo).



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

Por lo anterior, la Subdirección de Reparación Individual, en el análisis del modelo mejora o valor agregado correspondientes a la evaluación del Sistema de Control Interno, no presenta debilidad.

No obstante, el Equipo Auditor recomienda que la Subdirección auditada fortalezca la implementación del modelo de mejoramiento o agregación de valor, asegurando su reconocimiento formal como una fuente válida y confiable de información para la toma de decisiones institucionales. Para ello, es necesario establecer mecanismos que garanticen la trazabilidad, validación y difusión de los resultados generados por dicho modelo, integrándolos en los procesos estratégicos, de evaluación y de gestión del riesgo. Esta acción contribuirá a una gestión más efectiva y alineada con los objetivos institucionales, al proporcionar insumos oportunos y relevantes para la mejora de la entidad. Esta recomendación se alinea con lo establecido por el Decreto 1499 de 2017, que actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), los cuales promueven la generación de valor público a través de la articulación entre los sistemas de gestión y control. Igualmente, responde a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, que señala la importancia del control interno como herramienta de apoyo a la dirección en la toma de decisiones, mediante la evaluación permanente del desempeño institucional. En este sentido, el uso estratégico del modelo de mejora o valor agregado fortalece la eficiencia, eficacia y transparencia de la administración pública.

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

5.2.5 Sistema de Control Interno por la variable Modelo de Seguimiento de la Subdirección de Reparación Individual.

El Equipo Auditor examina el modelo de seguimiento que aplica el grupo 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 Subdirección de Reparación Individual para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. El propósito es determinar si la 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 lo dispuesto en el:

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

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

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

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

Dentro del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, Consejo para la Gestión y desempeño institucional en su versión 6, vigente para la anualidad 2024, 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:

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

“La sexta dimensión de MIPG -gestión del conocimiento y la innovación- plantea que las entidades transformen la información que se genera en las diferentes áreas en conocimiento útil, por medio de aplicación de herramientas tecnológicas para organizar y sistematizar prácticas significativas que dinamicen los procesos, procedimientos que faciliten el aprendizaje colectivo.

La transformación de las ideas que se producen al interior de las entidades en conocimiento promueve espacios de co-creación e innovación para dar soluciones a retos públicos territoriales y nacionales para proporcionar soluciones efectivas, que permitan orientar la gestión al servicio de las ciudadanías diversas. La construcción de espacios y procesos de ideación, experimentación, innovación e investigación fortalece al talento humano y la gestión del Estado. Las nuevas tendencias de la era digital y herramientas como la inteligencia artificial plantean retos de cambio y de adaptación para mejorar la atención de las necesidades de las ciudadanías, quienes buscan respuestas más rápidas y efectivas para la garantía de sus derechos.

De esta forma, la gestión del conocimiento puede entenderse como el proceso mediante el cual se implementan acciones, mecanismos o instrumentos orientados a identificar y transformar la información generada en las entidades públicas en conocimiento útil con la integración de herramientas innovadoras y prácticas que permiten la creación, captación, transferencia y aplicación del conocimiento. Esto incluye la implementación de tecnologías de la información, la promoción de redes de colaboración, y el aprovechamiento de buenas prácticas. De esta manera, el conocimiento se convierte en un motor para la innovación pública, la mejora continua de los servicios, y la garantía de derechos, contribuyendo a la transparencia, la sostenibilidad y la paz en el contexto de las administraciones públicas”

La relevancia de la Gestión del Conocimiento en la administración pública reside en su capacidad para conectar el conocimiento con la acción, promoviendo un servicio público más reflexivo, inclusivo y adaptativo, que responde mejor a las necesidades de una sociedad diversa y en constante transformación. Este proceso no solo mejora la eficiencia y la calidad del servicio, sino que también contribuye a la construcción de un Estado más democrático y comprometido con la justicia social”.

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

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

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

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

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

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 viernes 28 de marzo de 2025 a las 2:57 p.m. La auditada da

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

respuesta mediante correo electrónico del martes 8 de abril de 2025 a las 5:50 p. m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

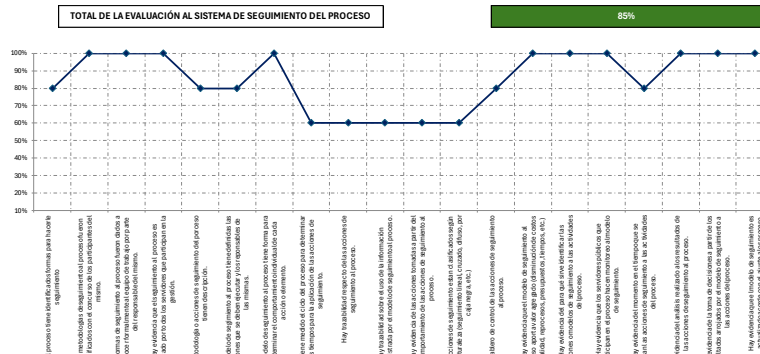
El Equipo Auditor, a través de la matriz citada, como papel de trabajo diseñado para determinar el nivel de madurez del modelo de control y seguimiento definidos en la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del Sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales b), c), d), e), f), g) y h) 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 3º literales a) El Sistema de Control Interno forma parte integrante de los sistemas contables, financieros, de planeación, de información y operacionales de la respectiva entidad; y c) En cada área de la organización, el funcionario encargado de dirigirla es responsable por control interno ante su jefe inmediato de acuerdo con los niveles de autoridad establecidos en cada entidad.

Por lo anterior, el Equipo Auditor aplica a la Subdirección de Reparación Individual 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 Likert¹². El auditado responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz así:

¹² La escala de Likert es una de las escalas más utilizadas en investigación en ciencias sociales. Ofrecen un sistema de clasificación simple que es común a las encuestas de todo tipo. La escala se llama así por el psicólogo que lo creó, Rensis Likert. Un uso común de la escala de Likert es una encuesta que pregunta a los encuestados para ofrecer su opinión sobre algo, indicando el nivel al que están de acuerdo o en desacuerdo.

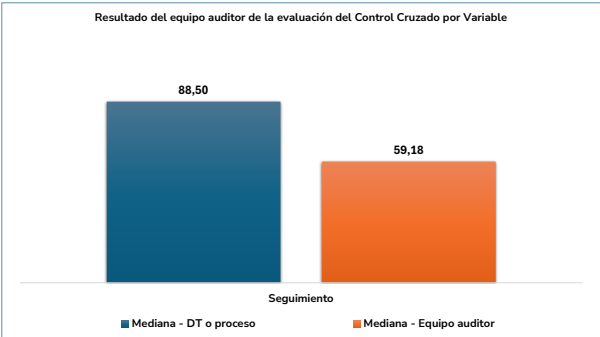
 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 65 de 150



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

Como se observa, la calificación que se da el auditado corresponde a 85 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 43 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 42 puntos respecto de la calificación de auditado y de 57 respecto del máximo posible (100 puntos).

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 Reparación Integral correspondientes al primer y segundo semestre de 2024, 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 29.32 puntos en la variable “Seguimiento”, toda vez que el resultado de la valoración del grupo auditado es de 88.50 y la del Equipo Auditor de 59.18. Lo anterior significa que *“Hay evidencia que existe un sistema de seguimiento a la gestión del proceso medianamente conformado. No obstante, falta que este modelo sea reconocido como una fuente de información que soporte la toma de decisiones.”* (Información tomada resultado papel de trabajo).



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

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

El Equipo Auditor al verificar y evaluar las evidencias de este componente identifica que la Subdirección de Reparación Individual realiza seguimiento a las actividades internas. Sin embargo, las evidencias aportadas no dan certeza de tener un modelo de seguimiento que aporte a la toma de decisiones.

Esta situación se refleja en la afirmación 8 de la Herramienta de Evaluación del SCI, dado que no se evidencia de manera clara el responsable del proceso establezca tiempos definidos para la ejecución de las acciones de seguimiento. La ausencia de cronogramas o planes con plazos determinados limita la efectividad del seguimiento y dificulta su control. Asimismo, en lo relacionado con la afirmación 17 de la misma herramienta, la documentación presentada no proporciona certeza sobre la existencia de un tiempo establecido para la aplicación de dichas acciones. Si bien se aportan correos, estos no contienen compromisos explícitos ni definen el cumplimiento de actividades de seguimiento.

Por último, respecto a la afirmación 16, no es posible identificar con claridad las decisiones adoptadas a partir de la aplicación de los seguimientos, lo cual debilita la trazabilidad del proceso y la efectividad de las acciones de mejora. La falta de documentación formal que relacione los seguimientos con resultados o ajustes implementados impide establecer una conexión entre el monitoreo realizado y los efectos derivados del mismo.

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

DEBILIDAD No 4

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

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

quehacer funcional del proceso en tiempo real y que permita la toma de decisiones informada porque a las tomadas no se les hace un estricto seguimiento.

Mediante correo electrónico enviado el jueves 15 de mayo de 2025 a las 11:54 a.m. se le comunica a la Doctora Ana María Monroy Mora - ana.monroy@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditada las debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor al papel de trabajo “matriz evaluación al sistema de control interno – SCI”. De acuerdo con lo establecido en la actividad 9 del procedimiento: “Auditorías Internas al Sistema de Control Interno – Versión 8”. La Subdirección de Reparación Individual mediante correo electrónico del jueves 22 de mayo de 2025 a las 10:16 p. m., remite respuesta a la Oficina de Control Interno, en los siguientes términos:

Respuesta de la auditada:

“El presente documento constituye la Respuesta de la Subdirección de Reparación Individual de la Unidad para las Víctimas frente a la Debilidad 3: "La ausencia de un modelo de seguimiento robusto y gerencial reportado al equipo Auditor de la Oficina de Control Interno", identificada por el equipo auditor de la Oficina de Control Interno de esta entidad. Específicamente, se abordan las siguientes afirmaciones contenidas en el informe de auditoría:

- 1. "La ausencia de un modelo de seguimiento robusto y gerencial reportado al equipo Auditor de la Oficina de Control Interno."*
- 2. "El reporte añade que la evidencia aportada por el auditado, si bien muestra seguimiento a actividades internas, no da certeza de tener un modelo de seguimiento que aporte a la toma de decisiones."*

A continuación, se exponen los argumentos que sustentan la posición de esta Subdirección frente a dichos señalamientos.

1. Respecto a la "ausencia de un modelo de seguimiento robusto y gerencial" y la distinción conceptual entre "sistema" y "modelo"

Frente a la primera afirmación del informe y la observación del auditor que indica: “Hay evidencia que existe un sistema de seguimiento a la gestión del proceso medianamente conformado. No obstante, falta que este modelo sea reconocido como una fuente de información que soporte la toma de decisiones”, se plantean las siguientes consideraciones:

1.1. Diferenciación conceptual entre "Sistema" y "Modelo" y su aplicabilidad en la entidad.
Es fundamental destacar que en la citada observación del auditor no se diferencian claramente los significados y alcances de los términos "sistema" y "modelo", los cuales son cruciales para entender la naturaleza de lo evaluado y lo requerido.

De manera general, y acudiendo a definiciones de la Real Academia Española (RAE), se puede definir:

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

- Sistema: "Conjunto de reglas, principios o cosas relacionadas entre sí de manera ordenada, que contribuyen a un objetivo común."
- Modelo: "Esquema teórico, generalmente en forma matemática, de un sistema o de una realidad compleja, como la evolución económica de un país, que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento."

Un "sistema de seguimiento" implica la existencia de un conjunto de elementos (procedimientos, herramientas, indicadores, responsables) que operan de manera coordinada para monitorear la gestión. La propia auditoría reconoce que "hay evidencia que existe un sistema de seguimiento a la gestión del proceso medianamente conformado". No obstante, es crucial señalar que las políticas institucionales de la Unidad para las Víctimas no disponen formalmente de un "Sistema de Seguimiento" institucionalmente definido y estructurado como tal para todas las áreas o procesos. Conforme a ello, si no existe un sistema de seguimiento institucionalmente formalizado, mal podría existir un "modelo" (en su acepción de esquema teórico) que lo represente. Por lo tanto, el equipo auditor, en el ejercicio desarrollado, no tuvo la oportunidad de auditar la implementación de dicho sistema o modelo, al no ser este un elemento preexistente y definido en el marco normativo o político de la entidad.

Por otro lado, un "modelo de seguimiento", en su acepción más estricta y académica (como un esquema teórico o matemático), no es necesariamente un requisito explícito en todas las normativas de gestión pública para cada proceso o área, a menos que así lo definan las políticas internas específicas de la entidad. En el contexto del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) de la administración pública colombiana, si bien se promueve el seguimiento continuo a la gestión y a los resultados a través de indicadores y herramientas de evaluación (Dimensión 7: Evaluación del Desempeño), el MIPG no prescribe la obligatoriedad de contar con "modelos de seguimiento" teóricos o matemáticos para cada proceso. Enfatiza, más bien, la implementación de mecanismos y prácticas efectivas de seguimiento que generen información para la toma de decisiones y la mejora continua, lo cual, como se indicó, no está formalizado como un "sistema de seguimiento" global y estructurado en la Unidad.

1.2. Enfoque de la auditoría realizada

Es importante señalar que, en consonancia con lo expuesto en la sección 1.1 respecto a la inexistencia de un sistema o modelo de seguimiento institucionalmente formalizado en la Unidad, la auditoría atendida por la Subdirección se centró fundamentalmente en evidenciar las acciones y prácticas de seguimiento implementadas y los resultados de dicho seguimiento. Al no existir un sistema o modelo formal predefinido a nivel institucional, el equipo auditor no tuvo la oportunidad de auditar la implementación de tales instrumentos de gestión. En consecuencia, las solicitudes del equipo auditor se orientaron, de manera lógica, a la presentación de pruebas sobre las actividades de monitoreo y control que la Subdirección efectivamente ejecuta.

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

Asimismo, la auditoría realizada se enfocó en la demostración de las actividades de seguimiento ejecutadas, más que en la comprobación de los componentes y normativas inherentes a un sistema o esquemas teóricos o ejemplificados que lo definieran en términos de un "modelo" formal. La Subdirección aportó las evidencias de las actividades de seguimiento que realiza de manera continua para sus procesos y metas.

2. Respecto a la evidencia aportada y la certeza de un "modelo de seguimiento que aporte a la toma de decisiones"

Frente a la segunda afirmación del informe, que indica: "El reporte añade que la evidencia aportada por el auditado, si bien muestra seguimiento a actividades internas, no da certeza de tener un modelo de seguimiento que aporte a la toma de decisiones", se argumenta lo siguiente:

Durante todo el ejercicio de auditoría atendido, por parte del equipo auditor no se requirió la entrega de ningún "modelo de seguimiento" específico en los términos de un documento teórico o un esquema formalizado que detallara cómo dicho modelo abstracto contribuye a la toma de decisiones.

Las evidencias aportadas por la Subdirección demostraron la existencia de prácticas y herramientas de seguimiento a través de:

- Indicadores de gestión reportados en plataformas como SIPLAN+.
- Informes de seguimiento a la ejecución de planes y proyectos.
- Actas de reuniones donde se evalúa el avance y se toman decisiones correctivas.
- La "Matriz de Plan de Acción" para el pago de indemnizaciones, que es un producto derivado del análisis de datos y proyecciones para la toma de decisiones operativas y estratégicas, y cuya evidencia fue referenciada en la respuesta a la Debilidad 1.
- Adicionalmente, y como se detalló en la respuesta a la Debilidad 1 al abordar la toma de decisiones basada en indicadores, durante la vigencia 2024 se implementó un tablero de seguimiento de tareas diarias en la Subdirección. Este tablero, revisado por el Subdirector de la época, permitía un monitoreo constante y la toma de decisiones oportunas. Las evidencias de esta herramienta (archivo del tablero y correo de reporte) fueron mencionadas como adjuntas en la respuesta a la Debilidad 1 y, de ser verificadas, demostrarían otra instancia clara de los mecanismos de seguimiento gerencial de la Subdirección.

Si bien la Subdirección cuenta con estas prácticas de seguimiento que generan información para la toma de decisiones (como se evidencia en los ejemplos anteriores), la "certeza" sobre la existencia de un "modelo de seguimiento" formal y documentalmente reconocido como tal, no fue un punto de indagación específico ni un requerimiento explícito durante la auditoría. La Subdirección demostró cómo realiza el seguimiento y cómo la información de este seguimiento se utiliza para la gestión y la toma de decisiones, aunque no se haya presentado un documento titulado "Modelo de Seguimiento".

3. Implicaciones de auditar instrumentos de gestión inexistentes

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

La conclusión de la auditoría, al señalar la ausencia de un "modelo de seguimiento robusto y gerencial" que, como se argumentó en la sección 1.1, no está formalmente definido en las políticas institucionales de la Unidad para las Víctimas, implica que el informe fundamenta hallazgos en elementos de gestión que no existen en los términos evaluados. Esta situación acarrea serias consecuencias jurídicas:

3.1. Sobre la validez del informe de auditoría y los actos administrativos subsiguientes

- *Vicio de falsa Motivación por ausencia de presupuestos de hecho: Un informe de auditoría que basa sus hallazgos en elementos de gestión inexistentes incurre en una falsa motivación. Si el "modelo de seguimiento" auditado no existe como tal en la entidad, los hechos que sustentan la conclusión sobre su ausencia o deficiencia son, por definición, erróneos o no probados en relación con el objeto formalmente definido. La jurisprudencia ha sido clara en que la falsa motivación, por inexistencia de los supuestos de hecho o por su errónea apreciación, conduce a la nulidad del acto administrativo. Auditar un elemento inexistente es un error fáctico fundamental que vicia el punto de partida del análisis.*
- *Vulneración del debido proceso y el derecho de defensa: Basar hallazgos en elementos inexistentes vulnera el debido proceso y el derecho de defensa (Art. 29 C.P., Ley 1437 de 2011). Es materialmente imposible para la Subdirección controvertir hallazgos sobre un "modelo" que no forma parte de su realidad operativa o documental en los términos evaluados. Esta irregularidad es sustancial, pues deja al auditado en indefensión frente a imputaciones sobre un constructo no definido institucionalmente.*
- *Nulidad del informe de auditoría y de los actos derivados: Un informe viciado por falsa motivación (dada la inexistencia del objeto auditado en los términos formales) y por violación del debido proceso es susceptible de ser declarado nulo (Art. 137 CPACA). Esta nulidad puede extenderse a actos administrativos subsiguientes que se fundamenten determinadamente en dicho informe (procesos de responsabilidad, planes de mejoramiento basados en deficiencias sobre elementos inexistentes).*

3.2. Carga de la prueba y error fundamental

La "inexistencia" del "modelo de seguimiento" como un instrumento formalmente definido y exigible en la entidad, en los términos en que parece evaluarlo la auditoría, constituye un vicio originario. No se trata de un error en la valoración de un hecho ocurrido, sino de la evaluación de un elemento cuya existencia formal y exigibilidad no están demostradas. La carga de la prueba sobre la existencia misma del "elemento de gestión" que se pretende auditar recae implícitamente en el equipo auditor antes de proceder a su evaluación. Si no se puede demostrar la existencia y obligatoriedad del "modelo de seguimiento" en los términos específicos evaluados, no puede, lógicamente, auditarse su robustez o gerencialidad.

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

4. Conclusión general

La Subdirección de Reparación Individual cuenta con prácticas y herramientas de seguimiento a su gestión, las cuales, como reconoce parcialmente el informe de auditoría, evidencian un seguimiento "medianamente conformado". Estas prácticas incluyen el uso de indicadores, reportes y procesos (como la elaboración de la Matriz de Plan de Acción) que generan información utilizada para la toma de decisiones.

Se argumenta que:

- Existe una diferencia conceptual entre "prácticas de seguimiento" (conjunto de elementos y acciones) y "modelo de seguimiento" (esquema teórico). Las políticas institucionales de la Unidad para las Víctimas no disponen de un "Sistema de Seguimiento" formalizado, y por ende, tampoco de un "modelo" que lo represente, lo que limita el objeto de auditoría en este aspecto. El MIPG orienta hacia mecanismos efectivos de seguimiento más que a modelos teóricos específicos. La auditoría se centró en la evidencia de las acciones de seguimiento.
- Durante la auditoría no se solicitó la presentación de un "modelo de seguimiento" formalmente documentado como tal.
- Las evidencias aportadas, incluyendo el tablero de seguimiento diario de tareas (cuyos soportes se mencionaron como adjuntos en la respuesta a la Debilidad 1), demuestran que las prácticas de seguimiento existentes sí aportan información relevante para la toma de decisiones en la Subdirección.
- Fundamentar hallazgos de auditoría en la ausencia o deficiencia de un "modelo de seguimiento" que no está formalmente definido ni exigido por las políticas institucionales, vicia el informe por falsa motivación, vulnera el debido proceso y puede acarrear la nulidad del informe y sus actos derivados.

Por lo tanto, se solicita reconsiderar la Debilidad 3, teniendo en cuenta que la Subdirección realiza un seguimiento continuo a su gestión y utiliza la información derivada para la toma de decisiones, aunque no exista un "Sistema de Seguimiento" o un "Modelo de Seguimiento" institucionalmente definido en los términos que el hallazgo parece implicar. La efectividad del seguimiento se demuestra en la capacidad de la Subdirección para gestionar sus procesos y alcanzar sus metas, lo cual fue evidenciado".

Consideraciones del auditor a la respuesta aportada

La auditada señala que los informes de la Oficina de Control Interno son actos administrativos y a partir de esa falacia expone consideraciones de tipo legal con un propósito no muy claro para la Oficina de Control Interno.

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

Al respecto se debe dar luces a la auditada de qué es un acto administrativo en el ordenamiento jurídico colombiano, para el efecto se trae lo señalado por el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Segunda Subsección A en la sentencia 2017-06031 del 14 de mayo del 2020 con ponencia del consejero Carlos Eduardo Castro, quien señala que:

El Consejo de Estado ha precisado que el acto administrativo es toda manifestación de voluntad de una entidad pública, o de un particular en ejercicio de funciones públicas, capaz de producir efectos jurídicos. En consonancia con esta definición, se han identificado las siguientes características del acto administrativo:

- i) Constituye una declaración unilateral de voluntad.*
- ii) Se expide en ejercicio de la función administrativa, por parte de una autoridad estatal o de particulares.*
- iii) Se encamina a producir efectos jurídicos «por sí misma, de manera directa sobre el asunto o la situación jurídica de que se trate y, por ende, vinculante».*
- iv) Los efectos del acto administrativo consisten en la creación, modificación o extinción de una situación jurídica general o particular, que impacta los derechos u obligaciones de los asociados, «sean subjetivos, personales, reales o de crédito».*

Igualmente, esta corporación ha precisado que los actos administrativos pasibles de control jurisdiccional son aquellos catalogados como definitivos, esto es, «los que decidan directa o indirectamente el fondo del asunto o hagan imposible continuar la actuación».

Bajo este marco conceptual, es válido sostener que la jurisdicción de lo contencioso administrativo únicamente se ocupa del estudio de los actos definitivos, expresos o fictos, que culminen un proceso administrativo, en la medida en que se presumen legales, gozan de los atributos de ejecutividad y ejecutoriedad e impactan en las relaciones de las personas naturales y jurídicas, sus derechos y obligaciones. En consecuencia, el control judicial de las decisiones administrativas definitivas se torna obligatorio dentro de un Estado Social de Derecho, en aras de garantizar su validez, así como los valores constitucionales, el imperio del principio de legalidad y los derechos subjetivos de los asociados.

Sin perjuicio de lo antes expuesto, el Consejo de Estado ha precisado que, excepcionalmente, los actos de ejecución pueden ser objeto de control judicial, en los siguientes casos:

[...] cuando [e]stos i) se apartan de la decisión judicial, ii) se abstienen de dar cumplimiento a la misma, iii) se introducen modificaciones sustanciales al acto administrativo o a la sentencia judicial que se pretenda ejecutar y/o iv) se presentan circunstancias que afectan la competencia de la entidad demandada o condenada. Lo anterior por cuanto en el caso de presentarse cualquiera de los eventos

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

atrás enumerados, se altera, adiciona, modifica o suprime la voluntad real de la administración de justicia y se genera una nueva situación jurídica para el administrado, susceptible de control de legalidad.

En este orden de ideas, los actos administrativos de ejecución solo serán enjuiciables cuando creen, modifiquen o extingan una situación jurídica particular, aspectos que lo convierten en un acto administrativo susceptible de control ante esta jurisdicción

La Oficina de Control Interno solo trae a colación esta jurisprudencia, no obstante respecto de la naturaleza jurídica de un acto administrativos el Consejo de Estado ha sido prodigo en sentencias aclarando este aspecto.

De lo anterior se desprende que los informes de la Oficina de Control Interno están lejos, jurídicamente hablando, de ser un acto administrativo, por cuanto no se encaminan a producir efectos jurídicos «*por sí misma, de manera directa sobre el asunto o la situación jurídica de que se trate y, por ende, vinculante*». Ni genera los efectos del acto administrativo que consisten en la creación, modificación o extinción de una situación jurídica general o particular, que impacta los derechos u obligaciones de los asociados, «*sean subjetivos, personales, reales o de crédito*».

El desconocimiento de la auditada en temas tan neurálgicos de la administración pública como no saber que es un acto administrativo, no conocer sus responsabilidades en el ejercicio del control interno que le corresponde y las aseveraciones dadas como señalar de falsa motivación un informe, pone en claro que el sistema de control interno institucional respecto de la capacitación de los directivos en materia de control interno no ha dado los resultados esperados.

