

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 1 de 127

INFORME FINAL DE AUDITORIA PROCESO DE REPARACIÓN INTEGRAL – SUBDIRECCIÓN DE REPARACIÓN COLECTIVA

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

Nombre del Proceso:	Reparación Integral – Subdirección de Reparación Colectiva
Dependencia líder:	Dirección de Reparación
Responsable del Proceso:	Zoraida Hernández Pedraza – John Fredy Melgarejo Cantor
Tipo de auditoría realizada:	De primera parte, efectividad del sistema de control interno
Fecha de auditoría:	Del 20 de marzo al 27 de junio de 2024
Equipo Auditor:	Ana Sofia Iregui - Auditor Líder Deisy Carolina Díaz – Auditor Maria Constanza Barco – Auditor William Arturo Márquez - Auditor Basco German Ricaurte Guerra – Auditor Jose de Jesús Gutiérrez – Auditor Liliana Marcel Criales Rincon - Auditora

1. OBJETIVO DE LA AUDITORIA

La auditoría tiene como objetivo evaluar el sistema de control interno al proceso Reparación Integral – Subdirección de Reparación Colectiva, 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 o 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 GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 2 de 127

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

Para la presente auditoría se evalúa la gestión de la Subdirección de Reparación Colectiva, como parte del proceso Reparación Integral, desde el 1° de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre del mismo año.

3. GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR

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

Por lo demás, el trabajo mancomunado con el auditado y la claridad en las actividades permiten que el proceso se cumpla dentro de los plazos y cronogramas establecidos. Por último, los servidores que atienden la auditoría tienen claridad de este tipo de procesos y brindan la colaboración esperada, contribuyendo con ello a crear un clima de confianza y respeto; sin embargo, es importante fortalecer los aspectos internos dentro del proceso que permitan una comunicación efectiva y garanticen la entrega oportuna de la información, así como el cargue de las evidencias, de acuerdo con los requerimientos realizados y las actividades desarrolladas por el equipo, permitiendo reflejar un amplio compromiso con el desarrollo de las evaluaciones y la mejora continua del sistema de control interno.

4. METODOLOGIA UTILIZADA

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 3 de 127

5. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

Con el propósito de contextualizar los resultados e información presentada a continuación, en el marco de la auditoría interna al proceso de Reparación Integral, con respecto a las funciones desarrolladas por la Subdirección de Reparación Colectiva, la cual hace parte del proceso misional en mención, se debe tener en cuenta la normatividad que da origen a su creación como dependencia; la cual se relaciona a continuación:

La Ley 1448 de 2011 *"Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones."*, establece en su capítulo XI Otras Medidas de Reparación, lo siguiente:

Artículo 151. Reparación Colectiva. El gobierno nacional a través de la Unidad para las Víctimas incorporará en el Plan Nacional de Atención y Reparación Integral a Víctimas, el Programa de Reparación Colectiva que contemple a los sujetos étnicos, sujetos campesinos afectados en el marco del conflicto armado interno: (...)

Por su parte, el Decreto 4802 de 2011 Por el cual se establece la estructura de la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, determina en su artículo 3° como una función de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, la siguiente:

14. Implementar el Programa de Reparación Colectiva en los términos de los artículos 151 y 152 de la Ley 1448 de 2011.

Decreto 1084 de 2015 Sector de Inclusión Social y Reconciliación *"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Inclusión Social y Reconciliación"*, establece en el artículo 2.2.7.8.1:

Artículo 2.2.7.8.1 Reparación colectiva. Entiéndase por reparación colectiva el conjunto de medidas a que tienen derecho los sujetos colectivos que hayan sufrido alguno de los eventos definidos en el artículo 151 de la Ley 1448 de 2011, las cuales comprenderán medidas de restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición, en los componentes político, material y simbólico. La reparación colectiva estará dirigida al reconocimiento y dignificación de los sujetos de reparación colectiva, la recuperación psicosocial, a la inclusión ciudadana como sujetos plenos de derecho, a la reconstrucción del tejido social, a la reconstrucción de confianza de la sociedad en el Estado en las zonas y territorios afectados por el conflicto armado, a la recuperación y/o fortalecimiento de la institucionalidad del Estado Social de Derecho para la consecución de la reconciliación nacional y la convivencia pacífica.

De acuerdo con lo anterior, el área desarrolla su gestión a través de 5 fases que conforman la ruta de reparación colectiva, correspondientes a: Identificación, Alistamiento, Diseño y Formulación del

PIRC, Caracterización del Daño e Implementación del Plan. A continuación, se presentan algunas cifras representativas en este contexto, confirmadas en el ejercicio de la auditoría:

Número de Sujetos de Reparación Colectiva histórico 2013-2024 y su relación por cada fase de la ruta:

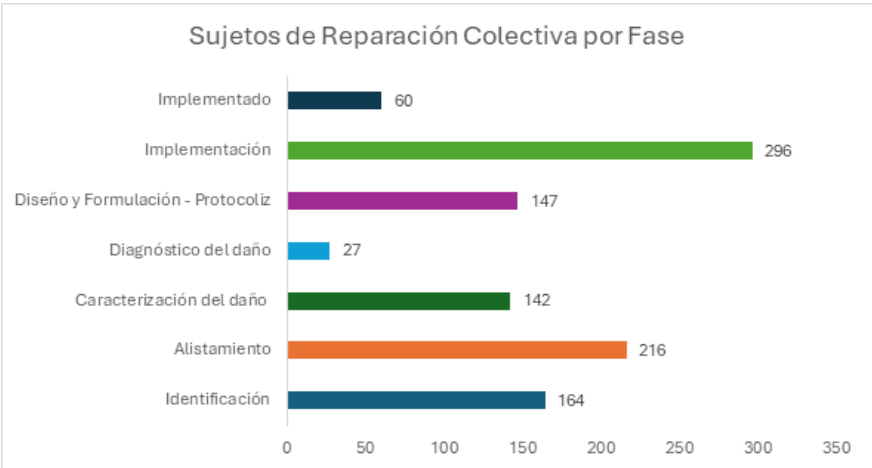
FASES Y CANTIDADES P I R C AÑOS 2013 A 2024 UARIV									
AÑO	IDENTIFICACIÓN	ALISTAMIENTO	CARACTERIZACIÓN DEL DAÑO	DIAGNOSTICO DEL DAÑO	DISEÑO Y FORMULACIÓN	IMPLEMENTACIÓN	IMPLEMENTADO	TOTAL	% X AÑO
2013	0	0	0	0	0	23	18	41	3,90%
2014	0	0	0	0	4	42	30	76	7,22%
2015	7	30	26	6	29	104	12	214	20,34%
2016	4	24	27	2	28	54	0	139	13,21%
2017	7	21	21	5	30	37	0	121	11,50%
2018	20	38	26	6	18	33	0	141	13,40%
2019	7	18	6	1	9	3	0	44	4,18%
2020	3	7	5	2	3	0	0	20	1,90%
2021	4	11	12	1	0	0	0	28	2,66%
2022	9	37	8	2	6	0	0	62	5,89%
2023	32	29	11	2	20	0	0	94	8,94%
2024	71	1	0	0	0	0	0	72	6,84%
TOTAL	164	216	142	27	147	296	60	1.052	100,00%
%	15,59%	20,53%	13,50%	2,57%	13,97%	28,14%	5,70%	100,00%	

Fuente: Subdirección de Reparación Colectiva

Número de Sujetos de Reparación Colectiva a diciembre de 2024 y su relación por cada fase de la ruta:

Por fase	No. SRC	Porcentaje
Identificación	164	15,59%
Alistamiento	216	20,53%
Caracterización del daño	142	13,50%
Diagnostico del daños	27	2,57%
Diseño y formulación - protocolizacion	147	13,97%
Implementación	296	28,14%
Implementado	60	5,70%
Totales	1052	100,00%

Fuente: Elaboración propia



 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 5 de 127

De acuerdo con la información anterior, se puede observar que a diciembre 2024 se cuenta con 1052 SRC, de los cuales 164 se encuentran en fase de Identificación, 216 en fase de Alistamiento, 142 en fase de Caracterización del Daño, 27 en Diagnóstico del daño, 147 en Diseño y Formulación, 296 en Implementación y 60 en fase Implementado.

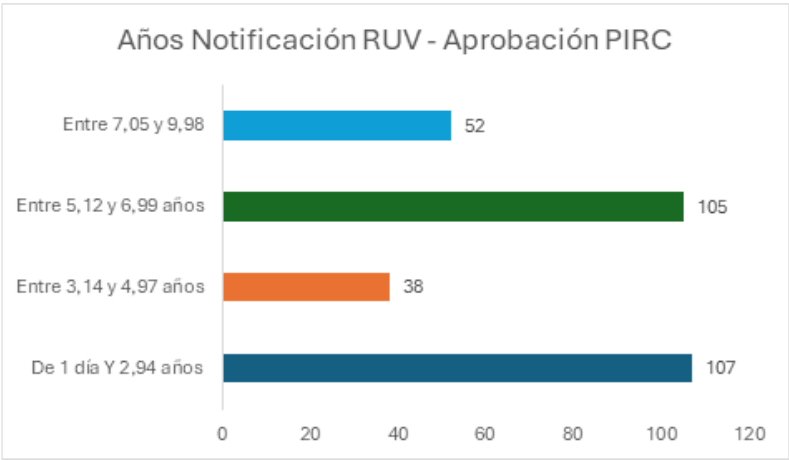
Ello significa que de los 1052 SRC que se encuentran registrados para iniciar la ruta de reparación, 356 cuentan con un Plan de Reparación Colectiva, en implementación o implementado, los cuales corresponden a un 34%. Con respecto a los PIRC que fueron cerrados en 2024, estos corresponden a 3, de acuerdo con información suministrada por el profesional que atendió la auditoría, en el ejercicio de verificación de los procedimientos.

Teniendo como base el análisis anterior, es importante revisar el tiempo transcurrido entre dos de las que se consideran las principales etapas o momentos de la ruta, con el fin de comprender las cifras antes expuestas, las cuales demuestran un porcentaje de aprobación e implementación de los PIRC, por debajo del 50%, con respecto al número de SRC ya identificados a la fecha; a continuación se presenta una relación de años transcurridos, desde la notificación de inclusión en el RUV, hasta la fecha de aprobación del PIRC. Esta información es parte la enviada por el proceso en el marco de la presente auditoría se relacionan 1102 registros a marzo 2025.

Años Transcurridos Entre Notificación RUV y la Aprobación del PIRC

Rangos de Tiempo	Número de PIRC
Datos Negativos	53
Registros cuya fecha de notificación es la misma que la aprobación	3
De 1 día y 2,94 años	107
Entre 3,14 y 4,97 años	38
Entre 5,12 y 6,99 años	105
Entre 7,05 y 9,98	52
No Aplica (No se ha aprobado el PIRC)	744

Fuente: Elaboración propia



 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 6 de 127

Se evidencian 53 registros con información negativa, es decir, cuya fecha de aprobación del PIRC es anterior a la fecha de notificación de inclusión del SRC en el RUV; lo cual no es técnicamente posible y evidencia la necesidad de revisar en qué datos se encuentra el error y determinar el plan de acción para corregirlo y evitar que se vuelva a presentar, con el fin de garantizar que se cuente con información real y confiable, para la toma de decisiones, la elaboración de análisis y la generación de reportes con calidad y confiabilidad.

La información de la tabla permite inferir que desde que el SRC es notificado e inicia la ruta de reparación en la fase de Identificación) hasta que se da la aprobación del Plan, transcurren aproximadamente entre 3 y 9 años. Ello ocurre, según lo expuesto por los profesionales auditados, porque algunas variables en el proceso pueden afectar de forma negativa los tiempos de la ruta, entre las más significativas se encuentran:

- i. Insuficiencia de recursos para el desarrollo de las fases, lo que implica focalizar los SRC en cada vigencia.
- ii. Participación de otras entidades, como responsables de implementación de acciones dentro del Plan.
- iii. Dificultad para llegar a acuerdos con el sujeto, en el proceso de definición de las acciones.
- iv. Complejidad de la logística requerida para desarrollar las etapas de la ruta.

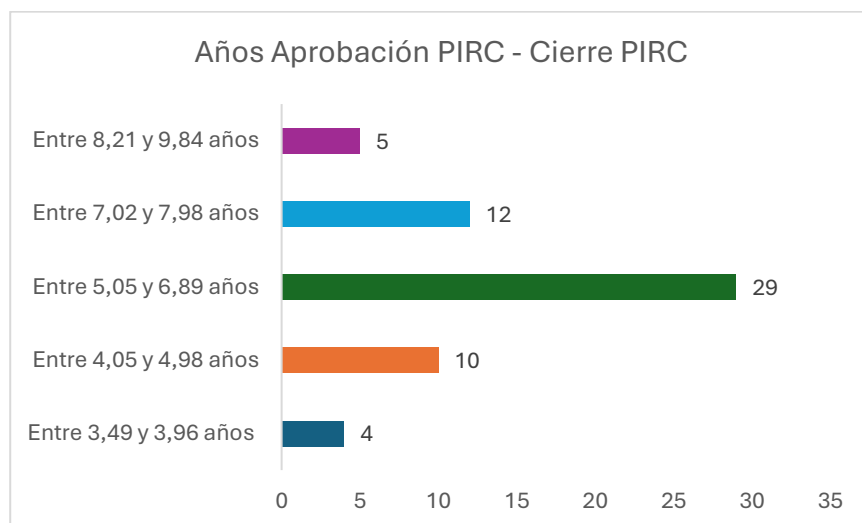
Tiempo entre la fecha de aprobación y la fecha de cierre del PIRC:

Teniendo en cuenta que el tiempo, es una de las variables o factores que más incide de forma negativa el proceso de la reparación a sujetos colectivos desde su identificación hasta la implementación de los planes, a continuación, se presenta una relación del tiempo transcurrido entre la fecha de aprobación de los PIRC, hasta la fecha de cierre de los mismos. Es importante tener en cuenta que este dato solo se tiene para 60 sujetos de los 1052 registros, dado que a diciembre 2024 solo se contaba con 60 SRC en estado “Implementado”.

Rangos de tiempo	Número de PIRC
Entre 3,49 y 3,96 años	4
Entre 4,05 y 4,98 años	10
Entre 5,05 y 6,89 años	29
Entre 7,02 y 7,98 años	12
Entre 8,21 y 9,84 años	5
Total	60

Fuente: Elaboración propia

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 7 de 127



En la tabla y gráfica anteriores se puede observar que el mayor número de PIRC cerrados, tardaron en ejecutarse entre 5 y 7 años, tiempo que, sumado al proceso de las fases anteriores, implica o significa un período prolongado en el tiempo, lo cual afecta la efectividad del procedimiento y de los sujetos colectivos, poniendo en riesgo a la entidad de acciones constitucionales por parte de estos últimos para que se tramite con celeridad sus respectivos planes. De allí que se requiere de un análisis detallado con respecto a las actividades que implican mayor inversión de este recurso, con el fin de establecer ajustes y estrategias que permitan mejorar los tiempos invertidos en las diferentes etapas o fases de la ruta.

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

La tercera dimensión del Modelo Integral de Planeación y Gestión MIPG Gestión Con Valores Para Resultados, tiene como propósito permitirle a la entidad realizar las actividades que la conduzcan a lograr los resultados propuestos y a materializar las decisiones plasmadas en su planeación institucional, en el marco de los valores del servicio público.

Dentro de esta dimensión se encuentra la Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos, la cual tiene como propósito 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 GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 8 de 127

Como resultado de la implementación de esta política, se obtiene la cadena de valor de la Entidad, la cual determina claramente la(s) cadena(s) de entrega (actuales mapas de procesos) más adecuada(s) para generar los resultados previstos en el Direccionamiento Estratégico y Planeación.

De acuerdo con el MIPG, 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.

Documentalmente, la descripción de cada uno de los procesos del mapa se desarrolla a través de una caracterización de proceso, que contempla las entradas, proveedores, salidas y clientes, para cada una de las actividades clave ejecutadas por el proceso, entre otras características propias del proceso.

En el caso del proceso objeto de la presente auditoría, Reparación Integral, contempla dentro de sus actividades clave, las siguientes, asociadas a la Subdirección de Reparación Colectiva:

- i. Realizar la identificación de los casos objeto de intervención por el Programa de Reparación Colectiva.
- ii. Realizar la implementación del Plan Integral de Reparación Colectiva (PIRC) de competencia de la Unidad.

Ahora bien, es importante tener presente que, a partir del marco normativo establecido en el Decreto 4802 de 2011 *“Por el cual se establece la estructura de la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.”*, en su artículo 23 se establecen las funciones de la Subdirección de Reparación Colectiva, para este análisis se citan las siguientes:

“1. Ejecutar y evaluar las acciones que en materia de reparación colectiva sean adoptadas por la Unidad, a través del programa de reparación colectiva, en los términos establecidos en los artículos 151 y 152 de la Ley 1448 de 2011.

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 9 de 127

control, los cuales establecen lineamientos y directrices para alcanzar los objetivos y metas previstas.

Lo anterior proporciona un marco general con respecto al quehacer del proceso y específicamente de la Subdirección, estas actividades clave, relacionadas en la caracterización, se desagregan y detallan documentalmente a través de los procedimientos, manuales e instructivos, los cuales se convierten en un criterio de auditoría para esta oficina y son susceptibles de evaluación y revisión, con el fin de validar su cumplimiento, ya que es allí donde además se establecen los requisitos y lineamientos normativos a tener en cuenta para desarrollar el objetivo del proceso y cada una de sus subdirecciones y grupos, de acuerdo con las funciones asignadas legalmente.

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

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

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

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

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 10 de 127

En cuanto al artículo 4 “Elementos para el Sistema de Control Interno”, se citan los aspectos que se deben implementar para orientar la aplicación del control interno, para este se considera el literal b) *Definición de políticas como guías de acción y procedimientos para la ejecución de los procesos;*

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



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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 11 de 127

Por consiguiente, la Oficina de Control Interno revisa la documentación asociada al proceso, específicamente a la Subdirección de Reparación Colectiva, encontrando que cuenta a la fecha con los siguientes procedimientos, publicados en su página web y con base en los cuales se realiza la revisión en sitio, verificando su implementación.

Nombre del Documento	Versión	Fecha de Actualización
PROCEDIMIENTO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PIRC PARA PUEBLOS Y COMUNIDADES ÉTNICAS	1	20/05/2021
INSTRUCTIVO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES A TRAVÉS DE LA ENTREGA DE BIENES DE USO COLECTIVO	1	20/05/2021
PROCEDIMIENTO DE ALISTAMIENTO PARA SUJETOS DE REPARACIÓN COLECTIVA PARA PUEBLOS Y COMUNIDADES ÉTNICOS	2	24/06/2024
PROCEDIMIENTO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PIRC PARA COMUNIDADES CAMPESINAS, BARRIALES, ORGANIZACIONES Y GRUPOS	3	09/06/2021
PROCEDIMIENTO CARACTERIZACIÓN DEL DAÑO PARA PUEBLOS Y COMUNIDADES ÉTNICAS	2	07/06/2022
PROCEDIMIENTO DE DISEÑO, FORMULACIÓN Y APROBACIÓN DEL PLAN INTEGRAL DE REPARACIÓN COLECTIVA PARA SUJETOS ÉTNICOS	3	20/09/2023
PROCEDIMIENTO CONTROL FINANCIERO POR SUJETO DE REPARACIÓN COLECTIVA	3	16/11/2021
PROCEDIMIENTO ALISTAMIENTO PARA SUJETOS DE REPARACIÓN COLECTIVA NO ÉTNICOS	4	28/06/2024
PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE DAÑO PARA SUJETOS DE REPARACIÓN COLECTIVA NO ÉTNICOS	3	25/04/2022
PROCEDIMIENTO DISEÑO, FORMULACIÓN Y APROBACIÓN DEL PLAN INTEGRAL DE REPARACIÓN COLECTIVA PARA SUJETOS NO ÉTNICOS	4	20/09/2023
PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE SUJETOS DE REPARACIÓN COLECTIVA	4	05/07/2024

Fuente propia

Para llevar a cabo la prueba de recorrido con respecto al cumplimiento e implementación de los lineamientos y actividades establecidas en procedimientos asociados a la Subdirección, se toma una muestra de cuatro (4) procedimientos para realizar la verificación.

Los procedimientos seleccionados fueron los siguientes:

- i. Procedimiento de Identificación de Sujetos de Reparación Colectiva Versión 4.
- ii. Procedimiento de Alistamiento para Sujetos de Reparación Colectiva para Pueblos y Comunidades Étnicos, Versión 2
- iii. Procedimiento de Diseño, Formulación y Aprobación del Plan Integral de Reparación Colectiva para Sujetos Étnicos Versión 3.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 12 de 127

iv. Procedimiento de Implementación del PIRC Para Pueblos y Comunidades Étnicas

Las visitas realizadas al proceso se llevaron a cabo los días 30 de abril, 05, 26 y 27 de mayo de la presente vigencia, de acuerdo con la disponibilidad de tiempo del auditado.

Es importante tener en cuenta que los procedimientos diseñados y aprobados dentro de los procesos hacen parte de los criterios de auditoría a tener en cuenta por parte de la Oficina de Control Interno, ya que desarrollan los lineamientos, actividades, etapas y normatividad aplicable para el desarrollo de las funciones y propósito de estos.

Los procedimientos seleccionados corresponden a las fases más importantes que conforman la ruta de reparación colectiva, por lo tanto, representan el quehacer del proceso en lo que a reparación colectiva se refiere y contienen el paso a paso, criterios de operación, requisitos y normatividad asociada a cada una de las fases.

Como resultado de la revisión de los documentos y verificación de su cumplimiento se puede establecer que son documentos muy completos que describen a detalle las actividades a desarrollar en cada fase, lo que se considera una fortaleza, dado que en parte garantizan la gestión del conocimiento y la estandarización de las tareas a ejecutar. Sin embargo, en el ejercicio de evaluación de cumplimiento se puede constatar que algunas de las actividades allí relacionadas y sus evidencias no se ejecutan tal cual como fueron documentadas, por lo tanto, en este sentido se requiere de un ejercicio de revisión y actualización en virtud a que estos documentos se convierten en un criterio de auditoría y en la guía de trabajo para quienes intervienen en el proceso, así como para quienes en algún momento podrían estar interesados en estudiarlo o revisarlo, de ahí la importancia de mantenerlos actualizados y ajustados de acuerdo con la operación real del proceso.

En este sentido, es importante tener presente que, aun cuando la normatividad no establece una periodicidad para la actualización de los documentos asociados a un proceso, dado que dicha actualización debe darse en el momento en el que se presente algún cambio o ajuste con respecto a las actividades desarrolladas o el marco jurídico y requisitos en los que se basa el documento (procedimiento, instructivo, manual, etc.); es importante revisar de manera periódica dichos documentos, de tal forma que se garantice su pertinencia y adecuación, de acuerdo con dichos cambios. De acuerdo con lo anterior, a continuación, se relacionan los hallazgos identificados en este aspecto:

Debilidad No. 1

De acuerdo con los casos revisados con el propósito de validar la ejecución de los procedimientos asociados a las fases de identificación, alistamiento de los SRC y diseño, formulación y aprobación del PRC, durante las visitas realizadas al proceso en el marco de la auditoría, se evidencia el incumplimiento de los procedimientos: PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE SUJETOS DE

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 13 de 127

REPARACIÓN COLECTIVA versión 4, PROCEDIMIENTO DE ALISTAMIENTO PARA SUJETOS DE REPARACIÓN COLECTIVA PARA PUEBLOS Y COMUNIDADES ÉTNICOS, versión 2, y PROCEDIMIENTO DE DISEÑO, FORMULACIÓN Y APROBACIÓN DEL PLAN INTEGRAL DE REPARACIÓN COLECTIVA PARA SUJETOS ÉTNICOS Versión 3; en los siguientes aspectos:

El procedimiento de identificación hace referencia a que, de acuerdo con el artículo 2.2.7.8.6, del Decreto 1084 de 2015, “Fase de identificación del sujeto de reparación colectiva”; la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación a las Víctimas identificará los sujetos de reparación colectiva a través de dos modalidades, por Oferta y por Demanda, contemplando una serie de pasos en cada caso; sin embargo, en el ejercicio de validación y de acuerdo con la entrevista realizada al profesional del equipo, se evidencia que actualmente y dados los lineamientos establecidos a nivel directivo, no se está llevando a cabo la identificación por oferta, sólo se está llevando a cabo por la modalidad de demanda.

Con respecto al Procedimiento de Alistamiento, se relaciona en la actividad número 2, la construcción de la agenda de trabajo propuesta para el desarrollo de las fases de alistamiento tanto comunitario como institucional, sin embargo, para los SRC revisados en la visita con ID 220 LAS COMUNIDADES AFRODESCENDIENTES DE MARGENTO, VILLA DEL SOCORRO Y LOS MEDIOS e ID 489 COMUNIDAD DEL CABILDO INDÍGENA PAEZ ALTO NAYA, no se cuenta con la agenda mencionada en el procedimiento que contemple el contenido allí detallado, se cuenta con un acta cargada en el sistema correspondiente a la primera jornada desarrollada con el SRC, en la que se hace mención del segundo y tercer momento a implementar.

Con respecto al Procedimiento de Diseño, Formulación y Aprobación del Plan Integral de Reparación Colectiva para Sujetos Étnicos se verifica el cumplimiento de actividades para el SRC 125 PALENQUE DE SAN BASILIO - LA BONGA, para el cual no se evidencia: Acta de Socialización de Caracterización del Daño; Acta de validación de la caracterización del daño; Matriz de análisis de involucrados; Documentos requeridos para dar inicio al procedimiento de diseño. Es importante tener en cuenta que para la fecha de la visita estos soportes aparecen en etapa de “Revisión” en el aplicativo, aun cuando el SRC ya se encuentra en etapa de “Implementación” es decir, no ha sido actualizado su estado en el aplicativo.

En la actividad número 3 del procedimiento, se hace referencia a la actualización de la ficha de identificación y la ficha de correlación del SRC, sin embargo, el auditado explica que la ficha de correlación ya no se diligencia y la ficha de identificación se elabora en la fase de identificación, por lo tanto, el procedimiento se encuentra desactualizado en este aspecto.

En las actividades 4 y 5 se hace referencia a elaborar y revisar el análisis de población afectada para la formulación del PIRC sin embargo, se aclara por el auditado que no se cuenta con soportes de ejecución de estas actividades, previas al documento como tal, ya que el análisis de población afectada queda incluido en el documento PIRC al finalizar el proceso, por lo tanto, no aplica una

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 14 de 127

revisión en esta etapa, lo que significa que el documento se encuentra desactualizado en este sentido.

Para las siguientes actividades se selecciona un SRC diferente, cuya etapa de implementación sea más reciente para continuar con la validación de actividades, con el fin de contemplar que los requisitos validados hasta ahora podrían estarse implementando en vigencias posteriores, teniendo en cuenta la actualización del procedimiento, donde se evidencia que:

Se selecciona el SRC 399 RESGUARDO CAÑOMOMO LOMAPRIETA para el cual no es posible evidenciar soportes del cumplimiento de las actividades 6 y 7 del procedimiento, alusivas a la construcción y aprobación del plan de trabajo para el desarrollo de la fase de formulación del PIRC; el auditado explica que son actividades que no se ejecutan actualmente.

Con respecto a la actividad 8, primera y segunda jornada de trabajo con el SRC donde se especifica que en la primera jornada de trabajo se socializará al SRC la propuesta de árbol de problemas y árbol de objetivos, se evidencia para el SRC 399 que en las dos primeras jornadas, especialmente la primera reunión de dos días se desarrolló explicando las medidas de reparación, generalidades de la ruta y demás temas contemplados en la guía, no necesariamente se tratan los temas relacionados en el procedimiento asociados a la socialización del árbol de problemas y árbol de objetivos.

Con respecto a la actividad 9, se establece la ejecución de 3 jornadas adicionales, sin embargo, el auditado señala que el número de jornadas a implementar no siempre es el mismo y depende de cada caso o sujeto en particular, por lo tanto, no es un aspecto que se encuentre limitado de esta manera, por lo tanto, el procedimiento se encuentra desactualizado.

A manera de conclusión con respecto a este procedimiento, se evidencia que el documento no se ejecuta tal cual como se encuentra diseñado, cuenta con actividades que no son ejecutadas en la práctica con el nivel de detalle y con las evidencias relacionadas en el procedimiento. Por lo tanto, es indispensable revisar y actualizar el documento, ajustándolo a la implementación real efectuada actualmente por los profesionales, sin que se pase por alto la aplicación de las actividades de control allí relacionadas y que resultan fundamentales para el proceso, como lo es la revisión de la primera versión del PIRC, por el equipo nacional de reparación colectiva relacionada en la actividad 20.