La Oficina de Control Interno de plano rechaza las consideraciones desobligantes respecto de su trabajo con argumentos simplistas traídos de diccionarios, con criterios basados en el desconocimiento de la gestión pública, pretendiendo soslayar la evaluación con argumentos cuya finalidad deberá aclarar, y es importante señalar que la Oficina de Control Interno no se doblega ante amenazas de ningún tipo.

Si la evaluación del sistema de control interno no le parece adecuada, hay instancias para su discusión, no la amenaza de falsas motivaciones o nulidades. Que de paso se le debe aclarar que la administración no es legalmente indicada para declarar nulidades.

Exhortamos a la auditada a que realice un estudio juicioso de sus obligaciones en materia de control interno y aplique con rigor ese análisis, para que con la misma vehemencia que critica realice acciones de mejoramiento en una dependencia que las requiere con prontitud, dada la gran cantidad

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

de víctimas que aún no han recibido su indemnización, tema que es competencia y responsabilidad de la Subdirección de Reparación Individual.

Como se indicó en la contestación de la primera debilidad Equipo Auditor aprecia la aclaración conceptual ofrecida por la Subdirección frente a los términos “modelo” y “sistema”. Sin embargo, se aclara que la auditoría no refiere a la exigencia de un modelo en su acepción matemática, sino a la necesidad de que la Subdirección cuente con una estructura formal, coherente y articulada de seguimiento, cuya información sea efectiva y utilizada como insumo para la toma de decisiones del líder responsable, conforme a lo establecido en la Ley 87 de 1993 artículo 6 *“Responsabilidad del Control Interno: El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas, será responsabilidad del representante legal o máximo directivo correspondiente. No obstante, la aplicación de los métodos y procedimientos al igual que la calidad, eficiencia y eficacia del control interno, también será de responsabilidad de los jefes de cada una de las distintas dependencias de las entidades y organismos.”* Subrayado fuera del texto.

Tal como lo menciona la Subdirección, el Equipo Auditor reconoce que la evidencia aportada permite identificar la existencia de prácticas y acciones orientadas al seguimiento de la gestión de la dependencia, lo cual fue valorado como un avance. No obstante, es importante precisar que la debilidad no describe la inexistencia absoluta de seguimiento, sino a la ausencia de una estructura reconocida como un sistema de seguimiento robusto, transversal y con enfoque gerencial, capaz de retroalimentar oportunamente la toma de decisiones. En este sentido, se destaca el artículo 2 de la Ley 87 de 1993, que establece los objetivos del Sistema de Control Interno, contempla en el literal d) *Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional* y el literal g) *Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación*. Estos lineamientos normativos exigen que las entidades cuenten con instrumentos articulados y documentados que respalden las acciones de seguimiento ejecutados.

Mediante la herramienta *“Evaluación sistema de control interno – SCI”*, el Equipo Auditor procedió a analizar las evidencias asociadas al modelo de seguimiento que ejerce el líder de la Subdirección. Durante el proceso de verificación inicial, se identificó que las evidencias requeridas no habían sido cargadas oportunamente por el auditado, lo cual limitó la valoración integral en esta fase. En atención a esta eventualidad el Equipo Auditor amplió los plazos con el propósito de facilitar la entrega de información adicional que respaldara la existencia de prácticas y herramientas de seguimiento.

No obstante, cabe precisar que una parte de dichas evidencias fue presentada fuera del término adicional otorgado (*RV_Reporte Actualizado Sisconpes 4031 Dirección de Reparación.eml, Acta_RE_Comité técnico Octubre 2024.eml, Acta_RE_Comité técnico Septiembre 2024.eml*) razón por la cual no fueron consideradas dentro del análisis oficial de la debilidad, conforme a los principios de oportunidad, trazabilidad y transparencia que rigen el proceso auditor.

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

El Equipo Auditor examina las evidencias aportadas con la respuesta dada por la auditada el 22 de mayo de 2025 (*Correo del 20 de febrero de 2014 “Alerta de estado tablero de seguimiento tareas Diarias corte 20/2/24” en el que se remite el acceso al tablero para su consulta y alimentación de la SRI*) y establece que existen documentos pertinentes y conducentes para determinar que el la Subdirección de Reparación Individual realiza acciones de seguimiento y estas aportan a la toma de decisiones, por lo que se rompe el principio de escepticismo profesional y el nivel de certeza es de tal magnitud que determina el cumplimiento de la variable por parte de la auditada y en consecuencia se retira la debilidad comunicada.

Si bien se reconoce que, con posterioridad, la Subdirección de Reparación Individual presentó evidencias que dan cuenta de ciertas acciones de seguimiento, es importante señalar que dichos documentos fueron entregados de manera extemporánea, lo cual dificultó el análisis oportuno, integral y sistemático por parte del Equipo Auditor. Esta situación afectó la posibilidad de valorar adecuadamente el cumplimiento de la variable *Seguimiento* del Sistema de Control Interno (SCI) en el marco del instrumento de evaluación utilizado. Las evidencias fueron cargadas fuera del plazo establecido y comunicado previamente por el Equipo Auditor, incumpliendo los principios de oportunidad, suficiencia y trazabilidad que rigen el proceso de auditoría interna. Esta circunstancia impidió que los elementos aportados fueran considerados válidamente dentro del análisis técnico, lo que limita la posibilidad de emitir un juicio objetivo sobre el desempeño del componente evaluado.

Cabe recordar que, conforme a lo establecido en el Estatuto de Auditoría de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, Código 150.19.20-1, Versión 1 del 19 de marzo de 2018, página 5, *“los auditores de la UARIV pueden realizar las pruebas de auditoría que consideren pertinentes y conducentes para formarse un criterio de auditoría basado en evidencias. Lo anterior implica que los servidores (funcionarios y contratistas) de la entidad deberán entregar en la oportunidad requerida toda la información necesaria”*.

Por lo anterior, se deja constancia mediante observación para que la Subdirección de Reparación Individual adopte medidas internas orientadas al fortalecimiento de sus procesos de gestión documental, respuesta a requerimientos de auditoría y provisión oportuna de información, con el fin de garantizar el cumplimiento de los principios de cooperación, transparencia y mejora continua que deben regir su actuar institucional.

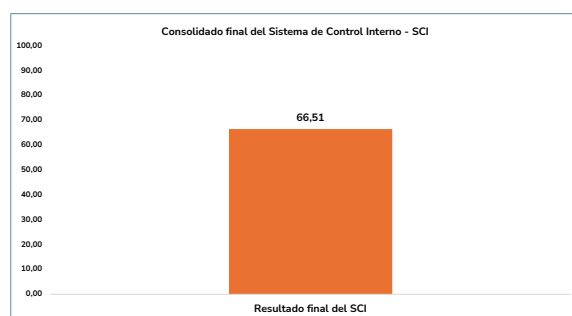
5.2.6 Consolidado del Sistema de Control de la Subdirección de Reparación Individual.

En el marco de la auditoría realizada a la Subdirección de Reparación Individual, la Oficina de Control Interno, en cumplimiento de su función de aseguramiento y conforme a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, así como en la aplicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y las Normas

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

de Auditoría Generalmente Aceptadas (NAGA), se llevó a cabo una verificación sistemática de la eficacia de los controles establecidos por el auditado. Esta evaluación se centra en medir el grado de cumplimiento de las cinco variables críticas: Indicadores, Riesgos, Control, Mejora o Valor Agregado y Seguimiento una vez se concluye el análisis de las evidencias suministradas por los responsables del proceso.

Con fundamento en las evidencias proporcionadas por el auditado, se determina que el Sistema de Control Interno de la Subdirección de Reparación Individual en lo que corresponde a los cinco (5) componentes evaluados (*Indicadores, riesgos, controles, mejoras y seguimiento*) presenta deficiencias que afectan su funcionamiento integral. Si bien existen avances en la implementación de acciones de control, estos no son suficientes para asegurar un cumplimiento sólido y sostenido de los objetivos institucionales. Por lo anterior, el Equipo Auditor observa que se genera incertidumbre al aplicar los principios del escepticismo profesional, dado que no se tiene certeza plena del cumplimiento en los aspectos evaluados por lo cual la calificación asignada es “Medio” con una puntuación de 66.51%, indicando la necesidad de fortalecer los controles existentes y desarrollar mecanismos de mejora continua para alcanzar un nivel superior de desempeño.



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

5.3 Análisis del diseño y efectividad del control del mapa de riesgos de la Subdirección de Reparación Individual

EL proceso de Reparación Integral- Subdirección de Reparación Individual, según el decreto 4802 de 2011 en su artículo 22 establece;

Son funciones de la Subdirección Reparación Individual las siguientes:

1. Ejecutar y evaluar las acciones que en materia de reparación individual sean adoptadas por la Unidad, teniendo en cuenta la vulneración de los derechos de la víctima y las características del hecho victimizante.

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

2. Adelantar, con las autoridades competentes, las medidas individuales de rehabilitación que permitan a las víctimas desempeñarse en su entorno familiar, cultural, laboral y social y ejercer sus derechos y libertades básicas.

3. Implementar los criterios y tablas de valoración para la determinación de la indemnización por vía administrativa, conforme a las normas que regulan la materia.

4. Realizar los estudios y aportar los insumos para diseñar el procedimiento que soporte la instancia de revisión de las solicitudes de indemnización por vía administrativa, conforme a las normas que regulan la materia.

5. Implementar el programa de acompañamiento para la inversión adecuada de los recursos que la víctima reciba a título de indemnización administrativa, a fin de reconstruir su proyecto de vida, conforme al artículo 134 de la Ley 1448 de 2011.

6. Adelantar las acciones para la celebración de los contratos de transacción, conforme al artículo 132 de la Ley 1148 de 2011 y a las normas que regulan la materia.

7. Implementar las acciones que permitan el acceso por parte de las víctimas al contrato de transacción, establecido en el artículo 132 de la Ley 1148 de 2011 y la normatividad vigente.

8. Implementar el proceso para identificar la cesación de vulnerabilidad de la población víctima del desplazamiento forzado y el restablecimiento de los derechos de las víctimas, conforme a la normatividad que regula la materia.

9. Adelantar, con las demás entidades competentes, las acciones para los procesos de retornos y/o reubicaciones individuales de las personas y familias que fueron víctimas de desplazamiento forzado, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 66 de la Ley 1448 de 2011 y en las normas que la modifiquen, adicionen o reglamenten.

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

11. Las demás inherentes a la naturaleza y funciones de la Dependencia.

Para hacer posible el análisis del mapa de riesgos asociado al proceso de Reparación Integral-Subdirección de reparación Individual 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 auditada en el manejo y gestión de sus riesgos. Se inicia desde la concepción formal del control y se llega a la gestión y aplicación realizada a cada control asociado al riesgo identificado.

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

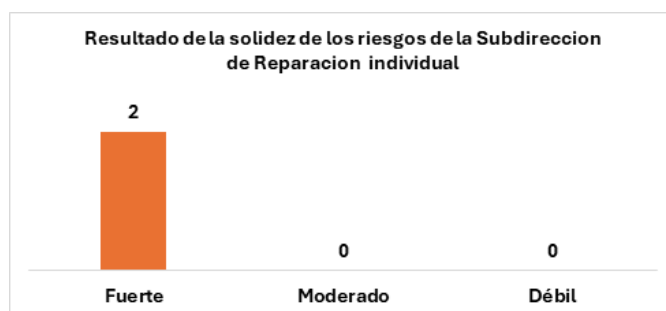
Es necesario señalar que el propósito de esta evaluación es determinar si la Subdirección de reparación individual diseña adecuada y metodológicamente el control al riesgo y a su vez verificar si la evidencia cumple el propósito de la acción del control. El presente análisis del Equipo Auditor se despliega,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

En virtud del mapa de riesgos institucional de la vigencia 2024 el Equipo Auditor analiza los riesgos asociados al proceso de Reparación Integral – Subdirección de Reparación Individual.

Producto de esta actividad, se observa que se identifican dos (2) riesgos, de los cuales el Equipo Auditor evidencia un (1) riesgos de gestión que corresponden al 50% y un (1) riesgo de corrupción que corresponde al 50%. Para gestionar los riesgos identificados por la auditada aplica seis (6) controles.

Al examinar las variables se tiene como resultado que el 100% corresponde a dos (2) riesgos calificados en el rango denominado fuerte, resultado que arroja la herramienta aplicada a los riesgos para el proceso de Reparación Integral- Subdirección de Reparación Individual.

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



Fuente: Herramienta análisis de riesgos de la OCI

Las evidencias de la ejecución del control, entendidas como la información que da certidumbre sobre la aplicación y resultados sin importar el soporte material, son evaluadas por el Equipo Auditor encontrando que al momento de la auditoria se contó con el acopio de ellas. Una vez recibida se evalúa con los criterios de auditoria generalmente aceptados y se establece que la dirección territorial en la efectividad de ejecución del control se tiene como resultado que el 100% “existe la evidencia y el control total”. (Información tomada resultado papel de trabajo).

Lo anterior muestra la conformidad a los lineamientos establecidos en la “guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” emanada por el Departamento Administrativo de la Función Pública. La efectividad que nos conlleva al

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

cumplimiento total se enfoca principalmente en la interpretación de la “Metodología para la administración del riesgo y el diseño de los controles”, mecanismo de información efectiva, eficaz y oportuna en materia de ejecución de las actividades del control y evidencias completas frente a los controles instituidos en la matriz de riesgos. Lo anterior conlleva al control de la materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el manejo del impacto en el logro de los objetivos institucionales. Sin embargo, se debe tener presente que este análisis al mapa de riesgos institucional de la Subdirección de reparación Individual corresponde a un (1) riesgo de gestión y uno (1) de corrupción identificados. En este escenario se tiene que, en la verificación y análisis efectuado por el Equipo Auditor, se identifica que la subdirección de reparación Individual auditada realiza seguimiento a la totalidad de los controles definidos. De acuerdo con el ejercicio de la auditoria gestionado por el Equipo Auditor a la administración de los riesgos de la subdirección de reparación individual se debe dar cumplimiento al:

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

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

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

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

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

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

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

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

del Sistema de Gestión, Modelo Integrado de Planeación y Gestión, 2024 V6, en la página 36 establece 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 se 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 58 al hablar del trabajo por procesos dentro de la Dimensión 3° “Gestión con valores para resultados” dispone:

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

(...) Identificar los riesgos del proceso, así como establecer los controles correspondientes

En este escenario, la misma disposición en pagina 104 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.

Al hablar de las líneas de defensa, se tiene que en la línea estratégica debe realizar la definición y evaluación de la Política de Administración del Riesgo. La evaluación debe considerar su aplicación en la entidad, cambios en el entorno que puedan definir ajustes, dificultades para su desarrollo y riesgos emergentes.

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

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

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

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

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

5.5. Acciones para abordar riesgos y oportunidades

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

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

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

“El presente documento establece los lineamientos para la identificación, análisis, valoración, evaluación, tratamiento, respuesta a los riesgos integrales de la Unidad que puedan afectar la misión, el cumplimiento de los objetivos estratégicos y la gestión de los procesos, proyectos y planes

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

institucionales, tomando como referencia las directrices del Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG, la responsabilidad de las líneas de defensa definidas en el Modelo Estándar de Control Interno – MECI, los requerimientos de la Guía para la administración del riesgo de FP, la Secretaria de Transparencia de la Presidencia de la República, el Ministerio de Tecnologías de la información y Comunicaciones, la Resolución 3783 de 2021 de la Unidad y las normas GNTC 45:2012, NTC 14001: 2015, NTC 27001: 2013”.

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

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

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

A partir del marco normativo, la Ley 87 de 1993 en el artículo 2° literales a) y f); Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017 que en el artículo 2.2.21.3.1; Decreto 1083 de 2015 artículo 2.2.21.5.4; los lineamientos dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Sistema de Gestión, Modelo Integrado de Planeación y Gestión, 2023 V5, la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas V6, y la metodología administración de riesgos adoptada por la entidad, El Equipo Auditor establece que la Subdirección de reparación Individual auditada cumple con los lineamientos estipulados en el marco normativo expuesto. Por consiguiente, se evidencia un sistema de control interno que no presenta debilidad, frente a los controles definidos para los 2 riesgos definidos de la subdirección de reparación individual en el mapa de riesgos.

5.4 Hallazgo del Sistema de Control Interno Plan de Acción 2024 Subdirección de Reparación Individual Proceso Reparación Integral.

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*

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

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 Auditoria Proceso Reparación Integral 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*

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

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”.*

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

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 y procesos como herramienta de gestión objeto de evaluación. La información base de los análisis es la aportada directamente por los citados responsables y almacenada en aplicativo SISPLAN+.

Por consiguiente, el equipo auditor selecciona a la Subdirección de Reparación Individual del Proceso Reparación Integral. De acuerdo con lo anterior, se aplica la matriz de seguimiento al avance y ejecución Plan de Acción 2024, teniendo en cuenta los cuatro (4) reportes trimestrales registrados en el aplicativo SISPLAN+ con corte a 31 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre de 2024.

Una vez se haya efectuado el diligenciamiento de la citada herramienta con base en la información reportada en SISPLAN+ por parte de la Subdirección de Reparación Individual del Proceso Reparación Integral, 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 SISPLAN+, 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 Subdirección de Reparación Individual del Proceso Reparación Integral 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

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

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 2024 Subdirección de Reparación Individual - Proceso Reparación Integral

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 Subdirección de Reparación Individual del Proceso Reparación Integral tiene en total 6 actividades en el Plan de Acción 2024. En lo que concierne al primer trimestre de 2024, no aplica reporte de avance en dos (2) de sus actividades. Por lo anterior, la muestra de trabajo para el primer trimestre es de cuatro (4) actividades, equivalente al 67% de la población. De éstas 4 actividades, 1 registra estado crítico del 0%, 1 estado medio del 80% y 2 estado superlativo del 308% y 560%.

De igual manera, en el segundo trimestre de 2024 no aplica reporte de avance en 2 de 6 actividades, razón por la cual la muestra de trabajo es 4 que corresponden al 67% de la población. En este contexto se tiene que, para el segundo trimestre de 2024, las cuatro (4) actividades programadas presentan estado superlativo del 152%, 160%, 191% y 502%.

En lo que respecta al tercer trimestre de 2024 la muestra de trabajo es igual que en los dos trimestres anteriores, por lo tanto, no aplica reporte de avance en 2 de 6 actividades (67%), los estados de avance que registran son los siguientes:

Estado óptimo (100%): Las actividades reportadas en el tercer trimestre de 2024, y que en dicho periodo tiene el valor planeado, es decir se cumple lo planeado es de 0 actividades de las 4 posibles, lo que equivale al 0% de la muestra.

Estado Medio (entre el 60% y 99%): Las actividades reportadas en el tercer trimestre de 2024, y que dicho periodo no cumple con lo planeado, pero si hay reporte de avance significativo de las actividades, es de 1 de las 4 posibles, lo que equivale al 25% de la muestra.

Estado crítico (menor del 60%): Las actividades reportadas en el tercer trimestre de 2024, y que en dicho periodo tiene un menor valor a lo planeado, es decir no se cumple lo planeado es de 0 de las 4 posibles, lo que equivale al 0% de la muestra.

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

Estado superlativo (Mayor al 100%): Las actividades reportadas en el tercer trimestre de 2024, y que en dicho periodo tiene un mayor valor a lo planeado, es decir se excede a lo planeado, es de 3 de las 4 posibles, lo que equivale al 75% de la muestra.

En lo que concierne al cuarto trimestre de 2024, el comportamiento de ejecución de las seis (6) actividades de la Subdirección de Reparación Individual del Proceso Reparación Integral programadas para la vigencia 2024, presenta el nivel de cumplimiento que se relaciona a continuación:

Dos (2) registran estado medio del 71% y 92%, equivalente al 33.33%.

Cuatro (4) muestran estado superlativo (123%, 144%, 173% y 337%), equivalente al 66.67%.

Como evidencia de lo anteriormente descrito, se anexa captura de pantalla del seguimiento que realizó la Oficina de Control Interno al plan de acción 2024 de la Subdirección de Reparación Individual (enero a diciembre de 2024), así como el comparativo del cumplimiento a dicho plan respecto a la evaluación efectuada por la Oficina de Control Interno y la Oficina Asesora de Planeación, así:

 Unidad para las Víctimas SUBDIRECCIÓN DE REPARACIÓN INDIVIDUAL		ACTIVIDADES SUBDIRECCIÓN														
		1. Número de víctimas indemnizadas (Cód 46).					2. Número de víctimas acompañadas en la inversión adecuada de los recursos de la indemnización administrativa (Cód 48).					3. Porcentaje de Víctimas individuales del pueblo Rrom incluidas en el RUV indemnizadas.				
		Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024
		Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance		
1	Enero	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
2	Febrero	0	5000	0	0%	0%	3841	407	943,73	944%	12%	0	100	0	0%	0%
3	Marzo	12019	15000	80,127	80%	7%	8379	1497	559,72	560%	26%	0	100	0	0%	0%
4	Abril	28731	30000	95,77	96%	17%	13411	4482	299,22	299%	41%	0	100	0	0%	0%
5	Mayo	72911	45000	162,02	162%	44%	15729	7467	210,65	211%	48%	0	100	0	0%	0%
6	Junio	124344	65000	191,3	191%	75%	18308	11452	159,87	160%	56%	0	100	0	0%	0%
7	Julio	127997	95000	134,73	135%	78%	23332	17422	133,92	134%	71%	0	100	0	0%	0%
8	Agosto	129001	125000	103,2	103%	78%	35097	23392	150,04	150%	107%	0	100	0	0%	0%
9	Septiembre	129312	140000	92,366	92%	78%	40099	26877	149,19	149%	122%	0	100	0	0%	0%
10	Octubre	129758	155000	83,715	84%	79%	43540	30162	144,35	144%	133%	0	100	0	0%	0%
11	Noviembre	131444	163000	80,64	81%	80%	45723	31954	143,09	143%	140%	0	100	0	0%	0%
12	Diciembre	285386	165000	172,96	173%	173%	47132	32747	143,93	144%	144%	91,97	100	91,97	92%	92%
	OCI				173%						144%					92%
	OAP				173%						144%					92%

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN			Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE			Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO			Fecha: 25/10/2022
				Página 88 de 150

N DE REPARACIÓN INDIVIDUAL														
4.Indemnizaciones otorgadas a víctimas del conflicto armado (Cód 50)					5.Víctimas documentadas para avanzar en el acceso a la medida de indemnización administrativa (Cód 51)					6.Indemnizar a las víctimas del conflicto armado (Porcentaje de víctimas individuales con pertenencia negra, afrocolombiana, raizal y palanquera de acuerdo con los censos oficiales, incluidas en el RUV; con indemnización otorgada (Cód 64).				
Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024
Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance		
0	100	0	0%	0%	5348	6000	89,1333	89%	1%	0	100	0	0%	0%
0	1500	0	0%	0%	42843	18000	238,017	238%	10%	0	100	0	0%	0%
0	4500	0	0%	0%	191595	62224	307,912	308%	45%	0	100	0	0%	0%
20642	9300	221,957	222%	42%	218461	106448	205,228	205%	51%	0	100	0	0%	0%
64822	14100	459,73	460%	133%	259504	150672	172,231	172%	61%	0	100	0	0%	0%
100976	20100	502,368	502%	207%	296256	194896	152,007	152%	69%	0	100	0	0%	0%
100976	27600	365,855	366%	207%	320268	239120	133,936	134%	75%	0	100	0	0%	0%
100976	36600	275,891	276%	207%	345862	283344	122,064	122%	81%	0	100	0	0%	0%
101391	41100	246,693	247%	208%	367717	327568	112,257	112%	86%	0	100	0	0%	0%
101848	45600	223,351	223%	208%	381398	371792	102,584	103%	89%	0	100	0	0%	0%
103315	48000	215,24	215%	211%	442153	416016	106,283	106%	103%	0	100	0	0%	0%
164799	48855	337,323	337%	337%	528128	428016	123,39	123%	123%	17,81	25	71,24	71%	71%
				337%					123%					71%
				337%					123%					71%

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 2024. 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 Subdirección de Reparación Individual del Proceso Reparación Integral, 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 2024 asignadas a la Subdirección de Reparación Individual del Proceso Reparación Integral, 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 2024 el parámetro en mención no se cumple en 4 de las 4 metas programadas (lo que corresponde al 100% del total de indicadores a 31 de marzo de 2024), toda vez que 2 actividades presenta un porcentaje de avance inferior al

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 89 de 150

proyectado (0% y 80%) y 2 registran porcentaje de avance superior (308% y 560%). 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 4 actividades, 4 presentan porcentaje de avance superior (152%, 160%, 191% y 502%), equivalente al 100% del total de indicadores establecidos para este periodo.

Tercer trimestre: de 4 actividades, 3 registran porcentajes de avance superior (112%, 149% y 247%) y 1 inferior del 92%, equivalente al 100% del total de indicadores proyectados para dicho periodo.

Cuarto trimestre: de 6 actividades, 4 presentan porcentajes de ejecución superior (123%, 144%, 173% y 337%) y 2 inferior (71% y 92%), equivalente al 100% del total de indicadores programados para el último trimestre de 2024.

Por último, vale aclarar que, a pesar de que 5 de las 6 actividades se encuentran en nivel satisfactorio de ejecución vigencia 2024, 4 están por encima (123%, 144%, 173% y 337%) y 1 por debajo (92%) de la meta ideal del 100%.

1	Satisfactorio		Entre 90% y 100%	5	83%
2	Aceptable		Entre 60 y 89%	1	17%
3	Insatisfactorio		Menor de 60%	0	0%
Total actividades Plan de Acción S. Repar. Individual 2024				6	100%

Adicional a lo anterior, se observa que en los reportes mensuales de las 6 actividades asignadas a la Subdirección de Reparación Individual en su plan de acción 2024 presentan porcentajes de avance superior e inferior a lo programado, así:

Actividad 1. *Número de víctimas indemnizadas* - Código 46 (febrero 0%, marzo 80%, abril 96%, mayo 162%, junio 191%, julio 135%, agosto 103%, septiembre 92%, octubre 84%, noviembre 81% y diciembre 173%).

Actividad 2. *Número de víctimas acompañadas en la inversión adecuada de los recursos de la indemnización administrativa* - Código 48 (febrero 944%, marzo 560%, abril 299%, mayo 211%, junio 160%, julio 134%, agosto 150%, septiembre 149%, octubre 144%, noviembre 143% y diciembre 144%).

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 90 de 150

Actividad 3. *Porcentaje de Víctimas individuales del pueblo Rrom incluidas en el RUV indemnizadas* - Código 49 (diciembre 92% reporte anual).

Actividad 4. *Indemnizaciones otorgadas a víctimas del conflicto armado* - Código 50 (febrero 0%, marzo 0%, abril 222%, mayo 460%, junio 502%, julio 366%, agosto 276%, septiembre 247%, octubre 223%, noviembre 215% y diciembre 337%).

Actividad 5. *Víctimas documentadas para avanzar en el acceso a la medida de indemnización administrativa*- Código 51 (enero 89%, febrero 238%, marzo 308%, abril 205%, mayo 172%, junio 152%, julio 134%, agosto 122%, septiembre 112%, octubre 103%, noviembre 106% y diciembre 123%).

Actividad 6. *Indemnizar a las víctimas del conflicto armado (Porcentaje de víctimas individuales con pertenencia negra, afrocolombiana, raizal y palanquera de acuerdo con los censos oficiales, incluidas en el RUV; con indemnización otorgada* – Código 64 (diciembre 71% reporte anual).

DEBILIDAD No. 5

Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Subdirección de Reparación Individual del Proceso Reparación Integral referente al avance y ejecución del total de actividades (indicadores) programadas en su plan de acción para la vigencia 2024. 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.

Mediante correo electrónico el viernes 16 de mayo de 2025, se le comunica a la Doctora Ana María Monroy Mora - ana.monroy@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditada las debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor referente al avance y ejecución del total de actividades (indicadores) programadas en su plan de acción para la vigencia 2024, en donde se le da a la auditada un plazo de cinco días hábiles según lo establecido en la actividad 10 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 no emite respuesta frente a esta debilidad, se mantiene.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 91 de 150

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 del Proceso de reparación Integral -Subdirección de reparación individual contenidas en el artículo 22 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 al Proceso de reparación Integral -Subdirección de reparación individual 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).

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 92 de 150

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:

- 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 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 en el Decreto 4802 de 2011 y el Modelo de Planeación y Gestión (MIPG) con sus siete dimensiones y las 19 políticas.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 93 de 150

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

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

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

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

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

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

Adelante, en el artículo 2.2.23.1 se dice que:

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

Para realizar la evaluación de la correlación entre funciones, MIPG y las 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 subdirección de reparación individual se relacionan con todas las dimensiones de MIPG ni con todas las políticas.

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de las funciones y políticas del MIPG, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite a la subdirección de reparación individual la matriz de evaluación de funciones, mediante correo electrónico del lunes 07 de abril de 2025 a la 3:46 p.m. La Subdirección de reparación individual da respuesta mediante correo electrónico del día 22 de abril a las 4:29 pm lo anterior con los respectivos soportes que desea hacer valer en el ejercicio auditor.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 94 de 150

El equipo auditor evalúa las evidencias registradas por la subdirección de reparación individual 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 de reparación 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.).

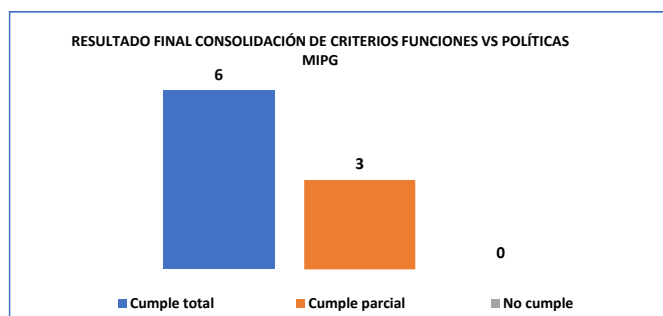
Como quiera que el cumplimiento de las funciones implica una relación directa con una o varias dimensiones de MIPG y esta con las políticas que tienen asociado, el análisis consiste en tener certeza, a partir de las evidencias, que la Subdirección de Reparación Individual cumple tanto las funciones como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

En cuanto a las funciones identificadas en el marco normativo y observa:

- **Funciones con evidencia de Cumplimiento parcial** El equipo auditor analiza 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. tres (3) funciones de las nueve (9) identificadas, evidencian cumplimiento parcial equivalente a un setenta 30 %.
- **Cumplimiento Total** Se analiza la evidencia aportada por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, Y evidencia que ellas dan certeza del cumplimiento de la función. Se determina que seis (6) funciones de las (9) identificadas evidencian cumplimiento total equivalente a un porcentaje del 70%.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 95 de 150



Fuente: Propia Instrumento Funciones vs Políticas MIPG Oficina de Control Interno

Como resultado del análisis efectuado a la evaluación de la herramienta cruzada “Funciones Vs Políticas del MIPG”, el Equipo Auditor establece que la subdirección de reparación individual cumple con la gestión de sus funciones y la implementación de las políticas de MIPG dispuesto en el marco normativo, por consiguiente, se evidencia una observación del sistema de control interno relacionada con el cumplimiento de las funciones y las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

OBSERVACIÓN No.1 **DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO POR FUNCIONES Y POLÍTICAS DE MIPG.**

Durante el proceso de auditoría interna realizado a la Dirección de Reparación Individual, se identificó una observación en el sistema de control interno, relacionada con el cumplimiento de las funciones institucionales y la implementación de las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

Se evidenció que de las nueve (9) funciones directamente relacionadas con las responsabilidades de la dependencia auditada, tres (3) presentan cumplimiento parcial, mientras que para las seis (6) cuentan con evidencia que respalda su ejecución y su cumplimiento es total. Esta situación denota una deficiencia leve en la trazabilidad y documentación de la Subdirección de reparación individual lo cual impide verificar de manera objetiva el cumplimiento efectivo de las funciones asignadas,

Dentro del herramienta la auditada reporta que las funciones 6 y 7 no las cumple:

6. Adelantar las acciones para la celebración de los contratos de transacción, conforme al artículo 132 de la Ley 1148 de 2011 y a las normas que regulan la materia.

7. Implementar las acciones que permitan el acceso por parte de las víctimas al contrato de transacción, establecido en el artículo 132 de la Ley 1148 de 2011 y la normatividad vigente.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 96 de 150

Estas funciones están relacionadas con el artículo de 133 de la Ley 1148 de 2011: *<Artículo modificado por el artículo 132 de la Ley 1753 de 2015. El nuevo texto es el siguiente:> De igual forma, de la condena judicial se descontará el valor monetario de los predios que sean restituidos, de conformidad con la tasación monetaria que se realice de los mismos.* Para mayor claridad de estas funciones se recomienda a la subdirección de reparación individual solicitar la revisión y ajuste del artículo 22 del Decreto 4802 de 2011, donde se tenga en cuenta los cambios normativos frente a estas funciones.

5.6 Análisis del Sistema de Control Interno al proceso de gestión de la información que gestiona la Subdirección de Reparación Individual en sus procesos misionales donde intervienen los sistemas de Información de la UARIV

El Equipo Auditor examina las evidencias aportadas por parte de Subdirección de Reparación Individual conforme con las pruebas de recorrido realizadas el día 13 de mayo de 2025. El propósito es determinar si la Subdirección de Reparación Individual gestiona de manera adecuada y eficiente o posee las herramientas necesarias en los sistemas de información utilizados garantizando el aseguramiento y calidad de los datos generados y gestionados en cumplimiento de su misionalidad.

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

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

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

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

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

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 97 de 150

“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 Gestión.

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

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

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

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

Se entiende por control interno el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y 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:

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 98 de 150

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 solicito el agendamiento de unas pruebas de recorrido con el objetivo de evaluar la pertenencia, eficiencia y eficacia de los sistemas de información gestionados por la Subdirección de Reparación Individual, los cuales se están utilizando para dar cumplimiento a los procedimientos asociados a los procesos misionales, en donde a través de una entrevista con las personas responsables del proceso y el suministro de soportes requeridos tienen el propósito de determinar el nivel de los controles que se deben implementar para garantizar un óptimo funcionamiento, seguridad de la información, 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 subrayado fuera de texto)*

El grupo auditor, a través de una solicitud efectuada por correo electrónico el lunes 13 de marzo a las 9:21 a.m. requiere la información de los sistemas de información que son utilizados en los

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 99 de 150

diferentes procedimientos de la Subdirección de Reparación Individual, el auditado mediante correo electrónico brinda respuesta el 19 de marzo a las 15:50 p.m. en donde envía la matriz solicitada.

El equipo auditor evalúa la información suministrada y solicita al auditado mediante correo electrónico enviado el 21 de abril complementar la información con otro tipo de variables que permiten evidenciar las actividades que se realiza a través de los sistemas de información y específicamente la gestión y operatividad que se desarrolla en cada sistema, a lo cual el auditado brinda respuesta mediante correo electrónico el día 28 de abril en donde complementa la información de la siguiente manera:

Proceso	Procedimiento	Sistemas utilizados	Número de Actividad de Gestión en el procedimiento	Módulo o Menú en el Sistema de Información que se utiliza	Tipo de Información que se ingresa se carga o se consulta en el sistema
Reparación Individual	Procedimiento de Brindar orientación y asesoría para la adecuada inversión de los recursos en el marco de las líneas de inversión, Código: 410,08,08-26 Versión 02	MAARIV	15 16 17	Módulo de acompañamiento	informe de Gestión, Listados de asistencias y evidencias fotográfica
	Procedimiento Estrategia de acompañamiento "Construyendo mi Futuro", Código: 510,08,08-9 Versión 06	MAARIV	27 28	Módulo de acompañamiento	informe de Gestión, Listados de asistencias y evidencias fotográfica
	Procedimientos Programa de Acompañamiento a la Inversión de los Recursos de la Indemnización con Enfoque Diferencial Étnico (PAE), Código: 410.08.08-19 versión 06	MAARIV	5 6 7 8 9 10	Módulo de acompañamiento	5. Acta de reunión, listado de participantes, víctimas a convocar, matriz de planeación 6. Listado de víctimas convocadas con verificación de citación. 7. Informe de la jornada, Listados de asistencias, Evidencias fotográfica, Formato de identificación en línea de inversión de preferencia. 8. Registro de aprobación de la acción 9 y 10. Registro en la casilla de seguimiento.
	Procedimiento de toma de solicitud de la Indemnización Administrativa Código: 410,08,08-25, versión 07	INDEMNIZA	20	Consulta de eventos relacionados	Registro de solicitud de indemnización administrativa
		RUV	2	Consulta individual	Estado de la persona en el RUV
	Procedimiento de toma de decisiones con apoyo Código: 410,08,08-27 versión 02	MAARIV	27	Módulo de acompañamiento	Formato seguimiento al plan de inversión
	Procedimiento de reconocimiento, entrega y acompañamiento de la indemnización administrativa para NNA en situaciones excepcionales de vulnerabilidad, Código: 410.08.08-29 versión 03	MAARIV	13	Módulo de acompañamiento	Formato seguimiento al plan de inversión NNA situaciones excepcionales.
		INDEMNIZA	3 4 5 6 7 14 16 17 20 23 24	3, 4, 5 Módulos consulta caso/persona y Módulo servicios consulta de eventos relacionados. 6. Módulos consulta caso/persona, Módulo servicios consulta de eventos relacionados y Módulo de actos administrativos 7, 14, 16, 20, 23, 24. Módulos consulta caso/persona. 17. Módulo de actos administrativos	3. Verificar respuesta de fondo del caso y radicar solicitud. 4. Verificar auditoria y subsanación del caso y radicar solicitud 5. Radicar toma de solicitud 6. Consultar información del solicitante y proyectar acto administrativo 7. Documentar, editar y aplicar cambios 14. Consultar resolución radicada 16, 20, 23, 24. Cargar documentos que acreditan custodia en la constitución de encargos fiduciarios 17. Consultar acto administrativo
			5 6 7 19 29 41	5, 6, 7, 19, 29, 41 No aplica la lógica del módulos para gestores del pago de indemnizaciones.	5. Verificar alertas generadas por lógica de negocios de la herramienta 6. Ejecutar Script en la herramienta 7. Identificar casos de víctimas por indemnizar 19. Actualización del estado del caso 29. Descargar bases de datos de indemniza 41. Actualización del estado del caso
	Procedimiento orden de pago de la indemnización administrativa, Código: 410,08,08-3 Versión 09	INDEMNIZA			

Fuente: Reporte de la subdirección de reparación individual

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 100 de 150

El equipo auditor sobre la base de información enviada por la Subdirección de Reparación individual evidencia que los sistemas de información que son utilizados para el cumplimiento de las actividades de los procedimientos de los procesos misionales son los siguientes:

- **MAARIV** – Modelo de Atención, asistencia, y reparación Integral a las Víctimas
- **INDENMIZA** – Herramienta Tecnológica que administra las indemnizaciones administrativas
- **RUV** – Registro Único de Víctimas

Los anteriores sistemas de información intervienen en los diferentes procedimientos del proceso donde se realiza el cargue, revisión, registro, autorización, validación y revisión de la documentación y datos que son necesarios para el cumplimiento del objetivo del proceso de reparación individual en sus diferentes fases, el quipo auditor programo una prueba de recorrido al proceso, la cual fue atendida el día 13 de mayo a las 8:30 a.m. y de lo cual se realizó una entrevista donde se realizaron las siguientes preguntas:

Sistema de Información – MAARIV

Módulo de Acompañamiento

Pregunta	Observación OCI
¿Como se manejan los roles y demás accesos al sistema de información?	Para la asignación de accesos para todos los sistemas de información que se gestionan desde la Dirección de Reparación y sus Subdirecciones, estos se hacen a través de un grupo de control y seguimiento de la Red Nacional de Información – RNI en donde se exige los debidos acuerdos de confidencialidad y demás documentos soporte para la creación del usuario, se evidencia por parte de la Oficina de Control Interno que se realiza un seguimiento y control a este tipo de solicitudes, adicionalmente los sistemas de información cuentan con niveles de parametrización que permite asignar roles restringidos en las diferentes fases de los procesos o módulos que solamente gestionará cada rol asignado.
¿Cuáles son los controles de los documentos soporte aportados para iniciar el proceso?	Para la validación y calidad de los datos cargados en el sistema de información se evidencia roles de auditoría, es decir de gestión los cuales son los encargados de validar cada soporte por las diferentes fases del proceso, esto garantiza un flujo de trabajo de calidad en los datos y la información soporte.
¿Existen Procesos automatizados en el sistema?	No se evidencia proceso de automatización que permita a los usuarios una menor intervención manual de la información de salida de misión crítica de cada fase de la ruta del proceso de reparación individual, esto representa un alto riesgo de pérdida, sustracción, modificación y fuga de información, adicionalmente también la calidad de los datos pueden haberse afectados precisamente ya que no existe un control que permita la trazabilidad de cada registro o que audite de manera automática los errores que se pueden presentar por la transformación de los datos de una instancia a otra por cada rol.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 101 de 150

¿El sistema de información posee auditorías de cambios en la data?	Se evidencia auditorías a los roles asignados de ingreso y salida del sistema, sin embargo, la información que arroja los logs que se guardan a través de una Base de Datos, no se les realiza ningún tipo de análisis ni tratamiento de los datos, solamente se realizan consultas cuando son requeridas.
¿El sistema es interoperable con otros sistemas de información bien sean internos o externos?	El sistema no posee interoperabilidad con otros sistemas de información internos ni externos, las consultas de información se deben realizar a través de las bases de datos, lo cual no es una buena práctica, con un alto riesgo de posibles cambios en la data sin contar con una trazabilidad del cambio de la información en sus registros.

Sistema de Información - INDENMIZA

Pregunta	Observación OCI
¿Como se manejan los roles y demás accesos al sistema de información?	Para la asignación de accesos para todos los sistemas de información que se gestionan desde la Dirección de Reparación y sus Subdirecciones, estos se hacen a través de un grupo de control y seguimiento de la Red Nacional de Información – RNI en donde se exige los debidos acuerdos de confidencialidad y demás documentos soporte para la creación del usuario, se evidencia por parte de la Oficina de Control Interno que se realiza un seguimiento y control a este tipo de solicitudes, adicionalmente los sistemas de información cuentan con niveles de parametrización que permite asignar roles restringidos en las diferentes fases de los procesos o módulos que solamente gestionará cada rol asignado.
¿Existen Procesos automatizados en el sistema?	No se evidencia la existencia de un proceso de automatización que permita reducir la intervención manual en la gestión de la información de salida correspondiente a procesos de misión crítica, particularmente en la etapa del procedimiento donde se indemniza a las víctimas en el proceso financiero. Actualmente, esta información se gestiona de manera manual los cuales carecen de mecanismos de seguridad que impidan la modificación, adulteración no autorizada de los datos. Esta situación representa un riesgo alto en términos de pérdida, sustracción, alteración o fuga de información. Adicionalmente, la calidad de los datos se ve comprometida debido a la ausencia de controles que garanticen la trazabilidad de cada registro o alertas que permitan la detección de cambios limitando así la confiabilidad y la integridad de la información procesada.
¿El sistema es interoperable con otros sistemas de información bien sean internos o externos?	El sistema no cuenta con mecanismos de interoperabilidad con otros sistemas de información, tanto internos como externos, lo cual representa un riesgo alto para la calidad de los datos gestionados por la UARIV en relación con cada víctima registrada en sus distintos procesos misionales. La ausencia de integración con bases de datos pertenecientes a sistemas de información de misión crítica incrementa la probabilidad de errores en el registro, así como la posible duplicidad de información, afectando la confiabilidad, consistencia y oportunidad de los datos utilizados en la toma de decisiones institucionales y en sus diferentes estadísticas que genera la Entidad.
¿El sistema de información posee auditorías de cambios en la data?	Se evidencia auditorías a los registros de la información, sin embargo, los datos que son recolectados en los logs de auditoría que se guardan en una Base de

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 102 de 150

	Datos, no se les realiza ningún tipo de análisis ni tratamiento de la información, solamente se realizan consultas cuando son requeridas por solicitudes efectuadas por usuarios.
--	---

Sistema de Información – RUV

El sistema de Información del Registro único de Víctimas – RUV es utilizado en la Subdirección de Reparación Individual para consulta del estado del registro de la víctima, por lo tanto, por parte del grupo auditor se valida como se efectúa dichas consultas las cuales según el flujo de información son determinantes con el flujo que se gestiona en la herramienta MAARIV.

Falta de Automatización de Gestión de Datos

El manejo manual de la información conlleva una serie de riesgos asociados a la manipulación de los diferentes datos utilizados y gestionados durante el proceso. Esta práctica puede derivar en situaciones como: deterioro en la calidad de los datos, pérdida de información, sustracción no autorizada, modificación indebida y fuga de datos, sin que queden registradas las trazas correspondientes que permitan su detección y análisis posterior. Estos riesgos han sido debidamente identificados y están contemplados en el mapa de riesgos de la Entidad de la siguiente manera:

- Posibilidad de pérdida reputacional debido a la indisponibilidad o alteración de información, por incumplimiento de políticas y lineamientos relacionados con integridad contempladas por los principios de arquitectura.*
- Posibilidad de pérdida reputacional por divulgación o alteración no autorizada de información, debido a la ausencia de políticas y controles a nivel de dominio y sistemas de información.*
- Posibilidad de pérdida económica y reputacional por indisponibilidad, divulgación o alteración no autorizada de información, debido a no comprender las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas que puede presentar la UARIV respecto a la seguridad de la información por parte de los funcionarios, contratistas y operadores de la entidad.*
- Posibilidad de pérdida reputacional por el incumplimiento ante las víctimas de los protocolos de seguridad, afectando la confidencialidad, integridad y/o disponibilidad de la información registrada en documento físico o digital, debido al acceso no controlado a información sensible / confidencial, incidencias y caídas de los aplicativos o herramientas tecnológicas y desconocimiento de la política general y específica de Seguridad de la Información de la Unidad.*

DEBILIDAD No. 6

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 103 de 150

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, aplicando normas de auditoría generalmente aceptadas, evaluó los soportes suministrados por el auditado y la información recopilada durante las pruebas de recorrido. Como resultado de este análisis, se evidenció la ausencia de controles que permitan una gestión automatizada de los datos en las operaciones de misión crítica. Esta carencia representa una debilidad significativa, ya que impide prevenir de manera efectiva la manipulación no autorizada de la información, así como posibles alteraciones en los datos almacenados en las bases de datos institucionales.

La ausencia de un nivel de certeza que rompa el principio del escepticismo profesional donde se describan los métodos y las mejores estrategias en cuanto a calidad de los datos 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 gestión IT4+, en su numeral 1.6.4 sistemas de información.

Falta de Interoperabilidad con los sistemas de información

El Equipo Auditor de Control Interno evalúa, con normas de auditoría generalmente aceptadas, los soportes suministrados por el auditado y la información tomada de la prueba de recorrido efectuadas, donde se evidencia la falta de interoperabilidad de los sistemas de información utilizados por el proceso de reparación individual evaluados en esta auditoría con los sistemas de información de la UARIV donde se interactúa en los diferentes procesos y acciones asociadas.

DEBILIDAD No. 7

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evidenció la falta de interoperabilidad entre los sistemas de información utilizados en las distintas instancias del proceso de reparación individual. Esta situación impide una gestión integrada de los datos recolectados a lo largo de los diferentes procedimientos, lo que representa un riesgo significativo en términos de control, trazabilidad y tratamiento eficiente de la información. La ausencia de mecanismos que permitan unificar y centralizar los datos en una única instancia limita la capacidad de la Entidad para optimizar procesos, tomar decisiones informadas y avanzar hacia un crecimiento evolutivo y progresivo. Esta deficiencia no solo obstaculiza el cumplimiento de los objetivos institucionales, sino que también dificulta la articulación e interoperabilidad de la información con otras entidades del Estado, aspecto clave para fortalecer la gestión pública y garantizar una administración eficiente y transparente.

La ausencia de un marco técnico regulado en donde se indiquen de manera concisa los lineamientos en donde se describa los organismos encargados de asegurar que a través de las tecnologías de la información se puedan cumplir los objetivos, evaluando las necesidades de la Entidad

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 104 de 150

determinando prioridades y planificando de manera oportuna, eficiente y eficaz los métodos y las mejores estrategias en cuanto a gobernabilidad de los sistemas de Información y las comunicaciones, no está conforme con lo dispuesto en los literales a), c), d), e) y f) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993, en concordancia con lo expuesto en las normativas y regulaciones expedidas por el Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en cuanto a Arquitectura Empresarial en su G.GOB.01 Guía del dominio de Gobierno de TI.

Falta de seguimiento Auditorias

El Equipo Auditor de Control Interno, aplicando normas de auditoría generalmente aceptadas, evaluó los soportes suministrados por el auditado, así como la información recopilada durante la prueba de recorrido. En este análisis se evidenció la ausencia de un seguimiento y control adecuados sobre los logs generados por las diferentes auditorías integradas en los sistemas de información evaluados. Esta deficiencia representa una exposición crítica para la información gestionada por la Entidad en sus diversos procesos, al aumentar significativamente el riesgo de manipulación o intervención indebida de los datos. Adicionalmente, se constató que las trazas generadas no son objeto de análisis mediante sentencias o mecanismos automatizados que permitan generar alertas ante alteraciones o modificaciones en los registros, ya sea en función de su pertenencia o del nivel de sensibilidad de la información.

DEBILIDAD No. 8

No se evidencia que los sistemas de información auditados cuenten con la implementación de un módulo de gestión de auditoría que permita emitir alertas ante cambios o modificaciones en los registros de datos procesados durante las distintas actividades de los procedimientos. Tampoco se observan sentencias de código diseñadas para identificar dichas modificaciones, ya sean autorizadas como resultado de reprocesos o producto de vulnerabilidades que puedan afectar la integridad de la información.

La ausencia de estos controles impide la realización de revisiones periódicas y sistemáticas para el monitoreo de datos e ingresos, los cuales pueden ser determinantes en la detección de fugas de información o accesos no autorizados a datos sensibles o críticos de la Entidad.

Esta situación representa un riesgo alto, ya que el sistema puede estar expuesto a cambios o inclusiones no autorizadas en la información, siendo considerados sistemas de misión crítica debido al rol que cumplen en el procesamiento de datos esenciales para el cumplimiento de las funciones institucionales y misionales de la Entidad.