Mediante correo electrónico enviado el lunes 16 de junio de 2025 a las 2:50 p.m. se le comunica al doctor John Fredy Melgarejo Cantor john.melgarejo@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado el tercer grupo de debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor, de acuerdo con la implementación de procedimientos.

En este comunicado se indica que cuenta con cinco días (5) hábiles contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones; es decir, la respuesta con sus respectivas aclaraciones por parte de la auditada se recibiría hasta el martes 24

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 15 de 127

de junio de 2025 a las 5:00 p.m. Transcurrido el plazo otorgado, la Subdirección de Reparación Colectiva no presentó consideraciones ni documentación adicional que sustentara una aclaración o justificación frente al hallazgo señalado. Por lo tanto, la debilidad identificada se mantiene en el informe final de auditoría.

Observación No. 1

Se sugiere validar con la SD de Valoración y Registro la información periódica que se remite con respecto a los SRC que ya fueron notificados de la resolución de inclusión en el RUV, con el propósito de que inicien la etapa de identificación para en la ruta de reparación colectiva, de tal manera que se garantice que se cuenta con información veraz como insumo para el proceso, específicamente en lo que a fechas corresponde, lo anterior teniendo en cuenta que, no se evidenció la inclusión del SRC Consejo Comunitario Coconaderia, cuya fecha de valoración fue el 2/04/2024 con número de resolución 20241044, notificada el 22 de abril de 2024 (información relacionada en el listado de SRC registrados en 2024 remitida por la SD de Valoración y Registro); en la fase de Identificación de la SD de Reparación Colectiva, para la vigencia 2024; lo que resulta contrario a lo explicado por el auditado en lo que corresponde al criterio de inclusión en la etapa inicial del proceso de reparación colectiva "Identificación", el cual, de acuerdo con lo expuesto por el profesional que atiende la auditoría, corresponde a la notificación de la resolución de inclusión del SRC en el RUV de la Unidad. El SRC fue incluido en la ruta de RC en enero de 2025, lo que implica que se haya generado un retraso en su proceso de acceso al PIRC sin ninguna justificación.

Observación No. 2

Teniendo en cuenta que los tiempos de gestión entre la identificación del SRC (notificación resolución RUV) y la aprobación del PIRC son tan extensos, conclusión generada con base en la información registrada en la matriz de seguimiento SRC en la que se evidencia que puede transcurrir un período de tiempo de hasta 9 años desde la notificación de la Resolución de inclusión del sujeto en el RUV, hasta que se da la aprobación del Plan, sin que haya aún iniciado la implementación; se sugiere revisar las actividades y fases que dependen o se ven afectadas por factores externos, con el fin de plantear estrategias que permitan mejorar los tiempos de la ruta, así mismo, revisar aquellas actividades que dependen de la gestión de la Unidad y específicamente de la SD de RC, con el fin de realizar los ajustes correspondientes, de tal manera que sea posible agilizar estas etapas y hacer más eficiente el proceso en las fases previas a la implementación.

Observación No. 3

Se sugiere validar la posibilidad de incluir en la matriz de seguimiento, el estado actual y observaciones con respecto a cada SRC, de tal forma que sea posible visualizar de manera rápida las razones, cuando aplique, por las cuales no se ha podido avanzar con ese SRC en particular, las

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 16 de 127

acciones adelantadas y el estado actual; lo anterior debido a que por ejemplo, para el SRC con ID 54, entró a fase de Diseño en 2014 pero apenas se focalizó en 2025 para continuar con el proceso, sin embargo, no se encuentra documentado en la matriz o algún documento de las razones para tal situación; sin embargo, el auditado explica que corresponden a causas externas a la entidad que no han permitido su avance, de las cuales no hay evidencia o soporte que de certeza al Equipo Auditor.

Observación No. 4

La metodología correspondiente al árbol de problemas y objetivos, empleada en la fase de diseño de los PIRC, genera información demasiado general y se podría decir que genérica con respecto a los insumos que realmente requiere el proceso para iniciar la fase de formulación del PIRC (daños generados, posibles acciones para solucionarlos), por lo tanto, se sugiere validar su efectividad de acuerdo con su propósito, sin desconocer los requisitos establecidos a nivel legal para esta fase de la ruta, con el fin de plantear una metodología más efectiva que se desarrolle de manera particular teniendo en cuenta la situación y condiciones de cada SRC.

Observación No. 5

Se sugiere fortalecer el control con respecto al cargue de los documentos que soportan cada actividad y cada fase de la ruta, dado que en la revisión de algunos registros se evidencia que fueron cargados después algún tiempo luego de su ejecución o el nombre no corresponde con el documento real, así mismo en algunos casos no se revisan y pasan a la siguiente fase de manera oportuna.

Observación No. 6

Se sugiere validar por qué hay 53 registros para los que la fecha de aprobación del PIRC aparece como previa a la fecha de notificación de inclusión en el RUV, siendo esto técnicamente no viable de acuerdo con las fases y requisitos de la ruta.

Observación No. 7

En la información presentada en el informe de gestión 2024, se relaciona, como el número total de Sujetos de Reparación Colectiva a diciembre 2024, en un principio 1052 sujetos, sin embargo, en otra sección del informe, se habla de 1050, este último coincide con el número de sujetos por fase relacionados en esta misma sección, sin embargo, en el ejercicio de validación de procedimientos, se constata por el equipo auditado que son 1052; por lo tanto, se sugiere validar la información reportada por el proceso en este y en próximos ejercicios o informes, con el fin de garantizar que es concisa, clara y veraz; ya que al presentarse diferencias en la información que no son debidamente

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 17 de 127

justificadas, puede generar confusión e incertidumbre la para persona o usuario que se encuentra revisando o consultando la información.

5.2 ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN LA SUBDIRECCIÓN DE REPARACIÓN COLECTIVA – PROCESO DE REPARACIÓN INTEGRAL

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

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 18 de 127

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

El Equipo Auditor examina indicadores diferentes a los establecidos en el plan de acción que hace parte de los 16 planes con los cuales cuenta la entidad. El propósito es determinar si la dependencia 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.

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

Dentro del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional en su versión 5, vigente para la anualidad 2024, dentro de la 2ª. Dimensión; Direccionamiento Estratégico y Planeación en el numeral 2.2 Política de Planeación

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 19 de 127

institucional, en el numeral 4° 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 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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 20 de 127

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 encarga de describir el ahora (inteligencia institucional), sino que genere un análisis descriptivo, predictivo y prospectivo, efectuado a través de datos históricos, para predecir y probar distintos escenarios de la gestión institucional.

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 21 de 127

Económica, debe existir una proporcionalidad y racionalidad entre los costos incurridos en la medición y los beneficios o la relevancia de la información suministrada.

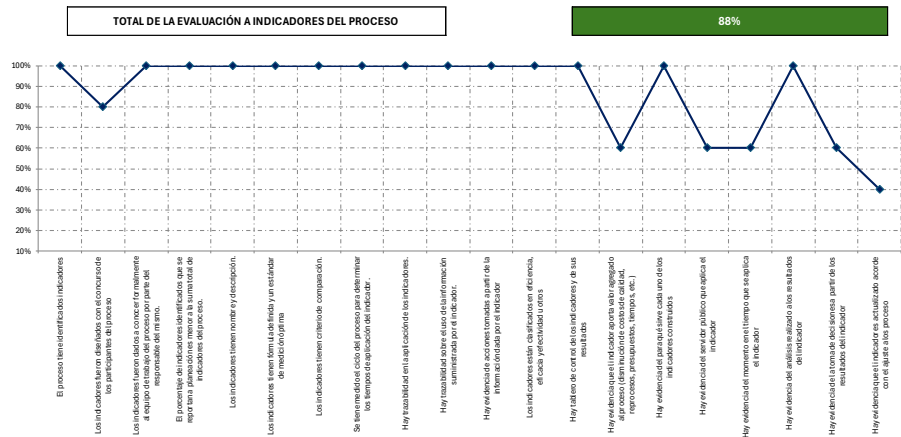
Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de los indicadores de gestión, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – indicadores, mediante correo electrónico del viernes 28 de marzo de 2025 a las 4:00 p.m. La Subdirección de Reparación Colectiva da respuesta adjuntando la herramienta diligenciada mediante correo electrónico del viernes 11 de abril de 2025 a las 4:12 p.m. sin enviar los respectivos soportes. Tras realizar una nueva solicitud de los soportes el martes 22 de abril de 2025 a las 6:33 a.m., la Subdirección auditada carga los soportes que desea hacer valer en el proceso auditor el viernes 25 de abril de 2025.

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

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

El papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – indicadores tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert¹. La auditada responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz para el proceso auditado es el siguiente:

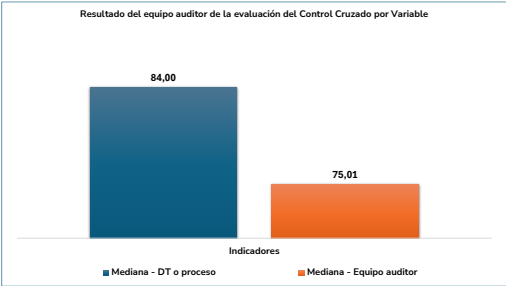
¹ La escala de Likert es una de las escalas más utilizadas en investigación en ciencias sociales. Ofrecen un sistema de clasificación simple que es común a las encuestas de todo tipo. La escala se llama así por el psicólogo que lo creó, Rensis Likert. Un uso común de la escala de Likert es una encuesta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



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 50 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 38 puntos respecto de la calificación del proceso auditado y de 50 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 8.99 puntos en la variable “Indicador”, toda vez que el resultado de la valoración del auditado es de 84 y la del Equipo Auditor de 75.01. Lo que significa que “El proceso no tiene un sistema de medición que pueda ser calificado como tal y por lo tanto carece de confiabilidad”. (Información tomada resultado papel de trabajo de la OCI).



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. Teniendo en cuenta lo reportado por la

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 23 de 127

Subdirección de Reparación Colectiva, existen indicadores complementarios diferentes a los reportados en SISGESTION 2.0. Sin embargo, según las evidencias presentadas no es posible observar acciones o decisiones derivadas de los análisis de resultados de los tableros de control como respuesta a la afirmación No. 13. Finalmente, en lo correspondiente a la afirmación 16, no fue posible identificar con claridad al servidor encargado de la aplicación, seguimiento o interpretación los indicadores complementarios, lo cual limita la trazabilidad de la gestión y dificulta la asignación de responsabilidades. Por lo anterior, la Subdirección de Reparación Colectiva, en el análisis de los indicadores correspondiente a evaluación del sistema de control Interno presenta debilidad.

Por consiguiente, Subdirección debe robustecer el sistema de control interno respecto a la gestión estratégica a través del diseño e implementación de herramientas que contribuyan a fortalecer el seguimiento a los indicadores diferentes al plan de acción, con el objetivo de que se cuente con una información exhaustiva, relevante y pertinente que coadyuve a la mejora continua.

5.2.2 Sistema de Control Interno por la variable modelo riesgos de la Subdirección de Reparación Colectiva (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 Colectiva 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 2º de la Ley 87 de 1993, al hablar de los objetivos del Sistema de Control Interno, dispone en los literales a) y f) que la administración de los riesgos propende por:

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

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

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) aborda desde las diferentes dimensiones los aspectos fundamentales del sistema de riesgos. En este escenario, el Modelo no se circunscribe a

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 24 de 127

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 disimiles a los relacionados exclusivamente en el mapa de riesgos institucional.

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

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

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

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

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

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

- *La política de administración de riesgos es la declaración de dirección y las intenciones generales de la entidad con respecto a la gestión del riesgo, la cual establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.*
- *El alcance de la política establece el ámbito de aplicación de los lineamientos, el cual debe abarcar todos los procesos y áreas de la entidad.*

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 25 de 127

- La política establece “los niveles aceptables de desviación relativa a la consecución de los objetivos, asociados a la estrategia de la entidad y pueden considerarse para cada uno de los procesos. Los riesgos de corrupción son inaceptables.
- En la política determina la estructura para la administración del riesgo, con aspectos metodológicos para cada una de las etapas de la gestión del riesgo.

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

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.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 26 de 127

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 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.

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

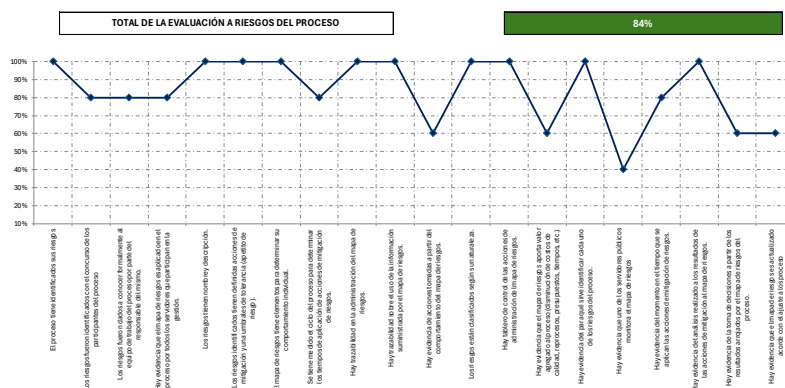
Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de la gestión del riesgo, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – riesgos -, mediante correo electrónico del viernes 28 de marzo de 2025 a las 4:00 p.m. La Subdirección de Reparación Colectiva da respuesta adjuntando la herramienta diligenciada mediante correo electrónico del viernes 11 de abril de 2025 a las 4:12 p.m. sin enviar los respectivos soportes. Tras realizar una nueva solicitud de los soportes el martes 22 de abril de 2025 a las 6:33 a.m., la Subdirección auditada carga los soportes que desea hacer valer en el proceso auditor el viernes 25 de abril de 2025.

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:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 27 de 127

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

El papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – riesgos tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert². La Subdirección de Reparación Colectiva responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz para la auditada que es el siguiente:



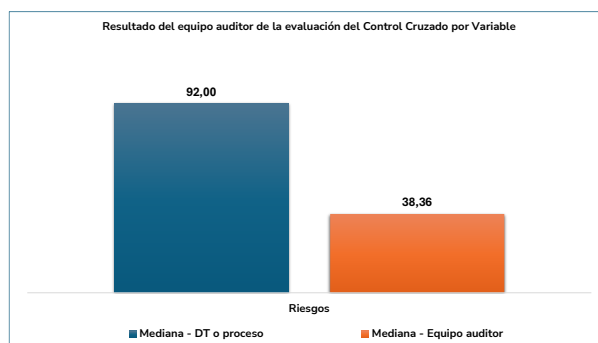
Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión. Fuente propia OCI

Como se observa, la calificación que se da la auditada corresponde al 84% 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 27 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 57 puntos respecto de la calificación del auditado y de 73 respecto del máximo posible (100 puntos).

² La escala de Likert es una de las escalas más utilizadas en investigación en ciencias sociales. Ofrecen un sistema de clasificación simple que es común a las encuestas de todo tipo. La escala se llama así por el psicólogo que lo creó, Rensis Likert. Un uso común de la escala de Likert es una encuesta que pregunta a los encuestados para ofrecer su opinión sobre algo, indicando el nivel al que están de acuerdo o en desacuerdo.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 28 de 127

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 53.64 puntos en la variable “Riesgos”, toda vez que el resultado de la valoración del auditado es de 92.00 y la del Equipo Auditor de 38.36.



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, riesgo fiscal, incumplimiento de funciones por solo citar algunos ejemplos. La falta de un mapeo de riesgo robusto a nivel de la Subdirección de Reparación Colectiva 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. Por consiguiente, es importante aclarar que, se debe fortalecer la identificación de riesgos, con el fin de que abarquen la totalidad de estos teniendo en cuenta lo establecido en la normativa vigente en consecuencia con la operación propia de la dependencia.

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

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).

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 29 de 127

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 30 de 127

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

De las anteriores disposiciones normativas se desprende que el control interno, es decir la metodología y acciones de control que se aplican en el quehacer institucional cotidianamente, es responsabilidad de los líderes de proceso o dependencias al igual que de todos los servidores de la entidad.

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

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 MECl, en el numeral 5.1 Objetivos específicos del MECl 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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 31 de 127

los lineamientos precisos para la gerencia de procesos que contribuyan al logro de los objetivos institucionales, para lo cual es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

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

Por otra parte, en el Manual Operativo del MIPG 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 (...)”.*

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 32 de 127

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

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

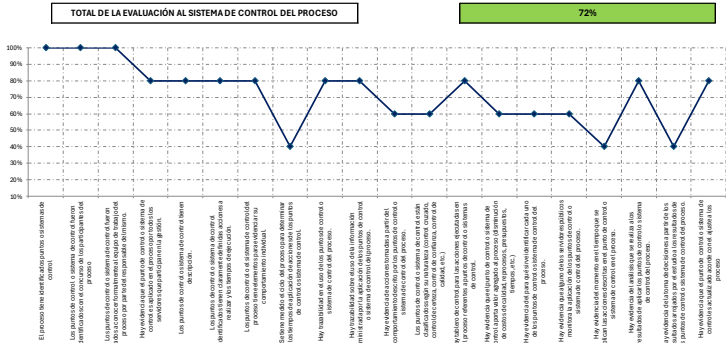
Siguiendo los parámetros de la herramienta citada en los numerales anteriores, el Equipo Auditor la aplica para determinar el nivel de madurez del modelo de control inherente a los procesos en su interacción que implementa la Subdirección de Reparación Colectiva.

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

Por lo anterior, el Equipo Auditor aplica a la Subdirección de Reparación Colectiva el papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – control el cual tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert⁴. El grupo 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:

³ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, Manual Operativo MIPG, Bogotá, p-137.

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

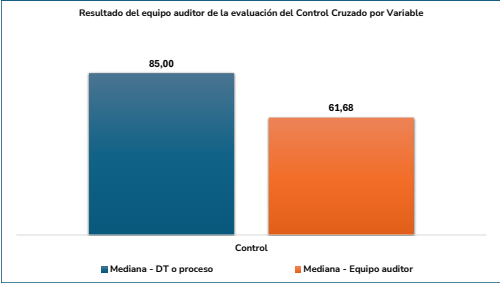


Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión. Fuente propia OCI

Como se observa, la calificación que se da la Subdirección de Reparación Colectiva corresponde a 72 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 40 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 32 puntos respecto de la calificación del auditado y 60 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 23.32 puntos en la variable “Control”, toda vez que el resultado de la valoración de la Subdirección de Reparación Colectiva es de 85.00 y la del Equipo Auditor de 61.68.

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 34 de 127

Teniendo en cuenta lo reportado por la Subdirección de Reparación Colectiva, se identificaron los puntos de control establecidos en los procedimientos de los cuales se observan algunos tableros de control o semáforos que permiten visualizar la documentación correspondiente a las diferentes fases que conforman los Planes Integrales de Reparación Colectiva (PIRC).

No obstante, las evidencias suministradas no permiten verificar de manera concluyente que se haya tomado decisiones por parte de la auditada, como resultado del análisis del comportamiento observado en los puntos de control previamente identificados. Esta situación se refleja en la afirmación 3 de la Herramienta de Evaluación del SCI, donde no se evidencia con claridad que los puntos de control hayan sido formalmente comunicados al equipo de trabajo por parte del responsable del proceso.

Asimismo, con respecto a la afirmación 11 de la misma herramienta, la documentación presentada no permite establecer de forma precisa las decisiones o acciones implementadas en respuesta al comportamiento descrito en los puntos de control. Finalmente, en relación con la afirmación 15, no es posible determinar con claridad el propósito específico de cada punto de control o sistema de control dentro de la gestión, lo cual limita utilidad como herramienta efectiva para la toma de decisiones, el seguimiento y la mejora continua del proceso.

Por lo anterior el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno califica como debilidad del sistema de control interno en el componente gestión del control. Es importante, que la Subdirección tenga la evidencia que aporte y de certeza de la toma de decisión que se genera a partir de los puntos y/o sistemas de control que tiene para los diferentes procedimientos, la evidencia no permite verificar las acciones tomadas a partir de los resultados presentados por esos puntos o sistemas de control aplicados por la Subdirección. Por otro lado, se recomienda consolidar el modelo de control, garantizar su efectividad y mejorar la capacidad institucional para la toma de decisiones informadas por parte del responsable.

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

El Equipo Auditor examina el modelo de mejora o valor agregado que aplica la Subdirección de Reparación Colectiva 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 Subdirección 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.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 35 de 127

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

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

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

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

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

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

El Control Interno es transversal a la gestión y desempeño de las entidades y se implementa a través del Modelo Estándar de Control Interno – MECI”.

El Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI, en el numeral 5.1 Objetivos específicos del MECI en el literal dispone que se debe e) “Garantizar razonablemente la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional”.

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, 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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 36 de 127

ejercicios. No obstante, los responsables de hacer el seguimiento y la evaluación de los resultados institucionales son los servidores públicos que tienen a su cargo cada plan, programa, proyecto o estrategia objeto de seguimiento y evaluación. Así mismo, son ellos quienes deben establecer oportunamente las acciones de corrección o prevención de riesgos, si aplica, y registrar o suministrar los datos en los diferentes sistemas de información de que dispone la organización y otras autoridades para tal fin. (...)”

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

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

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

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

Por su parte, la UARIV mediante la Resolución No. 2728 del 5 de octubre de 2021 “Por la cual se adopta el modelo integrado de planeación y gestión-MIPG (...)”; en el artículo 2 Objetivos del modelo el numeral 2 señala que se debe “Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la 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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 37 de 127

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 (...)"

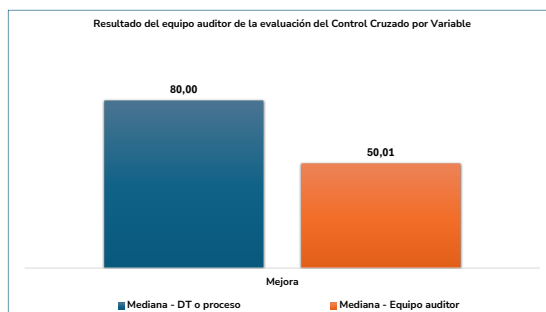
Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo del modelo de mejora o valor agregado, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – modelo de mejora o valor agregado, mediante correo electrónico del viernes 28 de marzo de 2025 a las 4:00 p.m. La Subdirección de Reparación Colectiva da respuesta adjuntando la herramienta diligenciada mediante correo electrónico del viernes 11 de abril de 2025 a las 4:12 p.m. sin enviar los respectivos soportes. Tras realizar una nueva solicitud de los soportes el martes 22 de abril de 2025 a las 6:33 a.m., la Subdirección auditada carga los soportes que desea hacer valer en el proceso auditor el viernes 25 de abril de 2025.

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

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

Teniendo en cuenta los parámetros de la herramienta citada en los numerales anteriores, el Equipo Auditor la aplica para determinar el nivel de uso de la práctica de gestión para que la Subdirección de Reparación Colectiva 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 gestión de la Subdirección.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 39 de 127



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

Las evidencias suministradas no permiten verificar de manera concluyente la existencia de un modelo de mejoramiento o de agregación de valor que sea reconocido como fuente de información para soportar la toma de decisiones, 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), f), g) y h), el Decreto 1083 de 2015 en el artículo 2.2.22.3.3 en lo relacionado con el fortalecimiento de la gestión institucional y la cultura de autocontrol.

Esta deficiencia se refleja en la afirmación No. 2 de la Herramienta de Evaluación del SCI, en la cual no se demuestra de manera clara el concurso de los participantes en la formulación de propuestas orientadas a la mejora o generación de valor agregado. La Subdirección auditada aporta como respaldo la citación a una reunión programada en septiembre de 2024; sin embargo, no se adjuntaron acta, listas de asistencia u otros documentos que permitan verificar la realización efectiva del encuentro, ni los temas abordados ni los participantes involucrados. Asimismo, con respecto a la afirmación No. 10 de la misma herramienta, la documentación aportada no permite establecer de forma precisa la trazabilidad del uso de la información suministrada para la implementación de las mejoras o mecanismos de valor agregado. Por último, frente a las afirmaciones No. 14 y 19, no se presentaron evidencias que permitan la evaluación efectiva de metodología de identificación de mejoras utilizada ni las decisiones tomadas a partir de las propuestas de acciones de mejora.

Por lo anterior, la Subdirección de Reparación Colectiva, en el análisis del modelo mejora o valor agregado correspondientes a la evaluación del Sistema de Control Interno, presenta debilidad. La ausencia de un modelo formal de mejoramiento continuo y de trazabilidad de las acciones orientadas a generar valor puede afectar la eficacia del Sistema de Control Interno, limitar la capacidad de aprendizaje organizacional y disminuir la posibilidad de tomar decisiones informadas con base en evidencia. Se recomienda establecer mecanismos formales de planeación, seguimiento, evaluación y documentación de las acciones de mejora, con participación activa de los actores involucrados en el proceso.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 40 de 127

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

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 Colectiva 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:

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 2024, establece que:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 41 de 127

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

“La dimensión de la gestión del conocimiento y la innovación propone el desarrollo de acciones para compartir y difundir el conocimiento entre los servidores públicos y los grupos de valor, con el objetivo de garantizar su apropiación y aprovechamiento, esto implica, además, que las entidades promuevan

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 42 de 127

el análisis, evaluación y retroalimentación de dichas acciones, lo que les permitirá el mejoramiento continuo. Esta dimensión facilita aprender de sí mismas y de su entorno de manera práctica (aprender haciendo)”.

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

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

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

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

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

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

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

Continuando con el marco normativo, el Decreto 1499 de 2017: Artículo 2.2.22.3.3. Objetivos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG. El Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, en su tercer objetivo establece: *“Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua.”*

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 43 de 127

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.

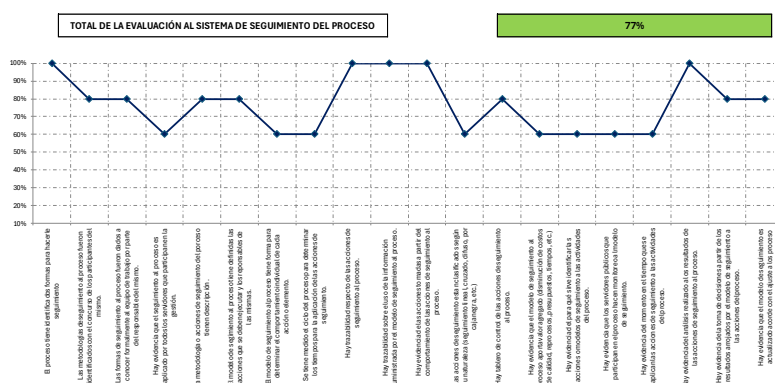
Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de la variable seguimiento de la herramienta del Sistema de Control Interno (SCI), la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – *seguimiento*, mediante correo electrónico del viernes 28 de marzo de 2025 a las 4:00 p.m. La Subdirección de Reparación Colectiva da respuesta adjuntando la herramienta diligenciada mediante correo electrónico del viernes 11 de abril de 2025 a las 4:12 p.m. sin enviar los respectivos soportes. Tras realizar una nueva solicitud de los soportes el martes 22 de abril de 2025 a las 6:33 a.m., la Subdirección auditada carga los soportes que desea hacer valer en el proceso auditor el viernes 25 de abril de 2025.

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.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 44 de 127

Por lo anterior, el Equipo Auditor aplica a la Subdirección de Reparación Colectiva 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 Likert⁶. El auditado responde el papel de trabajo y remite tardíamente las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz así:



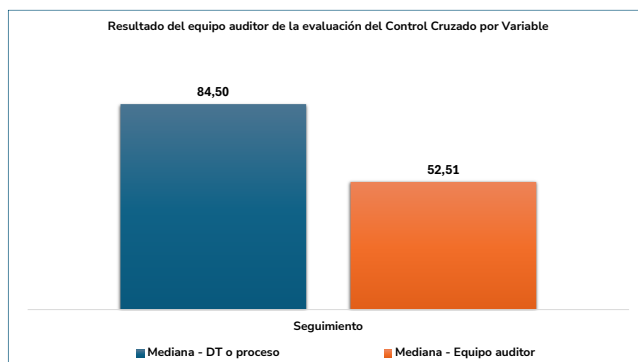
Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión. Fuente propia OCI

Como se observa, la calificación que se da el auditado corresponde a 77 puntos 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 – seguimiento corresponde a 30 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 47 puntos respecto de la calificación de auditado y de 70 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 31.99 puntos en la variable “Seguimiento”, toda vez que el resultado de la valoración del grupo auditado es de 84.50 y la del Equipo Auditor de 52.51. Lo anterior significa que *“No se evidencia la existencia de un sistema de seguimiento a la gestión del proceso, lo que puede tener como riesgo la presencia de desviaciones, costos de calidad, oportunidad y efectividad.”* (Información tomada resultado papel de trabajo).