La ausencia de un marco claro, expreso y de amplio conocimiento de los controles mínimos de un sistema de 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 las normativas expuestas por el Ministerio de las

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 105 de 150

Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones en cuanto a arquitectura y diseño de las aplicaciones como lo indica Manual de Gobierno Digital - Arquitectura y Diseño y el modelo de gestión IT4+, las cuales se deben implementar en los sistemas de información utilizados por las entidades de gobierno. La potencial causa de esta debilidad se puede ubicar en el desconocimiento de los marcos normativos que definen la gestión de la información, y el uso de buenas prácticas en la arquitectura y diseño de los sistemas e incluso orientaciones de las normas ISO en cuanto a seguridad de la información como referentes internacionales, lo cual se constituye en el principal riesgo.

Mediante correo electrónico del martes 3 de junio de 2025, se le comunica a la Doctora Ana María Monroy Mora - ana.monroy@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditada las debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor referente a la gestión de los sistemas de información, en donde se le da a la auditada un plazo de cinco días hábiles según lo establecido en la actividad 10 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 no emite respuesta frente a estas debilidades, se mantienen.

5.7 Gestión del proceso de reparación integral - Subdirección de Reparación Individual.

En conformidad con la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del Sistema de Control Interno el cual dispone en los literales b), c), d), e) y g) que la administración esté orientada en la organización, planeación, diseño y el desarrollo adecuado del Sistema de Control Interno con el fin de: 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; y g) Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación.

El Equipo Auditor lleva a cabo la verificación y el análisis estadístico de la información proporcionada por la auditada solicitada en el recorrido de auditoría y su propósito es determinar el grado de cumplimiento de las competencias propias de la subdirección. A partir de la información proporcionada, se efectúan los análisis pertinentes, siguiendo las normas de auditoría generalmente aceptadas y utilizando, en este caso, herramientas de análisis de datos y técnicas de estadística descriptiva, que permiten evaluar de manera objetiva el desempeño y la efectividad de la gestión del auditado.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 106 de 150

5.7.1 Toma de Solitudes de Indemnizaciones

Proceso de toma de solicitud. Se evidenciaron diferencias significativas en el volumen mensual, destacándose octubre, septiembre y noviembre como los meses de mayor concentración, representando conjuntamente más del 50 % del total anual. Por el contrario, agosto, marzo y julio registraron los niveles más bajos de solicitudes.

Mes	Cantidad
Enero	6.714
Febrero	7.035
Marzo	4.442
Abril	7.443
Mayo	7.706
Junio	5.784
julio	4.445
agosto	3.424
Septiembre	22.759
Octubre	26.647
Noviembre	21.767
Diciembre	11.304
Total	129.470

Fuente: Información reportada por la auditada en el recorrido de Auditoría

Durante el año 2024, el tiempo promedio ponderado entre el escalamiento o remisión de una solicitud por parte de Gestión del Servicio al Ciudadano (GSC) y su resolución en el SGV fue de aproximadamente 32 días hábiles. Aunque el parámetro de referencia era de 15 días, este valor se vio impactado por factores operativos, como la alta concentración de solicitudes en algunos meses y la ausencia temporal de operador asignado. Estas situaciones afectaron la capacidad de respuesta, especialmente en el primer y último trimestre del año. La información se basa en el cruce de fechas de escalamiento y cierre registradas en el sistema.

Mes	Promedio Días
Enero	3,00
Febrero	60,34
Marzo	61,75
Abril	36,95
Mayo	34,32
Junio	21,38
Julio	10,45
Agosto	13,58
Septiembre	21,53
Octubre	35,86
Noviembre	31,82
Diciembre	46,81

Fuente: Información reportada por la auditada en el recorrido de Auditoría

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 107 de 150

Durante el año 2024 se solucionaron un total de 124.331 casos con tipificación referente a tomas de solicitud, de las cuales 76.220 concluyeron con una radicación formal del caso, lo que representa aproximadamente el 61.36% del total. Este resultado evidencia que una parte de las tomas cumplió con los requisitos para avanzar en el proceso.

Estado	Cantidad	%
Solicitud Radicada previamente en el sistema	11.146	14,62%
Solicitud radicada Nueva en el sistema	65.074	85,38%
Total general	76.220	100,00%

Fuente: Información reportada por la auditada en el recorrido de Auditoría

En el marco de la vigencia 2024, se identificaron 14.872 casos en trámite, correspondientes a solicitudes que se encuentran dentro del flujo operativo para emisión de respuesta de fondo. El análisis por rangos de antigüedad evidencia que un 25,15% de los casos (3.741) tienen menos de 121 días, lo cual refleja que una proporción importante. Asimismo, el 72.96% de los casos se concentra entre 122 y 186 días, rango en el que se prioriza la atención conforme a la capacidad operativa disponible.

Clouster	Cantidad	%
<121 Días	3.741	25,15%
> 278 días	60	0,40%
122 a 152 días	6.352	42,71%
153 a 186 días	4.499	30,25%
190 a 230 días	109	0,73%
232 a 278 días	111	0,75%
Total	14.872	100%

La Subdirección de Reparación Individual emitió para la vigencia 2024 33.715 actos administrativos con medida de indemnización y 328.386 sin medida de indemnización.

5.7.2 Pagos de indemnización Administrativa

El equipo de Indemnizaciones y Pagos de la Subdirección de Reparación Individual tiene como objetivo principal la materialización de la medida de indemnización administrativa de conformidad con los lineamientos establecidos por la Unidad y de acuerdo con los recursos asignados por el Gobierno Nacional. Este objetivo principal tiene varias actividades que buscan la efectividad del proceso a través del análisis y la verificación de las bases de datos llevando a cabo el cumplimiento de protocolos que buscan la reducción de los riesgos. Se implementan las siguientes acciones necesarias para efectuar llevar a cabo este proceso:

- Planeación de la ejecución presupuestal para la vigencia.
- Ejecución de pagos por concepto de indemnización como lo establece la normatividad vigente y PAC proyectado.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 108 de 150

- Constituir los encargos fiduciarios de los Niños, Niñas y Adolescentes a quienes se les reconozca la medida y hacer efectivo el pago cuando cumplen la mayoría de edad, una vez actualizada la documentación.
- Reprogramar los pagos no cobrados.
- Depuración de la histórica ley 418 – Ley 1290
- Control y Seguimiento a las cuentas centralizadoras y acreedores de los recursos de Indemnizaciones Administrativas
- Realizar la supervisión contractual con los operadores bancarios.
- Atender las auditorías financieras y de cumplimiento de la CGR

Pagos realizados

UNIVERSO	2024			
	GIROS	PERSONAS	VALOR	PORCENTAJE
RUTA PRIORITARIA	94344	75859	\$ 982.785.930.973	37%
RUTA GENERAL	209678	209657	\$ 1.642.622.522.952	62%
ACCIONES CONSTITUCIONALES	3597	3389	\$ 19.019.472.660	1%
TOTAL	307619	288905	\$ 2.644.427.926.585	100%

Fuente: Información reportada por la auditada en el recorrido de Auditoría

Pago de Reprogramaciones.

Desde la SRI se entrega la base general de casos sujetos de reprogramar recursos en cuentas de la Unidad y en la fiducia. El Operador (tercerizado) es el encargado de subsanar, contactar y enviar los casos efectivos susceptibles de pago mediante el módulo de reprogramaciones en INDEMNIZA. Una vez se tiene identificados los casos efectivos para pago se procede con el mismo.

5.7.3 Encargos Fiduciario

El objetivo principal del encargo fiduciario es el manejo y control para salvaguardar los recursos económicos que pertenecen al reconocimiento a las víctimas por indemnizaciones los que son menores de edad el cual se regula en la “Ley 1448 de 2011, Título III - Protección Integral a los Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas, modificado por la Ley 2421 de 2024

Artículo 185 CONSTITUCIÓN DE FONDOS FIDUCIARIOS PARA NIÑOS, NIÑAS Y JÓVENES La entidad judicial o administrativa que reconozca la indemnización a favor de un niño, niña o adolescente, ordenará, en todos los casos, la constitución de un encargo fiduciario a favor de los mismos, asegurándose que se trate del que haya obtenido en promedio los mayores rendimientos financieros en los últimos seis meses. La suma de dinero les será entregada una vez alcancen la mayoría de edad.”.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 109 de 150

“En situaciones de extrema vulnerabilidad de Niños, Niñas y Jóvenes, en las que se acredite la existencia de un riesgo o afectación inminente de sus derechos fundamentales, se deberá reconocer, entregar y acompañar la inversión adecuada de los recursos de la indemnización administrativa de los niños, niñas y jóvenes víctimas del conflicto armado”, incluyendo lo dispuesto en los Parágrafos 1 y 2 del artículo citado en la presente ley.

Mediante el operador tercerizado, desde la SRI se entrega la base para gestión de casos, que contiene el universo de jóvenes que ya cuentan con la mayoría de edad. El tercerizado es el encargado de auditar, subsanar, contactar y cargar a orden de pago, los casos potenciales para colocación. El equipo de Indemnizaciones y Pagos de la Subdirección de Reparación Individual realiza:

- Cruces masivos APTOS Y NO APTO
- Generación de memorandos, órdenes de pago, flujo de firmas y solicitud de pago a FIDUAGRARIA
- Gestión de contactabilidad para el cobro de los recursos.
- Seguimiento al cobro y cierre de los procesos bancarios
- Entrega del encargo fiduciario constituido a los jóvenes mediante las oficinas a nivel nacional del Banco Agrario de Colombia

5.7.4 Reprogramaciones

Las acciones realizadas por el equipo de Reprogramaciones de la Subdirección de Reparación Individual durante la vigencia 2024, en el marco del cumplimiento de la medida administrativa de indemnización individual, en favor de las personas incluidas en el Registro Único de Víctimas. Durante el inicio del año 2024, se contaba con un total de 61.416 casos activos en la base de reprogramaciones.

BASE GENERAL DICIEMBRE 2023	
ESTADO	LLAVE
DEVOLUCIÓN SUBSANACIÓN	760
FLUJO DE FIRMAS	337
GESTIONADO ENVIADO FINANCIERA - G.P	11.233
RADICACIÓN ARCHIDHU	16
REINGRESO	422
REPRO SIN ESTADO BANCARIO	3
REVISION	1.135
SIN TRAMITE	6.847
SRI PENDIENTE POR ASIGNAR	1.788
SUBSANACIÓN	38.875
TOTAL	61.416

Fuente: Información reportada por la auditada en el recorrido de Auditoría

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 110 de 150

A lo largo del año, se incorporaron 7912 nuevos casos, lo cual aumentó el universo de atención a 69.328 casos.

REINTEGRADOS 2024	
MES	REGISTROS
ENERO	929
FEBRERO	763
MARZO	29
ABRIL	1134
MAYO	255
JUNIO	101
JULIO	1205
AGOSTO	220
SEPTIEMBRE	430
OCTUBRE	652
NOVIEMBRE	674
DICIEMBRE	1520
TOTAL	7912

Fuente: Información reportada por la auditada en el recorrido de Auditoría

En este mismo periodo, el equipo de Reprogramaciones adelantó la gestión de 245.967 casos. Este volumen de gestión comprendió la validación, verificación y revisión de los requisitos exigidos para la asignación de turnos, priorización de personas, seguimiento al flujo de los actos administrativos y control de los estados de los radicados a través de herramientas de análisis interno.

GESTIÓN 2024	
TIPIFICACIÓN	REGISTROS
3 CONTACTO NO EFECTIVO	46077
3 EN ESPERA DE DOCUMENTOS	39295
1 REVISIÓN GESTOR CALIDAD	30979
2 ESCALAMIENTO INDEMNIZA	30741
3 PEND CONTACTO V. EXTERIOR	14410
2 ESCALAMIENTO REGISTRO	12128
1 GESTIÓN EFECTIVA REDISTRIBUCIÓN	9852
2 ESCALAMIENTO SGV	9412
2 ESCALAMIENTOS ENCARGO FIDUCIARIO	6289
4 COBRO COACTIVO	6249
3 ILOCALIZADO	5495
3 RENEC	5413
2 MÉTODO TÉCNICO ATÍPICO	5230
2 CERT RECURSOS SOLICITADO	4900
4 PAGO NUEVO	4399
3 SUCESIÓN	3742
2 CASO JUSTICIA Y PAZ	1977
2 ESCALAMIENTO FINANCIERA	1969
2 PAGOS LEY 418	1621
2 TOMA DECISIÓN CON APOYO	1495
1 DEVOLUCIÓN DEFINITIVA	1191
2 ESCALAMIENTO SRI	1100
4 COBRADO	996
4 RAD ANULADO	414
3 RENUENTE	318
4 EN BANCO	231
4 DEVOLUCIÓN DTN - CDP	41
4 PAGO NUEVO - REPRO	3
TOTAL	245967

Fuente: Información reportada por la auditada en el recorrido de Auditoría

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 111 de 150

Como resultado del ejercicio de depuración y gestión, se logró avanzar en la efectividad de la medida administrativa con un total de 19.050 pagos realizados, distribuidos de la siguiente manera:

	GI RO BANCARIO		CONSIGNACIONES		CONST. ENCARGO FIUCIARIO	
	CANT.	VALOR	CANT.	VALOR	CANT.	VALOR
ENERO	0	\$ -	33	\$ 306.156.387,09	0	\$ -
FEBRERO	1.393	\$ 11.802.361.949,47	73	\$ 540.485.944,29	126	\$ 161.108.359,30
MARZO	2	\$ 17.598.000,00	0	\$ -	0	\$ -
ABRIL	2.135	\$ 24.274.523.828,34	120	\$ 923.290.862,95	0	\$ -
MAYO	19	\$ 285.773.888,00	163	\$ 1.847.286.087,66	55	\$ 68.598.202,56
JUNIO	2.036	\$ 19.443.542.430,42	175	\$ 1.403.684.543,45	16	\$ 20.768.991,41
JULIO	2.186	\$ 16.755.642.527,06	236	\$ 2.097.624.054,07	0	\$ -
AGOSTO	0	\$ -	59	\$ 471.047.132,93	6	\$ 8.710.059,18
SEPTIEMBRE	4.217	\$ 33.628.135.511,52	256	\$ 2.279.579.433,75	27	\$ 33.824.981,83
OCTUBRE	2.234	\$ 16.217.426.627,04	256	\$ 1.948.903.151,83	6	\$ 7.270.493,92
NOVIEMBRE	1.678	\$ 14.404.944.951,80	141	\$ 1.000.210.658,53	0	\$ -
DICIEMBRE	1.375	\$ 10.672.255.581,91	17	\$ 158.701.903,00	10	\$ 11.307.058,21

Fuente: Información reportada por la auditada en el recorrido de Auditoría

Al cierre de la vigencia, se identificaron 58.559 casos pendientes por gestionar lo anterior debido a que se realizó una descarga de la herramienta indemniza lo que permitió identificar el universo total de registros con estado reintegrado. Estos casos corresponden a personas que aún requieren validación o depuración, así como otras etapas del proceso previo a la autorización de pago.

ESTADO	CANTIDAD
DEVOLUCIÓN SUBSANACIÓN	2.097
FLUJO DE FIRMAS	798
GESTIONADO ENVIADO FINANCIERA - G.P.	8.215
REINGRESO	741
REPROGRAMACIÓN SIN ESTADO BANCARIO	4
REVISIÓN	766
SIN TRAMITE	719
SRI PENDIENTE POR ASIGNAR	6.362
SUBSANACIÓN	38.857
TOTAL	58.559

Fuente: Información reportada por la auditada en el recorrido de Auditoría

Cabe resaltar que durante el año se fortalecieron los mecanismos de control y seguimiento, incluyendo la consolidación de bases de datos, la realización de auditorías internas, así como la articulación con el operador logístico, área jurídica y financiera. Todo lo anterior permitió una trazabilidad más eficiente de los casos y una respuesta más oportuna a las solicitudes elevadas por otras dependencias de la entidad.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 112 de 150

5.7.5 Toma de decisión de apoyo

El objetivo es establecer las acciones que se deben desarrollar para el reconocimiento de la medida de indemnización administrativa a las víctimas del conflicto armado con discapacidad cognitiva (intelectual), mental (Psicosocial) o múltiple, como ajuste razonable para la garantía del derecho a la capacidad jurídica de esta población en virtud de la resolución 0589 de 2017.

La subdirección de reparación individual gestiona 4466 solicitudes para toma de decisión con apoyo, en la vigencia 2024, así:

SITUACION TDA 31/12/2024	TOTAL
AUTONOMO	157
CERRADO – LEY 1996 APROBADO POR EQUIPO JURÍDICO	1
COBRADO	214
CODECISIÓN	5
ILOCALIZADOS	77
IVA APLICADO	3941
NO CUMPLE PARA TDA	31
RECHAZADA APLICACIÓN IVA	7
VÍCTIMA FALLECIDA	33
Total general	4466

Fuente: Información reportada por la auditada en el recorrido de Auditoría

De las cuales el operador gestiona 2.942 y el grupo psicosocial de la Dirección de Reparación integral gestiona 1.524.

GRUPO DE GESTIÓN DEL TDA 31/12/2024	TOTAL
GEP	1.524
OPERADOR	2.942
Total general	4.466

Fuente: Información reportada por la auditada en el recorrido de Auditoría

5.7.6 Gestión Financiera

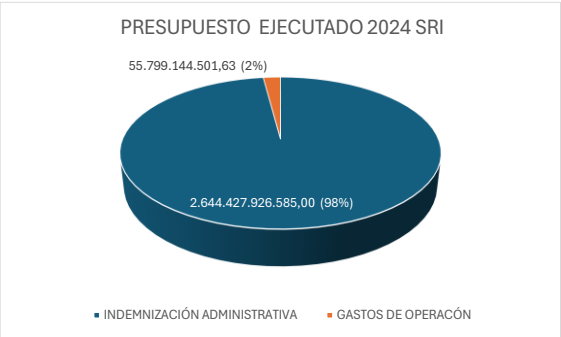
Presupuesto Ejecutado en la Dirección de Reparación Individual

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 113 de 150

RUBRO	DESCRIPCIÓN RUBRO	VALOR	EJECUCIÓN		
			CONTRATO O CONCEPTO	VALOR DEL CONTRATO	OBSERVACIONES O NOVEDADES DEL CONTRATO
A-03-03-01-057	FONDO PARA LA REPARACIÓN DE LAS VÍCTIMAS (ART.54 LEY 975 DE 2005)	1.397.191.822.689,00	1512-2024	2.518.607.046,00	Comisión Bancaria - Banco Agrario - Prorrogado hasta el 31/05/2025
			1631-2024	1.182.383.082,00	Encargo Fiduciario - Fiduagraria - Prorrogado hasta el 30/04/2025
			PAGO INDEMNIZACIÓN	1.393.490.832.561,00	PAGO DE INDEMINIZACIÓN
C-4101-1500-28-53107B-4101029-03	TRANSF. CTES. - SERVICIOS PARA LA INDEMNIZACIÓN ADMINISTRATIVA Y JUDICIAL - IMPLEMENTACION DE LAS	1.250.937.094.024,00	PAGO INDEMNIZACIÓN	1.250.937.094.024,00	PAGO DE INDEMINIZACIÓN
C-4101-1500-28-53107B-4101029-02	ADQUIS. DE BYS - SERVICIOS PARA LA INDEMNIZACIÓN ADMINISTRATIVA Y JUDICIAL - IMPLEMENTACION DE LAS MEDIDAS DE REPARACION EN LAS VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO A NIVEL NACIONAL	52.098.154.373,63	123217-2023	39.304.900.918,92	Operador de Documentación BPO - El contrato se encuentra finalizado en proceso de liquidación
			1512-2024	1.603.820.000,00	Comisión Bancaria - Banco Agrario - Prorrogado hasta el 31/05/2025
			1709-2024	3.128.000.000,00	Aporte para el contrato de operación celebrado por la Dirección de Reparación. Celebrado con la Unión Temporal Espectra 2024,
			Varios	1.077.171.272,71	Arrendamiento oficina Sede UVRI San Cayetano Servicios públicos oficina ARL riesgo 5 contratistas Viáticos Tiquetes aéreos
			CPS	6.984.262.182,00	165 Contratos por prestación de servicios - profesionales
TOTALES		2.700.227.071.086,63		2.700.227.071.086,63	

Fuente: Información reportada por la auditada en el recorrido de Auditoría

En la vigencia 2024 la Subdirección de Reparación Individual ejecutó (\$2.700.227.071.086,63), ordenó un total de 307.619 indemnizaciones a 285.537 víctimas, con un presupuesto de (\$ 2.644.427.926.585), gastos de operación (\$ 55.799.144.501,63).



Fuente: Elaboración propia, datos entregados por la auditada

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 114 de 150

Se observa en la gráfica que el 98% del presupuesto ejecutado fue designado para el cumplimiento de la misionalidad, el pago de indemnizaciones administrativas, el 2% del presupuesto ejecutado se destinó para gastos de operación en la subdirección.

Distribución del presupuesto destinado para indemnizar de acuerdo con la Fuente de Recursos 2024

FUENTE RECURSOS	2024		
	INDEMNIZACIONES	PRESUPUESTO	RESERVA
INVERSION	152.724	\$ 1.250.937.094.024	\$ 575.212.995.184
FUNCIONAMIENTO	154.895	\$ 1.393.490.832.561	\$ 755.636.308.392
TOTAL	307.619	\$ 2.644.427.926.585	\$ 1.330.849.303.576

Fuente: Información reportada por la auditada en el recorrido de Auditoría

Los recursos en reserva responden a la falta de desembolso por parte del Ministerio de Hacienda. La SRI adelantó todas las gestiones para su ejecución.

A diciembre 31 de 2024 se solicitó por parte de la SDRI una Reserva Presupuestal por valor de un billón trescientos treinta mil ochocientos cuarenta y nueve millones trescientos ocho mil quinientos setenta y seis pesos (\$1.330.849.308.576) los que se deben pagar durante el año 2025.

No obstante, se evidenció una ejecución parcial en el pago de las indemnizaciones administrativas de los recursos presupuestales asignados, debido a que la entidad no recibió oportunamente los recursos necesarios por parte del Tesoro Nacional para cumplir estas obligaciones. Esta situación, de carácter atípico, se encuentra alineada con lo establecido en el concepto emitido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público el 21 de noviembre de 2018 y con lo dispuesto en el Procedimiento de Gestión del Rezago Presupuestal, versión 1, código 163.15.08-26.

Control y Seguimiento a las cuentas centralizadoras y acreedores de los recursos de Indemnizaciones Administrativas

Aquellas órdenes de pago de indemnización administrativa no cobradas por las víctimas, la subdirección debe gestionar con el grupo de Gestión Financiera y Contable de la Unidad de Atención y Reparación Integral para las Víctimas la creación de acreedores, llevando el seguimiento y control de la cuenta de acreedores, para garantizar el pago efectivo de la indemnización, a través de la reprogramación para el pago de la indemnización.

El grupo de Gestión Financiera y Contable de la Unidad de Atención y Reparación Integral para las Víctimas aporta el Reporte Financiero de la cuenta contable "138427001 Recursos de acreedores reintegrados a tesorerías" con saldo a 31-12-2024 por \$ 413.512.236.029,98, de este saldo

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 115 de 150

corresponde a la subdirección de Reparación Individual \$ 382.017.115.091,63, para 52.991 acreedores (Beneficiarios de reparación administrativa), se han constituidos acreedores desde la vigencia 2003, a continuación se relaciona la antigüedad de acreedores:

ANTIGÜEDAD RECURSOS CONSTITUIDOS COMO AVSD		
AÑO	VALOR	CANTIDAD
2003	\$ 51.211.174	60
2004	\$ 260.715.780	333
2005	\$ 20.429.610	13
2006	\$ 13.307.961	7
2007	\$ 557.102.898	168
2008	\$ 1.395.582.770	632
2009	\$ 633.820.571	247
2010	\$ 2.160.235.724	373
2011	\$ 7.116.467.627	1.051
2012	\$ 12.536.670.069	1.260
2013	\$ 26.397.005.861	4.428
2014	\$ 20.953.745.549	3.476
2015	\$ 7.907.893.198	1.300
2016	\$ 6.023.464.253	986
2017	\$ 10.301.136.998	1.213
2018	\$ 14.702.556.818	1.771
2019	\$ 11.664.319.897	1.509
2020	\$ 35.990.665.751	4.916
2021	\$ 110.796.399.673	11.216
2022	\$ 13.964.007.690	7.458
2023	\$ 38.731.283.164	3.940
2024	\$ 59.839.092.053	6.634
Total general	\$ 382.017.115.091,63	52.991

Fuente: Información reportada por la auditada en el recorrido de Auditoría

La subdirección de reparación individual mes a mes se concilia la cuenta de acreedores, la información anteriormente relacionada, se encuentra debidamente soportada y verificada por la Subdirección de Reparación Individual y el Grupo de Gestión Financiera y Contable de la Unidad de Atención y Reparación Integral para las Víctimas y Fondo de Reparación para las Víctimas.

Gestión Financiera en reprogramación

VALIDACIÓN FINANCIERA:

Identificación de la cuenta. Gestión para la dispersión de los recursos. Cruces de Información.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 116 de 150

GIRO BANCARIO Y CONSIGNACIONES

- GIRO BANCARIO: Se realiza proceso bancario mensual para realizar la respectiva colocación en articulación con el Banco Agrario.
- CONSIGNACIONES: Se valida documentación para materializar la consignación. (fase dos).