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 45 de 127



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

Al verificar y evaluar las evidencias asociadas a este componente identifica que la Subdirección de Reparación Colectiva realiza acciones de seguimiento a las actividades internas. Sin embargo, las evidencias aportadas no permiten concluir la existencia de un modelo de seguimiento que sirva como herramienta efectiva para la toma de decisiones. En las afirmaciones No. 7 y 8 de la Herramienta de Evaluación del SCI, no se evidencia documentación que permita evaluar el comportamiento individual de las acciones ejecutadas ni los mecanismos de medición del ciclo de seguimiento que definan los tiempos de implementación, verificación y ajustes. La ausencia de cronogramas o planes con plazos determinados limita la efectividad del seguimiento y dificulta su control. Por último, en lo correspondiente a la afirmación No. 17 de la misma herramienta, la documentación presentada no da certeza sobre la existencia de un periodo o plazo claramente establecido para la ejecución de las acciones de seguimiento. Aunque se anexan informes, estos no contienen compromisos explícitos ni responsables asignados para la ejecución de los compromisos.

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

La carencia de documentación formal que permita trazar una relación clara entre las actividades de seguimiento realizadas, los resultados obtenidos y las decisiones adoptadas por los responsables, impide verificar el impacto real del monitoreo sobre la mejora. Esta situación afecta directamente el cumplimiento de los principios del Sistema de Control Interno establecidos en la Ley 87 de 1993, en especial los relacionados con el autocontrol, la evaluación y la mejora continua, así como lo previsto en el Decreto 1083 de 2015 en cuanto a la eficacia del seguimiento y evaluación institucional.

Debido a las razones anteriormente expuestas en los cinco (5) componentes que conforman la herramienta de evaluación del sistema de control interno SCI de la Subdirección de Reparación Colectiva, el Equipo Auditor examina el Sistema de Control Interno, con el propósito de identificar que la auditada posee y reconoce mecanismos adicionales de planeación, gestión, control, evaluación, información y mejora continua, que le permitan actuar como una verdadera herramienta

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 46 de 127

gerencial para la toma de decisiones institucionales. En este análisis se busca determinar la existencia de elementos del SCI compatibles con los cinco componentes definidos por el Modelo Estándar de Control Interno (MECI).

La Constitución Política de Colombia establece que la función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad. Asimismo, señala que las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el cumplimiento de los fines del Estado y que la administración pública contará con un control interno conforme a la ley según el Artículo 209. De manera complementaria, el artículo 6 establece que los servidores públicos son responsables ante las autoridades no solo por infringir la Constitución y la ley, sino también por la omisión o extralimitación en el ejercicio de sus funciones. Estos principios y responsabilidades constitucionales fundamentan la exigencia de un Sistema de Control Interno robusto, orientado a la eficiencia, la transparencia y la rendición de cuentas.

De igual forma en la Ley 87 de 1993 *“Por la cual se establecen las normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado”*, se establece lo siguiente:

- artículo 1: Define el control interno como un sistema integrado por planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación que garantizan que las actividades se realicen conforme a la Constitución y la Ley, promoviendo la eficacia y eficiencia institucional.
- artículo 2: Determina los objetivos del Sistema de Control Interno entre los que se encuentran: proteger los recursos buscando la adecuada administración ante los posibles riesgos, garantizar la confiabilidad de la información, fomentar la cultura del autocontrol, facilitar la toma de decisiones y asegurar la evaluación continua de la gestión.
- artículo 3: Define que todos los funcionarios, especialmente los directivos, son responsables del adecuado funcionamiento del Sistema de Control Interno.
- artículo 4: Establece los elementos del Sistema de Control Interno, incluyendo políticas, manuales, sistemas de información, mecanismos de seguimiento y control.
- artículo 6: Determina la responsabilidad del control interno, la cual recae sobre el representante legal. No obstante, la aplicación de los métodos y procedimientos, la calidad, eficiencia y eficacia del control interno también es responsabilidad de los jefes de las dependencias.

Así mismo el Decreto 1083 de 2015 (modificado por los Decretos 648 del 2017 y el 1499 del 2017), en sus artículos:

- El artículo 2.2.21.2.2 en el literal e): Se establece que: *“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”*.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 47 de 127

- El artículo 2.2.21.3.1: Indica que el Sistema de Control Interno está integrado por controles, gestión de los riesgos, administración de la información y demás instrumentos para alcanzar los objetivos institucionales.
- El artículo 2.2.21.5.4: Obliga a implementar políticas de gestión de riesgos, de forma continua y coordinada entre áreas, especificando que la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo.
- El artículo 2.2.21.5.5: Ordena al DAFP diseñar guías, manuales e instructivos sobre control interno, procedimientos e indicadores, que deben ser implementados obligatoriamente.
- El artículo 2.2.22.3.2: Establece MIPG como el marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar, controlar y mejorar la gestión institucional con integridad y calidad.
- El artículo 2.2.22.3.3 en el numeral 4: Se determina como uno de los objetivos de MIPG, *“Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua”*.
- El artículo 2.2.23.1 *“Articulación del Sistema de Gestión con los Sistemas de Control Interno.”*: Indica que el Sistema de Control Interno será articulado al Sistema de Gestión a través del MIPG. También determina que el control interno es transversal a la gestión y desempeño de las entidades.

De la misma forma el manual técnico del modelo estándar de control interno MECI

- **Módulo de Ambiente de Control:** Proporciona elementos para establecer valores éticos, estructura organizacional y responsabilidad por el control.
- **Módulo de Evaluación y Seguimiento:** Requiere mecanismos de supervisión continua y evaluaciones periódicas para garantizar eficacia y mejoramiento.

El mismo manual en su numeral 5.1 literales b) y c): Define procedimientos y políticas claras, así como una delimitación de responsabilidades. Y en su literal e): Garantiza razonablemente el seguimiento y evaluación institucional.

Por su parte el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión Versión 6 de diciembre del 2024 indica en sus dimensiones que:

- **Dimensión 1 (Talento Humano):** Promueve el comportamiento ético y la gestión del riesgo de integridad.
- **Dimensión 2 (Direccionamiento Estratégico):** Exige formular metas con enfoque en riesgos, establecer indicadores y hacer seguimiento a resultados.
- **Dimensión 3 (Gestión con Valores):** Incluye la política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos.
- **Dimensión 4 (Evaluación de Resultados):** Define lineamientos para hacer seguimiento y ajustes con base en datos.
- **Dimensión 5 (Información y Comunicación):** Impulsa el uso estratégico de la información.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 48 de 127

- **Dimensión 6 (Gestión del Conocimiento):** Fomenta análisis, aprendizaje y mejora continua.
- **Dimensión 7 (Control Interno):** Establece el MECI como base del SCI y promueve autocontrol, autorregulación y autogestión.

De igual forma, la Guía para la Administración del Riesgo, Versión 6, del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), establece un enfoque integral y sistemático que permite a las entidades públicas identificar, analizar, valorar, tratar y monitorear los riesgos institucionales que puedan afectar el cumplimiento de sus objetivos. Esta metodología promueve la participación de todos los niveles de la organización y articula la gestión del riesgo con la planeación, los procesos, el Sistema de Control Interno y la mejora continua. La guía enfatiza que la identificación de riesgos debe considerar el análisis del contexto interno y externo, las experiencias previas como hallazgos de auditoría, quejas o reclamos y los factores críticos de éxito definidos para cada proceso. Así mismo la Guía para la construcción de indicadores (DAFP). Orienta el diseño de indicadores de desempeño para medir eficacia, eficiencia, calidad y economía.

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

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

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas, procede a evaluar la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las valoraciones. Como resultado de este análisis, se determina que la evaluación del Sistema de Control Interno, según lo reportado por la auditada, presenta un desacuerdo total en cada uno de los cinco componentes del sistema.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 49 de 127

Por lo cual se determina que la Subdirección de Reparación Colectiva presenta deficiencias estructurales que comprometen su confiabilidad y efectividad. En primer lugar, según lo reportado por la Subdirección de Reparación Colectiva, existen indicadores complementarios diferentes a los reportados en SISGESTION 2.0. Sin embargo, según las evidencias presentadas no es posible observar acciones o decisiones derivadas de los análisis de resultados de los tableros de control como respuesta a la afirmación No. 13. Finalmente, en lo correspondiente a la afirmación 16, no fue posible identificar con claridad al servidor encargado de la aplicación, seguimiento o interpretación los indicadores complementarios, lo cual limita la trazabilidad de la gestión y dificulta la asignación de responsabilidades. Asimismo, se evidencia la ausencia de herramientas que permitan anticiparse a la ocurrencia de siniestros o mitigar sus posibles consecuencias. A esto se suma la inexistencia de un sistema de control basado en puntos críticos u otros mecanismos de supervisión, lo cual sugiere que la Subdirección opera sin un control efectivo y se encuentra expuesta a fallas no detectadas a tiempo.

Por otro lado, no se identifican propuestas de mejora ni iniciativas orientadas a generar valor agregado que fortalezcan la gestión y contribuyan a la innovación o eficiencia de la Subdirección, lo cual representa un riesgo de estancamiento y rezago frente a las necesidades organizacionales. Adicionalmente, se observa la carencia de un sistema de seguimiento que permita monitorear de forma continua la evolución de la gestión, lo que incrementa la probabilidad de desviaciones, costos adicionales asociados a la calidad, y pérdida de oportunidad y efectividad en la toma de decisiones.

Por lo anterior, el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno califica la Subdirección de Reparación Colectiva con debilidades en cada uno de los cinco (5) componentes que conforman el Sistema de Control Interno, así:

Debilidad en el Sistema de Control Interno de los cinco (5) componentes que lo conforman “indicadores, riesgos, sistemas de control, mejora o valor agregado y seguimiento”. Originada por la falta de conocimiento de los resultados de los procesos asociados a los componentes del sistema de control interno por parte de la Subdirección auditada respecto a la estructura, finalidad y aplicación del sistema, así como la ausencia de evidencias o soportes documentales que demuestren su implementación, seguimiento, control y evaluación. Esta situación impide verificar la existencia de control, limita la efectividad en la gestión institucional y pone en riesgo el cumplimiento de los objetivos misionales de la entidad, situación que no está conforme con la Ley 87 de 1993 en el artículo 2º; Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017 que en los artículos 2.2.21.3.1, 2.2.22.3.2, 2.2.22.3.3 y 2.2.21.5.4; los lineamientos dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión 2023 V5, la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas Versión 6, y la metodología administración de riesgos, Código: 130.01.20 -1 versión 11 del 04/12/2023; Así mismo transgrede lo contemplado en la Dimensión 7 “Control Interno” de MIPG (Decreto 1499 de 2017) frente a asegurar la gestión del control, la

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 50 de 127

implementación de actividades de monitoreo y supervisión continua en la Subdirección de Reparación Colectiva. La causa potencial de la debilidad identificada se relaciona con el desconocimiento por parte de la auditada de los lineamientos y políticas del manejo del Sistema de Control Interno (SCI), establecidos por la entidad en cumplimiento de la normativa vigente aplicable a la administración pública.

Esta situación se ve afectada negativamente por la no entrega oportuna de la información, registros y evidencias solicitadas por la Oficina de Control Interno lo cual no está conforme con el Decreto Ley 403 de 2020, artículo 151. Deber de entrega de información para el ejercicio de las funciones de la unidad u Oficina de Control Interno. *“Los servidores responsables de la información requerida por la unidad u oficina de control interno deberán facilitar el acceso y el suministro de información confiable y oportuna para el debido ejercicio de sus funciones, salvo las excepciones establecidas en la ley. Los requerimientos de información deberán hacerse con la debida anticipación a fin de garantizar la oportunidad y completitud de la misma. El incumplimiento reiterado al suministro de la información solicitada por la unidad u oficina de control interno dará lugar a las respectivas investigaciones disciplinarias por la autoridad competente”*, donde se establece la obligación de los servidores responsables de la información requerida por la unidad u oficina de control interno de proporcionar información clara y oportuna al OCI para garantizar la transparencia y el correcto funcionamiento del sistema de control interno.

Lo anterior aumenta la posibilidad de materialización de riesgos institucionales, ya que impide verificar el funcionamiento efectivo del sistema, limita la capacidad de respuesta frente a requerimientos de entes de control internos y externos, y compromete la trazabilidad, transparencia y confiabilidad en la gestión, afectando negativamente el cumplimiento de los objetivos institucionales.

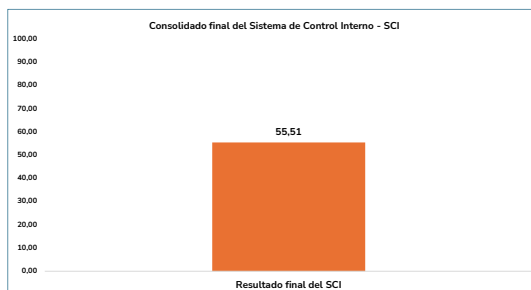
5.2.6 Consolidado del Sistema de Control de la Subdirección de Reparación Colectiva.

En el marco de la auditoría realizada a la Subdirección de Reparación Colectiva, 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 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 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 Colectiva en lo que corresponde a los cinco (5) componentes evaluados (*Indicadores, riesgos, controles, mejoras y seguimiento*) presenta deficiencias que afectan su funcionamiento integral lo que impide asegurar un cumplimiento sólido y sostenido de los objetivos institucionales. Por lo anterior, el Equipo Auditor observa que se genera

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 51 de 127

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 55.51%, 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

Mediante correo electrónico enviado el viernes 6 de junio de 2025 a las 2:15 p.m. se le comunica al Doctor, John Fredy Melgarejo Cantor john.melgarejo@unidadadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado el segundo grupo de debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor al papel de trabajo “Herramienta evaluación SCI 2025”. En este comunicado se indica que *“cuenta con cinco días (5) hábiles contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones; es decir, la respuesta con sus respectivas aclaraciones por parte de la auditada se recibe hasta el jueves 17 de junio de 2025 a las 5:00 p.m.”*.

Debilidad No. 2

Debilidad en el Sistema de Control Interno de los cinco (5) componentes que lo conforman “indicadores, riesgos, sistemas de control, mejora o valor agregado y seguimiento”. Originada por la falta de conocimiento de los resultados de los procesos asociados a los componentes del sistema de control interno por parte de la Subdirección auditada respecto a la estructura, finalidad y aplicación del sistema, así como la ausencia de evidencias o soportes documentales que demuestren su implementación, seguimiento, control y evaluación. Esta situación impide verificar la existencia de control, limita la efectividad en la gestión institucional y pone en riesgo el cumplimiento de los objetivos misionales de la entidad, situación que no está conforme con la Ley 87 de 1993 en el artículo 2º; Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017 que en los artículos 2.2.21.3.1, 2.2.22.3.2, 2.2.22.3.3 y 2.2.21.5.4; los lineamientos dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión 2023 V5, la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas Versión 6, y la metodología administración de riesgos, Código: 130.01.20 -1 versión 11 del 04/12/2023; Así mismo transgrede lo contemplado en la Dimensión 7 “Control Interno” de MIPG (Decreto 1499 de 2017) frente a asegurar la gestión del control, la implementación de actividades de monitoreo y supervisión continua en la Subdirección de Reparación Colectiva. La causa potencial de la debilidad identificada se relaciona con el

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 52 de 127

desconocimiento por parte de la auditada de los lineamientos y políticas del manejo del Sistema de Control Interno (SCI), establecidos por la entidad en cumplimiento de la normativa vigente aplicable a la administración pública.

Esta situación se ve afectada negativamente por la no entrega oportuna de la información, registros y evidencias solicitadas por la Oficina de Control Interno lo cual no está conforme con el Decreto Ley 403 de 2020, artículo 151. Deber de entrega de información para el ejercicio de las funciones de la unidad u Oficina de Control Interno. *“Los servidores responsables de la información requerida por la unidad u oficina de control interno deberán facilitar el acceso y el suministro de información confiable y oportuna para el debido ejercicio de sus funciones, salvo las excepciones establecidas en la ley. Los requerimientos de información deberán hacerse con la debida anticipación a fin de garantizar la oportunidad y completitud de la misma. El incumplimiento reiterado al suministro de la información solicitada por la unidad u oficina de control interno dará lugar a las respectivas investigaciones disciplinarias por la autoridad competente”*, donde se establece la obligación de los servidores responsables de la información requerida por la unidad u oficina de control interno de proporcionar información clara y oportuna al OCI para garantizar la transparencia y el correcto funcionamiento del sistema de control interno. Lo anterior aumenta la posibilidad de materialización de riesgos institucionales, ya que impide verificar el funcionamiento efectivo del sistema, limita la capacidad de respuesta frente a requerimientos de entes de control internos y externos, y compromete la trazabilidad, transparencia y confiabilidad en la gestión, afectando negativamente el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Mediante correo electrónico enviado el viernes 6 de junio de 2025 a las 3:26 p.m. se le comunica al Doctor, John Fredy Melgarejo Cantor john.melgarejo@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado el segundo grupo de debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor al papel de trabajo “Herramienta evaluación SCI 2025”. En este comunicado se indica que “cuenta con cinco días (5) hábiles contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones; es decir, la respuesta con sus respectivas aclaraciones por parte de la auditada se recibiría hasta el viernes 13 de junio de 2025 a las 5:00 p.m. Transcurrido el plazo otorgado, la Subdirección de Reparación Colectiva no presentó consideraciones ni documentación adicional que sustentara una aclaración o justificación frente al hallazgo señalado. Por lo tanto, la debilidad identificada se mantiene en el informe final de auditoría.

5.3 ANÁLISIS DEL DISEÑO Y EFECTIVIDAD DEL CONTROL DEL MAPA DE RIESGOS DEL PROCESO REPARACIÓN INTEGRAL – SUBDIRECCIÓN DE REPARACIÓN COLECTIVA

Con respecto al proceso de Reparación Integral- Subdirección de Reparación Colectiva, según el decreto 4802 de 2011 en su artículo 23, son funciones de la Subdirección Reparación Colectiva las siguientes:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 53 de 127

1. Ejecutar y evaluar las acciones que en materia de reparación colectiva sean adoptadas por la Unidad, a través del programa de reparación colectiva, en los términos establecidos en los artículos 151 y 152 de la Ley 1448 de 2011.
2. Adelantar, con las autoridades competentes, las medidas colectivas de rehabilitación que permitan a las víctimas desempeñarse en su entorno familiar, cultural, laboral y social y ejercer sus derechos y libertades básicas de manera colectiva.
3. Ejecutar los programas y proyectos que contengan medidas complementarias de satisfacción y reparación simbólica para las víctimas conforme a las normas que regulan la materia.
4. Proponer las recomendaciones en el marco de los procesos judiciales de Justicia y Paz sobre la adopción de medidas de reparación colectiva para las víctimas acreditadas en dichos procesos.
5. Implementar, en coordinación con las autoridades competentes, las medidas de satisfacción previstas en el artículo 139 de la Ley 1448 de 2011 y demás normas que la modifiquen, adicionen o reglamenten, que sean competencia de la Unidad.
6. Adelantar las acciones encaminadas a fortalecer el proceso de reconciliación a través de programas, planes y proyectos que promuevan la convivencia pacífica y la confianza entre los ciudadanos y las instituciones del Estado.
7. Implementar las actividades tendientes a la reconstrucción del movimiento y tejido social de comunidades campesinas, especialmente de las mujeres.
8. Implementar acciones encaminadas a fortalecer el proceso de reconciliación a través de programas, planes y proyectos que promuevan la convivencia pacífica y la confianza entre los ciudadanos y las instituciones del Estado.
9. Adelantar las acciones para los procesos de retornos y de reubicaciones colectivas de las 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.

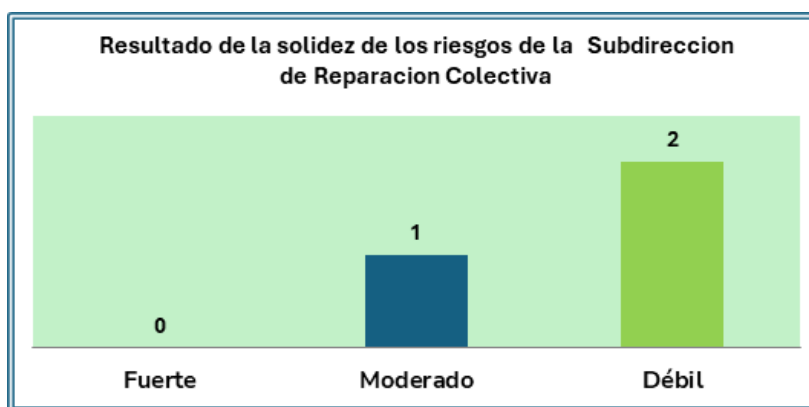
Para hacer posible el análisis del mapa de riesgos asociado al proceso de Reparación Integral-Subdirección de Reparación Colectiva y teniendo en cuenta las funciones antes mencionadas, se aplica el papel de trabajo “evaluación de riesgos, diseño de controles y efectividad de las evidencias”, que consulta 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 el auditado en el manejo y gestión de sus riesgos. Se inicia desde la concepción formal del riesgo y se llega hasta la gestión y aplicación con respecto a cada control asociado al riesgo identificado.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 54 de 127

Es necesario señalar que el propósito de esta evaluación es determinar si la Subdirección de Reparación Colectiva 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 cuenta con 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 Colectiva. Producto de esta actividad, se observa que se identifican tres (3) riesgos, de los cuales el Equipo Auditor evidencia tres (3) riesgos de gestión que corresponden al 100%; para gestionar los riesgos identificados el auditado aplica nueve (9) controles.

Al examinar las variables se tiene como resultado que el 67% corresponde a dos (2) riesgos calificados en el rango denominado “débil” y el 33% asociado a un (1) riesgo calificado en el rango “moderado”; resultado que arroja la herramienta aplicada a los riesgos para el proceso de Reparación Integral- Subdirección de Reparación Colectiva. 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 recibidas se evalúan con los criterios de auditoria generalmente aceptados y se establece que la Subdirección de Reparación Colectiva en la efectividad de ejecución del control tiene como resultado 56% “La evidencia y/o control es parcial” y el 33% “No existe la evidencia y/o control”.

Lo anterior no se encuentra conforme con 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 no efectividad conlleva al incumplimiento y

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 55 de 127

se enfoca principalmente en la no aplicación cabal 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. Situación que conlleva a la posible materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales.

A partir de este aspecto, el Equipo Auditor, encuentra que existe debilidad con respecto a la identificación de los riesgos que pueden afectar la gestión que realiza la Subdirección de Reparación Colectiva; así mismo, las evidencias presentadas no resultan suficientes, en algunos casos, para respaldar la ejecución de dichos controles.

Teniendo en cuenta lo anterior, se debe tener presente que este análisis al mapa de riesgos institucional del proceso de Reparación Integral – Subdirección de Reparación Colectiva, corresponde a tres (3) riesgos de gestión identificados.

Sumado a lo anterior, se identifica la existencia de controles que no resultan efectivos en la mitigación del riesgo. Un ejemplo de ello es el Control (7) definido para el riesgo de Gestión (3), el cual establece que:

“Los profesionales de Reparación Colectiva, cada vez que realizan la revisión de los PIRC formulados antes de la resolución 3143 de 2018, identifican las acciones ambiguas y/o que no cumplan con los objetivos del programa o el nexo causal entre el hecho, el daño y la medida en su proporción; y en caso de encontrar desviaciones se realiza la concertación de la acción previo a la implementación. Como evidencia queda el acta de seguimiento y mejora del PIRC”

Tras el análisis y evaluación de las evidencias suministradas, se concluye que estas no son suficientes ni adecuadas para demostrar la efectividad ni la correcta aplicación del control. Las evidencias aportadas no permiten verificar de manera clara y completa que el proceso se haya realizado conforme a lo establecido, ni que efectivamente se esté dando cumplimiento a los objetivos del control, lo cual no da cuenta de su funcionalidad y pertinencia para mitigar adecuadamente el riesgo identificado.

Respecto del control nueve (8) para el riesgo de Gestión (3)

“Los enlaces de NN o NT reprograman las actividades cada vez que se presenten dificultades en su desarrollo. Con el fin de dar avance en la implementación de medidas en el marco de los PIRC. En el caso que no se reprogramen se verá afectado el avance de la implementación del PIRC. Como evidencia queda con la programación mensual de viáticos y de operación logística anual.”

De acuerdo con el riesgo para el cual se plantea este control el cual hace referencia a descripciones ambiguas de los PIRC, mala calidad de los bienes y servicios, así como falta de recursos para su implementación; se considera que la reprogramación de actividades cuando se presentan dificultades en la implementación no da tratamiento a la causa de ninguna de las situaciones potenciales planteadas en el riesgo, por lo tanto, se sugiere revisar y replantear.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 56 de 127

Teniendo en cuenta lo anterior, así como el ejercicio de la auditoria realizado por el Equipo Auditor a la administración de los riesgos del proceso Reparación Integral – Subdirección de Reparación colectiva, se debe dar cumplimiento a:

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, en los artículos 2.2.21.3.1 y 2.2.21.5.4 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 del Sistema de Gestión, Modelo Integrado de Planeación y Gestión, 2023 V5, el cual 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.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 57 de 127

- 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 pagina 51 al hablar del trabajo por procesos dentro de la Dimensión 3° “Gestión con valores para resultados”, dispone:

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

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

En este escenario, la misma disposición en pagina 90 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.

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 asegurar 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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 58 de 127

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

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

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

“El presente documento establece los lineamientos para la identificación, análisis, valoración, evaluación, tratamiento, respuesta a los riesgos integrales de la Unidad que puedan afectar la misión, el cumplimiento de los objetivos estratégicos y la gestión de los procesos, proyectos y planes institucionales, tomando como referencia las directrices del Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG, la responsabilidad de las líneas de defensa definidas en el Modelo Estándar de Control Interno – 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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 59 de 127

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 Código:130.01.20-1. V 11 del 04 de diciembre de 2023, el Equipo Auditor establece que el proceso de Reparación Integral – Subdirección de Reparación Colectiva no cumple en su totalidad con los lineamientos estipulados en el marco normativo expuesto.

En términos generales, la auditada requiere de un mapa de riesgos que acopie de manera integral los efectos que se causan sobre las actividades que desarrolla consuetudinariamente, debido a eventos potenciales previsibles que no han sido identificados por los responsables de la gestión.

Debilidad No. 3

Como parte del objetivo del proceso Reparación Integral, se contempla el "Contribuir con la reparación integral de las víctimas, individuales o colectivas, incluidas en el Registro Único de Víctimas", para lo cual, dentro de las actividades clave relacionadas en su caracterización se encuentra: el diseño, formulación e implementación del del Plan Integral de Reparación Colectiva (PIRC), lo que implica que este resulta ser el documento fundamental y carta de navegación para el cumplimiento de actividades y seguimientos por parte de la Subdirección de Reparación Colectiva; por ende, uno de los riesgos asociados a esta actividad clave, es precisamente el incumplimiento de este Plan, es decir, el incumplimiento de los PIRC (con respecto a fechas, compromisos, productos o servicios establecidos).

Teniendo en cuenta lo anterior, no se evidencia en el mapa de riesgos institucional de la vigencia 2024, proceso de Reparación Integral – Subdirección de Reparación Colectiva, el riesgo antes mencionado, así como tampoco se evidencia la inclusión de riesgos fiscales los cuales se deben identificar a partir de la ejecución de actividades de Gestión Fiscal entre las cuales se encuentran: *administración, gestión, ordenación, ejecución, manejo, adquisición, planeación, conservación, custodia, explotación, enajenación, consumo, adjudicación, gasto, inversión y disposición de bienes o recursos públicos*, (contempladas en la versión número 6 de la Guía para la Administración del

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 60 de 127

Riesgo y el Diseño de Controles en entidades públicas emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública), y que la subdirección actualmente lleva a cabo para el cumplimiento de sus funciones.

Es importante tener presente que actualmente la SD contempla 3 riesgos, asociados a:

- i. Debilidades en la formulación del PIRC.
- ii. Dificultad para evidenciar el avance en la implementación de las medidas del PIRC.
- iii. Descripción ambigua en los planes formulados y la mala calidad de los bienes y servicios requeridos para su implementación.

Así mismo, se recomienda revisar y ajustar la descripción de los riesgos ya incluidos, teniendo en cuenta la estructura sugerida en la Guía de Riesgos, así como en la Política de Riesgos institucional, de tal forma que no se haga referencia a diferentes causas o problemáticas, que tendían un tratamiento diferente, en el mismo riesgo.

De acuerdo con lo anterior, se sugiere específicamente validar el enfoque y redacción del riesgo R10 dado que hace referencia en primer lugar a "la descripción ambigua de los planes formulados", situación que en principio se encontraría inmersa en el riesgo R8 que hace referencia a "debilidades en la formulación de los PIRC", es decir, se estaría hablando en últimas de la misma situación potencial adversa; en este sentido el R10 podría dejarse enfocado a la segunda situación mencionada en este mismo riesgo, que hace referencia a la calidad de los bienes y servicios requeridos para la implementación de los PIRC, el cual tendía controles completamente diferentes a los definidos en el R8.

Por último, se sugiere validar que los controles realmente se encuentren relacionados con el riesgo en el que se está trabajando; es el caso del riesgo R8, el cual como ya se mencionó hace referencia a debilidades en la formulación de los PIRC, pero para el cual como control No 3 se establece la implementación de medias en el caso de acciones del PIRC que presenten dificultades en su implementación, es decir, en este caso el control se aplicaría en la etapa de implementación, cuando el riesgo hace referencia a la etapa de diseño y formulación del PIRC.

Con respecto a la aplicación de la herramienta aplicada por el Equipo Auditor y la validación de evidencias, se identificó una debilidad en el diseño y documentación del Mapa de Riesgos Institucional, específicamente en el componente correspondiente al proceso de Reparación Integral, Subdirección de Reparación Colectiva. Esta situación se evidenció particularmente en la descripción de los controles asociados a los riesgos analizados, afectando la eficacia del modelo de administración del riesgo adoptado por la entidad.

Durante la revisión de tres (3) riesgos, se constató que la descripción de los controles es susceptible de mejora dado que, en algunos casos, el control establecido no se encuentra claramente asociado

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 61 de 127

con el riesgo a mitigar y su posible causa o no corresponden a la etapa en la cual se está identificando el riesgo. Entre las omisiones más relevantes se encuentran:

En algunos casos, fueron cargadas evidencias que no dan respuesta o no reflejan de forma específica la ejecución de los controles aplicados, evidencias que deben generarse y conservarse como respaldo de la implementación de los controles.

Se incluyen como controles, la ejecución de capacitaciones al personal involucrado en el proceso, sin embargo, es importante tener presente que un control debería implicar la ejecución de validaciones, revisiones, segregación de funciones, entre otras medidas que permitan reducir o mitigar el riesgo, sin embargo, la ejecución de una capacitación, por sí misma, no podría garantizar la prevención de ocurrencia del evento adverso, podría ser una medida complementaria, por lo que en estos casos se sugiere validar la pertinencia y efectividad de este tipo de controles.

La situación expuesta puede comprometer la eficacia del sistema de gestión del riesgo institucional, generando vulnerabilidades que podrían materializarse en impactos negativos sobre el cumplimiento de los objetivos misionales del proceso de Reparación Integral- Subdirección de Reparación Colectiva. Esto también afecta la capacidad de la entidad para anticipar, mitigar y responder oportunamente ante eventos adversos.

Esta situación no se encuentra conforme con lo establecido en la Ley 87 de 1993, artículo 2º literales a) y f); el Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017, artículo 2.2.21.3.1; y el artículo 2.2.21.5.4 del mismo decreto. Igualmente, se contravienen los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública en el *Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión 2023 – Versión 5*, así como la *Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas – Versión 6*.

Mediante correo electrónico enviado el miércoles 4 de junio de 2025 a las 9:35 a.m. se le comunica al Doctor, John Fredy Melgarejo Cantor john.melgarejo@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado el primer grupo de debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor al papel de trabajo “Herramienta Evaluación Matriz de Riesgos”. En este comunicado se indica que “cuenta con cinco días (5) hábiles contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones; es decir, la respuesta con sus respectivas aclaraciones por parte de la auditada se recibiría hasta el miércoles 11 de junio de 2025 a las 5:00 p.m.

Transcurrido el plazo otorgado, la Subdirección de Reparación Colectiva no presentó consideraciones ni documentación adicional que sustentara una aclaración o justificación frente al hallazgo señalado. Por lo tanto, la debilidad identificada se mantiene en el informe final de auditoría.

5.4 EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO POR LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN DE LA VIGENCIA 2024 PROCESO DE REPARACIÓN INTEGRAL - SUBDIRECCIÓN DE REPARACIÓN COLECTIVA.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 62 de 127

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

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

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

Artículo 2.2.22.3.14 Integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción. Las entidades del Estado, de acuerdo con el ámbito de aplicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, al Plan de Acción de que trata el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, deberán integrar los planes institucionales y estratégicos que se relacionan a continuación y publicarlos, en su respectiva página web, a más tardar el 31 de enero de cada año:

Plan Institucional de Archivos de la Entidad (PINAR), 2. Plan Anual de Adquisiciones, 3. Plan Anual de Vacantes, 4. Plan de Previsión de Recursos Humanos, 5. Plan Estratégico de Talento Humano, 6. Plan Institucional de Capacitación, 7. Plan de Incentivos Institucionales, 8. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo, 9. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, 10. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (PETI), 11. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información y 12. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 63 de 127

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

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

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

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

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 64 de 127

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

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

Por consiguiente, el equipo auditor selecciona la Subdirección de Reparación Colectiva del Proceso Reparación Integral. De acuerdo con lo anterior, se aplica la matriz de seguimiento a la ejecución del Plan de Acción 2024, teniendo en cuenta que para este caso el proceso auditado tiene programado reportes a partir del segundo trimestre de 2024 con fecha de finalización 31 de diciembre de 2024 en 14 de los 17 indicadores establecidos para la vigencia 2024, los 3 restantes su terminación se proyectó, 1 para el 30 de septiembre y 2 para el 30 de noviembre de 2024.

Una vez efectuado el diligenciamiento de la citada herramienta con base en la información reportada en SISPLAN+ por parte del Proceso Reparación Integral – Subdirección de Reparación Colectiva, el Equipo Auditor determina el nivel porcentual de ejecución obtenido de acuerdo con la meta programada para el 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 Colectiva 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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 65 de 127

Interno realiza un examen disímil al comportamiento del reporte de las metas pactadas para el periodo establecido en el alcance de la auditoría. En este sentido, el análisis es diferente y tiene una razonabilidad distinta a la aplicada por la OAP. Aquí, la metodología de análisis corresponde al comportamiento multipunto de variable pre acumulada en diversos tiempos relacionada con la movilidad de cada variable en los segmentos de tiempo de reporte.

Plan de Acción 2024 Subdirección de Reparación Colectiva - 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 observa que la Subdirección de Reparación Colectiva del Proceso Reparación Integral tiene en total 17 actividades en el Plan de Acción para la vigencia 2024. En lo que compete al primer trimestre no aplica reporte de avance, toda vez que no hubo programación para dicho periodo.

En lo que concierne al segundo trimestre de 2024 no aplica reporte de avance en once (11) de sus actividades. Por consiguiente, la muestra de trabajo es de seis (6) que corresponden al 35% de la población. En este contexto se tiene que, para el segundo trimestre de 2024, dos (2) de las seis (6) actividades programadas presentan estado óptimo del 100% y 4 estado superlativo del 180%, 220%, 400% y 1000%.

En lo que respecta al tercer trimestre de 2024 la muestra de trabajo es de catorce (14) actividades, que corresponde al 82%, 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 1 actividad de las 14 posibles, lo que equivale al 7.14% 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 2 de las 14 posibles, lo que equivale al 14.29% 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 4 de las 14 posibles, lo que equivale al 28.57% de la muestra.

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 7 de las 14 posibles, lo que equivale al 50% de la muestra.



Unidad para
las Víctimas

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

Código: 150,19,15-8

PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

Versión: 08

PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO

Fecha: 25/10/2022

Página 67 de 127

ACTIVIDADES																			
5.Sujetos de reparación colectiva con medidas de satisfacción y garantías de no repetición implementadas (Cód. 62)					6.Sujetos de reparación colectivos con medidas de restitución implementadas (Cód. 63)					7. Planes nacionales de reparación colectiva fortalecidos (Cód. 64)					8.Acciones específicas para mujeres indígenas, NARP y Rrom en los planes de reparación colectiva étnicos implementadas (Cód.66)				
Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento o 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			Reporte	Meta	Avance		
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	5	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	10	0	0%	0%	11	5	220	220%	8%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
29	11	263,64	264%	22%	17	12	141,67	142%	13%	0	1	0	0%	0%	4	5	80	80%	27%
38	22	172,73	173%	29%	20	22	90,909	91%	15%	0	1	0	0%	0%	4	5	80	80%	27%
53	37	143,24	143%	41%	38	37	102,7	103%	29%	0	2	0	0%	0%	6	10	60	60%	40%
68	57	119,3	119%	52%	47	55	85,455	85%	36%	0	2	0	0%	0%	6	10	60	0%	40%
73	97	75,258	75%	56%	52	97	53,608	54%	40%	4	2	200	200%	133%	9	15	60	60%	60%
94	130	72,308	72%	72%	52	130	40	40%	40%	4	3	133,33	133%	133%	0	15	0	0%	0%
				72%					40%					133%					60%
				72%					40%					133%					60%

DADES SUBDIRECCION DE REPARACION COLECTIVA

9. SRC étnicos con procesos de restitución de derechos territoriales que cuentan con planes de reparación colectiva formulados, concertados implementados (Cód. 67)					10. SRC étnicos en territorios PDET con planes de reparación colectiva, en formulación, concertados, consultados y en implementación (Cód. 68)					11. Espacios de participación para definir prioridades en la implementación de las medidas de reparación colectiva con condiciones para garantizar la participación de las mujeres, implementados (Cód. 69)					12. PIRC para los pueblos indígenas de la Amazonia fortalecidos (Cód. 178)				
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	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024
Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance		
0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%
5,26	4	131,5	132%	38%	48	100	48	48%	48%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%
5,26	4	131,5	132%	38%	50,67	100	50,67	51%	51%	100	100	100	100%	100%	0	2	0	0%	0%
5,26	8	65,75	66%	38%	52	100	52	52%	52%	100	100	100	100%	100%	0	6	0	0%	0%
0	8	0	0%	0%	53,33	100	53,33	53%	53%	0	100	0	0%	0%	0	10	0	0%	0%
10,52	12	87,667	88%	75%	54,67	100	54,67	55%	55%	100	100	100	100%	100%	0	16	0	0%	0%
10,52	14	75,143	75%	75%	58,67	100	58,67	59%	59%	100	100	100	100%	100%	8	24	33,333	33%	33%
				75%					53%					100%					33%
				179%					53%					100%					33%

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION																	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE																	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO																	Fecha: 25/10/2022
																		Página 68 de 127

13. Sujetos de reparación colectiva no étnicos con informe de cierre de fase de alistamiento finalizado (Cód. 229)					14. Sujetos de reparación colectiva étnicos con informe de cierre de fase de alistamiento finalizado (Cód. 230)					15. Sujetos de reparación colectiva étnicos con fase de caracterización del daño finalizada (Cód. 231)					16. Sujetos de reparación colectiva no étnicos con informe de cierre de fase del diagnóstico del daño finalizado. (Cód. 232)					17. Sujetos de reparación colectiva étnicos con ficha de identificación cargada en el sistema de información (Cód. 233)				
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	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			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance		
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	2	0	0%	0%
0	2	0	0%	0%	0	2	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	13	5	260	260%	65%
0	4	0	0%	0%	4	1	400	400%	21%	1	1	100	100%	6%	0	3	0	0%	0%	18	10	180	180%	90%
4	1	400	400%	31%	25	4	625	625%	132%	2	4	50	50%	13%	2	2	100	100%	13%	33	14	235,714	236%	165%
8	4	200	200%	62%	49	9	544,444	544%	258%	8	8	100	100%	50%	3	5	60	60%	19%	62	17	364,706	365%	310%
10	7	142,86	143%	77%	78	14	557,143	557%	411%	15	12	125	125%	94%	4	9	44,444	44%	25%	70	20	350	350%	350%
11	10	110	110%	85%	88	16	550	550%	463%	41	14	292,86	293%	256%	6	12	50	50%	38%	0	20	0	0%	0%
13	12	108,33	108%	100%	94	18	522,222	522%	495%	49	15	326,67	327%	306%	8	15	53,333	53%	50%	0	20	0	0%	0%
16	13	123,08	123%	123%	125	19	657,895	658%	658%	75	16	468,75	469%	469%	15	16	93,75	94%	94%	0	20	0	0%	0%
				123%					658%					469%					94%					350%
				123%					658%					469%					94%					350%

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 de 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 Colectiva 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 Colectiva 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 segundo trimestre de 2024 el parámetro en mención no se cumple en 4 de las 6 metas programadas (lo que corresponde al 67% del total de indicadores a 30 de junio de 2024), debido a que en las cuatro (4) actividades presenta un porcentaje de avance superior al programado con el 180%, 220%, 400% y 1000%. Un escenario similar se presenta en

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 69 de 127

el reporte de avance del tercer trimestre, así como de ejecución (cumplimiento) del cuarto trimestre, los cuales se describen a continuación:

Tercer trimestre: de 14 actividades, 7 registran porcentajes de avance superior (103%, 125%, 144%, 350%, 557% y 2 con el 143%) y 6 inferior (44%, 52%, 60%, 62% y 2 con el 0%), equivalente al 92.86% del total de indicadores proyectados para dicho periodo.

Cuarto trimestre: de 17 actividades, 6 presentan porcentajes de ejecución superior (106%, 133%, 123%, 350%, 469% y 658%) y 9 inferior (0%, 33%, 40%, 53%, 60%, 70%, 72%, 75% y 94%), equivalente al 88.23% del total de indicadores programados para la vigencia 2024.

Es importante aclarar que, a pesar de que 7 de las 9 actividades se encuentran en nivel satisfactorio de ejecución vigencia 2024, 6 están por encima (106%, 133%, 123%, 350%, 469% y 658%) y 1 por debajo (94%) de la meta ideal del 100%.

1	Satisfactorio		Entre 90% y 100%	9	53%
2	Aceptable		Entre 60 y 89%	4	24%
3	Insatisfactorio		Menor de 60%	4	24%
Total actividades Plan de Acción S.R. Colectiva 2024				17	100%

Adicional a lo anterior, se observa que en los reportes mensuales programados para las diecisiete (17) actividades del plan de acción 2024 de la Subdirección de Reparación Colectiva del Proceso Reparación Integral, quince (15) presentan porcentajes de avance superior e inferior a lo programado, así:

Actividad 1. Sujetos de reparación colectiva étnicos indemnizados - Código 54 (junio 1000%, septiembre 144% y diciembre 106%).

Actividad 3. Implementación de Planes de Implementación de Reparación Colectiva (PIRC) y Plan de Reubicación y Retorno para el pueblo indígena Nukak - Código 59 (noviembre 0%).

Actividad 4. Porcentaje de avance en la implementación de las acciones definidas en el marco de los Planes Integrales de Reparación Colectiva - PIRC del Pueblo Rrom - Código 60 (agosto 0%, octubre 50% y diciembre 70%).

Actividad 5. Sujetos de reparación colectiva con medidas de satisfacción y garantías de no repetición implementadas - Código 62 (junio 264%, agosto 163%, septiembre 143%, octubre 119%, noviembre 75% y diciembre 72%).

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 70 de 127

Actividad 6. Sujetos de reparación colectivos con medidas de restitución implementadas – Código 63 (junio 220%, julio 142%, agosto 91%, septiembre 103%, octubre 85%, noviembre 54% y diciembre 40%).

Actividad 7. Planes nacionales de reparación colectiva fortalecidos - Código 64 (noviembre 200% y diciembre 133%).

Actividad 8. Acciones específicas para mujeres indígenas, NARP y Rrom en los planes de reparación colectiva étnicos implementadas – Código 66 (julio 80%, septiembre 60% y noviembre 60%).

Actividad 9. SRC étnicos con procesos de restitución de derechos territoriales que cuentan con planes de reparación colectiva formulados, concertados implementados - Código 67 (julio 132%, septiembre 66%, noviembre 88% y diciembre 75%).

Actividad 10. SRC étnicos en territorios PDET con planes de reparación colectiva, en formulación, concertados, consultados y en implementación - Código 68 (julio 48%, agosto 51%, septiembre 52%, octubre 53%, noviembre 55% y diciembre 59%).

Actividad 12. PIRC para los pueblos indígenas de la Amazonia fortalecidos – Código 178 (agosto 0%, septiembre 0%, octubre 0%, noviembre 0% y diciembre 33%).

Actividad 13. Sujetos de reparación colectiva no étnicos con informe de cierre de fase de alistamiento finalizado – Código 229 (julio 400%, agosto 200%, septiembre 143%, octubre 110%, noviembre 108% y diciembre 123%).

Actividad 14. Sujetos de reparación colectiva étnicos con informe de cierre de fase de alistamiento finalizado – Código 230 (junio 400%, julio 625%, agosto 544%, septiembre 557%, octubre 550%, noviembre 522% y diciembre 658%).

Actividad 15. Sujetos de reparación colectiva étnicos con fase de caracterización del daño finalizada - Código 231 (julio 50%, septiembre 125%, octubre 293%, noviembre 327% y diciembre 469%).

Actividad 16. Sujetos de reparación colectiva no étnicos con informe de cierre de fase del diagnóstico del daño finalizado – Código 232 (agosto 60%, septiembre 44%, octubre 50%, noviembre 53% y diciembre 94%).

Actividad 17. Sujetos de reparación colectiva étnicos con ficha de identificación cargada en el sistema de información – Código 233 (mayo 260%, junio 180%, julio 236%, agosto 365% y septiembre 350%).

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 71 de 127

Debilidad No. 4

Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Subdirección de Reparación Colectiva del Proceso Reparación Integral referente al avance y ejecución 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.

El análisis anterior se ve reflejado además en el cumplimiento de metas incluidas en el Plan Nacional de Desarrollo, en el cual se relacionan, como indicadores de primer nivel para la Subdirección de Reparación Colectiva los siguientes:

	METRA CUATRIENIO	META 2024	AVANCE 2024	% AVANCE CUATRIENIO
Planes de reparación colectiva formulados y concertados con los sujetos	642	175	59	9,19
Planes de reparación colectiva en implementación (mayor al 50%)	300	80	16	5,33

De acuerdo con lo anterior, se evidencia un incumplimiento en lo que corresponde a la meta establecida para la vigencia 2024, así mismo, un porcentaje de avance del cuatrienio que de acuerdo con el comportamiento presentado a la fecha y el tiempo que resta del período de gobierno actual, difícilmente logrará alcanzar los resultados previstos en el PND para la Dirección, en lo que corresponde a reparación colectiva.

Mediante correo electrónico enviado el miércoles 4 de junio de 2025 a las 9:35 a.m. se le comunica al Doctor, John Fredy Melgarejo Cantor john.melgarejo@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado el primer grupo de debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor al papel de trabajo “Herramienta Evaluación Plan de Acción”. En este comunicado se indica que “cuenta con cinco días (5) hábiles contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones; es decir, la respuesta con sus respectivas aclaraciones por parte de la auditada se recibiría hasta el miércoles 11 de junio de 2025 a las 5:00 p.m.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 72 de 127

Transcurrido el plazo otorgado, la Subdirección de Reparación Colectiva no presentó consideraciones ni documentación adicional que sustentara una aclaración o justificación frente al hallazgo señalado. Por lo tanto, la debilidad identificada se mantiene en el informe final de auditoría.

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

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el cumplimiento de las funciones del Proceso de reparación Integral -Subdirección de Reparación Colectiva, contenidas en el artículo 23 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 Colectiva 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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 73 de 127

2020)

19. *Compras y Contratación Pública* (Numeral 19, adicionado por el Art. 1 del Decreto 742 de 2021).

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

De igual manera, el Decreto 1083 de 2015 en el artículo 2.2.22.3.2 define el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) como el: “marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio”. Por lo anterior se ordena en el artículo 2.2.21.5.5:

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 a la Subdirección de Reparación Colectiva, 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 GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 74 de 127

La integralidad y correlación que existe entre las funciones y MIPG con sus políticas son parte del sistema de control interno, el cual resulta 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 del modelo y a partir de ello, con las políticas que le aplican. En este sentido, no todas las funciones de la Subdirección de Reparación Colectiva 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 Colectiva 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 colectiva da respuesta mediante correo electrónico del día 25 de abril a las 5:46 pm. lo anterior con los respectivos soportes que desea hacer valer en el ejercicio auditor.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 75 de 127

El equipo auditor evalúa las evidencias registradas por la Subdirección de Reparación Colectiva 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 Colectiva corresponden con los dispuesto en el ordenamiento legal. Cualquier incumplimiento se tiene como una debilidad del Sistema de Control Interno.

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

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

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

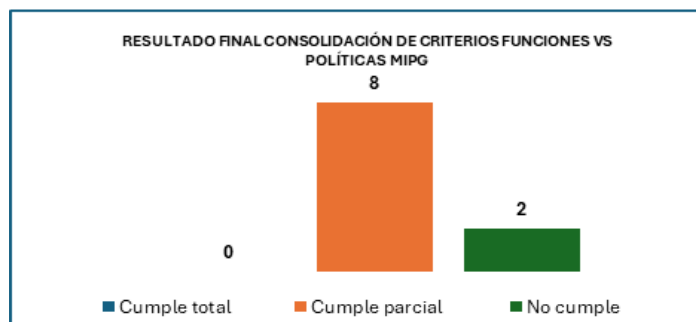
En caso contrario, cumplidas las funciones y las políticas de MIPG, el Equipo Auditor tiene la certeza suficiente que supera los limitantes del principio del escepticismo profesional y de la prudencia y dará como resultado el cumplimiento de la función.

En cuanto a las funciones identificadas en el marco normativo se 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 determina el cumplimiento parcial. De acuerdo con lo anterior, ocho (8) funciones de las (10) identificadas, evidencian cumplimiento parcial equivalentes a un ochenta 80 %.
- **No se evidencia cumplimiento** Se analiza la evidencia aportada por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan incertidumbre y aplicando los principios de prudencia y escepticismo

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 76 de 127

profesional, se determina que dos (2) funciones no cumplen con los criterios de auditoria generalmente aceptados de las diez (10) funciones identificadas, equivalentes a un 20%



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 Colectiva cumple parcialmente con la gestión de sus funciones y la implementación de las políticas de MIPG, dispuestas en el marco normativo, por consiguiente, se evidencia una debilidad del sistema de control interno relacionada con el cumplimiento de las funciones y las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

Debilidad No. 5

Durante el proceso de auditoría interna realizado a la Subdirección de Reparación Colectiva, se identificó una debilidad 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 diez (10) funciones administrativas directamente relacionadas con las responsabilidades de la dependencia auditada, únicamente ocho (8) presentan cumplimiento parcial, mientras que para las dos (2) restantes no se cuenta con evidencia suficiente que demuestre su ejecución. Esta situación denota una deficiencia en la trazabilidad y documentación de los procesos, lo cual impide verificar de manera objetiva el cumplimiento efectivo de las funciones asignadas.

Asimismo, respecto al marco de las siete (7) dimensiones y las diecinueve (19) políticas del MIPG, no se evidencian acciones ni resultados que garanticen su aplicación conforme a lo estipulado por la Ley 87 de 1993, específicamente en su artículo 2º, literales b), c), d), e), g) y h), los cuales establecen los objetivos del Sistema de Control Interno. Igualmente, se incumplen las disposiciones establecidas en el Decreto 1083 de 2015, artículos 2.2.22.3.1 al 2.2.22.3.4, referentes a la gestión institucional orientada a resultados, la articulación de la planeación con la gestión, la evaluación de desempeño institucional, y la mejora continua.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 77 de 127

Una posible causa de esta debilidad es la omisión en la apropiación normativa que rige la administración pública, así como la posible falta de capacitación, socialización y acompañamiento técnico por parte de las dependencias o procesos responsables de implementar y liderar las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.

Con base en lo anterior, se concluye la existencia de una debilidad en el sistema de control interno, derivado de la inadecuada correlación entre las funciones institucionales y las políticas del MIPG, así como la ausencia de evidencias que respalden su cumplimiento en la Subdirección de Reparación Colectiva.

Mediante correo electrónico enviado el viernes 6 de junio de 2025 a las 3:26 p.m. se le comunica al Doctor, John Fredy Melgarejo Cantor john.melgarejo@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado el segundo grupo de debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor al papel de trabajo “Herramienta evaluación Funciones vs Políticas MIPG”. En este comunicado se indica que “cuenta con cinco días (5) hábiles contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones; es decir, la respuesta con sus respectivas aclaraciones por parte de la auditada se recibiría hasta el viernes 13 de junio de 2025 a las 5:00 p.m.

Transcurrido el plazo otorgado, la Subdirección de Reparación Colectiva no presentó consideraciones ni documentación adicional que sustentara una aclaración o justificación frente al hallazgo señalado. Por lo tanto, la debilidad identificada se mantiene en el informe final de auditoría.

5.6 ANALISIS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN EL PROCESO DE GESTION DE LA INFORMACIÓN REPARACIÓN INTEGRAL – SUBDIRECCIÓN DE REPARACIÓN COLECTIVA

El Equipo Auditor examina las evidencias aportadas por parte de la Subdirección de Reparación Colectiva conforme con las pruebas de recorrido realizadas el día 12 de mayo de 2025. El propósito es determinar si la Subdirección de Reparación Colectiva gestiona de manera adecuada y eficiente o cuenta con las herramientas necesarias con respecto a los sistemas de información utilizados, garantizando el aseguramiento y calidad de los datos generados.