5.7.7 Gestión Contractual

ORDEN DE COMPRA 123217: BPM CONSULTING

Ingresando por el enlace [Colombia Compra Eficiente | Agencia Nacional de Contratación Pública](#) se llega a la Orden de compra 123217 a nombre de *BPM CONSULTING SAS - BUSINESS PROCESS MANAGEMENT. CONSULTING SAS*. Nit: 900.011.395-6, con fecha 22/12/2023, y solicitud No. 208239 en donde se justifica la contratación de esta empresa para: “Contratar la Prestación de servicios de omnicanalidad mediante acuerdo marco de Servicios BPO (Business Process Outsourcing) para la Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas – UARIV en el marco de las funciones señaladas en la Ley 1448 de 2011, para fortalecer la atención de los procesos a cargo de la Subdirección de Reparación Individual relacionados con la medida de indemnización por vía administrativa”. se contratan 75 artículos, por 12 meses cada uno por un valor inicial de CUARENTA Y UN MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M/CTE (\$41.299.999.999,00), por vigencias futuras.

Durante la ejecución se tiene que el valor mensual de facturación es el siguiente:

Factura	Mes	Valor Facturado
SBPM – 2647	Diciembre	\$ 21.508.821,59
SBPM – 2983	Enero	\$ 1.998.135.029,05
SBPM – 3144	Febrero	\$ 3.290.266.931,85
SBPM – 3314	Marzo	\$ 3.354.054.551,05
SBPM – 3499	Abril	\$ 3.392.324.734,96
SBPM – 3659	Mayo	\$ 3.407.469.772,90
SBPM – 3897	Junio	\$ 3.457.913.862,21
SBPM – 4110	Julio	\$ 3.475.994.435,58
SBPM – 4414	Agosto	\$ 3.492.893.952,69
SBPM – 4604	Septiembre	\$ 3.495.863.459,80
SBPM – 4840	Octubre	\$ 3.476.915.289,69
SBPM – 5020	Noviembre	\$ 3.470.983.718,15
SBPM – (Valor proyectado)	Diciembre	\$ 2.858.907.754,66
TOTAL		\$ 39.193.232.314,18

Fuente: [solicitud-modificacion-20241224190421-433585_2.pdf](#)

Orden de Compra 123217 DE 2023

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 117 de 150

De acuerdo con lo anterior el 24 de diciembre de 2024, se ordenó reducir el valor del Contrato – Orden de compra No. 123217 de 2023, en la suma de DOS MIL NOVENTA Y TRES MILLONES SESENTA Y TRES MIL CUARENTA Y SEIS PESOS CON OCHENTA Y DOS CENTAVOS M/CTE (\$2.093.063.046,82), para un valor total del contrato de TREINTA Y NUEVE MIL CIENTO NOVENTA Y TRES MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL TRECIENTOS CATORCE PESOS CON OCHENTA Y DOS CENTAVOS, quedando actualizado el valor de los artículos contratados en la plataforma de la tienda virtual.

En el Anexo Técnico se evidencia cuáles son los procesos y cantidades que se van a atender por parte de *BPM CONSULTING SAS* por mes y durante el año, a continuación se relaciona los procesos que aparecen en el Anexo Técnico:

PROYECCIÓN INGRESOS Y GESTIÓN 2024 POR PROCESO*.

PROCESO		PENDIENTE GESTIÓN	PROYECCIÓN DE INGRESOS MES	PROYECCIÓN INGRESOS OC (12 meses)	INGRESO + Pendiente de gestión
SGV		4.500	8.000	96.000	100.500
VÍCTIMAS EN EL EXTERIOR		2.000	455	5.460	7.460
ENCARGO FIDUCIARIO		1.800	1.518	18.216	20.016
RUTA GENERAL		11.759	5.000	60.000	71.759
PAC RUTA P		0	22.000	264.000	264.000
CORREO DOCUMENTACIÓN		1.250	7.500	90.000	91.250
REPROGRAMACIONES		43.785	1.094	13.127	56.912
RADICACIONES MANUALES		Demanda	Demanda	Demanda	Demanda
DOCUMENTADORES		3.500	9.720	116.640	120.140
TOMA SIMPLIFICADA		10.000	1.200	14.400	24.400
PQR		11.220	8.560	102.720	113.940
ACCIONES CONSTITUCIONALES	TUTELA Y FALLO	356	454	5.448	5.804
	DESACATO	356	454	5.448	5.804
	SANCIÓN	20	170	2040	2060
	TIERRAS	50	180	2160	2210
RECURSOS	ALISTAMIENTO	20	40	480	500
	PROYECCIÓN DE ACTO	450	60	720	1.170
ACTOS MANUALES		1.300	850	10.200	11.500
OFICIOS MANUALES		150	600	7.200	7.350
TURNOS GAC		4.500	1.800	21.600	26.100
INVERSIÓN ADECUADA DE RECURSOS		Demanda	30	360	360
TOTALES		97.016	69.685	823.092	933.235

La Subdirección de Reparación Individual fue la designada para coordinar, controlar, supervisar el cumplimiento de la orden de compra 123217-2023, en la información reportada por la auditada no se evidencia el informe de supervisión, como evidencias se anexa el informe de cierre de OC BPM CONSULTING S.A.S Contrato No. 123217, del cual se puede extraer lo siguiente:

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 118 de 150

Durante la vigencia de la orden de compra 123217, se gestionaron múltiples procesos de atención tanto presencial como no presencial en el marco del proyecto de reparación a víctimas, logrando avances importantes en productividad, aunque con retos en términos de efectividad, cobertura, y condiciones operativas.

Principales resultados:

- *Documentación presencial y virtual: Se asignaron 50.326 citas, de las cuales se atendieron 42.672 (84.7%).*
- *Toma simplificada: Se gestionaron 114.891 agendas; sin embargo, el proceso se detuvo en octubre por falta de recursos.*
- *Línea base (hechos indirectos): Se realizaron 56.615 gestiones de validación y contacto.*
- *Reprogramaciones: Se lograron 257.249 gestiones y 33.466 casos efectivos, aunque solo se alcanzó un 70% de la meta de efectividad.*
- *Encargo fiduciario: Se gestionaron 90.192 casos, con 21.918 efectividades (79% del cumplimiento esperado).*
- *Oficios manuales: Se emitieron 7.591 oficios, superando la meta anual (107% de cumplimiento).*

Fortalezas Identificadas

1. *Cobertura operativa amplia: Se contó con 649 personas distribuidas en 19 procesos.*
2. *Adaptabilidad del personal: Se implementaron estrategias como capacitaciones, acompañamientos, asignaciones flexibles y gestión con perfiles técnicos.*
3. *Uso de indicadores y reportería: Seguimiento constante de metas por procesos (productividad y efectividad).*
4. *Trabajo articulado con SRI: Mesas de trabajo, alineaciones operativas y gestión de escalamientos.*
5. *Superación de metas en varios frentes:*
 - *Reprogramaciones: 111% en productividad.*
 - *Oficios manuales: 107% de cumplimiento.*
6. *Implementación de estrategias de mejora continua:*
 - *Contactabilidad (WhatsApp, SMS, CRM sugerido)*
 - *Planes piloto y personal dedicado para tareas críticas*
 - *Minería de datos para asignación eficiente.*

Dificultades

1. *Baja asistencia y falta de documentación de usuarios: Afectó la efectividad en procesos como documentación presencial.*
2. *Fallos tecnológicos y aplicativos incompletos:*
 - *Inestabilidad en plataformas como SGV e Indemniza.*
 - *Ausencia de CRM y sistemas de tipificación centralizados.*
3. *Bases de datos desactualizadas o incompletas:*
 - *Datos de contacto obsoletos.*
 - *Altos volúmenes de casos no gestionables.*
4. *Alta dependencia de escalamientos a la SRI:*

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 119 de 150

- Sin tiempos de respuesta (ANS) definidos.
 - Retardos y reprocesos frecuentes.
5. Carga operativa excesiva en ciertos procesos (Reprogramaciones, Encargo Fiduciario).
 6. Falta de lineamientos claros para algunos casos (TDA, mayores de edad, fallecidos, etc.).
 7. Rotación de personal y curva de aprendizaje lenta: Especialmente en procesos complejos como reprogramaciones y EF.

Se recomienda a la Subdirección de Reparación individual tener en cuenta las dificultades reportadas por el proveedor para subsanar y optimizar la tercerización de las actividades misionales de dependencia, para la mejora continua de la reparación individual a las víctimas.

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 1512 de 2024

Suscrito entre la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas y el Banco Agrario de Colombia S.A. Nit 800037800-8. el Banco Agrario S.A. por valor de \$4.122.427.046, contrato en ejecución. El Banco Agrario cuenta con 793 oficinas en 771 municipios del país, en los municipios donde se tiene previsto realizar los pagos de indemnizaciones administrativas, ofertando los siguientes costos financieros por transacción de pago a los beneficiarios:

Detalle	Valor Unitario comisión, colizado por el Banco Agrario sin IVA	Número de Giros estimados	Presupuesto estimado a girar por concepto de indemnizaciones	Valor total comisión sin IVA	Valor IVA	Valor Total Comisión con IVA
PAGOS POR VENTANILLA						
A. Giros efectivamente cobrados por los beneficiarios en efectivo y/o cheques de gerencia donde el banco tiene competencia (Existen otras entidades financieras)	5.950	217.820	\$2.628.053.227.228	\$1.296.029.000	\$246.245.510	\$1.542.274.510
B. Giros efectivamente cobrados por los beneficiarios en efectivo y/o cheques de gerencia donde el banco no tiene competencia (única entidad financiera)	0,50% sobre valor del giro	50.144	\$433.365.972.346	\$2.166.829.862	\$411.697.674	\$2.578.527.536
PAGOS POR BANCARIZACIÓN						
C. Bancarización y abono en cuenta.	65.000	25	\$267.403.075	\$1.625.000	-	\$1.625.000
TOTAL		267.989	\$3.061.686.602.649	\$3.464.483.862	\$657.943.184	\$4.122.427.046

Fuente: Información reportada por la auditada en el recorrido

Para pagar las comisiones de los pagos efectivos realizados a los beneficiarios, el Banco Agrario S.A. elabora una cuenta de cobro a nombre de la Unidad para las Víctimas mes a mes. Se evidencia los controles de verificación de estas cuentas de cobro por parte del profesional especializado que ejerce la supervisión del contrato, se paga comisión por cada cobro efectivo realizado por la víctima beneficiada.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 120 de 150

ENCARGO FIDUCIARIO No 1631 DE 2024

Contrato de encargo fiduciario No 1631 DE 2024 suscrito entre la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas y La Sociedad Fiduciaria de Desarrollo Agropecuario S.A. – Fiduagraria S.A., y teniendo en cuenta las detallado en la cláusula OCTAVA. - VALOR DEL CONTRATO: El valor del contrato es por la suma de OCHOCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MILLONES TRESCIENTOS DIECISIETE MIL CUATROCIENTOS VEINTICINCO PESOS M/CTE (\$849.317.425) suma que incluye el valor de todos los impuestos, tasas y contribuciones nacionales, departamentales o municipales a que haya lugar.

Este valor se encuentra soportado en el siguiente certificado de Disponibilidad Presupuestal: No. 14424 del 29 de febrero de 2024 – Rubro A-03-03-01-057 FONDO PARA LA REPARACIÓN DE LAS VÍCTIMAS (ART.54 LEY 975 DE 2005) Expedido y aprobado por el Grupo de Gestión Financiera y Contable de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas

Número CDP:	14424 del 29 de febrero de 2024
Rubro	A-03-03-01-057 FONDO PARA LA REPARACIÓN DE LAS VÍCTIMAS (ART.54 LEY 975 DE 2005)
Valor del contrato	\$ 849.317.425
Valor CDP	\$ 976.251.197

Teniendo en cuenta las detallado en la cláusula NOVENA. - FORMA DE PAGO: La UNIDAD pagará el valor del contrato previsto en la cláusula anterior mediante pagos mensuales equivalentes a la suma de NOVENTA Y NUEVE MILLONES NOVECIENTOS DIECINUEVE MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS MCTE (\$99.919.697), IVA incluido.

La operación del encargo Fiduciario No. 1631 de 2024 se inicia en el mes de febrero como lo soporta la información aportada por la SDRI, que permite verificar cuales fueron las cifras de valores económicos que se consignaron en su momento por la Unidad, este contrato se adiciona valor \$ 333.065.657 para un total del valor del contrato de \$1.182383.082. contrato en ejecución.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 121 de 150

 Fiduagraria Unidad del Banco Agrario		CONCILIACIÓN GENERAL FIDUAGRARIA CONTRATO DE FIDEICOMISO 1631- 2024	
Concepto:		Conciliación Bancaria Cuenta Fideicomiso	
Mes:		sep-24	
Fecha de Elaboración:		7/02/2025	
MOVIMIENTOS DEL FIDEICOMISO			
SALDO CIERRE MES ANTERIOR			\$ 1.133.248.151.928,23
INGRESO DE RECURSOS			
No. soporte	FECHA	DESCRIPCIÓN	VALOR
	15-12-24	TRASLADO No 14	\$ 11.307.058,21
	31-12-24	RENTABILIDAD DEL PORTAFOLIO	-\$ 3.865.766.502,47
	31-12-24	RENDIMIENTOS FINANCIEROS BANCOS	\$ 545.598.365,00
	31-12-24	REINTEGRO POR TERMINACION PROCESO	\$ 1.561.713.373,00
	31-12-24	REINTEGRO GRAVAMEN FINANCIERO	\$ 244.397.141,00
INGRESOS DEL MES			\$ -1.502.750.565,26
SALIDAS GENERADAS EN EL FIDEICOMISO			
	28-11-24	ORDEN DE PAGO OP-11GEN-241127	-\$ 13.528.736.315,70
	18-12-24	ORDEN DE PAGO OP-12GEN-241218	-\$ 11.444.817.787,35
	18-12-24	ORDEN DE PAGO OP-12MAY-241218	-\$ 120.768.459,50
	18-12-24	ORDEN DE PAGO OP-12MAY-241218	-\$ 10.511.716,87
	12-12-24	ORDEN DE PAGPOOP-12DEV-241212	-\$ 28.628.487,65
	28-11-24	ORDEN DE PAGO OP-11CON-241127	-\$ 160.934.119,41
	18-12-24	ORDEN DE PAGO OP-12EXE-241218	-\$ 1.215.144.679,42
	18-12-24	ORDEN DE PAGO OP-12CON-241218	-\$ 412.722.859,88
	18-12-24	ORDEN DE PAGO OP-12DEV-241218	-\$ 5.424.385.428,00
	28-11-24	ORDEN DE PAGOOP-11MAY-241127	-\$ 46.424.983,89
	28-11-24	ORDEN DE PAGO OP-11MAY-241127	-\$ 6.292.746,81
	28-11-24	ORDEN DE PAGO OP-11EXE-241127	-\$ 548.045.005,06
	28-11-24	ORDEN DE PAGO OP1-9CON-1022	-\$ 60.485.121,53
	28-11-24	ORDEN DE PAGO OP-11DEV-241127	-\$ 408.862.336,98
GENERADAS EN EL FIDEICOMISO			\$ -33.416.760.048,05
SALDO DEL PORTAFOLIO			\$ 1.098.328.641.314,92
PARTIDAS CONCILIATORIAS			
	30-06-24	RENDIMIENTOS FINANCIEROS BANCOS	-\$ 350.619.318,00
	30-06-24	DESCUENTO GASTOS BANCARIOS POR REEMBOLSAR	\$ 256.798.748,00
	30-09-24	MENOR VALOR PAGADO EN OP GENERALES - RETENCIONES	\$ 91.520.969,31
	18-12-24	OPS PENDIENTES DE PAGO - CONNNACIONALES	\$ 431.731.699,22
	18-12-24	MENOR VALOR PAGADO DICIEMBRE - RETENCIONES	\$ 511.678.456,12
			\$ 941.110.554,65
TOTAL SALDO A 31 DE DICIEMBRE DE 2024			\$ 1.099.269.751.869,57

LUZ CARIME CEPEDA DIAZ
SUPERVISOR FINANCIERO

Fuente: Información reportada por la auditada en el recorrido de Auditoría

De igual forma encargo Fiduciario No. 1631 de 2024 para el mes de diciembre 31 de 2024, permite verificar mediante la conciliación aportada como evidencia por parte de la Subdirección de Reparación Individual de la Unidad cual es el saldo a la fecha; el cual se detallada después de haber realizado los giros que corresponden a los pagos de las Indemnizaciones reconocidas mediante Resolución a los beneficiarios de las mismas y los gastos de operación bancarios acordados entre el banco y la Unidad d para las Víctimas a hacer efectivo el cobro del giro por intermedio de la entidad bancaria, consignación en cuenta a nombre del titular.

CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 122 de 150

Durante el año 2024, la Subdirección de Reparación Individual de la Unidad para las Víctimas (UARIV) celebró un total de 165 contratos de prestación de servicios profesionales, por un valor de \$6.984.262.182. Estos contratos permitieron fortalecer el proceso de reparación individual, brindando apoyo en el desarrollo de labores, actividades y tareas inherentes a dicho proceso, tanto a nivel central como en las 20 Direcciones Territoriales donde la UARIV tiene presencia, ofreciendo atención, orientación y compromiso en favor de la población víctima del conflicto armado.

Al 31 de diciembre de 2024, el 100% de los contratos fueron. La UARIV realizó los pagos correspondientes, en contraprestación por las funciones desempeñadas, conforme a los compromisos contractuales pactados. La gestión mensual de los contratistas incluyó la presentación de los documentos requeridos para la verificación contractual, tales como:

- RUT actualizado
- Formato institucional de cuenta de cobro, detallando las actividades desarrolladas
- Planilla de seguridad social
- Certificación bancaria a nombre del contratista
-

Estos documentos fueron revisados, verificados y aprobados por el responsable y supervisor del contrato, permitiendo dar inicio al proceso de pago a través del SISEG (Sistema de Información de la Secretaría General) de la UARIV.

CONTRATO 1709-2024 UNION TEMPORAL ESPECTRA 2024 Nit. 901825310

Dentro de la ejecución del Contrato No. 1709-2024 con el operador UNIÓN TEMPORAL ESPECTRA 2024 Nit. 901825310 en la página de Secop II se puede acceder a este documento en el siguiente enlace:

community.secop.gov.co/Public/Tendering/OpportunityDetail/Index?noticeUID=CO1.NTC.5676412

Para la Subdirección de Reparación Individual de la Unidad para las Víctimas a diciembre 31 de 2024, controla en el archivo en Excel denominado “Contrato_1709_2024 Espectra_Matriz de seguimiento 2024” la ejecución de actividades del contrato, con dos (2) profesionales del proceso como apoyo a la Supervisión y se verifica el cumplimiento de las obligaciones contractuales, en la siguiente tabla reportada por la auditada se evidencia la ejecución a 31/12/2024.

CONCEPTO	VALOR	No. EVENTOS	No. PARTICIPANTES
Logística	176.361.657	79	30.189
Alimentación	481.805.770	153	41.387

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 123 de 150

Reembolso De Transporte	33.936.000	3	1.075
Materiales	20.128.973	55	18.888
Bioseguridad	5.298.942	11	2.520
Transporte Especial	5.480.000	2	850
Ítems No Incluidos en el Tarifario	93.161.685	425	18.810
Valor Intermediación	17.343.061	157	42.620
Ítems adicionales no detallados	26.295.018	-	-
Subtotal antes de Impuestos	859.811.106	-	-
Valor IVA	163.364.113	-	-
Pagos a Terceros-Transferencias	39.416.000	4	1.675
TOTAL FACTURADO A SDRI	1.062.591.218	889	158.014

Fuente: Información reportada por la auditada en el recorrido de Auditoría

Revisar la planeación para la ejecución de recursos asignados a la subdirección. Esta observación se realiza teniendo en cuenta que para el contrato 1709-2024 celebrado con la UNION TEMPORAL ESPECTRA 2024, suscrito desde Dirección Reparación, la subdirección de Reparación Individual aporta (\$ 3.128.000.000) de los cuales a 31/12/2024 solo de estos recursos aportados por la subdirección se ejecutó la suma (\$ 1.062.591.218), lo que equivale a una ejecución presupuestal tan solo del (33.97%), para un total (889) eventos.

5.7.8 Gestión de las PQRS Subdirección de Reparación Individual

La Política de Servicio al Ciudadano que se incluye en la Dimensión 3° “Gestión con valores para resultados” del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) tiene como propósito garantizar el acceso efectivo, oportuno y de calidad de los ciudadanos a sus derechos en todos los escenarios de relacionamiento con el Estado y su implementación trasciende la atención oportuna y con calidad de requerimientos ciudadanos. La Subdirección de Reparación Individual sube a la carpeta de evidencias de recorrido de autoría el informe pendiente PQRS con corte 12 de mayo de 2025, donde se evidencia lo siguiente:

TOTAL INGRESOS (Pendientes+ Cierres)

TEMA	PENDIENTES	CIERRES 2025	TOTAL
AGENDAMIENTO	2.114	1.580	3.694
CASOS ATÍPICOS	2.038	143	2.181
ESTADO DEL METODO	4.164	23.635	27.799
ESTADO DEL PAGO	9.239	307	9.546
TERMINOS VENCIDOS	5.344	1.645	6.989
TURNO GAC VENCIDO CON DOCUMENTACION COMPLETA	73	10	83
VICTIMAS EN EL EXTERIOR	1.422	44	1.466
TOTAL	24.394	27.364	51.758

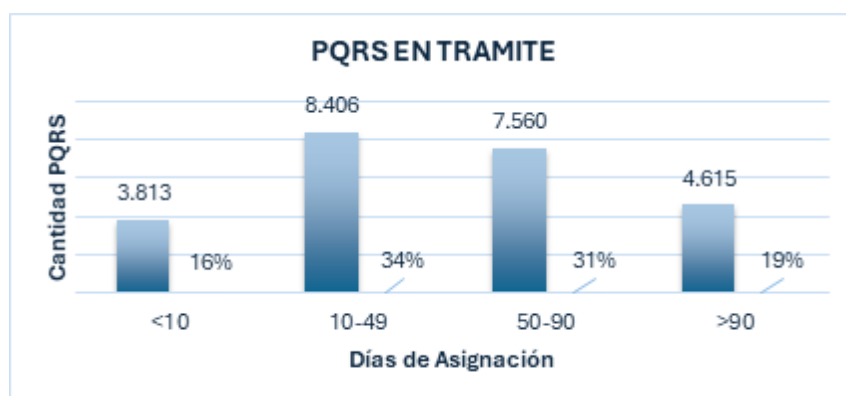
Fuente: Información reportada por la auditada en el recorrido de Auditoría

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 124 de 150

Al corte 12 de mayo en la bandeja LEX la Subdirección de Reparación Individual tiene pendientes de trámite 24.394 PQRS, en el siguiente cuadro se observa cuantos días han transcurrido de la asignación para el trámite:

TEMA	DÍAS DE ASIGNACIÓN				TOTAL
	<10	10-49	50-90	>90	
AGENDAMIENTO	365	1.339	391	19	2.114
CASOS ATÍPICOS	158	622	724	534	2.038
ESTADO DEL METODO	1.960	1.710	415	79	4.164
ESTADO DEL PAGO	729	2.582	3.527	2.401	9.239
TERMINOS VENCIDOS	512	1.777	1.848	1.207	5.344
TURNOS GAC VENCIDO CON DOCUMENTACION COMPLETA	1	9	26	37	73
VICTIMAS EN EL EXTERIOR	88	367	629	338	1.422
TOTAL	3.813	8.406	7.560	4.615	24.394

Fuente: Información reportada por la auditada en el recorrido de Auditoría



Fuente: Información reportada por la auditada en el recorrido de Auditoría grafica realizada por el auditor

La tabla muestra la distribución de 24,394 PQRS, clasificados por "Tema" y por el tiempo transcurrido desde su asignación ("Días de Asignación").

Se resume la distribución porcentual del total de casos:

- 10-49 días: Este es el rango con la mayor concentración de casos, acumulando el 34% del total (8,406 casos).
- 50-90 días: Le sigue de cerca este rango, con un 31% del total (7,560 casos).
- >90 días: Un significativo 19% de los casos (4,615) tienen una antigüedad superior a 90 días, lo que podría representar un foco de atención por su posible retraso.
- <10 días: Solo el 16% de los casos (3,813) son muy recientes (menos de 10 días).

La gran mayoría de los casos (65%) se encuentra en un rango de entre 10 y 90 días. Analizando la tabla principal, podemos destacar lo siguiente sobre los temas más relevantes:

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 125 de 150

Estado del pago: Es el tema con el mayor volumen, representando 9,239 casos (casi el 38% del total). Su distribución se inclina hacia los rangos de mayor antigüedad: 5,928 casos (el 64% de su total) tienen más de 50 días. Es el principal contribuyente a la categoría de ">90 días".

Términos vencidos: Es el segundo tema más numeroso con 5,344 casos. Al igual que el anterior, muestra una tendencia a la antigüedad: 3,055 casos (el 57% de su total) superan los 50 días.

Estado del método: Aunque es el tercer tema en volumen (4,164 casos), su comportamiento es opuesto a los anteriores. La mayoría de sus casos son recientes: 1,960 casos están en la categoría "<10 días", siendo la cifra más alta de toda esa columna. Esto sugiere que es un tema con un alto volumen de entrada reciente.

Casos atípicos: Con 2,038 casos, tiene una distribución más centrada, con su pico en el rango de 50-90 días (724 casos).

Agendamiento: Tiene 2,114 casos y la mayoría se concentra en el rango de 10-49 días (1,339 casos), indicando que estos procesos no son ni inmediatos ni excesivamente antiguos.

Foco en la Antigüedad (>90 días): Los temas que más aportan a la categoría de más de 90 días son "ESTADO DEL PAGO" (2,401 casos) y "términos vencidos" (1,207 casos). Juntos, representan el 78% de todos los casos con esa antigüedad.

Temas de Entrada Reciente (<10 días): El tema "estado del método" es el que genera mayor volumen de casos nuevos, con 1,960 registros en menos de 10 días.

Volumen Principal: Los temas "estado del pago" y "términos vencidos" no solo son los más numerosos, sino también los que presentan mayor acumulación en los rangos de tiempo más largos. Cualquier estrategia para reducir la antigüedad general debería enfocarse prioritariamente en ellos.

PQRS pendientes vigencia de radicación

TEMA	VIGENCIA DE RADICACIÓN						TOTAL
	2021	2022	2023	2024	2025	2020	
AGENDAMIENTO	2	4	9	145	1.952	2	2.114
CASOS ATÍPICOS		5	21	528	1.484		2.038
ESTADO DEL METODO		2	9	118	4.035		4.164
ESTADO DEL PAGO		4	34	2.170	7.031		9.239
TERMINOS VENCIDOS		5	59	1.241	4.039		5.344
TURNOS GAC VENCIDO CON DOCUMENTACION COMPLETA		1		44	28		73
VICTIMAS EN EL EXTERIOR			4	253	1.165		1.422
TOTAL	2	21	136	4.499	19.734	2	24.394

Fuente: Información reportada por la auditada en el recorrido de Auditoría

La tabla clasifica los PQRS pendientes según su "Vigencia de Radicación" (el año en que se registraron). El dato más impactante es que la carga de trabajo está concentrada en el período más reciente. La distribución por año revela un punto crucial sobre la naturaleza de los casos pendientes:

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 126 de 150

- Radicados en 2025: Suman 19,734 casos, lo que representa un masivo 81% del total de pendientes.
- Radicados en 2024: Componen el segundo grupo más grande con 4,499 casos, equivalentes al 18.5% del total.
- Radicados Antiguos (2020-2023): Hay una cantidad mínima de casos de años anteriores. Sumando 2020, 2021, 2022 y 2023, solo hay 161 casos pendientes en total.

El desafío de la Subdirección es gestionar los casos muy antiguos, pero también es la gestión de un volumen extremadamente alto de solicitudes recientes, principalmente de 2025 y 2024, que juntos suman más del 99.5% de la carga pendiente.

Análisis por Tema

"Estado del Pago": Sigue siendo el tema con mayor volumen (9,239 casos). La gran mayoría (7,031) fueron radicados en 2025, convirtiéndolo en el principal generador de carga de trabajo reciente. "Términos Vencidos" y "Estado del Método": Juntos suman más de 9,500 casos, y ambos tienen su mayor concentración en 2025 (con 4,039 y 4,035 casos respectivamente).

"Casos Atípicos": Aunque tiene un volumen menor, es el tema con la mayor cantidad de casos pendientes del año 2024 (528 casos).

Temas con menor volumen: "Agendamiento", "Víctimas en el exterior" y "turno GAC vencido con documentación completa" también concentran casi la totalidad de sus pendientes entre 2024 y 2025.

El primer análisis mostró que temas como "Estado del Pago" tenían muchos casos con más de 50 días. Este segundo análisis confirma que, aunque fueron radicados recientemente (2024-2025), ya han acumulado una antigüedad considerable. Por otro lado, "Estado del Método" tenía muchos casos con menos de 10 días, lo que es consistente con el hecho de que casi todos sus radicados son de 2025.

Los esfuerzos para evacuar los pendientes deben centrarse en los tres temas principales por volumen: Estado del Pago, Términos Vencidos y Estado del Método, ya que constituyen la mayor parte de la carga de trabajo de 2024 y 2025.

En resumen, la subdirección de Reparación Individual enfrenta un reto de capacidad de respuesta de las PQRS dentro de los términos de ley.

Debilidad No. 9

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 127 de 150

El Equipo Auditor al 12 de mayo de 2025 encuentra que la subdirección de Reparación Individual tiene 24.394 casos PQR'S pendientes por insumo en canal escrito LEX, de estos 20.881 se encuentran por fuera de los términos establecidos para dar respuesta, evidenciándose (2) PQRS radicados del año 2020, (2) radicados del año 2021, (21) PQRS radicados del año 2022, 136 PQRS del año 2023, 4499 del año 2024 y 15.581 PQRS del año 2025. Esta situación genera el incumplimiento del artículo 14 de la Ley 1755 de 2015, el cual establece:

Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. Salvo norma legal especial y so pena de sanción disciplinaria, toda petición deberá resolverse dentro de los quince (15) días siguientes a su recepción. Estará sometida a término especial la resolución de las siguientes peticiones:

1. Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.

2. Las peticiones mediante las cuales se eleva una consulta a las autoridades en relación con las materias a su cargo deberán resolverse dentro de los treinta (30) días siguientes a su recepción.

PARÁGRAFO. Cuando excepcionalmente no fuere posible resolver la petición en los plazos aquí señalados, la autoridad debe informar esta circunstancia al interesado, antes del vencimiento del término señalado en la ley expresando los motivos de la demora y señalando a la vez el plazo razonable en que se resolverá o dará respuesta, que no podrá exceder del doble del inicialmente previsto.

Además, esta problemática contradice los principios de la Política de Servicio al Ciudadano del MIPG, la cual exige garantizar en la entidad el acceso efectivo, oportuno y de calidad de los ciudadanos a sus derechos en todos los escenarios de relacionamiento con el estado. Es fundamental validar y acogerse a las medidas establecidas en la ley para ampliar los términos, en los casos que sea posible y de esta manera contar con un tiempo razonable, dada la naturaleza de las solicitudes radicadas para mejorar la gestión de las PQRS.

Mediante correo electrónico el viernes 13 de junio de 2025, se le comunica a la Doctora Ana María Monroy Mora - ana.monroy@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditada las debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor a la gestión de las PQRS, en donde se le da a la auditada un plazo de cinco días hábiles según lo establecido en la actividad 10 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 no emite respuesta frente a esta debilidad, se mantiene la debilidad.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 128 de 150

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

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

Debilidad 1

A partir del marco normativo de la Ley 87 de 1993 en el artículo 1°, 4° literal b), l) y artículo 12 literales c) y e), Decreto 1083 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, 2024 V6, el equipo auditor establece que la subdirección de reparación individual presenta debilidad por la no actualización de los procedimientos evaluados en la presente auditoria, como se describe en los ítems de procedimientos revisados relacionados anteriormente como son: Procedimiento Toma de Solicitud de la Indemnización Administrativa, Procedimiento Reconocimiento, Entrega y Acompañamiento de la Indemnización Administrativa para NNA en situaciones Excepcionales de Vulnerabilidad, Procedimiento Orden de Pago de la Indemnización Administrativa, Procedimiento Reprogramaciones de Indemnización Administrativa.

Debilidad 2.

La ausencia de un modelo de medición (indicadores) robusto y pertinente que permita al responsable la toma de decisiones. De acuerdo con la evidencias aportadas por el auditado, como (los tableros de control de la gestión de la Subdirección y el monitoreo de los indicadores del plan de acción desde el indicativos correspondiente), ninguna aporta información del cómo la persona responsable toma decisiones teniendo en cuenta el resultado de estos indicadores; 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), d) y g), el Decreto 1083 de 2015 en el artículo 2.2.22.3.2; Guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión versión 4. Siendo una potencial causa el no tener en consideración de su gestión lo ordenado en normas que regulan y regentan la administración pública y por la falta de liderazgo en el tema por parte del proceso responsable de coadyuvar en estos temas. Lo anterior conlleva a la posible materialización de eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales, dado que no se tiene una herramienta de gestión que brinde información del quehacer funcional del proceso en tiempo real y que permita la toma de decisiones informada.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 129 de 150

Debilidad 3.

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

Debilidad 4.

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

Debilidad 5

Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Subdirección de Reparación Individual del Proceso Reparación Integral referente al avance y ejecución del total de actividades (indicadores) programadas en su plan de acción para la vigencia 2024. 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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 130 de 150

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 6.

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, aplicando normas de auditoría generalmente aceptadas, evaluó los soportes suministrados por el auditado y la información recopilada durante las pruebas de recorrido. Como resultado de este análisis, se evidenció la ausencia de controles que permitan una gestión automatizada de los datos en las operaciones de misión crítica. Esta carencia representa una debilidad significativa, ya que impide prevenir de manera efectiva la manipulación no autorizada de la información, así como posibles alteraciones en los datos almacenados en las bases de datos institucionales.

La ausencia de un nivel de certeza que rompa el principio del escepticismo profesional donde se describan los métodos y las mejores estrategias en cuanto a calidad de los datos y disponibilidad de la información, no está conforme con lo dispuesto en los literales a), c), d) y e) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993, en concordancia con lo expuesto en las normativas y regulaciones expedidas por el Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones, en su modelo de gestión IT4+, en su numeral 1.6.4 sistemas de información.

Debilidad 7.

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evidenció la falta de interoperabilidad entre los sistemas de información utilizados en las distintas instancias del proceso de reparación individual. Esta situación impide una gestión integrada de los datos recolectados a lo largo de los diferentes procedimientos, lo que representa un riesgo significativo en términos de control, trazabilidad y tratamiento eficiente de la información. La ausencia de mecanismos que permitan unificar y centralizar los datos en una única instancia limita la capacidad de la Entidad para optimizar procesos, tomar decisiones informadas y avanzar hacia un crecimiento evolutivo y progresivo. Esta deficiencia no solo obstaculiza el cumplimiento de los objetivos institucionales, sino que también dificulta la articulación e interoperabilidad de la información con otras entidades del Estado, aspecto clave para fortalecer la gestión pública y garantizar una administración eficiente y transparente.

La ausencia de un marco técnico regulado en donde se indiquen de manera concisa los lineamientos en donde se describa los organismos encargados de asegurar que a través de las tecnologías de la información se puedan cumplir los objetivos, evaluando las necesidades de la Entidad determinando prioridades y planificando de manera oportuna, eficiente y eficaz los métodos y las mejores estrategias en cuanto a gobernabilidad de los sistemas de Información y las comunicaciones, no está conforme con lo dispuesto en los literales a), c), d), e) y f) del artículo 2°

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 131 de 150

de la Ley 87 de 1993, en concordancia con lo expuesto en las normativas y regulaciones expedidas por el Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en cuanto a Arquitectura Empresarial en su G.GOB.01 Guía del dominio de Gobierno de TI.

Debilidad 8.

No se evidencia que los sistemas de información auditados cuenten con la implementación de un módulo de gestión de auditoría que permita emitir alertas ante cambios o modificaciones en los registros de datos procesados durante las distintas actividades de los procedimientos. Tampoco se observan sentencias de código diseñadas para identificar dichas modificaciones, ya sean autorizadas como resultado de reprocesos o producto de vulnerabilidades que puedan afectar la integridad de la información.

La ausencia de estos controles impide la realización de revisiones periódicas y sistemáticas para el monitoreo de datos e ingresos, los cuales pueden ser determinantes en la detección de fugas de información o accesos no autorizados a datos sensibles o críticos de la Entidad.

Esta situación representa un riesgo alto, ya que el sistema puede estar expuesto a cambios o inclusiones no autorizadas en la información, siendo considerados sistemas de misión crítica debido al rol que cumplen en el procesamiento de datos esenciales para el cumplimiento de las funciones institucionales y misionales de la Entidad.

La ausencia de un marco claro, expreso y de amplio conocimiento de los controles mínimos de un sistema de 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 las normativas expuestas por el Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones en cuanto a arquitectura y diseño de las aplicaciones como lo indica Manual de Gobierno Digital - Arquitectura y Diseño y el modelo de gestión IT4+, las cuales se deben implementar en los sistemas de información utilizados por las entidades de gobierno. La potencial causa de esta debilidad se puede ubicar en el desconocimiento de los marcos normativos que definen la gestión de la información, y el uso de buenas prácticas en la arquitectura y diseño de los sistemas e incluso orientaciones de las normas ISO en cuanto a seguridad de la información como referentes internacionales, lo cual se constituye en el principal riesgo.

Debilidad 9

El Equipo Auditor al 12 de mayo de 2025 encuentra que la subdirección de Reparación Individual tiene 24.394 casos PQR'S pendientes por insumo en canal escrito LEX, de estos 20.881 se encuentran por fuera de los términos establecidos para dar respuesta, evidenciándose (2) PQRS radicados del año 2020, (2) radicados del año 2021, (21) PQRS radicados del año 2022, 136 PQRS del año 2023, 4499 del año 2024 y 15.581 PQRS del año 2025. Esta situación genera el incumplimiento del artículo 14 de la Ley 1755 de 2015, el cual establece:

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 132 de 150

Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. Salvo norma legal especial y so pena de sanción disciplinaria, toda petición deberá resolverse dentro de los quince (15) días siguientes a su recepción. Estará sometida a término especial la resolución de las siguientes peticiones:

1. Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.

2. Las peticiones mediante las cuales se eleva una consulta a las autoridades en relación con las materias a su cargo deberán resolverse dentro de los treinta (30) días siguientes a su recepción.

PARÁGRAFO. Cuando excepcionalmente no fuere posible resolver la petición en los plazos aquí señalados, la autoridad debe informar esta circunstancia al interesado, antes del vencimiento del término señalado en la ley expresando los motivos de la demora y señalando a la vez el plazo razonable en que se resolverá o dará respuesta, que no podrá exceder del doble del inicialmente previsto.

Además, esta problemática contradice los principios de la Política de Servicio al Ciudadano del MIPG, la cual exige garantizar en la entidad el acceso efectivo, oportuno y de calidad de los ciudadanos a sus derechos en todos los escenarios de relacionamiento con el estado. Es fundamental validar y acogerse a las medidas establecidas en la ley para ampliar los términos, en los casos que sea posible y de esta manera contar con un tiempo razonable, dada la naturaleza de las solicitudes radicadas para mejorar la gestión de las PQRS.

6.2 OBSERVACIONES

Observación 1

El sistema de control Interno en la Subdirección de Reparación Individual es responsabilidad del líder de la Dependencia, se parte de su relación de subordinación al sistema de control interno institucional, al control de tutela del superior jerárquico y a las auditorías de la Oficina de Control Interno, de acuerdo lo establecido en el artículo 6° de la Ley 87 de 1993 así: *Responsabilidad del control interno. El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas, será responsabilidad del representante legal o máximo directivo correspondiente. No obstante, la aplicación de los métodos y procedimientos al igual que la calidad, eficiencia y eficacia del control interno, también será de responsabilidad de los jefes de cada una de las distintas dependencias de las entidades y organismos. El artículo 3° literal c), dispone que: "Son características del Control Interno las siguientes: c. En cada área de la organización, el funcionario encargado de dirigirla es responsable por control interno ante su jefe inmediato de acuerdo con los niveles de autoridad establecidos en cada entidad;"*

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 133 de 150

Observación 2

Observación para que la Subdirección de Reparación Individual adopte medidas internas orientadas al fortalecimiento de sus procesos de gestión documental, respuesta a requerimientos de auditoría y provisión oportuna de información, con el fin de garantizar el cumplimiento de los principios de cooperación, transparencia y mejora continua que deben regir su actuar institucional. Es importante aclarar que algunas evidencias no fueron presentadas inicialmente al equipo auditor debido a que las personas directamente involucradas en su reporte y custodia no se encuentran vinculadas a la entidad desde hace varios meses, lo que retrasó su consecución.

Observación 3

Observación del sistema de control interno por funciones y políticas de MIPG. Durante el proceso de auditoría interna realizado a la Dirección de Reparación Individual, se identificó una observación en el sistema de control interno, relacionada con el cumplimiento de las funciones institucionales y la implementación de las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

Se evidenció que de las nueve (9) funciones directamente relacionadas con las responsabilidades de la dependencia auditada, tres (3) presentan cumplimiento parcial, mientras que para las seis (6) cuentan con evidencia que respalda su ejecución y su cumplimiento es total. Esta situación denota una deficiencia leve en la trazabilidad y documentación de la Subdirección de reparación individual lo cual impide verificar de manera objetiva el cumplimiento efectivo de las funciones asignadas,

Dentro del herramienta la auditada reporta que las funciones 6 y 7 no las cumple:

6. Adelantar las acciones para la celebración de los contratos de transacción, conforme al artículo 132 de la Ley 1148 de 2011 y a las normas que regulan la materia.

7. Implementar las acciones que permitan el acceso por parte de las víctimas al contrato de transacción, establecido en el artículo 132 de la Ley 1148 de 2011 y la normatividad vigente.

Estas funciones están relacionadas con el artículo de 133 de la Ley 1148 de 2011: <Artículo modificado por el artículo 132 de la Ley 1753 de 2015. El nuevo texto es el siguiente:> De igual forma, de la condena judicial se descontará el valor monetario de los predios que sean restituidos, de conformidad con la tasación monetaria que se realice de los mismos. Antes de la modificación este artículo hablaba del contrato de transacción texto anterior: **ARTÍCULO 133. INDEMNIZACIÓN JUDICIAL, RESTITUCIÓN E INDEMNIZACIÓN ADMINISTRATIVA.** En los eventos en que la víctima no acepte de forma expresa y voluntaria, que la entrega y recepción de la indemnización administrativa se entiende realizada en el marco de un contrato de transacción en los términos del artículo anterior, y el Estado sea condenado judicialmente a repararla, se descontarán de dicha condena la suma de dinero que la víctima haya recibido de cualquier entidad del Estado y que constituyan reparación. De igual forma, de la condena judicial se descontará el valor

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 134 de 150

monetario de los predios que sean restituidos, de conformidad con la tasación monetaria que se realice de los mismos. Para mayor claridad de estas funciones se recomienda a la subdirección de reparación individual solicitar la revisión y ajuste del artículo 22 del Decreto 4802 de 2011, donde se tenga en cuenta los cambios normativos frente a estas funciones.

Observación 4.

Se recomienda a la Subdirección de Reparación individual tener en cuenta las dificultades reportadas por el proveedor de la orden de compra 123217-2023, para subsanar y optimizar la tercerización de las actividades misionales de dependencia, para la mejora continua de la reparación individual a las víctimas.

Observación 5.

Revisar la planeación para la ejecución de recursos asignados a la subdirección. Esta observación se realiza teniendo en cuenta que para el contrato 1709-2024 celebrado con la UNION TEMPORAL ESPECTRA 2024, suscrito desde Dirección Reparación, la subdirección de Reparación Individual aporta (\$ 3.128.000.000) de los cuales a 31/12/2024 solo de estos recursos aportados por la subdirección se ejecutó la suma (\$ 1.062.591.218), lo que equivale a una ejecución presupuestal tan solo del (33.97%), para un total (889) eventos.

7. ASPECTOS SOBRESALIENTES

El Equipo Auditor ha evidenciado como aspectos positivos en la gestión de la subdirección de reparación individual las siguientes fortalezas:

7.1. Conocimiento y Ejecución de Procedimientos

- **Equipo Competente:** Se evidencia que los equipos de trabajo, como el de pagos y el de reprogramaciones, demuestran un conocimiento claro y un manejo adecuado de los procedimientos misionales, como el "Procedimiento Orden de Pago de la Indemnización Administrativa" y el "Procedimiento Reprogramaciones de Indemnización Administrativa".
- **Control sobre Actividades Tercerizadas:** En procedimientos como el de "Toma de Decisiones con Apoyo", se destaca que la subdirección ejerce un control efectivo sobre las actividades que son ejecutadas por operadores externos y el grupo psicosocial.

7.2. Gestión de Controles y Riesgos (Mapa de Riesgos Institucional):

- **Diseño Adecuado de Controles:** El análisis del mapa de riesgos institucional revela que el 100% de los controles diseñados para los riesgos identificados (uno de gestión y uno de corrupción) están calificados como "fuerte".

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 135 de 150

- Efectividad en la Ejecución de Controles: La evaluación de las evidencias demuestra que para el 100% de los controles institucionales analizados, "existe la evidencia y el control es total", lo que indica un cumplimiento efectivo de los lineamientos de la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas".

7.3. Modelo de Control Interno (Variable "Control"):

- Existencia de Controles Adicionales: La auditoría identificó la existencia de controles complementarios que no están formalmente documentados en los procedimientos. Esto indica una práctica proactiva de control en la gestión diaria. Aunque se recomienda formalizarlos, su existencia es una fortaleza.
- Calificación del Modelo de Control: A pesar de la diferencia con la autoevaluación, la calificación final del Equipo Auditor para la variable "Control" es de 70 sobre 100, lo que el informe describe como: "Hay evidencia de un modelo de control que se soporta en el uso de puntos de control u otro mecanismo válido". No se considera una debilidad.

7.4. Modelo de Mejora o Valor Agregado:

- Acciones de Mejora Evidentes: Se encontraron evidencias de acciones de mejora y de valores agregados alcanzados por la subdirección. La calificación final del auditor (73 sobre 100) respalda que "Hay evidencia de acciones de mejora propuestas y analizadas". Este componente tampoco se calificó como debilidad.

7.5. Gestión Contractual y Operativa (Informe de Cierre del Proveedor):

- Cobertura Operativa Amplia: Se destaca la gestión de un equipo de 649 personas distribuidas en 19 procesos distintos a través del contrato con BPM CONSULTING.
- Adaptabilidad y Mejora Continua: El informe del contratista resalta la implementación de estrategias de mejora como capacitaciones, flexibilidad en la asignación de personal y el uso de herramientas como WhatsApp y minería de datos para mejorar la contactabilidad y eficiencia.
- Superación de Metas: Se superaron metas de productividad en procesos clave como "Reprogramaciones" (111%) y "Oficios manuales" (107%).
- Articulación con la Subdirección (SRI): Se menciona como fortaleza el "trabajo articulado con la SRI" a través de mesas de trabajo y alineaciones operativas.

7.6. Logros Cuantitativos en la Gestión:

- Alto Volumen de Gestión: Durante 2024, se gestionaron cifras significativas como la solución de 124,331 casos de tomas de solicitud, la emisión de 33,715 actos administrativos con medida de indemnización y la ejecución de un presupuesto superior a los 2.7 billones de pesos.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 136 de 150

- Ejecución Presupuestal Enfocada en la Misión: El 98% del presupuesto ejecutado se destinó directamente al pago de indemnizaciones, demostrando un claro enfoque en el cumplimiento de la misionalidad.
- Gestión de Reprogramaciones: Se avanzó en la depuración de la base de casos pendientes, logrando 19,050 pagos efectivos durante la vigencia.

8. RESULTADOS DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.

El Equipo Auditor examina las acciones planteadas y ejecutadas por la Subdirección de Reparación Individual en auditorías pretéritas. Esta evaluación permite establecer si la gestión presenta la efectividad necesaria para eliminar las causales que dieron origen a la debilidad. En consecuencia, se decide:

8.1. Plan de Mejoramiento Auditoría de Gestión

La última auditoría de primera parte, efectividad del sistema de control interno, se realizó el 1 de febrero de 2019, al proceso de Reparación Integral, cuyo objetivo fue evaluar el sistema de control interno del proceso de Reparación Integral visto desde el logro de metas, la aplicación de normas y modelos de gestión efectivos, con relación a la gestión de la contratación de las dependencias asociadas al proceso.

Para la Subdirección de Reparación Individual en esta auditoría no se evidenciaron debilidades, por lo tanto, no tiene acciones planteadas por auditoría de primera parte.

8.2. Plan de Mejoramiento Ente de Control (CGR)

En el marco de las auditorías realizadas por la Contraloría General de la República, se genera el Plan de Mejoramiento Institucional UARIV dentro del cual se encuentran vigentes catorce (14) hallazgos vigentes por concepto del tema de Reparación Individual.

De forma cronológica se expone en el siguiente cuadro los ocho (8) informes de auditoría vigentes dentro del Plan de Mejoramiento Institucional de la UARIV, los cuales incluyen los catorce (14) hallazgos.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 137 de 150

No.	AUDITORÍA	CÓDIGO HALLAZGO
1	AUDITORIA VIGENCIA 2017- CUMPLIMIENTO	10,16
2	AUDITORIA VIGENCIA 2018- FINANCIERA	12
3	AUDITORIA VIGENCIA 2018- CUMPLIMIENTO	3
4	AUDITORIA VIGENCIA 2019- FINANCIERA	10
5	AUDITORIA VIGENCIA 2019- CUMPLIMIENTO	13
6	AUDITORÍA FINANCIERA 2020	4,5
7	Actuación Especial de Fiscalización Intersectorial UARIV vigencias 2014 a 2020	1,3,4
8	AUDITORÍA FINANCIERA 2021	6,9;10

Es así como dentro del plan de mejoramiento institucional, se encuentran hallazgos vigentes a la Subdirección de Reparación Individual dentro de cuatro (4) informes de auditoria financieros; tres (3) informes de auditoría de cumplimiento y un informe de actuación especial de fiscalización.