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 78 de 127

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 2024, se establece que:

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

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

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

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 79 de 127

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 se dispone que:

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

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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de las variables anteriormente indicadas, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor solicitó 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 Colectiva, los cuales se están empleando 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 se tiene 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 tecnológica, los cuales se encuentran definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema de Control Interno, que 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*

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 80 de 127

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. (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 diferentes procedimientos de la Subdirección de Reparación Colectiva, 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	Modulo 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 Colectiva	Procedimiento de identificación de sujetos de reparación colectiva, Código: 520.08.08-6 Versión 04	MAARIV	13	Menú Reparación Colectiva - Ruta de reparación Colectiva - SEGUIMIENTO SUJETOS DE REPARACIÓN COLECTIVA - Fase identificación	Se cargan de forma manual los documentos requeridos (SIG) de cada una de las actividades por fase Se consulta el estado y fase de cada uno de los SRC
	Procedimiento alistamiento para sujetos de reparación colectiva no étnicos, Código: 520.08.08-9 versión 04	MAARIV	12 13	Menú Reparación Colectiva - Ruta de reparación Colectiva - SEGUIMIENTO SUJETOS DE REPARACIÓN COLECTIVA - Fase alistamiento	Se cargan de forma manual los documentos requeridos (SIG) de cada una de las actividades por fase Se consulta el estado y fase de cada uno de los SRC
	Procedimiento diagnóstico de daño para sujetos de reparación colectiva no étnicos, Código: 430.08.08-10 Versión 03.	MAARIV	39	Menú Reparación Colectiva - Ruta de reparación Colectiva - SEGUIMIENTO SUJETOS DE REPARACIÓN COLECTIVA - Fase diagnóstico del daño	Se cargan de forma manual los documentos requeridos (SIG) de cada una de las actividades por fase Se consulta el estado y fase de cada uno de los SRC
	Procedimiento diseño, formulación y aprobación del plan integral de reparación colectiva para sujetos no étnicos. Código: 520.08.08-11 Versión 04.	MAARIV	52 53 55	Menú Reparación Colectiva - Ruta de reparación Colectiva - SEGUIMIENTO SUJETOS DE REPARACIÓN COLECTIVA - Fase diseño y formulación	Se cargan de forma manual los documentos requeridos (SIG) de cada una de las actividades por fase Se consulta el estado y fase de cada uno de los SRC
	Procedimiento de implementación del PIRC para comunidades campesinas, barriales, organizaciones y grupos, Código: 430.08.08-15 Versión 03	MAARIV	37 38	Menú Reparación Colectiva - Ruta de reparación Colectiva - SEGUIMIENTO SUJETOS DE REPARACIÓN COLECTIVA - Fase implementación	Se cargan de forma manual los documentos requeridos (SIG) de cada una de las actividades por fase Se consulta el estado y fase de cada uno de los SRC
	Procedimiento de implementación del PIRC para pueblos y comunidades étnicas, Código: 430.08.08-21 versión 01	MAARIV	46 47	Menú Reparación Colectiva - Ruta de reparación Colectiva - SEGUIMIENTO SUJETOS DE REPARACIÓN COLECTIVA - Fase implementación	Se cargan de forma manual los documentos requeridos (SIG) de cada una de las actividades por fase Se consulta el estado y fase de cada uno de los SRC
	Procedimiento control financiero por sujeto de reparación colectiva, Código: 430.08.08-17 versión 03	MAARIV	NA	NA	Se cargan de forma manual los documentos requeridos (SIG) de cada una de las actividades por fase Se consulta el estado y fase de cada uno de los SRC
	Procedimiento de alistamiento para sujetos de reparación colectiva para pueblos y comunidades étnicos, Código: 520.08.08-18 Versión 02	MAARIV	10 11	Menú Reparación Colectiva - Ruta de reparación Colectiva - SEGUIMIENTO SUJETOS DE REPARACIÓN COLECTIVA - Fase alistamiento	Se cargan de forma manual los documentos requeridos (SIG) de cada una de las actividades por fase Se consulta el estado y fase de cada uno de los SRC
	Procedimiento caracterización del daño para pueblos y comunidades étnicas. Código: 520.08.08-19 Versión 02	MAARIV	21	Menú Reparación Colectiva - Ruta de reparación Colectiva - SEGUIMIENTO SUJETOS DE REPARACIÓN COLECTIVA - Fase caracterización del daño	Se cargan de forma manual los documentos requeridos (SIG) de cada una de las actividades por fase Se consulta el estado y fase de cada uno de los SRC
	Procedimiento de diseño, formulación y aprobación del plan integral de reparación colectiva para sujetos étnicos, Código: 520.08.08-20 versión 03	MAARIV	49 50 52	Menú Reparación Colectiva - Ruta de reparación Colectiva - SEGUIMIENTO SUJETOS DE REPARACIÓN COLECTIVA - Fase diseño y formulación	Se cargan de forma manual los documentos requeridos (SIG) de cada una de las actividades por fase Se consulta el estado y fase de cada uno de los SRC

El Equipo Auditor con base en la información enviada por la Subdirección de Reparación Colectiva determina que el sistema de información que es utilizado para el cumplimiento de las actividades de los procedimientos del proceso misional es el MAARIV – “Modelo de Atención, asistencia, y reparación Integral a las Víctimas” en donde se realiza el cargue y revisión de la documentación en sus diferentes fases, se programa una prueba de recorrido al proceso, la cual es atendida el día

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 81 de 127

12 de mayo a las 8:30 a.m. y de lo cual se realizó una entrevista donde se realizaron las siguientes preguntas:

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 control y seguimiento del 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 OCI 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 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, donde se valida cada soporte por las diferentes fases, lo que garantiza un proceso de calidad en los datos y la información soporte.
- ¿Existen Procesos automatizados en el sistema?	No se evidencia proceso de automatización que permita para los usuarios una menor intervención de los documentos de salida de misión crítica, como por ejemplo la matriz de seguimiento de sujetos de reparación colectiva, la cual es alimentada manualmente con toda la información asociada a los soportes de cada fase de la ruta de reparación, esto representa un alto riesgo de pérdida, sustracción, modificación y fuga de información, adicionalmente también la calidad de los datos puede haberse afectada precisamente porque no existe un control que permita la trazabilidad de cada registro.
- ¿Qué tipo de interoperabilidad posee el sistema con otros sistemas de información bien sea internos o externos?	No se evidencia una interoperabilidad con el grupo del área financiera cuando se protocolizan los pagos de indemnización, esto se hace a través paquetes de Información enviados por correo electrónico a las áreas de jurídica y financiera.
- ¿El sistema permite la realización de reportes consolidados?	Se evidencia que el sistema no cuenta con la opción de creación o generación de reportes a partir de los datos cargados, lo que impide de manera directa la toma de decisiones, adicionalmente involucra el cruce de información de manera manual, lo cual expone un alto riesgo de cambios en los datos estadísticos y funcionales asociados a cada fase del proceso.

Falta de automatización de gestión de datos

El manejo manual de la información conlleva a una serie de riesgos en la manipulación de los diferentes datos utilizados y gestionados durante el proceso, en donde se pueden presentar situaciones como son: calidad de los datos, perdida de Información, sustracción de Información, modificación de la Información y fuga de Información, sin dejar las trazas respectivas de este tipo de acciones, los cuales 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*

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 82 de 127

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

El Equipo Auditor de Control Interno evalúa, con normas de auditoria generalmente aceptadas, los soportes suministrados por el auditado y la información tomada de las pruebas de recorrido efectuadas, donde se evidencia la ausencia de controles que permitan implementar la gestión de los datos de manera automática en sus acciones de misión crítica, las cuales son importantes para evitar la manipulación de los datos. La anterior situación podría ser la causa de lo evidenciado en la visita de verificación con respecto al cumplimiento de los procedimientos, en la cual se establece lo siguiente:

Para el Sujeto de Reparación Colectiva con ID 253 CONSEJO COMUNITARIO PEDEGUITA MANCILLA, se evidencia en la matriz de seguimiento que la fecha de notificación de la Resolución RUV es anterior a la fecha de la propia resolución; registrándose como fecha de la Resolución el 26/04/2019 y fecha de notificación el 31/01/2019, situación que no es técnicamente posible. Al validar el registro de notificación en el aplicativo, se encuentra que este corresponde a 31/01/2019. De acuerdo con lo anterior se validan todos los registros de la matriz de seguimiento, evidenciando que 6 SRC más presentan la misma situación, SRC 174, 350, 517, 1182, 1188, 1244.

De la misma manera, en revisión realizada el día 05 de mayo, a la ejecución de los procedimientos, se evidenció que para el SRC revisado con ID 86 RESGUARDO EMBERA LA LOMA CITABARA, el número de resolución y la fecha de resolución registrados en la matriz de seguimiento, no coinciden con la información registrada en el aplicativo MAARIV, lo que genera confusión e incertidumbre, con respecto a los datos reales asociados a estos documentos, que resultan fundamentales para dar inicio a la ruta de reparación colectiva.

Lo anterior implica un incumplimiento con respecto a los objetivos planteados en el artículo 2 Objetivos del Sistema de Control Interno, de la Ley 87 de 1993 "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones", entre los cuales se encuentran:

- 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;*

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 83 de 127

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

Por lo anteriormente indicado el grupo auditor evidencia una debilidad en cuanto a que no se cuenta con un control efectivo con respecto a la calidad de la información que se registra de forma manual en la herramienta a partir de la cual se gestionan las fases de la ruta de reparación colectiva, toda vez que el ingreso de los datos en sus acciones críticas se gestiona de manera manual, lo anterior no es conforme lo establecido en la resolución 500 de 2021 en donde se definen los lineamientos y estándares para la estrategia de seguridad digital, y la adopción del modelo de seguridad y privacidad de la información MSPI, como habilitador de la política de Gobierno Digital, el cual conduce a la preservación de la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información, adicionalmente al decreto 338 de 2022 del Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones en su artículo 2.2.21..1.1.3 definiciones en su numeral 12 Riesgo de Seguridad Digital el cual indica:

“Es la combinación de amenazas y/o vulnerabilidades que se pueden materializar en el curso de cualquier actividad en el entorno digital y que puede afectar el logro de los objetivos económicos o sociales al alterar la confidencialidad, integridad y disponibilidad”

Falta de Interoperabilidad con los sistemas de información Internos

El Equipo Auditor de Control Interno evalúa, con normas de auditoria generalmente aceptadas, los soportes suministrados por el auditado y la información tomada de la prueba de recorrido efectuadas, donde se evidencia la ausencia de interoperabilidad del sistema que gestiona el proceso de reparación colectiva MAARIV – “Modelo de Atención, asistencia, y reparación Integral a las Víctimas” con los sistemas de información de la UARIV donde se interactúa en los diferentes procesos y acciones asociadas.

Debilidad N°7

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evidencia la falta de interoperabilidad entre los sistemas de información que el proceso de reparación colectiva gestiona en sus diferentes procedimientos, los principales riesgos que se pueden llegar a materializar están enfocados a la falta de control de datos que permitan un tratamiento de la información de manera adecuada y eficiente así como su unificación y control a una sola instancia, lo cual puede impedir y limitar a la Entidad con respecto 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.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 84 de 127

La ausencia de un marco técnico regulado que establezca de manera clara los lineamientos y señale los organismos responsables de garantizar, a través del uso de tecnologías de la información, el cumplimiento de los objetivos institucionales, evaluando las necesidades de la entidad, determinando prioridades y planificando de forma oportuna, eficiente y eficaz, limita la implementación adecuada de métodos y estrategias en materia de gobernabilidad de los sistemas de información y comunicaciones, lo cual 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 su G.GOB.01 Guía del dominio de Gobierno de TI y las buenas prácticas de COBIT.

Mediante correo electrónico enviado el miércoles 4 de junio de 2025 a las 9:35 a.m. se le comunica al doctor, John Fredy Melgarejo Cantor john.melgarejo@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado el primer grupo de debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor con respecto a la gestión de la información. En este comunicado se indica que “cuenta con cinco días (5) hábiles contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones; es decir, la respuesta con sus respectivas aclaraciones por parte de la auditada se recibiría hasta el miércoles 11 de junio de 2025 a las 5:00 p.m.

Transcurrido el plazo otorgado, la Subdirección de Reparación Colectiva no presentó consideraciones ni documentación adicional que sustentara una aclaración o justificación frente al hallazgo señalado. Por lo tanto, la debilidad identificada se mantiene en el informe final de auditoría.

5.7 ANALISIS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO CON RESPECTO A OTRAS VARIABLES DE LA GESTIÓN INTEGRAL – SUBDIRECCIÓN DE REPARACIÓN COLECTIVA

En el marco de la auditoría realizada al proceso de Reparación Integral, del cual hace parte la Subdirección de Reparación Colectiva, el 29 de abril de la presente vigencia se llevó a cabo la aplicación de una entrevista al Subdirector Encargado, doctor John Fredy Melgarejo, quien asumió el cargo el día 28 de marzo de 2025.

La entrevista se desarrolló de manera presencial y encuentra conformada por 15 preguntas realizadas al Líder de proceso; su propósito es conocer las generalidades con respecto a la planeación estratégica de la Subdirección y aspectos fundamentales del Sistema de Control Interno como metodología de seguimiento a las metas, riesgos asociados al proceso, riesgos materializados, sistemas de medición, principales logros obtenidos en el proceso, gestión de las solicitudes radicadas en el proceso, entre otras.

Como resultado de su aplicación, se requirió la solicitud de información específica, la cual fue requerida mediante correo electrónico enviado el día 30 de abril de 2025, el cual fue atendido por la Subdirección el día 06 de mayo de 2025.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 85 de 127

La información enviada fue revisada para complementar y contar con datos más puntuales con respecto a algunas preguntas realizadas en la entrevista; como resultado de dicha revisión, así como de las respuestas generadas en la entrevista aplicada al Líder de la Subdirección se generaron los siguientes hallazgos:

Debilidad No. 8

A la fecha, la SD de Reparación Colectiva cuenta con un total de 317 PQR'S, de las cuales 231 se encuentran por fuera de los términos establecidos para dar respuesta, incumpliendo de esta manera con el 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"; lo anterior, de acuerdo con información confirmada en la entrevista realizada al líder del equipo el día 29 de abril de la presente vigencia y el reporte enviado por esta misma dependencia el 02/05/2025.

Con respecto a lo anterior, se sugiere 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.

Mediante correo electrónico enviado el miércoles 4 de junio de 2025 a las 9:35 a.m. se le comunica al doctor John Fredy Melgarejo Cantor john.melgarejo@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado el primer grupo de debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor con respecto a otras variables de la gestión integral. En este comunicado se indica que "cuenta con cinco días (5) hábiles contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones; es decir, la respuesta con sus respectivas aclaraciones por parte de la auditada se recibiría hasta el miércoles 11 de junio de 2025 a las 5:00 p.m.

Transcurrido el plazo otorgado, la Subdirección de Reparación Colectiva no presentó consideraciones ni documentación adicional que sustentara una aclaración o justificación frente al hallazgo señalado. Por lo tanto, la debilidad identificada se mantiene en el informe final de auditoría.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 86 de 127

Debilidad No. 9

De acuerdo con lo expuesto en la entrevista realizada al Líder de Proceso el día 29 de abril de 2025, no se cuenta con las actas de informes de gestión, de acuerdo con los cambios de subdirector que se han presentado desde la vigencia 2024 y a la fecha. Se solicita específicamente el de la anterior Subdirectora, doctora Zoraida Hernández Pedraza, al doctor John Fredy Melgarejo y no se cuenta con el registro, incumpliendo de esta manera con la Ley 951 de 2005, en la cual se establece:

"Artículo 3°. El proceso de entrega y recepción de los asuntos y recursos públicos deberá realizarse:

1. Al término e inicio del ejercicio de un cargo público para los servidores públicos descritos en los artículos 1° y 2° de la presente ley o de la finalización de la administración para los particulares que administren fondos o recursos del Estado.

2. Cuando por causas distintas al cambio de administración se separen de su cargo los servidores públicos a quienes obliga este ordenamiento. En este caso, la entrega y recepción se hará al tomar posesión del cargo por parte del servidor público entrante, previa aceptación que deberá rendir en los términos de la presente ley. Si no existe nombramiento o designación inmediata de quien deba sustituir al servidor público saliente, la entrega y recepción se hará al servidor público que designe para tal efecto el superior jerárquico del mismo.

Artículo 4°. Para computar el término para rendir el informe de que trata la presente ley, deberá ser de quince (15) días hábiles luego de haber salido del cargo, cualquiera que hubiere sido la causa de ello.

Obligaciones de los servidores públicos

Artículo 5°. Los servidores públicos del Estado y los particulares enunciados en el artículo 2, están obligados en los términos de esta ley a entregar al servidor público entrante un informe mediante acta de informe de gestión, los asuntos y recursos a su cargo, debiendo remitirse para hacerlo al reglamento y/o manual de normatividad y procedimiento que rija para la entidad, dependencia o departamento de que se trate.

Asimismo, el servidor público entrante está obligado a recibir el informe y acta respectiva y a revisar su contenido.

La verificación física o revisión que se haga de los diferentes aspectos señalados en el acta de entrega y recepción se realizará dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la firma del documento, para efectos de determinar la existencia o no de irregularidades".

Mediante correo electrónico enviado el miércoles 4 de junio de 2025 a las 9:35 a.m. se le comunica al doctor, John Fredy Melgarejo Cantor john.melgarejo@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado el primer grupo de debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor con respecto a otras variables de la gestión integral. En este comunicado se indica que "cuenta con cinco días (5) hábiles contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 87 de 127

para presentar sus consideraciones; es decir, la respuesta con sus respectivas aclaraciones por parte de la auditada se recibiría hasta el miércoles 11 de junio de 2025 a las 5:00 p.m.

Transcurrido el plazo otorgado, la Subdirección de Reparación Colectiva no presentó consideraciones ni documentación adicional que sustentara una aclaración o justificación frente al hallazgo señalado. Por lo tanto, la debilidad identificada se mantiene en el informe final de auditoría.

5.7.1 ANÁLISIS FINANCIERO Y CONTRACTUAL

De acuerdo con la información reportada por la Subdirección de Reparación Colectiva, durante la vigencia 2024 se contó con un presupuesto asignado de \$147.237.673.949, distribuidos en 2 proyectos de inversión, de acuerdo con el siguiente detalle:

Subdirección de Reparación Colectiva / Proyecto de Inversión	Presupuesto Asignado Informado por la Subdirección de Reparación Colectiva 2024	Presupuesto de Contratos suscritos 2024 (Incluye adiciones)	% de Presupuesto Contratado
Fortalecimiento a la implementación de la política pública de atención, asistencia y reparación integral de las víctimas pertenecientes a los pueblos y comunidades étnicas a nivel nacional	60.959.937.610,00	59.725.192.732,58	98,0%
Implementación de las medidas de reparación en las víctimas del conflicto armado a nivel nacional	86.277.736.339,00	81.883.772.421,41	94,9%
TOTAL	147.237.673.949,00	141.608.965.153,99	

Fuente: Elaboración propia

Según la información entregada por la Subdirección de Reparación Colectiva, del 100% de recursos asignados por el proyecto *“Fortalecimiento a la implementación de la política pública de atención, asistencia y reparación integral de las víctimas pertenecientes a los pueblos y comunidades étnicas a nivel nacional”*, un 98% de los recursos fueron utilizados de acuerdo con la gestión contractual adelantada por el proceso. Adicionalmente, frente a los recursos asignados al proyecto *“Implementación de las medidas de reparación en las víctimas del conflicto armado a nivel nacional”*, un 94,9% de los recursos fueron utilizados de acuerdo con los contratos reportados por la dependencia.

Con el fin de dar cumplimiento a sus funciones y propósito, la Subdirección de Reparación Colectiva implementó diferentes modalidades de contratación durante el periodo enero a diciembre de 2024, suscribiendo setenta y siete (77) contratos de los cuales cincuenta y cinco (55) contratos se encuentran en ejecución y representan el 71,42% y veintidós (22) contratos que representan el 28,57% están ejecutados a diciembre 31 del 2024, con respecto a los recursos, el valor total asignado para ejecutar fue de ciento cuarenta y un mil seiscientos ocho millones novecientos sesenta y cinco mil ciento cincuenta y cuatro pesos (\$141.608.965.154) de los cuales se han

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 88 de 127

ejecutado recursos por valor de sesenta y un mil cincuenta y tres millones quinientos setenta y un mil novecientos onces pesos (\$ 61.053.571.911) que representan el (43,11%) y se encuentran en ejecución recursos por valor de ochenta mil quinientos cincuenta y cinco millones trescientos noventa y tres mil doscientos cuarenta y tres mil pesos (\$80.555.393.243,41), que equivalen a una ejecución presupuestal del (56,89%). A continuación, se presentan las cifras antes mencionadas a detalle:

MODALIDAD CONTRATACION	VALOR EN EJECUCION	VALOR EJECUTADOS	TOTAL	% EJECUCION	% EJECUTADOS
ACUERDO MARCO DE PRECIOS	2.664.340.004	1.099.268.784	3.763.608.788	1,88%	0,78%
CONTRATACION DIRECTA	48.213.553.150	48.725.967.472	96.939.520.622	34,05%	34,41%
RESOLUCIONES	19.517.813.282	-	19.517.813.282	13,78%	-
SELECCIÓN ABREVIADA	7.751.913.501	4.992.284.686	12.744.198.187	5,47%	3,53%
SELECCIÓN ABREVIADA SUBASTA INVERSA	2.407.773.307	6.236.050.968	8.643.824.275	1,70%	4,40%
TOTAL	80.555.393.243	61.053.571.911	141.608.965.154	56,89%	43,11%

Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, en el marco de la ejecución de la auditoría al proceso de Reparación Integral, Subdirección de Reparación Colectiva y dada la importancia que revisten las actividades que dentro del proceso contractual, son responsabilidad de cada dependencia en la entidad y teniendo en cuenta que un porcentaje importante de las actividades del proceso y por ende de su ejecución presupuestal se da a través de la ejecución de contratos; se procedió a revisar una muestra de contratos, de acuerdo con la relación incluida por la Subdirección en el archivo “Herramienta Financiera”, solicitado vía correo electrónico el 10 de abril de 2025 y cuya respuesta fue remitida por este mismo medio el 23 de abril de la misma vigencia.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante mencionar que, dentro del marco normativo más relevante asociado a la gestión contractual en Colombia, se resalta el siguiente:

Ley 80 de 1993, por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.

Artículo 23.- De los Principios de las Actuaciones Contractuales de las Entidades Estatales. Las actuaciones de quienes intervengan en la contratación estatal se desarrollarán con arreglo a los principios de transparencia, economía y responsabilidad y de conformidad con los postulados que rigen la función administrativa. Igualmente, se aplicarán en las mismas las normas que regulan la conducta de los servidores públicos, las reglas de interpretación de la contratación, los principios generales del derecho y los particulares del derecho administrativo.

Ley 1150 de 2007, por medio de la cual se introducen medidas para la eficiencia y la transparencia en la ley 80 de 1993 y se dictan otras disposiciones generales sobre la contratación con recursos públicos.

Artículo 3. De la Contratación Pública Electrónica. De conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999, la sustanciación de las actuaciones, la expedición de los actos administrativos, los documentos,

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 89 de 127

contratos y en general los actos derivados de la actividad precontractual y contractual, podrán tener lugar por medios electrónicos. Para el trámite, notificación y publicación de tales actos, podrán utilizarse soportes, medios y aplicaciones electrónicas. Los mecanismos e instrumentos por medio de los cuales las entidades cumplirán con las obligaciones de publicidad del proceso contractual serán señalados por el Gobierno Nacional.

Lo anterior, sin perjuicio de las publicaciones previstas en el numeral 3 del artículo 30 de la Ley 80 de 1993.

Con el fin de materializar los objetivos a que se refiere el inciso anterior, el Gobierno Nacional desarrollará el Sistema Electrónico para la Contratación Pública, Secop, el cual:

- a) Dispondrá de las funcionalidades tecnológicas para realizar procesos de contratación electrónicos bajo los métodos de selección señalados en el artículo 2o de la presente ley según lo defina el reglamento;*
- b) Servirá de punto único de ingreso de información y de generación de reportes para las entidades estatales y la ciudadanía;*
- c) Contará con la información oficial de la contratación realizada con dineros públicos, para lo cual establecerá los patrones a que haya lugar y se encargará de su difusión a través de canales electrónicos y; (...).*

Ley 1474 de 2011, por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.

Artículo 83. Supervisión e interventoría contractual. *Con el fin de proteger la moralidad administrativa, de prevenir la ocurrencia de actos de corrupción y de tutelar la transparencia de la actividad contractual, las entidades públicas están obligadas a vigilar permanentemente la correcta ejecución del objeto contratado a través de un supervisor o un interventor, según corresponda.*

La supervisión consistirá en el seguimiento técnico, administrativo, financiero, contable, y jurídico que sobre el cumplimiento del objeto del contrato, es ejercida por la misma entidad estatal cuando no requieren conocimientos especializados. Para la supervisión, la Entidad estatal podrá contratar personal de apoyo, a través de los contratos de prestación de servicios que sean requeridos.

De acuerdo con el universo de contratos suministrada por la Subdirección, fue seleccionada una muestra aleatoria con el fin de validar de forma detallada, el comportamiento del contrato, con respecto a ejecución y cumplimiento de requisitos, a continuación, se presentan los resultados obtenidos:

CONVENIO 2118-2024 FCP FONDO COLOMBIA EN PAZ -UARIV - FIDEICOMISO PATRIMONIOS AUTONOMOS FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.

El anterior corresponde a un CONVENIO INTERADMINISTRATIVO por contratación directa con el CONSORCIO FONDO COLOMBIA EN PAZ-FCP NIT 830.053.105, el cual se firmó el 27 de

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL	Fecha: 25/10/2022
	INTERNO	Página 90 de 127

diciembre de 2024 por un valor de treinta y nueve mil doscientos setenta y cuatro millones ciento sesenta y tres mil ciento setenta y seis pesos (\$ 39.274.163.176) de los cuales reparación colectiva asigno presupuestalmente la suma de veintiséis mil trescientos sesenta y un millones setecientos noventa y tres mil sesenta y tres (\$ 26.361.793.063), valor que a diciembre 31 de 2024 quedo como reserva Inducida, tomando como base la fecha de constitución del Patrimonio Autónomo como aval y garante de la administración, control y manejo de los recursos cuando se requieran.

CLÁUSULAS:

CLÁUSULA PRIMERA. – OBJETO: Aunar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros entre el Fondo Colombia en Paz y la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, para que, a través de la subcuenta Atención Integral de las Víctimas, se implemente el Punto 5 del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera y se ejecuten actividades para el desarrollo de las líneas de acción del PPO, en el marco de la reparación integral para las víctimas del conflicto armado.

CLÁUSULA SEGUNDA. - ALCANCE DEL OBJETO CONTRACTUAL: Para el desarrollo del objeto se tendrá en cuenta que el presente convenio permite dar cumplimiento en el marco de las competencias de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, a la implementación al punto 5 del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera “acuerdo sobre las Víctimas” Pilar 5.4 Reparación integral para la construcción de paz.

CLÁUSULAS:

CLÁUSULA PRIMERA. – OBJETO: Aunar esfuerzos técnicos, administrativos y financieros entre el Fondo Colombia en Paz y la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, para que, a través de la subcuenta Atención Integral de las Víctimas, se implemente el Punto 5 del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera y se ejecuten actividades para el desarrollo de las líneas de acción del PPO, en el marco de la reparación integral para las víctimas del conflicto armado.

CLÁUSULA SEGUNDA. - ALCANCE DEL OBJETO CONTRACTUAL: Para el desarrollo del objeto se tendrá en cuenta que el presente convenio permite dar cumplimiento en el marco de las competencias de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, a la implementación al punto 5 del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera “acuerdo sobre las Víctimas” Pilar 5.4 Reparación integral para la construcción de paz.

Lo anterior entendiendo que la Unidad para las Víctimas, en el marco de la implementación de acciones de los planes de retornos y reubicaciones fortalece las comunidades con bienes y servicios que contribuyen al cumplimiento de los planes, generando arraigo territorial, y contribuyendo a la integración comunitaria y a la sostenibilidad de los procesos de retorno y reubicación. De igual forma, implementa estrategias y acciones (individuales, grupales y comunitarias) dirigidas a las víctimas del conflicto armado, que contribuyen a la mitigación del daño en las dimensiones psicosociales, morales, políticas y económicas y aportan en la transformación de sus vidas, permitiendo restablecer la confianza hacia el Estado Colombiano y reafirmando el papel central de las víctimas en la reparación integral.

Adicionalmente, de conformidad con los Decretos Ley 4633, 4634, 4635 de 2011 que fueron emitidos mediante las consideraciones del artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política Nacional, la Unidad para las Víctimas, prioriza y establece medidas adecuadas que buscan atender los compromisos del Gobierno Nacional con las organizaciones étnicas en el marco del cumplimiento del Plan Nacional de Desarrollo; por tanto, ejecuta acciones para que los sujetos colectivos étnicos cuenten con una o varias territorial o amparo judicial y posibilidad de avance en la ruta de reparación colectiva. De igual forma, dispone de medidas de prevención, protección, atención, asistencia y reparación integral a las víctimas pertenecientes a grupos étnicos, como también una institucionalidad específica. Por último, en el marco del Estado de Cosas Inconstitucionales, ECI, declarado por la Corte Constitucional, en la sentencia T025 de 2004, y sus autos de seguimiento, la Unidad realiza la articulación de acciones interinstitucionales con miras a remover y superar los obstáculos para garantizar el acceso de la población víctima a la efectiva materialidad de sus derechos fundamentales.

Siendo así, A través de la presencia de profesionales dedicados en las Subregiones PDET, se busca fortalecer la atención y orientación para el acceso a las medidas que requiere la población ante las victimizaciones generadas por el conflicto armado interno, articulando con las entidades del SNARIV que deben prestar sus servicios descentralizados.

Por otro lado, la subdirección de reparación colectiva focalizara acciones de infraestructura social y comunitaria que se implementaran y a la cual se le realizara seguimiento a la ejecución, teniendo un impacto significativo en la sociedad, especialmente en relación con los daños causados en el marco del conflicto armado. Estas acciones constituyen medidas reparadoras para los sujetos colectivos, ya que aseguran que cuenten con espacios adecuados para el desarrollo de sus actividades organizativas, culturales, educativas y productivas. A través de estos proyectos, se reactiva y fortalece el tejido social, representando una inversión social a largo plazo por parte de la Unidad.

En lo referente al Fortalecimiento de capacidades para la valoración de declaraciones, la Dirección de Registro y Gestión de la Información, en conjunto con sus dos subdirecciones, buscan atender las declaraciones de las personas que solicitan sean incluidas en el Registro Único de Víctimas, atendiendo las disposiciones normativas, específicamente los cambios incorporados en la Ley 2343 de 2023 t 2421 de 2024, de tal manera que se busca contar con capacidades operativas y técnicas que permitan atender los requerimientos de la población.

Por lo anterior, La Unidad para las Víctimas se propone que desde la ejecución de cada una de las líneas incluidas en la Subcuenta ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS VÍCTIMAS se se implemente el Punto 5 del Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, se ejecuten actividades para el desarrollo de las líneas de acción del PPO, en el marco de la reparación integral.

CLÁUSULA TERCERA. – ESPECIFICACIONES TÉCNICAS: Las especificaciones técnicas del objeto a contratar se encuentran definidas en el Anexo Técnico que hace parte integral de presente convenio.

CLÁUSULA CUARTA. – PLAZO DE EJECUCIÓN: La duración del convenio irá hasta el 30 de abril de 2026, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento, ejecución y suscripción de acta de inicio, dada la naturaleza del Fondo Colombia en Paz, no se requiere realizar tramite de vigencias futuras.