En estos informes de auditoría, se puede observar de acuerdo con los pronunciamientos del ente de control que, las causas más comunes que generan los hallazgos a este tema son debido a:

Gestión Misional

- Reiteradas deficiencias en la aplicación oportuna y efectiva de los controles establecidos por la entidad para el manejo de los datos almacenados en las bases de datos y aplicativos de Reparación Individual. Es así como:
- No se cuenta con información actualizada, oportuna, confiable y de calidad que son esenciales en el registro y estadísticas para el control y la toma de decisiones, que permita conocer los destinatarios de los giros de las indemnizaciones,
- Falencias en el monitoreo, seguimiento y control de los procesos relacionados con el registro, manejo y unificación de Bases de Datos y aplicativos que intervienen en el proceso de reconocimiento de Indemnizaciones a las víctimas.
- Ausencia de un intercambio efectivo de información entre las dependencias vinculadas en el proceso, de tal manera que se permita validar la condición actual de las víctimas con reportes actualizados y efectuar las novedades correspondientes.
- Deficiencias en el control de la información y en la oportunidad con que se actualizan los sistemas de información de la entidad, lo cual puede generar giro de recursos a personas que no cumplen con los requisitos para percibir

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 138 de 150

- Deficiencias en los mecanismos de control aplicados por la UARIV en la verificación de los fallecidos reportados por la RNEC al momento del giro de los recursos a las entidades bancarias.
- Falencia de un adecuado control y seguimiento a los actos administrativo que ordena el pago de las indemnizaciones.

El siguiente cuadro determina el estado actual del plan de mejoramiento asociado a la Subdirección de Reparación Individual:

AUDITORIA VIGENCIA 2017- CUMPLIMIENTO									
CÓDIGO HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	CAUSA DEL HALLAZGO	ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES / DESCRIPCIÓN	ACTIVIDADES / UNIDAD DE MEDIDA	ACTIVIDADES / CANTIDADES UNIDAD DE MEDIDA	ACTIVIDADES / FECHA DE INICIO	ACTIVIDADES / FECHA DE TERMINACIÓN	OBSERVACIONES
10	Registros de la identificación personal de víctimas y destinatarios fallecidos y vigentes. La UARIV no ha adoptado estrategias para que la información relacionada con indemnización administrativa cumpla con las características de transparencia fijadas legalmente. Al verificar en la Subdirección de Reparación Individual, en los aplicativos VIVUNTO e INDEMNIZA, el pago de indemnizaciones a personas que en la Registraduría Nacional del Estado Civil - RNEC, aparecen como fallecidas, se encontraron nuevos casos en los que un número de identificación está asociado a dos personas con diferente tipo de documento; un número de documento pertenece a un menor de edad, con tipo de documento registro civil, a quien se le giró la indemnización administrativa a empuje fiduciario y el mismo número de identificación pertenece a una persona mayor de edad con tipo de documento cédula de ciudadanía quien está reportada como fallecida.	Lo anterior evidencia que no se ha actualizado datos en la base y aplicativo que son escaneados en el registro estadístico para el control y la toma de decisiones	Fortalecer el modelo de datos del sistema indemniza para controlar la inserción de datos en el mismo respecto a la información asociada a los campos de identificación de las personas.	Revisar y actualizar las novedades de nuestra auditoría sobre las tablas de personas del sistema INDEMNIZA, para prevenir posibles inconsistencias. Desarrollar las funcionalidades en el sistema indemniza, que valden para mitigar el riesgo de errores tipográficos, espacios en blanco, caracteres al momento de la digitación de los datos, duplicidad de número de identidad con diferente tipo de documento, previo al almacenamiento en la base de datos.	Informe de actualización de los registros pertenecientes a la muestra auditada. Documento modelo de datos del sistema indemniza, que mitigue el riesgo de insertar información con formato errada en los campos relacionados con la identificación de las personas.	9	2018-08-01	2019-12-31	AUDITORIA 2017- CUMPLIMIENTO. La Subdirección de Reparación Individual remite un informe en el cual se reporta la novedad de actualización de 9 casos reportados en el hallazgo.
16	Registros de destinatarios Convenio 1008 de 2015 Sobre una muestra de los no registrados se consultó en los aplicativos VIVUNTO e INDEMNIZA (42 casos en indemnización y 27 casos en empuje fiduciario). Efectivamente, se encontró que en 12 casos de indemnizaciones, la consulta por número de documento de identidad en VIVUNTO no arrojó resultado. En una segunda consulta en INDEMNIZA por otros parámetros (nombres y/o apellidos) no se permitía encontrar registros con un número de documento diferente o nombre y/o apellido diferente. Así, se estableció que los números de los documentos de identidad o los nombres o apellidos cargados en INDEMNIZA son distintos a los registrados en VIVUNTO y eventualmente en el RUV.	Esta situación se presenta debido a deficiencias en los controles de los datos y ausencia de un intercambio efectivo de información entre las dependencias involucradas en el proceso, de tal manera que se permita validar la condición actual de las víctimas con reportes actualizados y efectuar las novedades correspondientes.	Revisar el estado de reconocimiento de la indemnización frente a los miembros de las Organizaciones Populares de Vivienda en el marco del Convenio 1008 de 2015	Realizar informe de gestión sobre el convenio 1008 en el que se evidencie quienes de la base de postulantes de los OPVs logran acceder al derecho a la Indemnización y quienes no tienen derecho a la misma.	Documento informe de gestión.	1	2018/08/15	2018/12/30	AUDITORIA 2017- CUMPLIMIENTO. La Subdirección de Reparación Individual aporta informe de gestión sobre el convenio 1008 de 2015. Manifiestan que se aplicó el procedimiento definido para que los hogares de las Organizaciones Populares de Vivienda, del proyecto Ciudadela El Porvenir, accedieran a la indemnización administrativa (localizados 744 hogares según informe). Por lo tanto, se encuentra como resultado un 94% de estos hogares que fueron indemnizados, para que con ello sustente el cierre financiero de su vivienda. El restante corresponde a un 1% que se encuentra con documentación incompleta o pendiente por actualizar por parte de los hogares y 5% que no inician ruta o no

La descripción de hallazgos y causas es tomada de los informes de auditoría.

AUDITORIA VIGENCIA 2018- FINANCIERA									
CÓDIGO HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	CAUSA DEL HALLAZGO	ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES / DESCRIPCIÓN	ACTIVIDADES / UNIDAD DE MEDIDA	ACTIVIDADES / CANTIDADES UNIDAD DE MEDIDA	ACTIVIDADES / FECHA DE INICIO	ACTIVIDADES / FECHA DE TERMINACIÓN	OBSERVACIONES
12	Base de datos. Evaluada la consistencia, oportunidad y confiabilidad de la información reflejada en los sistemas de información de la UARIV, se identificaron las siguientes inconsistencias. Están 182 registros de indemnizaciones los cuales se entregaron en el primer archivo allegado por la entidad y no fueron entregados en el segundo archivo de respuesta. La suma correspondiente al valor de las indemnizaciones es de \$ 1.037.945.852,42. Existen 2.765 registros de indemnizaciones donde el ID de la víctima es 0 y fueron pagados por vía administrativa. Existen 4.208 registros donde el ID del destinatario es 0 y el ID de la víctima es 0 y fueron pagados por vía administrativa.	Lo anterior, ocasionado por deficiencias en el control de la información y en la oportunidad con que se actualizan los sistemas de información de la entidad, lo cual puede generar giro de recursos a personas que no cumplen con los requisitos para percibir	Conciliar con el RUV presente información en el aplicativo INDEMNIZA.	Identificar las inconsistencias Realizar las revisiones, homologaciones y actualizaciones de novedades sobre las tablas de personas de los aplicativos RUV INDEMNIZA. Prueba piloto para el servicio de aplicación para la Gestión de Novedades RUV en indemniza para gestionar las solicitudes de actualización Prueba piloto para el servicio de aplicación para la Gestión de Novedades RUV en indemniza para gestionar las solicitudes de actualización	Informe de calidad de datos sobre el histórico de pagos en indemniza Informes de actualizaciones realizadas en indemniza Plan de trabajo para la implementación de la prueba piloto presentada a la dirección de indemniza para gestionar la información de registro y gestión de la información Informe de la prueba piloto realizada	1	2019/07/18	2019/08/30	AUDITORIA 2018 -Financiera. La Subdirección de Reparación Integral remite informe de calidad de datos histórico de indemniza. AUDITORIA 2018 -Financiera. La Dirección de Reparación remite informe de actualizaciones realizadas en indemniza. AUDITORIA 2018 -Financiera. Se remite copia del Plan de trabajo para la implementación de la prueba piloto de integración entre las herramientas de Vivunto e indemniza. AUDITORIA 2018 -Financiera. Se evidencia Informe de implementación de la prueba piloto de integración entre las herramientas Vivunto e indemniza en el que se menciona la metodología utilizada desde el punto de vista de las novedades.

La descripción de hallazgos y causas es tomada de los informes de auditoría.

AUDITORIA VIGENCIA 2018- CUMPLIMIENTO									
CÓDIGO HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	CAUSA DEL HALLAZGO	ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES / DESCRIPCIÓN	ACTIVIDADES / UNIDAD DE MEDIDA	ACTIVIDADES / CANTIDADES UNIDAD DE MEDIDA	ACTIVIDADES / FECHA DE INICIO	ACTIVIDADES / FECHA DE TERMINACIÓN	OBSERVACIONES
3	Proceso de documentación de caso-investigación de formularios de solicitud de indemnización administrativa (DI). De las 2.052.658 víctimas que entre el 2013 y 2018, presentaron documentación completa, solo 912.913 personas, recibieron pago entre el 2013 y 2018. Las situaciones atrás referidas obedecen: La ausencia de reglamentación sobre la ruta de acceso a la indemnización administrativa. Deficiencia en el presupuesto.	Se evidencia que ante varias radiaciones de documentos, la UARIV, tiene como la fecha de solicitud la última fecha de la solicitud la última fecha de la indemnización administrativa de las víctimas, lo que genera pérdida de control.	Fortalecer la estrategia de socialización de la ruta de acceso a la indemnización administrativa de acuerdo con la normatividad vigente	Implementar la estrategia de socialización de la ruta de acceso a la indemnización administrativa Implementada	Documento de estrategia y estrategia implementada	1	2020/02/03	2020/11/30	AUDITORIA 2018 -Cumplimiento. La Oficina de Control Interno evidencia el documento donde se describe la estrategia comunicacional interna y externa debidamente firmada por la Subdirectora Técnica de Reparación Individual. El responsable de la acción entrega en un documento Word un listado de links donde se evidencia la comunicación sobre la indemnización y otros temas ministeriales de la unidad de víctimas, se tienen soportes en prensa, audio y videos. También hay evidencia de uso

La descripción de hallazgos y causas es tomada de los informes de auditoría.



PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

Código: 150,19,15-8

Versión: 08

Fecha: 25/10/2022

Página **139** de **150**[illegible]

La descripción de hallazgos y causas es tomada de los informes de auditoría.

[illegible]

La descripción de hallazgos y causas es tomada de los informes de auditoría.

[illegible]

La descripción de hallazgos y causas es tomada de los informes de auditoría.

CÓDIGO HALLAZO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZO	CAUSA DEL HALLAZO	ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES / DESCRIPCIÓN	ACTIVIDADES / UNIDAD DE MEDIDA	ACTIVIDADES / CANTIDADES/ CANTIDAD UNIDAD DE MEDIDA	ACTIVIDADES / FECHA DE INICIO	ACTIVIDADES / FECHA DE TERMINACIÓN	OBSERVACIONES
1	Pago de indemnización posterior a la fecha de defunción del beneficiario (P) (C) (P).	Diferencias en los mecanismos de control aplicados por la UARV en la verificación de los factibiles reportados por el RNEC al momento del giro de los recursos para las entidades bancarias. Asimismo, en la no aplicación de los controles establecidos con los convenios interinstitucionales suscritos con el Banco Agrario, que los mecanismos de verificación de identidad de los beneficiarios, al momento del pago de la indemnización, no fueron efectivos.	Fortalecer los puntos de control de la UARV respecto al trámite de indemnizaciones con relación a la verificación de los datos de defunción de los beneficiarios.	Implementar e integrar al consumo de un nuevo servicio en línea de la RNEC en el trámite de indemnización, para el cual se operación mensual de consulta de la fecha de defunción e incrementa la frecuencia de validación de los datos de los beneficiarios.	Informe de implementación del servicio web de validación de registratura	1	2022/04/01	2022/06/28	Acuación Especial de Fiscalización Intersectorial UARV/ vigencia 2014 a 2020. 18-07-2022. Verificados los reportes remitidos por el proceso a través de la Dirección General en el que se encuentra que la actividad se cumplió en su totalidad siempre y cuando se verificó la efectividad se realizó en próximo seguimiento.
1	En el marco de la Actividad Especial de Fiscalización a la UARV, vigencia 2014 a 2020, la COR solicitó información a la Entidad Administrativa ASIS 333 con fecha 19 de febrero de 2021 y el 19 de septiembre de 2021, en la que se requirió el diligenciamiento de una matriz en donde se informe indemnizaciones en relación con 43 casos, a declarantes que en 20 LA UARV realizó denuncias a personas reportadas como fallecidas por el RNEC, y en los otros restantes las personas fallecieron luego del desmoronamiento y figura con fecha de pago después de su muerte.	El pago realizado a personas diferentes a las beneficiarias, ocasiona que los recursos públicos no cumplan con las metas establecidas por la UARV ni los propósitos de indemnizar.	Fortalecer los puntos de control de la UARV respecto al trámite de indemnizaciones con relación a la verificación de los datos de defunción de los beneficiarios.	Implementar e integrar al consumo de un nuevo servicio en línea de la RNEC en el trámite de indemnización, para el cual se operación mensual de consulta de la fecha de defunción e incrementa la frecuencia de validación de los datos de los beneficiarios.	Informe mensual de giro analizados previos a la orden del pago / giro vigentes en Banco	6	2022/06/09	2022/12/12	Acuación Especial de Fiscalización Intersectorial UARV/ vigencia 2014 a 2020. La Oficina de Control Interno verifica los informes remitidos a la Dirección General en el que se cumple en necesario establecer si remisión de ASIS bien ha tenido impacto relevante a la restitución de los causados.
3	Para los treinta y cinco (35) casos que se señalan en la siguiente tabla, en la que la UARV realizó denuncias a las entidades.	La situación encontrada demuestra fallas en cuanto a la atención y control que le atañe a la UARV respecto a la observancia que debe tener cada uno de los bases de datos que se correlacionan al momento de reconocer indemnizaciones a las víctimas, en este caso la validación correspondiente con las bases de datos de la UARV y la falta de soporte de las acciones administrativas para agilizar las conexiones de las ineffectividades evidenciadas.	Actualizar el contenido de la interfaz del sistema Informático que el atañe a la UARV respecto a la observancia que debe tener cada uno de los bases de datos que se correlacionan al momento de reconocer indemnizaciones a las víctimas, en este caso la validación correspondiente con las bases de datos de la UARV y la falta de soporte de las acciones administrativas para agilizar las conexiones de las ineffectividades evidenciadas.	Activar en la herramienta Informática la marcación que permita habilitar la consultación de todos aquellos al reconocimiento y pago de la media de indemnización.	Informe de ajuste de activación de interfase en sistema de gestión	1	2022/02/15	2022/04/30	Acuación Especial de Fiscalización Intersectorial UARV/ vigencia 2014 a 2020. 18-07-2022. Verificados los reportes remitidos por el proceso a través de la Dirección General en el que se encuentra que la actividad se cumplió, sin embargo su efectividad se verificará en próximo seguimiento.
3	Revisión de la información suministrada por la Entidad, permitiendo evidenciar que en 87 registros de sistema Informático se encuentran inconsistencias relacionadas con los números de identificación de los destinatarios de los giros, acerca de la información reportada por las RNEC.	Disponer la base de datos dispuesta a la DIARI, con relación a los turnos asociados al reconocimiento y pago de la media de indemnización.	Incluir en la base de datos dispuesta a la DIARI, con relación a los turnos asociados al reconocimiento y pago de la media de indemnización.	Oficio de entrega de campo de la base de datos y documentos técnicos (hojas de datos y descripciones de métodos), dispuesta a la DIARI		1	2022/02/15	2022/04/30	Acuación Especial de Fiscalización Intersectorial UARV/ vigencia 2014 a 2020. 18-07-2022. Verificados los reportes remitidos por el proceso a través de la Dirección General en el que se encuentra que la actividad se cumplió, sin embargo su efectividad se verificará en próximo seguimiento.
4	Registra la información de la RNEC, no se evidencian los documentos de identidad reportados en el sistema Informático lo que representa en principio una posible lesión al patrimonio del Estado por cuantiosos recursos y siete millones ciento cuarenta mil cuatrocientos y nueve (\$447.140.099), debido a que la UARV realizó denuncias a beneficiarios que no se encuentran en los registros de la RNEC.	Fortalecer los puntos de control de procedimiento de programación de indemnización administrativa.	Actualizar el procedimiento de programación de indemnización administrativa.	Procedimiento actualizado, publicado y socializado		1	2022/04/04	2022/06/30	Acuación Especial de Fiscalización Intersectorial UARV/ vigencia 2014 a 2020. 18-07-2022. Verificados los reportes remitidos por el proceso a través de la Dirección General en el que se encuentra que la actividad se cumplió, sin embargo su efectividad se verificará en próximo seguimiento.
4	Diferencia de nombres registrados en Indermexia y la RNEC (F) (C) (P).	Establecer la medida en que se usa la implementación del modelo de novedades con el fin de garantizar el registro y control de la novedad en el proceso.	Establecer la medida en que se usa la implementación del modelo de novedades con el fin de garantizar el registro y control de la novedad en el proceso.	Desarrollo de un taller de control que de cuenta de la implementación de novedades en Indermexia.	Taller de control desplegado en ambiente operativo	1	2022/03/01	2022/06/30	Acuación Especial de Fiscalización Intersectorial UARV/ vigencia 2014 a 2020. 18-07-2022. Verificados los reportes remitidos por el proceso a través de la Dirección General en el que se encuentra que la actividad se cumplió, sin embargo su efectividad se verificará en próximo seguimiento.
4	La COR solicitó a la UARV soporte de página y el diligenciamiento de un formulario de respuesta a 234 casos, en los cuales se evidencian diferencias entre la información reportada por la Entidad al Organismo de Control y la información de la Registratura Nacional Civil - RNEC.	Implementar la capacidad de gestión y control de casos sobre los procesos relacionados con el registro, manejo y utilización de bases de datos que intervienen en el proceso de reconocimiento de indemnizaciones a las víctimas.	Implementar el modelo de gestión de novedades de WINVINO en el sistema Informático para centralizar la potenciales del flujo de la herramienta Informática de identificación de las víctimas en el RVU con el INDEMEXIA.	Informe del despliegue en ambiente operativo de la herramienta Informática que incluye el modelo de novedades		1	2022/02/14	2022/06/30	Acuación Especial de Fiscalización Intersectorial UARV/ vigencia 2014 a 2020. 18-07-2022. Verificados los reportes remitidos por el proceso a través de la Dirección General en el que se encuentra que la actividad se cumplió, sin embargo su efectividad se verificará en próximo seguimiento.
4	Para estos casos, el número de identificación asignado aparece a una persona diferente en Indermexia, tal que figura con el mismo documento de identidad, pero la cual es distinta a la que aparece en la RNEC, teniendo en cuenta que la UARV realizó denuncias a personas diferentes a los beneficiarios registrados en el sistema de información de la Entidad.	Documentar la trazabilidad y el tratamiento de los casos.	Elaborar el informe detallado de los 234 casos que presentan inconsistencia contrastando con el soporte de pago y actualizarlos en la herramienta Indermexia de ser el caso.	Informe detallado de los 234 casos con la trazabilidad y el tratamiento de los casos con el debido soporte de pago.		1	2022/02/01	2022/03/01	Acuación Especial de Fiscalización Intersectorial UARV/ vigencia 2014 a 2020. 18-07-2022. Verificados los reportes remitidos por el proceso a través de la Dirección General en el que se encuentra que la actividad se cumplió, sin embargo su efectividad se verificará en próximo seguimiento.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 140 de 150

AUDITORÍA FINANCIERA 2021									
CÓDIGO HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	CAUSA DEL HALLAZGO	ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES / DESCRIPCIÓN	ACTIVIDADES / UNIDAD DE MEDIDA	ACTIVIDADES / CANTIDADES UNIDAD DE MEDIDA	ACTIVIDADES / FECHA DE INICIO	ACTIVIDADES / FECHA DE TERMINACIÓN	OBSERVACIONES
6	Bases de datos INDEMNIZA (D) Del análisis descrito, se establece que la información almacenada en el sistema de información INDEMNIZA y la reportada por la UARIV al CORP contiene errores e inconsistencias, incumpliendo de esta manera la normatividad relacionada con las Bases de Datos, lo cual genera incertidumbre y riesgo de los pagos realizados y por realizar a víctimas o beneficiarios del conflicto armado por cantidades diferentes a las ordenadas, o pagos a personas distintas a las reconocidas, mora en la realización del pago a quienes tienen el derecho concedido.	La situación encontrada refleja que la UARIV no cuenta con información actualizada, oportuna, confiable y de calidad que permita conocer los Destinatarios de los giros de las indemnizaciones por parte de la Unidad, lo cual genera falencias en el monitoreo, seguimiento y control de los procesos relacionados con el registro, manejo y unificación de Bases de Datos que intervienen en el proceso de reconocimiento de indemnizaciones a las víctimas.	Automatizar la salida de información de fecha de nacimiento, fecha de declaración, número de documento de víctimas, fecha de reintegro en el módulo de reportes de la herramienta INDEMNIZA. Realizar seguimiento a la implementación de la funcionalidad dentro de la herramienta INDEMNIZA.	Examinar e implementar la funcionalidad dentro de la herramienta INDEMNIZA a fin de permitir la generación y descarga de los datos de información de víctimas, minimizando problemas de calidad de la información al momento de su exportación. Verificar la publicación del reporte dentro de la herramienta de indemniza en el módulo de "Reportar" a través de informe de recordó.	Informe de implementación y manual de uso.	2	2022/08/15	2022/12/20	AUDITORÍA FINANCIERA VENEZUELA 2021 SUBDIRECCIÓN DE REPARACIÓN INDIVIDUAL. 25-01-2023. La Oficina de Control Interno verificó las evidencias remitidas encontrando que la actividad propuesta se cumple. En posterior revisión se verificará la efectividad de la actividad.
									AUDITORÍA FINANCIERA VENEZUELA 2021 SUBDIRECCIÓN DE REPARACIÓN INDIVIDUAL. 25-01-2023. La Oficina de Control Interno verificó las evidencias remitidas encontrando que la actividad propuesta se cumple. En posterior revisión se verificará la efectividad de la actividad.
9	Pago a fallecidos Orden de Compra. No. 70283 de 2021 (F-D) De 11.480 actos administrativos que cuentan con giro de colocación de recursos en la vigencia 2021, se observó el reconocimiento de diez (2) de actos administrativos a destinatarios fallecidos en 12/31/2020 y 9/15/2021 por valor de \$12.828.511,4 que registran el cobro del giro a fechas 6/30/2021 y 9/09/2021, es decir posterior a la fecha de fallecimiento registrada.	Evidenciando falencia de un adecuado control y seguimiento a los actos administrativos que ordena el pago de las indemnizaciones. Lo que conlleva a un deterioro en la cantidad de \$12.828.511,4. Lo anterior por deficiencias de control por parte de la UARIV a la ejecución de la orden de compra 70283 del 2021 y por ende, afectación a los recursos de la entidad con que se financia esta orden de compra.	Fusilar los puntos de control para el trámite de indemnizaciones con relación a la verificación de la fecha de defunción de los destinatarios. Validar los estados reportados por el operador, respecto a la gestión que realiza con los casos correspondientes a repogramaciones, definiendo un diccionario de estados. Validar los estados reportados por el operador, respecto a la gestión que realiza con los casos correspondientes a repogramaciones, definiendo un diccionario de estados.	Implementar e integrar el consumo de un nuevo servicio en línea de la RNEC de la herramienta INDEMNIZA, para que el flujo de operación permita la consulta de la fecha de defunción e incrementar la frecuencia de validación de los giros disponibles en banco a tres veces por semana. Generar diccionario de estados.	Informe mensual de giros analizados previo a la orden del pago y giros vigentes en Banco	4	2022/06/09	2022/12/30	AUDITORÍA FINANCIERA VENEZUELA 2021 SUBDIRECCIÓN DE REPARACIÓN INDIVIDUAL. 25-01-2023. La Oficina de Control Interno verificó las evidencias remitidas encontrando que la actividad propuesta se cumple. En posterior revisión se verificará la efectividad de la actividad y se validará las obligaciones contractuales de los contratistas firmados.
									AUDITORÍA FINANCIERA VENEZUELA 2021 SUBDIRECCIÓN DE REPARACIÓN INDIVIDUAL. 25-01-2023. La Oficina de Control Interno verificó las evidencias remitidas encontrando que la actividad propuesta se cumple. En posterior revisión se verificará la efectividad de la actividad.
10	Inconsistencias Orden de Compra. No. 70283 de 2021 (D) La CGR evidenció que diez (10) víctimas incluidas en la base de datos de encargos fiduciarios reportada por la UARIV, se encuentran fallecidas entre las vigencias 2019 al 2021, es decir, reporto información incorrecta y errada, al presentar novedades de "Actualmente para gestión de la unidad de víctimas y en gestión diciembre 2021". La CGR evidenció que 6 víctimas incluidas en la base de datos de repogramación de giros reportada por la UARIV, se encuentran fallecidas en las vigencias 2010, 2015, 2016, 2019 y 2020, se entregó la UARIV presenta información incorrecta y errada, manifestar un estado gestión del operador del control como GESTIÓN FINALIZADA EFECTIVO	Le anterior por deficiencias de control y seguimiento a la ejecución de la orden de compra 70283 del 2021 y por ende, afectación a los recursos al reportar víctimas fallecidas sin atención a la vigencia actualizada que registran con "Actualmente para gestión de la unidad de víctimas y en gestión diciembre 2021". Reconocimiento de actos administrativos para víctimas que se están por cerrar teniendo como base la información reportada por el operador de la orden de compra, en perjuicio de la debida atención a las víctimas, llegando con presunta incidencia disciplinaria.	Realizar seguimiento implementación del diccionario de estados. Realizar cruces de niños niñas adolescentes mayores de edad antes de remitir a trámite por parte de la operación. Realizar cruces de niños niñas adolescentes menores de edad que se cuentan con encargos fiduciarios constituido actualmente. Seguimiento semestral de los NNA menores con encargos fiduciarios constituido.	Actualizar y socializar procedimiento de repogramaciones incluyendo diccionario de estados. Realizar mesa de trabajo con el operador para hacer seguimiento a la implementación del diccionario de estados y determinar futuras actualizaciones. Generar cruce con RNEC de NNA mayores de edad antes de ser enviados para trámite al operador con el fin de identificar los fallecidos y no enviarlos a gestión. Validar la totalidad la base de NNA menores constituido actualmente para identificar los que se encuentran fallecidos. Realizar seguimiento 2 veces al año con los NNA menores con encargos fiduciarios constituidos, identificando cuales se encuentran fallecidos.	Diccionario de estados Procedimiento actualizado y socializado. Acta de reunión con compromisos. Informe mensual NNA que cumplieron mayoría de edad consultados y especificando los susceptibles de colocar pago. Informe de avance mensual de menores consultados, especificando los fallecidos. Informe de seguimiento semestral de NNA menores con encargos fiduciarios que fueren consultados y su resultado.	1 2 1 4 12 2	2022/07/19 2022/08/01 2022/11/30 2022/08/00 2022/08/15 2023/02/06	2022/08/01 2022/10/31 2022/12/20 2022/12/05 2023/08/05 2023/08/05	AUDITORÍA FINANCIERA VENEZUELA 2021 SUBDIRECCIÓN DE REPARACIÓN INDIVIDUAL. 25-01-2023. La Oficina de Control Interno verificó las evidencias remitidas encontrando que la actividad propuesta se cumple. En posterior revisión se verificará la efectividad de la actividad. AUDITORÍA FINANCIERA VENEZUELA 2021 SUBDIRECCIÓN DE REPARACIÓN INDIVIDUAL. 25-01-2023. La Oficina de Control Interno verificó las evidencias remitidas encontrando que la actividad propuesta se cumple. En posterior revisión se verificará la efectividad de la actividad. AUDITORÍA FINANCIERA VENEZUELA 2021 SUBDIRECCIÓN DE REPARACIÓN INDIVIDUAL. 25-01-2023. La Oficina de Control Interno verificó las evidencias remitidas encontrando que la actividad propuesta se cumple. En posterior revisión se verificará la efectividad de la actividad. AUDITORÍA FINANCIERA VENEZUELA 2021 SUBDIRECCIÓN DE REPARACIÓN INDIVIDUAL. 17-01-2024. La Oficina de Control Interno no tiene evidencia de la efectividad de la actividad, en la medida que el uso del diccionario o la actualización y socialización de los expedientes garantizan el retro a control de las causas de las víctimas. SUBDIRECCIÓN DE REPARACIÓN INDIVIDUAL. 17-01-2024. La Oficina de Control Interno no tiene evidencia de la efectividad de la actividad, en la medida a que la realización de un informe de seguimiento semestral garantiza el retro a control de las causas que dicen como

La descripción de hallazgos y causas es tomada de los informes de auditoría.