CLÁUSULA QUINTA. – VALOR DEL CONVENIO: El valor del presente convenio será por la suma de TREINTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO MILLONES CIENTO SESENTA Y TRES MIL CIENTO SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE. (\$39.274.163.176)

De acuerdo con el anterior objeto contractual, la UARIV estableció como compromisos de recursos y como reserva presupuestal inducida para la Subdirección de Reparación Colectiva la suma de \$ 26.361.793.063, para la cual se relacionan los siguientes CDP ´S, asignados el 18-12-2024 por el Grupo de Gestión Financiera y Contable en el SIIF y por los valores económicos que se detallan a continuación:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 91 de 127

FECHA	NO. CDP	PROCESO	VALOR
18/12/2024	251024	ETNICOS	3.989.174.997,00
18/12/2024	250524	REGISTRO	1.588.954.216,00
18/12/2024	250624	R & R	1.746.932.995,00
18/12/2024	250724	SDR	14.585.107.966,00
18/12/2024	250824	OAJ	219.741.622,00
18/12/2024	250924	GAVE	227.056.088,00
18/12/2024	251024	SCNT	1.588.954.216,00
18/12/2024	251124	GGAD	840.555.819,00
18/12/2024	251224	SAAH	1.741.192.094,00
18/12/2024	251324	SRV	166.600.000,00
TOTAL			26.694.270.013,00

CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL No. 1918 DE 2024, - FUNDACIÓN PANAMERICANA PARA EL DESARROLLO COLOMBIA – FUPAD-COLOMBIA IDENTIFICADA CON EL NIT No. 830.084.232-3.

CLÁUSULA CUARTA: DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL. El valor del aporte de la Unidad se encuentra amparado en los siguientes certificados de Disponibilidad Presupuestal:

Dependencia	RUBRO	CDP	MONTO
Subdirección General	C-4101-1500-26-20101I-4101016-02	208224	\$ 226.126.425
Subdirección de Reparación Colectiva	C-4101-1500-28-53107B-4101037-03	227624	\$ 5.800.000.000
	C-4101-1500-28-53107B-4101037-02		
	C-4101-1500-29-53107B-4101037-03		
Retornos y Reubicaciones	C-4101-1500-24-53107B-4101096-03	207624	\$ 20.285.314.000
	C-4101-1500-24-53107B-4101096-02		
	C-4101-1500-24-53107B-4101095-03		
	C-4101-1500-24-53107B-4101095-02		
	C-4101-1500-29-53107B-4101039-03		

Dentro del Convenio de Cooperación Internacional No. 1918 entre la UARIV-FUPAD, la asignación presupuestal para la Subdirección de Reparación Colectiva para el año 2024 se definió por un valor de \$ 5.800.000.000, dineros comprometidos con el CDP-22764.

La ejecución presupuestal teniendo en cuenta el informe de supervisión radicado 21 de noviembre de 2024 para los rubros identificados con los códigos C4101-1500-24-53107B-401037-02 y C4101-1500-24-53107B-401037-03 Reparación Colectiva, corresponde a mil setecientos cuarenta millones de pesos \$1.740.000.0000 que representan el 30,0% de ejecución presupuestal, teniendo en cuenta la relación detallada y presentada a financiera en el informe de supervisión, como soporte de pago para el giro del primer anticipo correspondiente al 30%, de acuerdo con las obligaciones contractuales pactadas entre las partes; estableciéndose una reserva presupuestal (atendiendo las disposiciones del ministerio de Hacienda) por valor de \$ 4.060.000.000 equivalente al 70%. De acuerdo con lo anterior, es importante revisar las condiciones o razones que dan lugar al presente comportamiento, dado que una ejecución del presupuesto asignado al contrato por

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 92 de 127

debajo del 50% podría traer inconvenientes al cumplimiento de los objetivos del proceso y los institucionales y además genera inquietud con respecto al ejercicio de planeación llevado a cabo por la Subdirección.

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 1818-2024 SOLUCIONES INTEGRALES UNION SAS

El contrato en mención tiene por objeto la *“Adquisición, suministro y transporte de materiales de la construcción y adecuación de infraestructura social y comunitaria, con destino a la población víctima del conflicto armado”*, celebrado entre las partes por valor de \$ 6.294.497.641; a diciembre 31 de 2024 se ejecutó el valor de \$ 52.313.991 equivalente al 0.83%, estableciéndose una reserva presupuestal inducida por valor de \$ 6.242.183.650 equivalente al 99.17%, de acuerdo a los reportes de supervisión de septiembre a diciembre 31 de 2024. De acuerdo con lo anterior, es importante revisar las condiciones o razones que dan lugar al presente comportamiento, dado que una ejecución del presupuesto asignado al contrato por debajo del 50% podría traer inconvenientes al cumplimiento de los objetivos del proceso y los institucionales y además genera inquietud con respecto al ejercicio de planeación llevado a cabo por la Subdirección.

CONVENIO 2003-2024 UARIV-ASOSUPRO NIT:901.445.387-3 (ASOCIACION SUPRADEPARTAMENTAL DE MUNICIPIOS PARA EL PROGRESO)

Convenio cuyo objeto hace referencia a: *“Aunar esfuerzos Técnicos, Financieros Y Administrativos entre la Uariv y la Asociación Suprdepartamental de Municipios para el Progreso (Asosupro), con el fin de implementar las Acciones contempladas en los Planes Integrales de Reparación Colectiva y desarrollar iniciativas productivas en el marco de la estrategia Fortalecimiento de Iniciativas para la Reparación Territorial - Transformando-nos.”*

El convenio cuenta con una asignación presupuestal por valor de \$ 2.879.870.374 a diciembre 31 de 2024, asociado al rubro C4101-1500-24-53107B-401037-03; se evidencia ejecución presupuestal por el valor de \$ 863.961.112 equivalente al 30,0%, estableciéndose una reserva presupuestal inducida por valor de \$ 2.015.909.262,00 equivalente al 70,0%, de acuerdo a los reportes de supervisión presentados a diciembre 31 de 2024. De acuerdo con lo anterior, es importante revisar las condiciones o razones que dan lugar al presente comportamiento, dado que una ejecución del presupuesto asignado al contrato por debajo del 50% podría traer inconvenientes al cumplimiento de los objetivos del proceso y los institucionales y además genera inquietud con respecto al ejercicio de planeación llevado a cabo por la Subdirección.

En cuanto a la entrega de estos bienes, se ha completado más del 80% del proceso a diciembre 31 de 2024 con diez y ocho (18) Actas de Entrega, beneficiando tanto a los sujetos de reparación

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 93 de 127

colectiva como a los participantes de la estrategia "Transformándonos". A la fecha, se han realizado entregas en diversas direcciones territoriales, impactando a múltiples comunidades:

- DT Antioquia: 4 sujetos de reparación colectiva. Siendo el Corregimiento de Ocholí, el proyecto más representativo del convenio, con una inversión de más de 700 millones pesos, para el fortalecimiento del café, entregando 60 módulos de café y maquinaria especializada para su transformación.
- DT Urabá: 1 sujeto de reparación colectiva.
- DT Magdalena: 4 sujetos de reparación colectiva
- DT Eje Cafetero: 1 sujeto de reparación colectiva.
- DT Meta y Llanos Orientales: 1 iniciativa de la estrategia "Transformándonos".
- DT Córdoba: 1 sujeto de reparación colectiva
- DT Cauca: 3 sujetos de reparación colectiva
- DT Cesar y Guajira: 3 sujetos de reparación colectiva
- DT Magdalena medio: 2 sujetos de reparación colectiva
- DT Nariño: 1 sujeto de reparación colectiva
- DT Putumayo: 3 sujetos de reparación colectiva
- DT Santander: 1 sujeto de reparación colectiva
- DT Valle del Cauca: 1 iniciativa de la estrategia "Transformándonos".
- DT Meta y Llanos Orientales: 1 iniciativa de la estrategia "Transformándonos"

Tabla de lugares de ejecución

Subdirección de reparación colectiva			
Caso_id	Nombre src	Departamento	Municipio
64	Comunidad de los corregimientos de monterrey, san blas, santa lucia, san joaquin y el paraiso, del municipio de simiti.	Bolivar	Simiti
66	Corregimiento la pola	Magdalena	Chibolo
106	Corregimiento la granja	Antioquia	Ituango
113	Corregimiento ochali	Antioquia	Yarumal
124	Corregimiento arboleda	Caldas	Pensilvania
152	Nuevo espinal - barrancas indígenas wayuu	La guajira	Barrancas
166	Consejo comunitario afrodescendientes de ayapel	Córdoba	Ayapel
169	Focalizado municipio de granada	Antioquia	Granada
202	Corregimiento la avianca (pivijay)	Magdalena	Pivijay
226	Corregimiento puerto lópez. consejos comunitarios de villagrande, chaparrosa y nueva esperanza	Antioquia	El bagre
233	Libano	Valle del cauca	Pradera
245	Consejo comunitario las palmitas	Cesar	La jagua de ibirico
252	Consejo comunitario de los ríos de la larga yumaradó	Chocó	Riosucio
262	Cabildo awa la cabaña	Putumayo	Puerto asis
344	Comunidad del pueblo indígena ette ennaka	Magdalena	Santa marta
386	Comunidad de norosi	Bolivar	Norosi
387	Comunidad de santa helena del opón	Santander	Santa helena del opón
462	Comunidad consejo comunitario rio guengue barranco en representación de la comunidad afrocolombiana rio guengue barranco	Cauca	Corinto
470	Resguardo inga de aponte	Nariño	El tablón de gómez
579	Asafibu asociación de administradores y empleados de empresas bananeras de urabá	Antioquia	Apartadó
583	Corregimiento salaminita	Magdalena	Pivijay
626	Comunidad afrocolombiana de badillo	Cesar	Valledupar
681	Resguardo de agua negra	Cauca	Morales
264	Resguardo yarinal san marcelino – pueblo indígena kichwa	Putumayo	San miguel
389	Cabildo indígena Tenteya	Putumayo	Orito
292	San Joaquín	Cauca	El tambo

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 94 de 127

Dentro del desarrollo del Contrato No. 1709-2024 con el operador UNION TEMPORAL ESPECTRA 2024 Nit. 901825310 en la página de Secop II se puede acceder a este documento en la dirección community.secop.gov.co/Public/Tendering/OpportunityDetail/Index?noticeUID=CO1.NTC.5676412

El control de los eventos a cargo de la Subdirección de Reparación Colectiva, asociados a este contrato que se encuentra bajo la supervisión de la Dirección de Reparación, se lleva a cabo en el archivo en Excel denominado “Contrato_1709_2024 Espectra_Matriz de seguimiento 2024”, el cual es alimentado por dos profesionales del proceso como apoyo a la Supervisión y verificación de las obligaciones contractuales en desarrollo, donde se puede identificar y verificar la siguiente relación de gastos de acuerdo con la información aportada.

CONCEPTO	VALOR	No. EVENTOS	No. PARTICIPANTES
Logística	3.247.863.107	754	55.883
Alimentación	5.981.253.506	1.083	69.652
Ollas Comunitarias	7.023.588.700	777	59.448
Reembolso de Transporte	2.465.640.620	645	32.131
Hospedaje	74.950.000	21	1.551
Materiales	474.025.326	788	49.157
Bioseguridad	111.370.414	265	16.613
Armonización o Ritual	871.592.274	302	18.810
Gasolina	1.364.395.336	205	12.354
Médico Tradicional	350.312.957	41	2.439
Tallerista	713.011.588	18	1.275
Transporte Especial	1.275.449.620	198	17.000
Elementos Tradicionales	154.918.024	200	13.559
Alojamiento Comunitario	749.845.090	143	8.393
Items No Incluidos en el Tarifario	962.829.041	282	17.714
Valor Intermediación	1.470.838.768	1.237	82.021
Base excenta	23.200.000	3	293
Items Adicionales no detallados	1.282.741.298	-	-
Subtotal antes de Impuestos	28.597.825.669	-	-
Valor IVA	2.524.592.209	-	-
TOTAL FACTURADO A SDRC	31.122.417.878	889	458.293

Como se evidencia en la tabla anterior, en la vigencia 2024 se ejecutaron por parte de la Subdirección de Reparación Colectiva la suma de \$ 31.122.417.878, del valor total del contrato, de acuerdo con los conceptos valores y eventos relacionados. Adicional a las verificaciones anteriores, se procedió a revisar de forma específica, la publicación de documentación soporte en la plataforma SECOP II, con respecto a la etapa contractual, para dos contratos y se verifica la ausencia de documentos contractuales.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 95 de 127

Debilidad No. 10

Para los contratos 1876-2024 y 1887-2024, cuyos objetos contractuales son: “Aunar esfuerzos técnicos, financieros y administrativos entre la Unidad y la Consejería de Gobierno Propio de la Asociación de Cabildos Indígenas del Valle del Cauca Región Pacífico-ACIVA RP, para apoyar el desarrollo de las Fase de Identificación, Alistamiento, Caracterización del Daño, Diseño y Formulación del Programa de Reparación Colectiva en los Sujetos de Reparación Colectiva Étnicos Indígenas del territorio del departamento del Valle del Cauca” y “Aunar esfuerzos técnicos, financieros y administrativos entre la Unidad y el CABILDO DEL RESGUARDO INDIGENA KAMENTSA - INGA DE SAN FRANCISCO, para apoyar el desarrollo de las Fase de Identificación, Alistamiento, Caracterización del Daño, Diseño y Formulación del Programa de Reparación Colectiva en los Sujetos de Reparación Colectiva Étnicos Indígenas INGA que habitan en el municipio de San Francisco, Putumayo”, respectivamente, no fue posible evidenciar en la Plataforma SECOP II, en la Sección “Ejecución del Contrato”; los soportes de pago, como facturas e informes tanto de supervisión como del contratista; que permitieran validar el cumplimiento de requisitos asociados a estas actividades, para proceder a realizar los pagos correspondientes, incumpliendo de esta manera con lo establecido en la Circula Externa única de la Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente, la cual establece:

1.1. Quiénes Deben Publicar la Actividad Contractual en el SECOP

- Las Entidades Estatales de acuerdo con la definición del Decreto Reglamentario 1082 de 2015. ● A partir del 18 de julio de 2022, las Entidades Estatales que por disposición legal cuenten con un régimen contractual excepcional al del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, deberán publicar en el SECOP II, todos los documentos relacionados con su actividad contractual, de conformidad con lo señalado en el artículo 53 de la Ley 2195 de 2022.
- Los particulares deberán publicar la información oficial de la contratación realizada con cargo a recursos públicos. Estos deberán realizar la publicación a través del módulo “Régimen Especial”. (...)

1.2. Componentes del SECOP

Son componentes del Sistema Electrónico de Contratación las siguientes plataformas administradas por Colombia Compra Eficiente:

- SECOP I: Plataforma en la cual las entidades que contratan con cargo a recursos públicos publican los documentos expedidos durante el Proceso de Contratación y la información de su gestión contractual. Es una plataforma exclusivamente de publicidad, con cuentas para las Entidades Estatales. Cada cuenta tiene usuarios asociados a ella, los cuales pueden incluir y modificar la información sobre procesos de contratación en el SECOP I a nombre de la Entidad.
- SECOP II: Es una plataforma esencialmente transaccional, de contratación en línea, con cuentas para las Entidades Estatales y los Proveedores. Cada cuenta tiene unos usuarios asociados a ella. Desde sus cuentas las Entidades crean, publican, adjudican, celebran contratos electrónicos y, en general, tramitan todas las etapas del Proceso de Contratación. Los Proveedores pueden presentar manifestaciones de interés, observaciones, ofertas y firmar contratos. Toda la etapa de gestión contractual está contenida en la plataforma, lo que significa que la Entidad y el Proveedor

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 96 de 127

deben incluir en el SECOP II la información correspondiente que no se genere en línea (garantías, facturas, informes de supervisión, modificaciones, etc.).

Mediante correo electrónico enviado el lunes 16 de junio de 2025 a las 2:50 p.m. se le comunica al doctor, John Fredy Melgarejo Cantor john.melgarejo@unidadadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado el primer grupo de debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor con respecto a otras variables de la gestión integral. En este comunicado se indica que “cuenta con cinco días (5) hábiles contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones; es decir, la respuesta con sus respectivas aclaraciones por parte de la auditada se recibiría hasta el martes 24 de junio de 2025 a las 5:00 p.m.

Transcurrido el plazo otorgado, la Subdirección de Reparación Colectiva no presentó consideraciones ni documentación adicional que sustentara una aclaración o justificación frente al hallazgo señalado. Por lo tanto, la debilidad identificada se mantiene en el informe final de auditoría.

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

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

Debilidad No. 1

De acuerdo con los casos revisados con el propósito de validar la ejecución de los procedimientos asociados a las fases de identificación, alistamiento de los SRC y diseño, formulación y aprobación del PRC, durante las visitas realizadas al proceso en el marco de la auditoría, se evidencia el incumplimiento de los procedimientos: PROCEDIMIENTO DE IDENTIFICACIÓN DE SUJETOS DE REPARACIÓN COLECTIVA versión 4, PROCEDIMIENTO DE ALISTAMIENTO PARA SUJETOS DE REPARACIÓN COLECTIVA PARA PUEBLOS Y COMUNIDADES ÉTNICOS, versión 2, y PROCEDIMIENTO DE DISEÑO, FORMULACIÓN Y APROBACIÓN DEL PLAN INTEGRAL DE REPARACIÓN COLECTIVA PARA SUJETOS ÉTNICOS Versión 3; en los siguientes aspectos:

El procedimiento de identificación hace referencia a que, de acuerdo con El artículo 2.2.7.8.6, del Decreto 1084 de 2015, “Fase de identificación del sujeto de reparación colectiva”; la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación a las Víctimas identificará los sujetos de reparación colectiva a través de dos modalidades, por Oferta y por Demanda, contemplando una serie de pasos en cada caso; sin embargo, en el ejercicio de validación y de acuerdo con la entrevista realizada al profesional del equipo, se evidencia que actualmente y dados los lineamientos

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 97 de 127

establecidos a nivel directivo, no se está llevando a cabo la identificación por oferta, sólo se está llevando a cabo por la modalidad de demanda.

Con respecto al Procedimiento de Alistamiento, se relaciona en la actividad número 2, la construcción de la agenda de trabajo propuesta para el desarrollo de las fases de alistamiento tanto comunitario como institucional, sin embargo, para los SRC revisados en la visita con ID 220 LAS COMUNIDADES AFRODESCENDIENTES DE MARGENTO, VILLA DEL SOCORRO Y LOS MEDIOS e ID 489 COMUNIDAD DEL CABILDO INDÍGENA PAEZ ALTO NAYA; no se cuenta con la agenda mencionada en el procedimiento, que contemple el contenido allí detallado; se cuenta con un acta cargada en el sistema, correspondiente a la primera jornada desarrollada con el SRC, en la que se hace mención, del segundo y tercer momento a implementar.

Con respecto al Procedimiento de Diseño, Formulación y Aprobación del Plan Integral de Reparación Colectiva para Sujetos Étnicos se verifica el cumplimiento de actividades para el SRC 125 PALENQUE DE SAN BASILIO - LA BONGA, para el cual no se evidencia: Acta de Socialización de Caracterización del Daño; Acta de validación de la caracterización del daño; Matriz de análisis de involucrados; Documentos requeridos para dar inicio al procedimiento de diseño. Es importante tener en cuenta que, para la fecha de la visita, estos soportes aparecen en etapa de “Revisión” en el aplicativo, aun cuando el SRC ya se encuentra en etapa de “Implementación”, es decir, no ha sido actualizado su estado en el aplicativo.

En la actividad número 3 del procedimiento, se hace referencia a la actualización de la ficha de identificación y la ficha de correlación del SRC, sin embargo, el auditado explica que la ficha de correlación ya no se diligencia y la ficha de identificación se elabora en la fase de identificación, por lo tanto, el procedimiento se encuentra desactualizado en este aspecto.

En las actividades 4 y 5 se hace referencia a elaborar y revisar el análisis de población afectada para la formulación del PIRC, sin embargo, se aclara por el auditado que no se cuenta con soportes de ejecución de estas actividades, previas al documento como tal, ya que, el análisis de población afectada queda incluido en el documento PIRC al finalizar el proceso, por lo tanto, no aplica una revisión en esta etapa, lo que implica que el documento se encuentra desactualizado en este sentido.

Para las actividades siguientes, se selecciona un SRC diferente, cuya etapa de implementación sea más reciente, para continuar con la validación de actividades, con el fin de contemplar que los requisitos validados hasta ahora podrían estarse implementando en vigencias posteriores, teniendo en cuenta la actualización del procedimiento, encontrando lo siguiente:

Se selecciona el SRC 399 RESGUARDO CAÑOMOMO LOMAPRIETA para el cual no es posible evidenciar soportes del cumplimiento de las actividades 6 y 7 del procedimiento, alusivas a la construcción y aprobación del plan de trabajo para el desarrollo de la fase de formulación del PIRC; el auditado explica que son actividades que no se ejecutan actualmente.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 98 de 127

Con respecto a la actividad 8, primera y segunda jornada de trabajo con el SRC donde se especifica que en la primera jornada de trabajo se socializará al SRC la propuesta de árbol de problemas y árbol de objetivos, se evidencia para el SRC 399 que en las dos primeras jornadas, especialmente la primera reunión de dos días se desarrolló explicando las medidas de reparación, generalidades de la ruta y demás temas contemplados en la guía, no necesariamente se tratan los temas relacionados en el procedimiento asociados a la socialización del árbol de problemas y árbol de objetivos.

Con respecto a la actividad 9, se establece la ejecución de 3 jornadas adicionales, sin embargo, el auditado señala que el número de jornadas a implementar no siempre es el mismo y depende de cada caso o sujeto en particular, por lo tanto, no es un aspecto que se encuentre limitado de esta manera, por lo tanto, el procedimiento se encuentra desactualizado.

A manera de conclusión con respecto a este procedimiento, se evidencia que el documento no se ejecuta tal cual como se encuentra diseñado, cuenta con actividades que no son ejecutadas en la práctica con el nivel de detalle y con las evidencias relacionadas en el procedimiento. Por lo tanto, es indispensable revisar y actualizar el documento, ajustándolo a la implementación real efectuada actualmente por los profesionales, sin que se pase por alto la aplicación de las actividades de control allí relacionadas y que resultan fundamentales para el proceso, como lo es la revisión de la primera versión del PIRC, por el equipo nacional de reparación colectiva relacionada en la actividad 20.

Debilidad No. 2

Debilidad en el Sistema de Control Interno de los cinco (5) componentes que lo conforman **“indicadores, riesgos, sistemas de control, mejora o valor agregado y seguimiento”**. Originada por la falta de conocimiento de los resultados de los procesos asociados a los componentes del sistema de control interno por parte de la Subdirección auditada respecto a la estructura, finalidad y aplicación del sistema, así como la ausencia de evidencias o soportes documentales que demuestren su implementación, seguimiento, control y evaluación. Esta situación impide verificar la existencia de control, limita la efectividad en la gestión institucional y pone en riesgo el cumplimiento de los objetivos misionales de la entidad, situación que no está conforme con la Ley 87 de 1993 en el artículo 2º; Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017 que en los artículos 2.2.21.3.1, 2.2.22.3.2, 2.2.22.3.3 y 2.2.21.5.4; los lineamientos dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión 2023 V5, la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas Versión 6, y la metodología administración de riesgos, Código: 130.01.20 -1 versión 11 del 04/12/2023; Así mismo transgrede lo contemplado en la Dimensión 7 “Control Interno” de MIPG (Decreto 1499 de 2017) frente a asegurar la gestión del control, la implementación de actividades de monitoreo y supervisión continua en la Subdirección de Reparación Colectiva. La causa potencial de la debilidad identificada se relaciona con el

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 99 de 127

desconocimiento por parte de la auditada de los lineamientos y políticas del manejo del Sistema de Control Interno (SCI), establecidos por la entidad en cumplimiento de la normativa vigente aplicable a la administración pública.

Esta situación se ve afectada negativamente por la no entrega oportuna de la información, registros y evidencias solicitadas por la Oficina de Control Interno lo cual no está conforme con el Decreto Ley 403 de 2020, artículo 151. Deber de entrega de información para el ejercicio de las funciones de la unidad u Oficina de Control Interno. *“Los servidores responsables de la información requerida por la unidad u oficina de control interno deberán facilitar el acceso y el suministro de información confiable y oportuna para el debido ejercicio de sus funciones, salvo las excepciones establecidas en la ley. Los requerimientos de información deberán hacerse con la debida anticipación a fin de garantizar la oportunidad y completitud de la misma. El incumplimiento reiterado al suministro de la información solicitada por la unidad u oficina de control interno dará lugar a las respectivas investigaciones disciplinarias por la autoridad competente”*, donde se establece la obligación de los servidores responsables de la información requerida por la unidad u oficina de control interno de proporcionar información clara y oportuna al OCI para garantizar la transparencia y el correcto funcionamiento del sistema de control interno. Lo anterior aumenta la posibilidad de materialización de riesgos institucionales, ya que impide verificar el funcionamiento efectivo del sistema, limita la capacidad de respuesta frente a requerimientos de entes de control internos y externos, y compromete la trazabilidad, transparencia y confiabilidad en la gestión, afectando negativamente el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Debilidad No. 3

Como parte del objetivo del proceso Reparación Integral, se contempla el "Contribuir con la reparación integral de las víctimas, individuales o colectivas, incluidas en el Registro Único de Víctimas", para lo cual, dentro de las actividades clave relacionadas en su caracterización se encuentra: el diseño, formulación e implementación del del Plan Integral de Reparación Colectiva (PIRC), lo que implica que este resulta ser el documento fundamental y carta de navegación para el cumplimiento de actividades y seguimientos por parte de la Subdirección de Reparación Colectiva; por ende, uno de los riesgos asociados a esta actividad clave, es precisamente el incumplimiento de este Plan, es decir, el incumplimiento de los PIRC (con respecto a fechas, compromisos, productos o servicios establecidos).

Teniendo en cuenta lo anterior, no se evidencia en el mapa de riesgos institucional de la vigencia 2024, proceso de Reparación Integral – Subdirección de Reparación Colectiva, el riesgo antes mencionado, así como tampoco se evidencia la inclusión de riesgos fiscales los cuales se deben identificar a partir de la ejecución de actividades de Gestión Fiscal entre las cuales se encuentran: *administración, gestión, ordenación, ejecución, manejo, adquisición, planeación, conservación, custodia, explotación, enajenación, consumo, adjudicación, gasto, inversión y disposición de bienes o recursos públicos*, (contempladas en la versión número 6 de la Guía para la Administración del

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 100 de 127

Riesgo y el Diseño de Controles en entidades públicas emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública), y que la subdirección actualmente lleva a cabo para el cumplimiento de sus funciones.

Es importante tener presente que actualmente la SD contempla 3 riesgos, asociados a:

1. Debilidades en la formulación del PIRC.
2. Dificultad para evidenciar el avance en la implementación de las medidas del PIRC.
3. Descripción ambigua en los planes formulados y la mala calidad de los bienes y servicios requeridos para su implementación.

Así mismo, se recomienda revisar y ajustar la descripción de los riesgos ya incluidos, teniendo en cuenta la estructura sugerida en la Guía de Riesgos, así como en la Política de Riesgos institucional, de tal forma que no se haga referencia a diferentes causas o problemáticas, que tendrían un tratamiento diferente, en el mismo riesgo.

De acuerdo con lo anterior, se sugiere específicamente validar el enfoque y redacción del riesgo R10 dado que hace referencia en primer lugar a "la descripción ambigua de los planes formulados", situación que en principio se encontraría inmersa en el riesgo R8 que hace referencia a "debilidades en la formulación de los PIRC", es decir, se estaría hablando en últimas de la misma situación potencial adversa; en este sentido el R10 podría dejarse enfocado a la segunda situación mencionada en este mismo riesgo, que hace referencia a la calidad de los bienes y servicios requeridos para la implementación de los PIRC, el cual tendría controles completamente diferentes a los definidos en el R8.

Por último, se sugiere validar que los controles realmente se encuentren relacionados con el riesgo en el que se está trabajando; es el caso del riesgo R8, el cual como ya se mencionó hace referencia a debilidades en la formulación de los PIRC, pero para el cual como control No 3 se establece la implementación de medias en el caso de acciones del PIRC que presenten dificultades en su implementación, es decir, en este caso el control se aplicaría en la etapa de implementación, cuando el riesgo hace referencia a la etapa de diseño y formulación del PIRC.

Con respecto a la aplicación de la herramienta aplicada por el Equipo Auditor y la validación de evidencias, se identificó una debilidad en el diseño y documentación del Mapa de Riesgos Institucional, específicamente en el componente correspondiente al proceso de Reparación Integral, Subdirección de Reparación Colectiva. Esta situación se evidenció particularmente en la descripción de los controles asociados a los riesgos analizados, afectando la eficacia del modelo de administración del riesgo adoptado por la entidad.

Durante la revisión de tres (3) riesgos, se constató que la descripción de los controles es susceptible de mejora dado que, en algunos casos, el control establecido no se encuentra claramente asociado

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 101 de 127

con el riesgo a mitigar y su posible causa o no corresponden a la etapa en la cual se está identificando el riesgo. Entre las omisiones más relevantes se encuentran:

En algunos casos, fueron cargadas evidencias que no dan respuesta o no reflejan de forma específica la ejecución de los controles aplicados, evidencias que deben generarse y conservarse como respaldo de la implementación de los controles.

Se incluyen como controles, la ejecución e capacitaciones al personal involucrado en el proceso, sin embargo, es importante tener presente que un control debería implicar la ejecución de validaciones, revisiones, segregación de funciones, entre otras medidas que permitan reducir o mitigar el riesgo, sin embargo, la ejecución de una capacitación, por sí misma, no podría garantizar la prevención de ocurrencia del evento adverso, podría ser una medida complementaria, por lo que en estos casos se sugiere validar la pertinencia y efectividad de este tipo de controles.

La situación expuesta puede comprometer la eficacia del sistema de gestión del riesgo institucional, generando vulnerabilidades que podrían materializarse en impactos negativos sobre el cumplimiento de los objetivos misionales del proceso de Reparación Integral- Subdirección de Reparación Colectiva. Esto también afecta la capacidad de la entidad para anticipar, mitigar y responder oportunamente ante eventos adversos.

Esta situación no se encuentra conforme con lo establecido en la Ley 87 de 1993, artículo 2º literales a) y f); el Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017, artículo 2.2.21.3.1; y el artículo 2.2.21.5.4 del mismo decreto. Igualmente, se contravienen los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública en el *Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión 2023 – Versión 5*, así como la *Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas – Versión 6*.

Debilidad No. 4

Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Subdirección de Reparación Colectiva del Proceso Reparación Integral referente al avance y ejecución de actividades (indicadores) programadas en su plan de acción para la vigencia 2024. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2º literales b) y d), 4º literal c), i) y j) y 6º de la Ley 87 de 1993 y la Ley 152 de 1994 artículo 3º literal k). Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 4.1. El Equipo Auditor establece como potenciales causas 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.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 102 de 127

El análisis anterior se ve reflejado además en el cumplimiento de metas incluidas en el Plan Nacional de Desarrollo, en el cual se relacionan, como indicadores de primer nivel para la Subdirección de Reparación Colectiva los siguientes:

	METRA CUATRIENIO	META 2024	AVANCE 2024	% AVANCE CUATRIENIO
Planes de reparación colectiva formulados y concertados con los sujetos	642	175	59	9,19
Planes de reparación colectiva en implementación (mayor al 50%)	300	80	16	5,33

De acuerdo con lo anterior, se evidencia un incumplimiento en lo que corresponde a la meta establecida para la vigencia 2024, así mismo, un porcentaje de avance del cuatrienio que de acuerdo con el comportamiento presentado a la fecha y el tiempo que resta del período de gobierno actual, difícilmente logrará alcanzar los resultados previstos en el PND para la Dirección, en lo que corresponde a reparación colectiva.

Debilidad No. 5

Durante el proceso de auditoría interna realizado a la Subdirección de Reparación Colectiva, se identificó una debilidad significativa 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 diez (10) funciones administrativas directamente relacionadas con las responsabilidades de la dependencia auditada, únicamente ocho (8) presentan cumplimiento parcial, mientras que para las dos (2) restantes no se cuenta con evidencia suficiente que demuestre su ejecución. Esta situación denota una deficiencia en la trazabilidad y documentación de los procesos, lo cual impide verificar de manera objetiva el cumplimiento efectivo de las funciones asignadas.

Asimismo, respecto al marco de las siete (7) dimensiones y las diecinueve (19) políticas del MIPG, no se evidencian acciones ni resultados que garanticen su aplicación conforme a lo estipulado por la Ley 87 de 1993, específicamente en su artículo 2°, literales b), c), d), e), g) y h), los cuales establecen los objetivos del Sistema de Control Interno.

Igualmente, se incumplen las disposiciones establecidas en el Decreto 1083 de 2015, artículos 2.2.22.3.1 al 2.2.22.3.4, referentes a la gestión institucional orientada a resultados, la articulación de la planeación con la gestión, la evaluación de desempeño institucional, y la mejora continua.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 103 de 127

Una posible causa de esta debilidad es la omisión en la apropiación normativa que rige la administración pública, así como la posible falta de capacitación, socialización y acompañamiento técnico por parte de las dependencias o procesos responsables de implementar y liderar las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.

Con base en lo anterior, se concluye la existencia de una debilidad en el sistema de control interno, derivado de la inadecuada correlación entre las funciones institucionales y las políticas del MIPG, así como la ausencia de evidencias que respalden su cumplimiento en la Subdirección de Reparación Colectiva.

Debilidad No. 6

El Equipo Auditor de Control Interno evalúa, con normas de auditoria generalmente aceptadas, los soportes suministrados por el auditado y la información tomada de las pruebas de recorrido efectuadas, donde se evidencia la ausencia de controles que permitan implementar la gestión de los datos de manera automática en sus acciones de misión crítica, las cuales son importantes para evitar la manipulación de los datos.

La situación anterior podría ser la causa de la situación evidenciada en la visita de verificación con respecto al cumplimiento de los procedimientos, en la cual se evidenció lo siguiente:

Para el Sujeto de Reparación Colectiva con ID 253 CONSEJO COMUNITARIO PEDEGUITA MANCILLA, se evidencia en la matriz de seguimiento que la fecha de notificación de la Resolución RUV es anterior a la fecha de la propia resolución; registrándose como fecha de la Resolución el 26/04/2019 y fecha de notificación el 31/01/2019, situación que no es técnicamente posible. Al validar el registro de notificación en el aplicativo, se encuentra que este corresponde a 31/01/2019. De acuerdo con lo anterior se validan todos los registros de la matriz de seguimiento, evidenciando que 6 SRC más presentan la misma situación, SRC 174, 350, 517, 1182, 1188, 1244.

De la misma manera, en revisión realizada el día 05 de mayo, a la ejecución de los procedimientos, se evidenció que para el SRC revisado con ID 86 RESGUARDO EMBERA LA LOMA CITABARA, el número de resolución y la fecha de resolución registrados en la matriz de seguimiento, no coinciden con la información registrada en el aplicativo MAARIV, lo que genera confusión e incertidumbre, con respecto a los datos reales asociados a estos documentos, que resultan fundamentales para dar inicio a la ruta de reparación colectiva.

Lo anterior implica un incumplimiento con respecto a los objetivos planteados en el Artículo 2 Objetivos del Sistema de Control Interno, de la Ley 87 de 1993 "Por la cual se establecen normas

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 104 de 127

para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones", entre los cuales se encuentran:

- 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; (...)*

Por lo anteriormente indicado el grupo auditor evidencia una debilidad en cuanto a que no se cuenta con un control efectivo con respecto a la calidad de la información que se registra de forma manual en la herramienta a partir de la cual se gestionan las fases de la ruta de reparación colectiva, toda vez que el ingreso de los datos en sus acciones críticas se gestiona de manera manual, lo anterior no es conforme lo establecido en la resolución 500 de 2021 en donde se definen los lineamientos y estándares para la estrategia de seguridad digital, y la adopción del modelo de seguridad y privacidad de la información MSPI, como habilitador de la política de Gobierno Digital, el cual conduce a la preservación de la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información, adicionalmente al decreto 338 de 2022 del Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones en su artículo 2.2.21..1.1.3 definiciones en su numeral 12 Riesgo de Seguridad Digital el cual indica:

"Es la combinación de amenazas y/o vulnerabilidades que se pueden materializar en el curso de cualquier actividad en el entorno digital y que puede afectar el logro de los objetivos económicos o sociales al alterar la confidencialidad, integridad y disponibilidad"

Debilidad No. 7

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evidencia la falta de interoperabilidad entre los sistemas de información que el proceso de reparación colectiva gestiona en sus diferentes procedimientos, los principales riesgos que se pueden llegar a materializar están enfocados a la falta de control de datos que permitan un tratamiento de la información de manera adecuada y eficiente así como su unificación y control a una sola instancia, lo cual puede impedir y limitar a la Entidad con respecto 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.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 105 de 127

La ausencia de un marco técnico regulado que establezca de manera clara los lineamientos y señale los organismos responsables de garantizar, a través del uso de tecnologías de la información, el cumplimiento de los objetivos institucionales, evaluando las necesidades de la entidad, determinando prioridades y planificando de forma oportuna, eficiente y eficaz, limita la implementación adecuada de métodos y estrategias en materia de gobernabilidad de los sistemas de información y comunicaciones, lo cual 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 del Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en su G.GOB.01 Guía del dominio de Gobierno de TI y las buenas prácticas de COBIT.

Debilidad No. 8

A la fecha, la SD de Reparación Colectiva cuenta con un total de 317 PQR'S, de las cuales 231 se encuentran por fuera de los términos establecidos para dar respuesta, incumpliendo de esta manera con el 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"; lo anterior, de acuerdo con información confirmada en la entrevista realizada al líder del equipo el día 29 de abril de la presente vigencia y el reporte enviado por esta misma dependencia el 02/05/2025.

Con respecto a lo anterior, se sugiere 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.

Debilidad No. 9

De acuerdo con lo expuesto en la entrevista realizada al Líder de Proceso el día 29 de abril de 2025, no se cuenta con las actas de informes de gestión, de acuerdo con los cambios de subdirector que se han presentado desde la vigencia 2024 y a la fecha. Se solicita específicamente el de la anterior

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 106 de 127

Subdirectora, Doctora Zoraida Hernández Pedraza, al Doctor John Fredy Melgarejo y no se cuenta con el registro, incumpliendo de esta manera con la Ley 951 de 2005, en la cual se establece:

"ARTÍCULO 3°. El proceso de entrega y recepción de los asuntos y recursos públicos deberá realizarse:

1. Al término e inicio del ejercicio de un cargo público para los servidores públicos descritos en los artículos 1° y 2° de la presente ley o de la finalización de la administración para los particulares que administren fondos o recursos del Estado.

2. Cuando por causas distintas al cambio de administración se separen de su cargo los servidores públicos a quienes obliga este ordenamiento. En este caso, la entrega y recepción se hará al tomar posesión del cargo por parte del servidor público entrante, previa aceptación que deberá rendir en los términos de la presente ley. Si no existe nombramiento o designación inmediata de quien deba sustituir al servidor público saliente, la entrega y recepción se hará al servidor público que designe para tal efecto el superior jerárquico del mismo.

ARTÍCULO 4°. Para computar el término para rendir el informe de que trata la presente ley, deberá ser de quince (15) días hábiles luego de haber salido del cargo, cualquiera que hubiere sido la causa de ello.

Obligaciones de los servidores públicos

ARTÍCULO 5°. Los servidores públicos del Estado y los particulares enunciados en el artículo 2, están obligados en los términos de esta ley a entregar al servidor público entrante un informe mediante acta de informe de gestión, los asuntos y recursos a su cargo, debiendo remitirse para hacerlo al reglamento y/o manual de normatividad y procedimiento que rija para la entidad, dependencia o departamento de que se trate.

Asimismo, el servidor público entrante está obligado a recibir el informe y acta respectiva y a revisar su contenido.

La verificación física o revisión que se haga de los diferentes aspectos señalados en el acta de entrega y recepción se realizará dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la firma del documento, para efectos de determinar la existencia o no de irregularidades".

Debilidad No. 10

Para los contratos 1876-2024 y 1887-2024, cuyos objetos contractuales son: "Aunar esfuerzos técnicos, financieros y administrativos entre la Unidad y la Consejería de Gobierno Propio de la Asociación de Cabildos Indígenas del Valle del Cauca Región Pacífico-ACIVA RP, para apoyar el desarrollo de las Fase de Identificación, Alistamiento, Caracterización del Daño, Diseño y Formulación del Programa de Reparación Colectiva en los Sujetos de Reparación Colectiva Étnicos Indígenas del territorio del departamento del Valle del Cauca" y "Aunar esfuerzos técnicos, financieros y administrativos entre la Unidad y el CABILDO DEL RESGUARDO INDIGENA KAMENTSA - INGA DE SAN FRANCISCO, para apoyar el desarrollo de las Fase de

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 107 de 127

Identificación, Alistamiento, Caracterización del Daño, Diseño y Formulación del Programa de Reparación Colectiva en los Sujetos de Reparación Colectiva Étnicos Indígenas INGA que habitan en el municipio de San Francisco, Putumayo”, respectivamente, no fue posible evidenciar en la Plataforma SECOP II, en la Sección “Ejecución del Contrato”; los soportes de pago, como facturas e informes tanto de supervisión como del contratista; que permitieran validar el cumplimiento de requisitos asociados a estas actividades, para proceder a realizar los pagos correspondientes, incumpliendo de esta manera con lo establecido en la Circula Externa única de la Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente, la cual establece:

1.1. Quiénes Deben Publicar la Actividad Contractual en el SECOP

- *Las Entidades Estatales de acuerdo con la definición del Decreto Reglamentario 1082 de 2015. • A partir del 18 de julio de 2022, las Entidades Estatales que por disposición legal cuenten con un régimen contractual excepcional al del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, deberán publicar en el SECOP II, todos los documentos relacionados con su actividad contractual, de conformidad con lo señalado en el artículo 53 de la Ley 2195 de 2022.*
- *Los particulares deberán publicar la información oficial de la contratación realizada con cargo a recursos públicos. Estos deberán realizar la publicación a través del módulo “Régimen Especial”. (...)*
- (...)*

1.2. Componentes del SECOP

Son componentes del Sistema Electrónico de Contratación las siguientes plataformas administradas por Colombia Compra Eficiente:

- *SECOP I: Plataforma en la cual las entidades que contratan con cargo a recursos públicos publican los documentos expedidos durante el Proceso de Contratación y la información de su gestión contractual. Es una plataforma exclusivamente de publicidad, con cuentas para las Entidades Estatales. Cada cuenta tiene usuarios asociados a ella, los cuales pueden incluir y modificar la información sobre procesos de contratación en el SECOP I a nombre de la Entidad.*
- *SECOP II: Es una plataforma esencialmente transaccional, de contratación en línea, con cuentas para las Entidades Estatales y los Proveedores. Cada cuenta tiene unos usuarios asociados a ella. Desde sus cuentas las Entidades crean, publican, adjudican, celebran contratos electrónicos y, en general, tramitan todas las etapas del Proceso de Contratación. Los Proveedores pueden presentar manifestaciones de interés, observaciones, ofertas y firmar contratos. Toda la etapa de gestión contractual está contenida en la plataforma, lo que significa que la Entidad y el Proveedor deben incluir en el SECOP II la información correspondiente que no se genere en línea (garantías, facturas, informes de supervisión, modificaciones, etc.).*

6.1 OBSERVACIONES

Observación No. 1

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 108 de 127

Se sugiere validar con la SD de Valoración y Registro la información periódica que se remite con respecto a los SRC que ya fueron notificados de la resolución de inclusión en el RUV, con el propósito de que inicien la etapa de identificación para en la ruta de reparación colectiva, de tal manera que se garantice que se cuenta con información veraz como insumo para el proceso, específicamente en lo que a fechas corresponde, lo anterior teniendo en cuenta que, no se evidenció la inclusión del SRC Consejo Comunitario Coconaderia, cuya fecha de valoración fue el 2/04/2024 con número de resolución 20241044, notificada el 22 de abril de 2024 (información relacionada en el listado de SRC registrados en 2024 remitida por la SD de Valoración y Registro); en la fase de Identificación de la SD de Reparación Colectiva, para la vigencia 2024; lo que resulta contrario a lo explicado por el auditado en lo que corresponde al criterio de inclusión en la etapa inicial del proceso de reparación colectiva "Identificación", el cual, de acuerdo con lo expuesto por el profesional que atiende la auditoría, corresponde a la notificación de la resolución de inclusión del SRC en el RUV de la Unidad. El SRC fue incluido en la ruta de RC en enero de 2025, lo que implica que se haya generado un retraso en su proceso de acceso al PIRC sin ninguna justificación.

Observación No. 2

Teniendo en cuenta que los tiempos de gestión entre la identificación del SRC (notificación resolución RUV) y la aprobación del PIRC son tan extensos, conclusión generada con base en la información registrada en la matriz de seguimiento SRC en la que se evidencia que puede transcurrir un período de tiempo de hasta 9 años desde la notificación de la Resolución de inclusión del sujeto en el RUV, hasta que se da la aprobación del Plan, sin que haya aún iniciado la implementación; se sugiere revisar las actividades y fases que dependen o se ven afectadas por factores externos, con el fin de plantear estrategias que permitan mejorar los tiempos de la ruta, así mismo, revisar aquellas actividades que dependen de la gestión de la Unidad y específicamente de la SD de RC, con el fin de realizar los ajustes correspondientes, de tal manera que sea posible agilizar estas etapas y hacer más eficiente el proceso en las fases previas a la implementación.

Observación No. 3

Se sugiere validar la posibilidad de incluir en la matriz de seguimiento, el estado actual y observaciones con respecto a cada SRC, de tal forma que sea posible visualizar de manera rápida las razones, cuando aplique, por las cuales no se ha podido avanzar con ese SRC en particular, las acciones adelantadas y el estado actual; lo anterior debido a que por ejemplo, para el SRC con ID 54, entró a fase de Diseño en 2014 pero apenas se focalizó en 2025 para continuar con el proceso, sin embargo, no se encuentra documentado en la matriz o algún documento las razones para tal situación; sin embargo, el profesional explica que corresponden a causas externas a la entidad que no han permitido su avance.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 109 de 127

Observación No. 4

La metodología correspondiente al árbol de problemas y objetivos, empleada en la fase de diseño de los PIRC, genera información demasiado general y se podría decir que genérica con respecto a los insumos que realmente requiere el proceso para iniciar la fase de formulación del PIRC (daños generados, posibles acciones para solucionarlos), por lo tanto, se sugiere validar su efectividad de acuerdo con su propósito, sin desconocer los requisitos establecidos a nivel legal para esta fase de la ruta, con el fin de plantear una metodología más efectiva que se desarrolle de manera particular teniendo en cuenta la situación y condiciones de cada SRC.

Observación No. 5

Se sugiere fortalecer el control con respecto al cargue de los documentos que soportan cada actividad y cada fase de la ruta, dado que en la revisión de algunos registros se evidenció que fueron cargados después de mucho tiempo después de su ejecución o el nombre no corresponde con el documento real, así mismo en algunos casos no se revisan y pasan a la siguiente fase de manera oportuna.

Observación No. 6

Se sugiere validar por qué hay 53 registros para los que la fecha de aprobación del PIRC aparece como previa a la fecha de notificación de inclusión en el RUV, siendo esto no viable de acuerdo con las fases de la ruta.

Observación No. 7

En la información presentada en el informe de gestión 2024, se relaciona, como el número total de Sujetos de Reparación Colectiva a diciembre 2024, en un principio 1.052 Sujetos, sin embargo, en otra sección del informe, se habla de 1.050, este último coincide con el número de Sujetos por fase relacionados en esta misma sección, sin embargo, en el ejercicio de validación de procedimientos, se constata por el equipo auditado que son 1.052; por lo tanto, se sugiere validar la información reportada por el proceso en este y en próximos ejercicios o informes, con el fin de garantizar que es concisa, clara y veraz; ya que al presentarse diferencias en la información que no son debidamente justificadas, puede generar confusión e incertidumbre la para persona o usuario que se encuentra revisando o consultando la información.

7. ASPECTOS SOBRESALIENTES

El Equipo Auditor evidencia como aspectos positivos de la Subdirección de Reparación Colectiva, lo siguiente:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 110 de 127

El Líder de proceso y profesionales que atendieron las entrevistas, durante el proceso de auditoría, demuestran un manejo claro con respecto a la Subdirección, las actividades y procedimientos ejecutados y las fases contempladas al desarrollo de los PIRC, así como la normatividad aplicable.

Se encuentra proyectado por el Líder de dependencia que atendió la auditoría, enfocar esfuerzos y actividades asociadas a gestionar las PQR'S que a la fecha se encuentran pendientes de respuesta y por fuera de términos, de tal manera que se subsane este incumplimiento.

Se implementó la estructuración de equipos de trabajo denominados Macros, a nivel regional, que tienen permanente contacto con territorio para conocer el estado de implementación de las actividades, hacer seguimiento a temas pendientes por desarrollar y servir de puente entre la subdirección y las DT'S en los aspectos más relevantes que se encuentren en proceso.

Se cuenta con documentos (procedimientos) completos que describen a detalle las actividades a desarrollar en cada fase, lo que se considera una fortaleza, dado que aportan a la gestión del conocimiento y la estandarización de actividades.

Se observó un control adecuado en la asignación de usuarios y roles en el sistema de información empleado, ya que los sistemas de información cuentan con niveles de parametrización que permite asignar roles restringidos en las diferentes fases de los procesos que solamente gestionará cada rol asignado.

Dentro de la ruta de reparación colectiva, se desarrollan diferentes actividades y momentos a partir de los cuales se garantiza la permanente participación del principal grupo de interés en este sentido que son los Sujetos de Reparación Colectiva, con quienes se construye en conjunto el Plan, de tal manera que realmente se ajuste a sus condiciones y a los daños ocasionados como consecuencia del conflicto.

8. RESULTADOS DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.

8.1 Plan de Mejoramiento Auditorías de Gestión

De acuerdo con el seguimiento a Planes de Mejoramiento derivados de las auditorías de gestión adelantadas por la Oficina de Control Interno, realizado en primer semestre de la presente vigencia cuyo propósito fue dar cumplimiento a la fase final (Fase 5) del proceso de auditoría interna, que de acuerdo con la Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos para Entidades Públicas establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP hace referencia al “Seguimiento del Progreso”, es decir, el seguimiento a la implementación y efectividad de los planes de mejoramiento que incluyen las acciones establecidas para dar tratamiento a las debilidades identificadas en las auditorías internas de gestión adelantadas por la Oficina de Control Interno, en las vigencias 2018 a 2024; se realizó el requerimiento de información a través de correo electrónico

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 111 de 127

enviado a los Líderes de Proceso (correo enviado el 03 de febrero de 2025); en los casos en los que se contara con debilidades pendientes de cierre.

Una vez consolidada la información remitida por los procesos, se procedió a realizar el análisis de la información, considerando las acciones planteadas y las evidencias aportadas; con respecto a las acciones, en primera instancia fue necesario validar que fueran coherentes con la debilidad identificada y su causa raíz y bajo del criterio del auditor, establecer si su implementación realmente podría evitar que el incumplimiento o inconsistencia se volviera a presentar, dado que precisamente, lo que se pretende con la implementación de acciones correctivas, es eliminar la causa raíz del hallazgo y de esta forma evitar que se vuelva a presentar; adicionalmente, se revisaron las evidencias aportadas, de tal manera que fuera posible validar su implementación y efectividad.

Para el caso particular del Proceso Reparación Integral, se evidenció lo siguiente, con respecto a auditorías y seguimientos ejecutados de 2018 a 2024:

2018	2019	2020	2022
Auditoría Reparación Integral: 18 debilidades Auditoría Administración de Bienes FRV: 6 Debilidades	Auditoría Grupo FRV Fase 1 Enfoque Contratación: 6 Debilidades Auditoría Reparación Integral Contratos Fase 1: 14 Debilidades	Seguimiento Planes de Mejoramiento Reparación Integral. Se cierran 38 de 44 (suma de todas las mencionadas en 2018 y 2019) debilidades. Abiertas 6 Debilidades.	Auditoría Administración de Bienes FRV: 6 Debilidades nuevas. No se evidencia cierre de las acciones abiertas del seguimiento 2020. Se incluyen en el presente ejercicio.

Como se puede observar, para el proceso de Reparación Integral y dada su complejidad, la auditoría ha venido ejecutando por líneas o enfoques; ahora bien, con respecto a Reparación Colectiva, los hallazgos asociados a la Subdirección, se encuentran identificados en el marco de la auditoría “Reparación Integral Contratos Fase I, ejecutada en la vigencia 2019, en la cual se identificaron 14 debilidades por parte de la Oficina de Control Interno, de las cuales 2 se encontraban asociadas a Reparación Colectiva (3-2019 y 13-2019); ahora bien, como resultado del ejercicio de seguimiento, se dio cierre a las dos debilidades, dado que no correspondían a las actividades bajo responsabilidad de la Subdirección de Reparación Colectiva.

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 cinco (5) hallazgos por concepto de Reparación Colectiva.

- Un hallazgo en la auditoria de cumplimiento vigencia 2018 (hallazgo 10);
- Un hallazgo en la auditoria de cumplimiento al municipio de Timbiquí (hallazgo 2);

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022 Página 112 de 127

- Un hallazgo en la auditoria financiera de la vigencia 2023 (Hallazgo 16);
- Un hallazgo en la Auditoria de cumplimiento “CAÑO MOCHUELO – CIPRUNA” (hallazgo 1)
- Un hallazgo en la auditoria “FRV del 11-06-2023 al 30-06-2024” (hallazgo 24).

En estos informes de auditoría, se puede observar de acuerdo con los pronunciamientos del ente de control que, la mayor causa que genera los hallazgos a este tema es debido a las deficiencias de seguimiento y control tanto en el ámbito administrativo como en el ámbito de su quehacer misional, los cuales se concatenan impidiendo el cumplimiento de la gestión la Subdirección de Reparación Colectiva.

Es así como las causas vislumbradas por la Contraloría son en resumen las siguientes:

Gestión Administrativa

- Deficiencias en el control y seguimiento realizado por la supervisión del convenio

Gestión Misional

- Deficiencias en el diseño y formulación de los planes, en la implementación y en el seguimiento y control
- Falta de articulación de acciones de manera que se consolide un proceso efectivo en la restitución de los derechos territoriales étnicos contenidos en el Decreto Ley 4635 de 2011
- Falta de control, seguimiento y deficiencias en la ejecución de los planes, programas y actividades misionales de la entidad dirigidos a garantizar seguridad alimentaria, reparar a las víctimas y la atención integral en el resguardo indígena de Caño Mochuelo.

El siguiente cuadro determina el estado actual del plan de mejoramiento asociado a la Subdirección de Reparación Colectiva:

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
10	Implementación Programa Reparación Colectiva. En la muestra de 16 PIRC revisados por la CGR, se confirma el rezago en la implementación del programa de reparación colectiva, considerando las acciones implementadas y los porcentajes de avance que reportan los PIRC al cierre de 2018. Además, los documentos del PIRC y/o las matrices PIRC en las entidades de la muestra, señalaban en general plazo de implementación de las acciones de tres años, el cual no se cumplió. De esta manera, a pesar de las gestiones adelantadas en 2018, esta vigencia cierra con baja cobertura de los sujetos reparados, incumplimiento de metas de reparación colectiva, rezago e incumplimiento del plazo para la implementación de los PIRC.	Dentro de las causas que originan la situación observada se identifican deficiencias en el diseño y formulación de los planes, en la implementación y en el seguimiento y control	Socializar el Modelo de Reparación Colectiva adoptado mediante resolución 3143 de 2018 y el anexo técnico, bajo el enfoque de marco lógico, dirigido a todo el personal de la unidad para las Víctimas responsable del diseño, formulación e implementación de los PIRC.	Socializar el Modelo de Reparación Colectiva bajo el enfoque del Marco Lógico para la formulación de los PIRC mediante jornadas de formación.	Jornadas de socialización realizadas sobre el modelo de reparación colectiva	4	2020/03/02	2020/08/30

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 113 de 127

AUDITORÍA DE CUMPLIMIENTO AL MUNICIPIO DE TIMBIQUÍ								
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
2	Coordinación interinstitucional -Sentencia 071 de 2015.	De conformidad con lo anterior, el equipo auditor estableció que las entidades no vienen articulando sus acciones de manera que se consolide un proceso efectivo en la restitución de los derechos territoriales étnicos contenidos en el Decreto Ley 4635 de 2011. Además no se observó la formulación de un plan de acción institucional e interinstitucional con enfoque diferencial que permita implementar de manera coordinada las acciones de cumplimiento, definiendo recursos e indicadores para realizar un efectivo seguimiento y control.	Promover mecanismo de articulación	Definir el mecanismo de articulación	Documento que define mecanismo de articulación establecido	1	2019/08/13	2019/10/30

La descripción de hallazgos y causas es tomada de los informes de auditoría.