Existen treinta y un (31) actividades vigentes dentro del plan de mejoramiento institucional de la UARIV asociados a la Subdirección de Reparación Individual de las cuales, su énfasis de mejora consiste en:

- Realizar la actualización de la información.
- Fortalecer el modelo de datos del sistema Indemniza para controlar la inserción de datos en el mismo, respecto a la información asociada a los campos de identificación de las personas.
- Conciliar con el RUV la información que presente inconsistencias en el aplicativo INDEMNIZA.
- Fortalecer la estrategia de socialización de la ruta de acceso a la indemnización administrativa de acuerdo con la normatividad vigente.
- Actualización de la lógica (algoritmos) de liquidación del hecho Desplazamiento Forzado en la herramienta Indemniza.
- Automatizar la salida de información de fecha de nacimiento, fecha de declaración, numero de documento de víctimas, fecha de reintegro en el módulo de reportes de la herramienta indemniza.
- Realizar seguimiento a la implementación de la funcionalidad dentro de la herramienta indemniza/ Realizar seguimiento a implementación del diccionario de estados.
- En cuanto al pago de indemnización posterior a la fecha de defunción del beneficiario, las

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 141 de 150

acciones son:

Implementar al interior del aplicativo Indemniza administrado por la Subdirección de Reparación Individual - SRI, los mecanismos para fortalecer la periodicidad en los cruces con la RNEC de acuerdo con el servicio dispuesto por la Subdirección Red Nacional de Información.

Fortalecer los puntos de control para el trámite de indemnizaciones con relación a la verificación de fecha de defunción de los destinatarios.

Ampliar el contenido de la interfaz del sistema Indemniza para que se visualice claramente la información del titular del reconocimiento de la medida de indemnización y el tutor asociado al mismo para efectos del cobro.

Disponer la base de datos a la DIARI, con relación a los tutores asociados al reconocimiento y pago de la medida de indemnización.

- Seguimiento semestral de los NNA menores con encargo fiduciario constituido. /Realizar cruces de niños niñas y adolescentes mayores de edad antes de remitir a trámite por parte de la operación.

Del seguimiento de estas treinta y un (31) actividades para el segundo periodo del año 2024 el cual fue evaluado en el mes de enero de 2025, se encontró que todas las actividades fueron reportadas y por tanto, se consideran cumplidas, no obstante, al realizarse la auditoria de gestión a la Subdirección de Reparación Individual, se observa que siguen presentándose las mismas causas que generaron los hallazgos como lo son la falta de automatización y de interoperabilidad de los sistemas de información por cuanto por parte de la Oficina de Control Interno, las actividades seguirán abiertas dentro del Plan de Mejoramiento Institucional. Se verificará en posteriores seguimientos las actividades con el fin de que se replanteen nuevas que tiendan a subsanar los hallazgos y que a su vez den cumplimiento al ordenamiento legal correspondiente al Gobierno Digital.

CAUSA DE LOS HALLAZGOS

Como se manifestó con anterioridad, los hallazgos generados por la Contraloría de la República al tema de Reparación Individual (SRI) se enfocan técnicamente en las falencias y debilidades en la actualización oportuna, confiable y de calidad de la información de los sistemas de información de la

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 142 de 150

SRI (Bases de datos, aplicativos, sistemas) y que contienen a todas las víctimas susceptibles de pago por indemnización administrativa.

Las deficiencias de actualización que conlleven a afectar información oportuna, confiable y de calidad sobrelleva riesgos relevantes para la entidad. La información obsoleta o equivocada puede llevar a decisiones erradas en la toma de decisiones afectando desde el nivel estratégico hasta el nivel misional. Lo anterior, sufre una ineficiencia operativa y pérdida en la credibilidad de la información afectando o dañando la reputación de la entidad al generarse información de mala calidad y exponerla a riesgos de seguridad de la información como amenazas internas y externas de pérdida de datos, ataques cibernéticos y demás. Ante esto, el incumplimiento legal es latente y evidente acarreado a los servidores connotaciones disciplinarias, fiscales y hasta penales, por cuanto se considera como una gestión antieconómica que traduce en un riesgo fiscal definido según la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 6, el Riesgo Fiscal como el: “*Efecto dañoso sobre recursos públicos o bienes o intereses patrimoniales de naturaleza pública, a causa de un **evento potencial***”. Subrayado fuera de texto. Lo anterior, debido al manejo de los recursos públicos que se utilizan para el diseño e implementación de los sistemas de información.

La política de seguridad digital establecida en el numeral 3.4.2 de la dimensión 3: Gestión con valores para resultados del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG -, establece entre sus “criterios diferenciales para la Política de Seguridad Digital “ el establecimiento de un Modelo de Gestión de Riesgos de Seguridad Digital del cual dentro de la Unidad se traduce en el “*PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN 2025*” Código: 140,06,07-5 GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Versión: 02 MANUALES, LINEAMIENTOS O METODOLOGÍAS Fecha: 31/01/2025.

El presente Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad de la Información tiene como objetivo principal definir y priorizar las medidas necesarias para mitigar estos riesgos, asegurando así la continuidad de las operaciones y la protección de los datos sensibles. Para ello, se establecen controles y planes de tratamiento específicos destinados a gestionar eficazmente los riesgos identificados.

Además, el plan contempla la asignación de responsables y recursos necesarios para implementar y mantener estas medidas de manera efectiva, promoviendo una cultura de seguridad en toda la entidad. Este enfoque integral garantiza que todos los miembros de la organización estén comprometidos con la seguridad de la información y contribuyan activamente a la protección de los activos críticos.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 143 de 150

En cuanto al Plan de Tratamiento de Riesgos del proceso de Reparación Integral, se identifica un riesgo de nivel residual alto. Lo anterior, aplica para todos los sistemas de información utilizados en este proceso.

7.1.1 Reparación integral

En relación con el proceso de Reparación Integral se identificó un (1) riesgo con nivel de severidad residual "Alto":

Redacción del riesgo	Nivel de Severidad Inherente	Nivel de Severidad Residual	Tratamiento	Comentario Tratamiento
Posibilidad de pérdida económica y reputacional por divulgación o alteración no autorizada de los sistemas de información y/o la información sensible registrada en documento físico o digital a la que se tiene autorización de acceso (Activos críticos asociados), debido a vandalismo o hurto, por ausencia o insuficiencia de controles de acceso al archivo digital, acciones involuntarias y/o deliberadas de usuario por ausencia o insuficiencia en la gestión de eventos de monitoreo o por almacenamiento de información sin protección, acceso no controlado a información sensible / confidencial, desconocimiento de los procedimientos y controles de Seguridad de la Información y/o por omisión o inadecuado proceso de identificación y calificación de los activos de información. *Activos críticos asociados al proceso de Reparación Integral.	Alto	Alto	Reducir - Mitigación	Se define planes de acción adicionales con el fin de evitar la materialización del riesgo.

Tabla No.2 – Riesgo identificado del proceso de Reparación Integral

Fuente: Plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información 2025

Así mismo, la gestión del riesgo fijada dentro de este plan para el anterior riesgo es el siguiente:

Adicionalmente, el Proceso de Reparación Integral definió el siguiente plan de acción para el tratamiento del riesgo identificado:

Plan de Acción	Fecha Inicio	Fecha Fin	Responsable
El Proceso de Reparación Integral asistirá y participará en las capacitaciones brindadas por la Oficina de Tecnología de Información (OTI), cada vez que se programen con el fin de dar cumplimiento a la implementación de la política del Sistema de gestión de Seguridad y Privacidad de la información para la prevención de riesgos de seguridad digital y apropiación de conocimientos del SGSI. Evidencia: Listas de asistencia de participación del proceso. (A.6.3)	2/01/2025	31/12/2025	Equipo de Gestión Integral en la Dirección de reparación Integral.

Tabla No.4 – Plan de acción establecido en la gestión de riesgos de Seguridad de la Información del proceso de Reparación Integral

Fuente: Plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información 2025

Los Controles identificados se enfocan hacia: 1. la socialización a los colaboradores para que hagan uso responsable en el acceso y manejo de la información cada vez se realicen ajustes; 2. Suscribe un "Acuerdo de Confidencialidad" con cada uno de los funcionarios y/o contratistas y/o operadores del Proceso, cuando se requiere acceder a los Sistemas de información y/o Servicios TI, en las que

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 144 de 150

se procesa y/o almacena la información de la Entidad y 3. Mensajes automáticos de notificación cada vez que el usuario realiza actividades de insertar, actualizar, modificar o eliminar, para que el usuario confirme la acción a realizar.

Si bien el plan de acción establecido y los controles identificados para prevenir y detectar la materialización de los riesgos de sistemas de información, cumplen según la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 6, esto no es contundente para reducir o mitigar el riesgo identificado. Para que el Plan de acción que de tratamiento al riesgo y los controles valorados sean efectivamente contundentes, deben funcionar de manera coordinada y ser objeto de una evaluación continua de su diseño y ejecución, situación que al parecer no se presenta.

Pero más allá de identificar riesgos y establecer controles para la pérdida de información, hurto, vandalismo, ausencia o deficiencia de controles, desconocimiento de procedimientos y demás, que alimentan los riesgos inherentes de seguridad de la información fijados en la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 6 en el numeral “6.2. Identificación del riesgo: Pérdida de la confidencialidad /Pérdida de la integridad/Pérdida de la disponibilidad”, y que el Plan de Acción para su tratamiento sea solo la asistencia y participación a capacitaciones de la OTI, se considera que los sistemas de información debe tener un mapeo priorizado y relevante de los riesgos, sin demeritar el identificado por el proceso de Reparación Integral en el “Plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información 2025” y que la identificación del riesgo prioritario, el tratamiento y la valoración del control preventivo, detectivo y correctivo debe ir orientado a la interoperabilidad de la información en procura de lograr un sistema de información que tenga como principio de gestión el expediente único de la víctima.

Concordante con lo anteriormente expuesto, la Oficina de Control Interno en su último informe de seguimiento al Plan de mejoramiento de la CGR¹³ se ha pronunciado al respecto de la siguiente manera:

Sistemas de Información

La Contraloría ha observado deficiencias en el control de la información y en la oportunidad con que se actualizan los sistemas de información de la entidad. Esta ha sido una constante en la UARIV por cuanto la falta de control, actualización de los sistemas de información que coadyuvan a agilizar la prestación de los servicios que presta la Unidad generan inconsistencias de información que conllevan a debilidades y hallazgos por falta de certeza de la misma. Frente a esto la Oficina de Control Interno durante sus auditorias refuerza pronunciando al respecto en cuanto no observa unificación y planificación de los criterios y

¹³ Informe seguimiento plan de mejoramiento CGR 31122024

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 145 de 150

necesidades tecnológicas, lo cual puede impedir y limitar a la Entidad a un crecimiento evolutivo y progresivo con el propósito de apalancar y contribuir al cumplimiento de los objetivos, teniendo en cuenta como principal situación la integración e interoperabilidad de la información no solamente a nivel interno si no con otras entidades del Estado.

Interoperabilidad del Sistema INDEMNIZA

Muestra del tema anterior, se trae a colación el Sistema de Información INDEMNIZA que opera la Dirección de Reparación para realizar el pago de indemnizaciones la cual ha sido sujeto de hallazgos del ente de control al manifestar que la misma contiene errores e inexactitudes, incumpliendo de esta manera la normatividad relacionada con sistemas de información y por ende también de las Bases de Datos de las cuales se descarga dicho sistema, lo cual genera riesgo de pagos a víctimas del conflicto armado por cantidades diferentes a las ordenadas, o pagos a personas distintas a las reconocidas, o mora en la realización del pago a quienes tienen el derecho concedido. Es el denominado pago de indemnización a fallecidos.

RECOMENDACIONES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

Es de anotar que la Subdirección de Reparación Individual quien es el directamente responsable de las actividades fijadas dentro del plan de mejoramiento, suscribió especialmente actividades como automatización de información de víctimas indemnizada, fortalecer la periodicidad en los cruces con la RNEC, análisis del estado de la información contenida en las bases de datos histórico de pagos, fortalecer los puntos de control para el trámite de indemnizaciones con relación a la verificación de fecha de defunción de los destinatarios, seguimiento semestral de los NNA menores con encargo fiduciario constituido, entre otros, esto como propuesta de mejora para eliminar las causas que generaron los hallazgos.

No obstante, lo anterior, y como se ha manifestado con anterioridad, la ausencia de herramientas tecnológicas que faciliten la interoperabilidad de los datos gestionados por los sistemas de información vinculados a la Subdirección de Reparación Individual del proceso de Reparación Integral impide la unificación de la información. Esto limita la eficiencia y el control sobre los datos ingresados en las distintas bases, afectando la exactitud necesaria para una adecuada toma de decisiones.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno en ejercicio de su rol de enfoque hacia la prevención emite las siguientes recomendaciones con el fin de que se minimice el riesgo que obstaculizan la gestión de la misionalidad y supere las debilidades que dan origen a los hallazgos de la Contraloría General de la República.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 146 de 150

- a. Fortalecer el mapa de riesgos de la Subdirección de Reparación Individual para identificar, tratar y controlar los riesgos que actualmente no están incluidos en el mapa de riesgos institucional.
- b. Utilizando las metodologías institucionales para el tratamiento de riesgos, teniendo en consideración que la Subdirección de reparación Individual a través del proceso de Reparación Integral gestiona recursos públicos y tiene establecidas metas para lograr, se recomienda la identificación de riesgos fiscales ya sea por el manejo antieconómico de los recursos o por el no logro de las metas que genera una gestión deficiente, los cuales también se constituyen en riesgos fiscales.
- c. Fortalecer el sistema de información de la Subdirección de Reparación Individual y que sea interoperable con los demás sistemas del proceso tanto de reparación integral como de otros procesos de la Unidad, incluyendo, en lo posible, la aplicación de inteligencia artificial.
- d. Evaluar la implementación de la automatización de datos, buscando lograr, mediante interacciones, la unificación permanente de la información para mejorar la eficiencia y la calidad de la información gestionada en los sistemas utilizados por la Subdirección de Reparación Individual
- e. Implementación de métodos y de procesos que permitan evidenciar de manera constante un seguimiento y control a los cambios que se realizan en la data utilizada en los sistemas de información a través de las auditorías con el fin de regular y determinar si los cambios son efectivos o son intervenciones indebidas.
- f. Por último, y no el menos importante, es el mantenimiento y conservación de la gestión documental completa, integral y actualizada de la gestión misional de la Subdirección de Reparación Individual como de la supervisión contractual de este, dado que el no tenerlo genera riesgos inherentes.

9. RESULTADOS DE LOS LOGROS DE GESTIÓN

El resultado de la gestión de la Subdirección de Reparación Individual, dentro de la evaluación por dependencias, obtuvo un logro del 9,67/10.00

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 147 de 150

10. CONCEPTO DE AUDITORIA

La Oficina de Control Interno ha realizado la auditoría al Sistema de Control Interno (SCI) del proceso de Reparación Integral – Subdirección de Reparación Individual, en cumplimiento de sus funciones legales establecidas en la Ley 87 de 1993, el Decreto 943 de 2014 y en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG). La evaluación se enfocó en la gestión realizada durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024.

Una vez finalizado el proceso auditor a la gestión de la Subdirección de Reparación Individual, y tras evaluar los componentes del Sistema de Control Interno (SCI), el diseño y efectividad de los controles del mapa de riesgos, el cumplimiento de funciones, la ejecución del plan de acción y otros aspectos relevantes, el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno emite el siguiente concepto:

La evaluación integral del Sistema de Control Interno de la Subdirección de Reparación Individual arroja una calificación consolidada de 66.51 sobre 100, lo que sitúa su desempeño en un nivel "Medio". Si bien se reconocen fortalezas significativas en la operación diaria y en la consecución de metas misionales, se han identificado debilidades estructurales y observaciones importantes que limitan su efectividad global y requieren atención prioritaria. A continuación, se presenta una síntesis de los hallazgos que fundamentan este concepto.

Aspectos Sobresalientes (Fortalezas)

La gestión de la Subdirección evidencia capacidades notables y resultados positivos en actividades clave:

- **Competencia y Ejecución:** Los equipos de trabajo demuestran un sólido conocimiento y manejo de procedimientos misionales críticos, como los de pago y reprogramación de indemnizaciones. Asimismo, se ejerce un control efectivo sobre actividades tercerizadas.
- **Diseño de controles de Riesgos Institucionales:** Los controles diseñados para los riesgos de gestión y corrupción en el mapa institucional son calificados como "fuertes", y su ejecución es total y efectiva, demostrando un cumplimiento riguroso de la metodología, con los riesgos identificados, sin embargo, se deben documentar los demás riesgos que pueden afectar el proceso.
- **Cultura de Control y Mejora:** Se identificaron controles adicionales proactivos no documentados y acciones de mejora continua, lo que refleja una iniciativa interna por optimizar la gestión. Las variables de "Control" y "Mejora o Valor Agregado" no fueron calificadas como debilidades.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 148 de 150

- Logros Cuantitativos y Operativos: La Subdirección manejó un alto volumen de gestión, incluyendo la solución de más de 124,000 solicitudes, la emisión de 33,715 actos de indemnización y la ejecución de un presupuesto superior a 2.7 billones de pesos, con un 98% destinado directamente a la misionalidad. Adicionalmente, se destaca la superación de metas de productividad en procesos gestionados por operadores externos.

Debilidades del Sistema de Control Interno (Hallazgos)

A pesar de las fortalezas, el sistema presenta deficiencias significativas que impactan su eficacia y confiabilidad:

1. Desactualización de Procedimientos (Debilidad 1): Existe una falta de actualización en procedimientos clave, lo que genera inconsistencias entre la operación real y la documentación formal, afectando la estandarización y la gestión del conocimiento.
2. Carencia de Modelos de Gestión Robustos (Debilidades 2 y 3): Se evidencia la ausencia de un modelo de medición (indicadores) y un mapa de riesgos (más allá del institucional) que sean utilizados sistemáticamente para la toma de decisiones gerenciales.
3. Incumplimiento del Plan de Acción (Debilidades 4): Se observan desviaciones (tanto por encima como por debajo) en el cumplimiento de las metas del plan de acción, lo que denota debilidades en la planeación y programación.

4. Deficiencias en Sistemas de Información (Debilidades 5, 6 y 7):

Falta de Automatización: La alta dependencia de procesos manuales en operaciones de misión crítica aumenta el riesgo de errores y manipulación de datos.

Falta de Interoperabilidad: La desarticulación entre los sistemas de información (MAARIV, INDEMNIZA, RUV) impide una gestión integrada y eficiente de los datos de las víctimas.

Ausencia de Auditoría de Datos: No se realiza un seguimiento y análisis a los registros (logs) de los sistemas, lo que impide detectar cambios no autorizados o indebidos en la información.

Los cuales se relacionan con los hallazgos de la Contraloría General de la República sobre el tema.

5. Gestión de PQR (Debilidades 8)

Se presenta un incumplimiento crítico en los tiempos de respuesta de las PQR, con más de 20,000 casos fuera de los términos legales, lo que contraviene la normativa y afecta el derecho de petición de las víctimas.

Observaciones Relevantes

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 149 de 150

Adicionalmente, se formulan las siguientes observaciones que, sin ser debilidades críticas, deben ser gestionadas:

- **Responsabilidad del Sistema de Control Interno:** Se recuerda la responsabilidad directa del líder del proceso en la aplicación, calidad y eficacia del control interno en su dependencia, conforme a la Ley 87 de 1993,
- **Provisión de Información:** Se observaron demoras en la entrega de evidencias durante la auditoría, lo que dificulta la evaluación oportuna y completa. Se deben adoptar medidas para garantizar la provisión de información a tiempo.
- **Cumplimiento Parcial de Funciones:** Se identificó que 3 de las 9 funciones asignadas a la dependencia presentan un cumplimiento parcial, y se recomienda una revisión normativa de dos funciones que podrían estar desactualizadas, por cambios en la ley.
- **Gestión de Proveedores:** Es necesario atender las dificultades operativas reportadas por los contratistas (Orden de Compra 123217-2023) para optimizar la gestión tercerizada.

La Subdirección de Reparación Individual demuestra una sólida capacidad operativa para cumplir con su misión principal de indemnizar a las víctimas del conflicto armado, respaldada por un equipo competente y logros cuantitativos importantes. Sin embargo, su Sistema de Control Interno es parcialmente efectivo.

Las debilidades estructurales en la formalización y actualización de sus herramientas de gestión (procedimientos, indicadores, riesgos), las deficiencias en la gobernanza de sus sistemas de información y el crítico incumplimiento en la gestión de PQR, representan riesgos significativos para la eficiencia, la transparencia y la seguridad jurídica de sus operaciones.

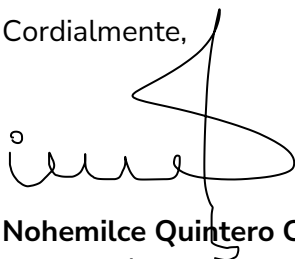
En materia de los hallazgos y las acciones de mejora incorporadas en el plan institucional de mejoramiento se tiene que la Subdirección de Reparación Individual es la directamente responsable de las actividades fijadas dentro del plan de mejoramiento, suscribió especialmente actividades como automatización de información de víctimas indemnizada, fortalecer la periodicidad en los cruces con la RNEC, análisis del estado de la información contenida en las bases de datos histórico de pagos, fortalecer los puntos de control para el trámite de indemnizaciones con relación a la verificación de fecha de defunción de los destinatarios, seguimiento semestral de los NNA menores con encargo fiduciario constituido, entre otros, esto como propuesta de mejora para eliminar las causas que generaron los hallazgos.

Por lo anterior, se reitera la recomendación de elaborar e implementar un Plan de Mejoramiento integral y riguroso que aborde las causas raíz de cada una de las nueve debilidades y cinco

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

observaciones señaladas en este informe, con el fin de fortalecer el Sistema de Control Interno y asegurar una gestión pública alineada con los principios de eficacia, economía y celeridad.

Cordialmente,



Nohemilce Quintero Cetina
Auditor Líder



Carlos Arturo Ordoñez Castro
Jefe Oficina de Control Interno

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