AUDITORIA VIGENCIA 2023- 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
16	Convenio Interadministrativo 1434 de 2023 Asociación Zonal de Consejo de Autoridades Indígenas de Tradición Autóctona AZCATA (D) Autorización de desembolsos correspondientes al 100% del valor del Convenio 1434 del 2023, incumpliendo lo referido en el parágrafo primero, en donde se hace la exigencia de la apertura de una cuenta bancaria exclusiva para la ejecución del convenio, sin embargo, los desembolsos se realizaron a una cuenta de uso permanente de la Asociación Zonal de Consejo de Autoridades Indígena de Tradición Autóctona.	La situación descrita, se debe a fallas en la supervisión del Convenio 1434 de 2023 dado que autorizó dos (2) desembolsos correspondientes al 100% del valor del convenio a una cuenta que no era de uso exclusivo, omitiendo lo estipulado en el Literal C de la cláusula segunda y el parágrafo segundo de la cláusula quinta del referido Convenio. La situación omisiva del supervisor al autorizar los pagos a una cuenta que no era de uso exclusivo generó un riesgo de pérdida de los recursos desembolsados.	Fortalecimiento en el diseño, ejecución y liquidación de procesos contractuales asociados a convenios con Sujetos de Reparación Colectiva	Evaluar a los Sujetos de Reparación Colectiva previo a la suscripción de nuevos convenios para exigibilidad del requisito de la cuenta exclusiva, generando nuevos lineamientos operativos evaluando dicho requisito cuando el mismo dificulte el desarrollo efectivo de los convenios de acuerdo con la focalización geográfica	Anexo de Justificación de la Necesidad	1	2024/08/05	2024/12/02
				Uso de cuenta exclusiva para desembolso como requisito contractual en futuras contrataciones	Informe de liquidación del convenio	1	2024/08/05	2025/12/31

La descripción de hallazgos y causas es tomada de los informes de auditoría.

AUDITORIA CUMPLIMIENTO CAÑO MOCHUELO – CIPRUNA								
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
1	(COH 8567-2024) Cumplimiento Órdenes Judiciales UARIV (A) (D). La Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral de las Víctimas – UARIV, no cumplió lo ordenado en la Medida Cautelar 0030 de 2024 en relación con el numeral 17.2, que le indica que debía informar el estado y avance del trámite de caracterización de necesidades de las 300 personas del pueblo Wamonaes, y frente a las actividades de seguridad alimentaria no se cumplieron las metas establecidas requiriendo reprogramarlas para el periodo 2025 – 2026, incumpliendo lo obligado en el numeral 5 Auto Interdictorio 098 de 2020 y numeral 19 de la Medida Cautelar 0030 de 2024 del Juzgado Civil del Circuito Especializado en Restitución de Tierras del Distrito Judicial de Cundinamarca	Lo anterior por cuanto existe falta de control, seguimiento y deficiencias en la ejecución de los planes, programas y actividades misionales de la entidad dirigidos a garantizar seguridad alimentaria, reparar a las víctimas y la atención integral en el resguardo indígena de Caño Mochuelo.	Implementar las acciones contenidas en el Plan Integral de Reparación Colectiva del Resguardo Caño Mochuelo de conformidad con lo concertado con la comunidad en el marco del derecho a la consulta previa libre e informada.	Implementar las acciones concertadas con el Sujeto de reparación colectiva en el marco del PIRC.	Resolución de cierre del PIRC	1	2025/02/01	2025/12/31

La descripción de hallazgos y causas es tomada de los informes de auditoría.

Auditoría FRV del 11-06-2023 al 30-06-2024								
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
24	Convenio de Cooperación Internacional 1271 de 2021 UARIV (P) La UARIV realizó desembolso correspondiente al Plan Integral de Reparación Colectiva – PIRC ID 1034 en Argelia, Departamento de Antioquia, sin que se cumpliera el objeto del convenio. Adicionalmente, se evidencian debilidades en la implementación de las acciones de reparación del PIRC de Argelia, dado que no se dio cumplimiento a los requerimientos realizados por la comunidad para el desarrollo de las líneas de inversión establecidos en el Plan, pues la recepción de bienes y/o servicios que buscan en primera instancia la reconstrucción, mejoramiento y/o dotación de espacios de uso colectivo, a la fecha no se han entregado a la comunidad, de conformidad con los lineamientos técnicos establecidos en el convenio. Sin embargo, desde la Dirección de Asuntos Étnicos, se dio cierre al PIRC sin que estas acciones se hayan cumplido.	La anterior situación, se debe a deficiencias en el control y seguimiento realizado por la supervisión del convenio, respecto de los desembolsos realizados por la UARIV al ejecutor del convenio sin cumplir con la totalidad de los requisitos establecidos en el Convenio para la entrega de éstos, entre ellos, las respectivas actas de entrega a satisfacción, facturas de compra y evidencia fotográfica.	Realizar sensibilización o capacitación a los funcionarios de la Entidad que ejercen la supervisión directa o por delegación de los contratos o convenios suscritos por la UARIV	Sensibilizar o capacitar a los funcionarios para el ejercicio de las funciones, responsabilidad y prohibiciones de Supervisión de acuerdo con el principio de responsabilidad que rige la contratación estatal en vigilar la correcta ejecución del objeto contratado.	Acta o documento de capacitación general para el ejercicio de las funciones de supervisión de los contratos suscritos por la UARIV	1	2025/04/01	2025/12/31

La descripción de hallazgos y causas es tomada de los informes de auditoría.

Existen seis (6) actividades vigentes dentro del plan de mejoramiento institucional de la UARIV asociados a la Subdirección de Reparación Colectiva de las cuales, su énfasis de mejora consiste en:

- ✓ Socializar el Modelo de Reparación Colectiva,

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 114 de 127

- ✓ Promover mecanismo de articulación,
- ✓ Fortalecimiento en el diseño, ejecución y liquidación de procesos contractuales asociados a convenios con Sujetos de Reparación Colectiva,
- ✓ Implementar las acciones contenidas en el Plan Integra de Reparación Colectiva del Resguardo Caño Mochuelo,
- ✓ Realizar sensibilización o capacitación a los funcionarios de la Entidad que ejercen la supervisión directa o por delegación de los contratos o convenios suscritos por la UARIV

Del seguimiento de estas seis (6) actividades para el segundo periodo del año 2024 el cual fue evaluado en el mes de enero de 2025, se encontró que una actividad se encuentra reportada por cuanto se considera cumplida; una actividad fue reportada parcialmente; una actividad no fue reportada debidamente por cuanto se considera como no cumplida, y tres (3) actividades se encuentran en ejecución. En próximos seguimientos se verificará el cumplimiento y efectividad de las mismas.

En el siguiente cuadro se observan las actividades que no se reportaron debidamente:

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	OBSERVACIONES
10	Implementación Programa Reparación Colectiva. En la muestra de 16 PIRC revisados por la CGR, se confirma el rezago en la implementación del programa de reparación colectiva, considerando las acciones implementadas y los porcentajes de avance que reportan los PIRC al cierre de 2018. Además, los documentos del PIRC y/o las matrices PIRC en las entidades de la muestra, señalaban en general plazo de implementación de las acciones de tres años, el cual no se cumplió. De esta manera, a pesar de las gestiones adelantadas en 2018, esta vigencia cierra con baja cobertura de los sujetos reparados, incumplimiento de metas de reparación colectiva, rezago e incumplimiento del plazo para la implementación de los PIRC.	Dentro de las causas que originan la situación observada se identifican deficiencias en el diseño y formulación de los planes, en la implementación y en el seguimiento y control	Socializar el Modelo de Reparación Colectiva adoptado mediante resolución 3143 de 2018 y el anexo técnico, bajo el enfoque de marco lógico, dirigido a todo el personal de la unidad para las Víctimas responsable del diseño, formulación e implementación de los PIRC	Socializar el Modelo de Reparación Colectiva bajo el enfoque del Marco Lógico para la formulación de los PIRC mediante jornadas de formación.	Jornadas de socialización realizadas sobre el modelo de reparación colectiva	4	AUDITORIA 2018 -Cumplimiento. La Oficina de Control Interno evidencia de los soportes allegados por el responsable la realización de las 2 jornadas de socialización respecto del modelo de reparación colectiva respecto de las cuatro que esban planteadas. Las evidencias dos correos de invitación y dos listas de asistentes. Si bien no se tiene evidencia de contenidos de las jornadas se tiene certeza de haberse realizado dos y quedando en falta otras dos jornadas. En este escenario el cumplimiento es parcial. Verificó CACG

AUDITORIA VIGENCIA 2023- FINANCIERA							
CÓDIGO HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	CAUSA DEL HALLAZGO	ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES / DESCRIPCIÓN	ACTIVIDADES / UNIDAD DE MEDIDA	ACTIVIDADES / CANTIDADES UNIDAD DE MEDIDA	OBSERVACIONES
16	Convenio Interadministrativo 1434 de 2023 Asociación Zonal de Consejo de Autoridades Indígenas de Tradición Autóctona AZCAITA (D) Autorización de desembolsos correspondientes al 100% del valor del Convenio 1434 del 2023, incumpliendo lo referido en el parágrafo primero, en donde se hace la exigencia de la apertura de una cuenta bancaria exclusiva para la ejecución del convenio, sin embargo, los desembolsos se realizaron a una cuenta de uso permanente de la Asociación Zonal de Consejo de Autoridades Indígena de Tradición Autóctona.	La situación descrita, se debe a fallas en la supervisión del Convenio 1434 de 2023 dado que autorizó dos (2) desembolsos correspondientes al 100% del valor del convenio a una cuenta que no era de uso exclusivo, omitiendo lo estipulado en el Literal C de la cláusula segunda y el parágrafo segundo de la cláusula quinta del referido Convenio. La situación omisiva del supervisor al autorizar los pagos a una cuenta que no era de uso exclusivo generó un riesgo de pérdida de los recursos desembolsados.	Fortalecimiento en el diseño, ejecución y liquidación de procesos contractuales asociados a convenios con Sujetos de Reparación Colectiva	Evaluar a los Sujetos de Reparación Colectiva previo a la suscripción de nuevos convenios para exigibilidad del requisito de la cuenta exclusiva, generando nuevos lineamientos operativos evaluando dicho requisito cuando el mismo dificulte el desarrollo efectivo de los convenios de acuerdo con la focalización geográfica	Anexo de Justificación de la Necesidad	1	Auditoria de Financiera VIG 2023 Responsable: DR-SRC 27-01-2025 No se remite evidencia sobre anexo de justificación por cuanto la actividad se considera incumplida.

CAUSA DE LOS HALLAZGOS

Como se manifestó con anterioridad, los hallazgos generados por la Contraloría de la República al tema de Reparación Colectiva se enfocan técnicamente en las falencias y debilidades en la

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 115 de 127

planeación, seguimiento y control tanto en materia contractual como en la gestión de su misionalidad.

PLANEACIÓN, MONITOREO, SEGUIMIENTO Y CONTROL

La reparación colectiva, fue creada por la Ley 1448 de 2011 como un programa que contempla los sujetos colectivos que la misma Ley menciona en su artículo 152. Este programa es ejecutado a través de la Subdirección de Reparación Colectiva de la Unidad de Víctimas con el fin de promover y ejecutar acciones que permitan la reparación integral de los sujetos colectivos tanto étnicos y no étnicos que han padecido el conflicto armado interno. De ahí surge que estas acciones se configuren en planes de reparación que permitan visibilizar la ejecución y puesta en marcha de las medidas de restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición de los sujetos colectivos referidos.

Ahora, bien, hay que tener en cuenta que los Planes Integrales de Reparación Colectiva (PIRC), no son solo planes indicativos que miden metas y objetivos institucionales. Estos planes, que son especiales por sus características y deben ser específicos e individuales, conllevan la interacción y concertación con los sujetos colectivos para ser implementados, puesto que cada uno es diferente en su afectación. Por lo tanto, los planes deben ser diseñados y ejecutados con su consentimiento, de ahí que su planeación sea cuidadosa y minuciosa. Así mismo, la implementación de los planes integrales de reparación colectiva conlleva la articulación interinstitucional para lograr su efectividad y así reparar los daños causados por el conflicto y prevenir su ocurrencia nuevamente.

Consecuente con lo anterior, es de precisar que no basta con implementar los planes de reparación, sino que también, se debe asegurar de que se logren los objetivos y se alcancen los resultados. Para esto, además del seguimiento jurídico inherente a estos planes, también se debe realizar un seguimiento técnico administrativo y financiero, es decir, se debe velar por que las acciones inmersas dentro de los planes se cumplan de acuerdo con la normativa legal y con lo establecido y concertado con cada sujeto colectivo. Lo anterior, conlleva a determinar y establecer modelos de control eficientes y efectivos que permitan realizar un seguimiento continuo del avance, y así poder adelantar contingencias que suplan potenciales desviaciones de eventos identificados que surjan en el desenvolvimiento de la misionalidad. Adicionalmente con lo anterior, se debe evaluar el éxito del plan implementado, visibilizando lecciones aprendidas para próximas implementaciones.

En últimas, los planes integrales de reparación colectiva (PIRC) son considerados como proyectos que debe gestionarse con metodología que permita apreciar conocimientos y habilidades en el tema por parte de los servidores, con la aplicación de herramientas y técnicas, por un lado, y del conocimiento de lo público por otro, cuya finalidad sea el logro del cumplimiento de todas las actividades inmersas en los planes concertados.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 116 de 127

Es de resaltar que la planeación, monitoreo, seguimiento, control y evaluación, conceptos primordiales en la gestión tanto pública como privada, se interconectan entre sí para garantizar que el proceso se ejecute de manera eficiente y eficaz, convirtiéndose en un engranaje sine qua non se lograrían los resultados deseados.

Sin ir más lejos, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG - es claro en precisar en el referente principal para la planeación institucional del numeral 2.2 Política de Planeación institucional de la 2ª. Dimensión: Direccionamiento Estratégico y Planeación, y en el cual se menciona estos conceptos de gestión de la siguiente manera:

*En nación, la planeación se articula a través de sus tres modalidades: plan estratégico sectorial, plan estratégico institucional y plan de acción anual. Estos planes se convierten en la gran sombrilla que recoge los requerimientos de otras políticas, estrategias e iniciativas de gobierno, sin desconocer que muchas de ellas poseen metodologías e instrumentos propios. **Por tanto, a través de una planeación integral se busca orientar las capacidades de las entidades hacia el logro de los resultados y simplificar y racionalizar la gestión de las entidades en lo referente a la generación y presentación de planes, reportes e informes.** (Negrita fuera de texto).*

Así mismo, y siguiendo con MIPG en la 2ª. Dimensión: Direccionamiento Estratégico y Planeación, numeral 2.2 Política de Planeación institucional en los lineamientos generales para la implementación de la política, brinda lineamientos con el fin de que se logre los resultados y objetivos fijados por las entidades:

*Dado que MIPG se basa en un modelo de gestión para resultados, la entidad debe predeterminar, predefinir o preestablecer los resultados y efectos que espera lograr. Por lo tanto, su **planeación, gestión, control y evaluación** toman como referencia dichos resultados. Para ello, sin perjuicio del desarrollo que se hará más adelante, es útil recordar: (Negrita fuera de texto).*

- *Identificar, como ya se ha dicho, los problemas o necesidades con precisión, pertinencia y prioridad, a partir de la caracterización de los grupos de valor y siempre teniendo presente el propósito fundamental, mediante procesos participativos. Una vez identificados, proyectarlos a 4, 10, 20 años o según se disponga por la entidad.*
- *Estimar los tiempos en los cuales se espera atender dichos problemas o necesidades, teniendo claro cuál es el valor agregado que, con su gestión, aspira aportar en términos de resultados e impactos.*
- *Formular las metas de largo plazo, tangibles, medibles, audaces y coherentes con los problemas y necesidades que deben atender o satisfacer, evitando*

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 117 de 127

proposiciones genéricas que no permitan su cuantificación y definiendo los posibles riesgos asociados al cumplimiento de las prioridades.

- *Formular los resultados en términos de cantidad y calidad de los productos y servicios que va a generar, año a año para cumplir la planeación de largo plazo (4, 10, 20 años).*
- *De ser posible, identificar los efectos o cambios que se quiere generar en el mejoramiento de las condiciones de vida de sus grupos de valor. Tanto las metas prioritarias como sus resultados deben ser alcanzables, financiables, medibles, evaluables y coherentes con las necesidades y problemas de sus grupos de valor y el propósito fundamental de la entidad.*

Para ello, es importante analizar desempeños anteriores (analítica institucional y demás herramientas de la Dimensión de Gestión del Conocimiento y la Innovación), lecciones aprendidas o niveles de logro de metas y objetivos, y contar con información (organizada y en lo posible sistematizada) que permita el seguimiento, evaluación y control rigurosos y oportunos, que fundamenten la toma de decisiones en materia de resultados futuros a lograr. (CLAD, 2008).

Entonces, así como la planeación permite definir objetivos y metas, también lo es que esto conlleva a la organización de actividades, definición de recursos y prevención de potenciales obstáculos y riesgos que se puedan presentar, para lo cual, en este último, la Subdirección de Reparación Colectiva no ha logrado anticipar ni dar soluciones, de lo contrario, no se presentarían hallazgos por parte del ente de control.

Por lo tanto, es vital que desde la planeación de las metas y objetivos estratégicos se cuente con modelos de medición y control que permitan monitorear (*recopilación y análisis continuo de la información para medir avance y detectar desviaciones*) y hacer seguimiento (*evalúa resultados, analiza efectividad de las medidas adoptadas y mejorar el proceso*) a las diferentes actividades funcionales y a las fijadas en los proyectos de gestión que se proyectan a partir de la planeación.

Lo anterior es concordante con la 4ª. Dimensión: Evaluación de Resultados en la cual MIPG en su numeral 4.2 Seguimiento y evaluación de la gestión institucional establece que, “*para facilitar el seguimiento y evaluación del desempeño institucional, es importante tener en cuenta los siguientes lineamientos:*

- 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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 118 de 127

- Evaluar el logro de los resultados
- Evaluar la gestión del riesgo en la entidad
- Evaluar la percepción de los grupos de valor
- Documentar los resultados de los ejercicios de seguimiento y evaluación
- Utilizar y aprovechar los resultados de los seguimientos y evaluaciones para la mejora continua”

Concluyendo la presente debilidad, es de anotar que la planificación que es el método que define las metas y sus objetivos, el seguimiento que es el método que evalúa el avance de las metas y el control que es el aseguramiento del cumplimiento exitoso de las metas deseadas, son procesos conexos que se integran entre sí y que como tal no pueden ser divergentes de cara a la gestión misional que se debe desarrollar por ordenamiento legal y por concertación con cada sujeto colectivo.

La Oficina de Control Interno advierte que el no cumplimiento de los PIRC según los cronogramas establecidos y los presupuestos dados, pueden conllevar a la materialización de riesgos fiscales dado que el incumplimiento puede ser calificado como gestión antieconómica por los entes de control, lo que implica hallazgos fiscales y a nivel de los servidores, hallazgos disciplinarios, e incluso potenciales hallazgos con incidencia penal. El riesgo fiscal es definido según la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 6, 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 Planes Integrales de Reparación Colectiva.

SUPERVISIÓN CONTRACTUAL

De otra parte, se percibe que la supervisión contractual es concomitante a los conceptos de gestión arriba señalados (planeación, monitoreo, seguimiento y control) toda vez que la gestión contractual conlleva el tratamiento de estos mismos conceptos.

La supervisión contractual es un modelo de control que tiende a propender por el desarrollo de los fines de la contratación estatal definido en el artículo 3 de la Ley 80 de 1993 así:

ARTÍCULO 3.- De los Fines de la Contratación Estatal. *Los servidores públicos tendrán en consideración que al celebrar contratos y con la ejecución de los mismos, las entidades buscan el cumplimiento de los fines estatales, la continua y eficiente prestación de los servicios públicos y la efectividad de los derechos e intereses de los administrados que colaboran con ellas en la consecución de dichos fines.*

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 119 de 127

Así mismo, el numeral 1° del artículo 26 de la citada Ley, establece el principio de responsabilidad:

ARTÍCULO 26.- Del Principio de Responsabilidad. En virtud de este principio:

1o. Los servidores públicos están obligados a buscar el cumplimiento de los fines de la contratación, a vigilar la correcta ejecución del objeto contratado y a proteger los derechos de la entidad, del contratista y de los terceros que puedan verse afectados por la ejecución del contrato.

En concordancia con lo anterior, siendo la supervisión un modelo de control, en su ejecución debe aplicar los lineamientos legales del sistema de control interno, específicamente lo ordenado en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993:

ARTÍCULO 2. *Objetivos del sistema de Control Interno. 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:*

- 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;*

A su vez, El Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG- establece dentro del numeral 2.4 Política de Compras y Contratación Pública, en su literal “Incorporar prácticas de Abastecimiento Estratégico” el siguiente lineamiento:

Gestionar y hacer seguimiento: *una vez iniciada la ejecución del contrato, la entidad estatal debe garantizar la correcta ejecución de la supervisión o interventoría. Esto implica que la entidad debe verificar el cumplimiento del propósito u objetivo contractual, para lo cual requiere una revisión constante y detallada de los aspectos técnicos, administrativos, financieros, contables y jurídicos. Para tal fin, es necesario: (i) conocer los términos y condiciones del contrato; (ii) advertir oportunamente los riesgos que pueden afectar la ejecución del contrato y tomar las medidas necesarias para mitigarlos; (iii) identificar las necesidades de cambio o ajuste; (iv) manejar la relación con el proveedor o contratista; (v) organizar y administrar el recibo de*

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 120 de 127

bienes, obras, o servicios, su cantidad, calidad, especificaciones y demás atributos establecidos en los documentos del proceso; (vi) y liquidar el contrato, si hay lugar a ello.

Es así como el servidor que tenga a su cargo la supervisión de un contrato o convenio, debe realizar seguimiento de este desde la fase de ejecución hasta la fase de terminación y liquidación, creando modelos de seguimiento y control que permitan determinar el avance del contrato y desviación de errores que se puedan presentar dentro de su ejecución, anticipándose con soluciones que permitan el debido desenvolvimiento de la ejecución hacia una adecuada terminación o liquidación, según sea el caso.

La Oficina de Control Interno en su último informe de seguimiento al Plan de mejoramiento de la CGR⁷ se ha pronunciado al respecto de la supervisión contractual de la siguiente manera:

Esta figura jurídica que refleja su concepto legal en el artículo 83 de la Ley 1474 de 2011 en la que se define como un “seguimiento. técnico, administrativo, financiero, contable, y jurídico que, sobre el cumplimiento del objeto del contrato, es ejercida por la misma entidad estatal cuando no requieren conocimientos especializados. Para la supervisión, la Entidad estatal podrá contratar personal de apoyo, a través de los contratos de prestación de servicios que sean requeridos”, es considerada el derrotero en la prevención de la corrupción en la contratación pública de acuerdo con la Ley fijada.

En reiteradas oportunidades, la Oficina de Control Interno ha comunicado a través de sus seguimientos el sentir de los informes de auditoría de la Contraloría General de la República en los cuales por años se vislumbra como debilidad, la supervisión contractual dentro de la UARIV y como ésta no se ajusta a los parámetros legales dificultando de esta forma la gestión de la entidad. Lo anterior, conlleva a concluir que las acciones tomadas para tratar de eliminar o minimizar el riesgo que se presenta no han tenido impacto y por ende no han sido efectivas. Es necesario replantear o reformular actividades que permitan educar y sensibilizar a los nuevos supervisores con decisión y contundencia. Es vital que conozcan sus obligaciones y responsabilidades tanto administrativas, jurídicas, fiscales, penales y disciplinarias. De por sí solo, una capacitación sobre contratación estatal no marca tendencia sobre esta dificultad y aún más cuando el funcionario a quien se le asigna una supervisión a un contrato desconoce la gestión administrativa que esta figura conlleva. El riesgo ya se encuentra materializado y reiterado por cuanto desde la administración se deben tomar acciones decisivas.

RECOMENDACIONES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

⁷ Informe seguimiento plan de mejoramiento CGR 31122024

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 121 de 127

Es de anotar que la Subdirección de Reparación Colectiva quien es el directamente responsable de las actividades fijadas dentro del plan de mejoramiento, suscribió actividades tendientes al fortalecimiento de la misma Subdirección y su misionalidad.

La mejora de los hallazgos generados por el ente de control debe conllevar a suscribir acciones de mejora y actividades más influyentes que radiquen de plano la falencia o debilidad en la falta de planeación, seguimiento y monitoreo de la gestión misional que debe realizar la Subdirección de Reparación Colectiva, que conlleva adicionalmente a la falencia o debilidad de la supervisión contractual.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno emite las siguientes recomendaciones con el fin de que se minimice el riesgo que obstaculizan la planeación, el seguimiento y monitoreo en la en la gestión de la misionalidad y por ende en la supervisión contractual:

- a. Dar cabal cumplimiento al ordenamiento legal el cual rige el quehacer de la reparación colectiva.
- b. Fortalecer la metodología de planeación de reparación colectiva teniendo en cuenta su política con el propósito de una atención integral a los sujetos colectivos. Enfocarse en que los modelos de medición, seguimiento y control de los planes integrales de reparación colectiva sean más ajustados a las disposiciones de Planeación y a las señaladas en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG-. Así mismo, que en la concertación de las actividades de los planes se debe tener en consideración, las funciones de la entidad y no comprometerse con obligaciones de resultado que son competencia de otras entidades. Lo máximo que se debe comprometer es gestionar ante otras entidades la realización de actividades que están dentro de la competencia de la Unidad.
- a. Identificar, tratar y controlar los riesgos que actualmente no se encuentran en el Mapa de Riesgos Institucional y los cuales permitan el análisis detallado de los riesgos potenciales que puedan generarse producto de la gestión misional y de los contratos o convenios suscritos en el desarrollo de la gestión de la Subdirección de Reparación Colectiva. Así mismo, tener presente contingencias que suplan potenciales eventos que surjan en el desenvolvimiento de la misionalidad.
- b. Utilizando las metodologías institucionales para el tratamiento de riesgos, teniendo en consideración que la Subdirección de Reparación Colectiva maneja 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.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 122 de 127

- c. Diseñar e implementar mecanismos de control asociados a la gestión contractual y misional de reparación colectiva. Es así como se recomienda que los controles aseguren la correcta gestión de los recursos públicos inherentes a los contratos y convenios tales como: realizar seguimiento y revisiones periódicas en los que se pueda determinar el cumplimiento de las obligaciones contractuales, la verificación de informes y documentos inherentes a la ejecución del contrato y/o convenio, así como la determinación del nivel de avance de la ejecución que debe realizar las partes.
- d. Implementar un modelo de medición basado en indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad con el fin de evaluar el cumplimiento de la gestión que se desarrolla a través de los contratos y convenios suscritos por la UARIV para el tema de reparación colectiva. Si los indicadores determinados en el plan de acción u otros métodos de medición con que se cuente no han generado avance e impacto, se deben analizar y replantear.
- e. Teniendo en cuenta que la Subdirección de Reparación Colectiva hace parte de un proceso dentro del Sistema Integrado concordante con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se recomienda activar y reforzar mecanismos de articulación dentro de la Unidad con la Dirección de Gestión Interinstitucional y sus Subdirecciones de SNARIV y Nación Territorio para que se lleve a cabo una coordinación modulada y acoplada con los entes gubernamentales tanto nacionales como territoriales. Estos mecanismos de articulación deben ser también controlados.
- f. Integrar tecnologías que permitan un control eficiente de la gestión de Reparación Colectiva que faciliten el seguimiento y control, así como de la gestión que se deriva de la ejecución de los contratos y/o convenios que se suscriban.
- g. Por último, y no el menos importante, es el mantenimiento y conservación de la gestión documental completa, integral y actualizada tanto de la gestión misional como del expediente contractual, 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 Colectiva, dentro de la evaluación por dependencias, obtuvo un logro del 7,38/10.00, para la vigencia 2024.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 123 de 127

10. CONCEPTO DE AUDITORIA

El propósito de la auditoría es evaluar el sistema de control interno del proceso Reparación Integral – Subdirección de Reparación Colectiva, visto desde el logro de metas, aplicación de normas, modelos de gestión efectivos y la valoración del sistema de control interno que actualmente aplica en su quehacer cotidiano; alienado y articulado con las siete (7) dimensiones y 19 políticas de gestión y desempeño del modelo integrado de planeación y gestión MIPG.

La evaluación se enfocó en la gestión realizada durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024, con el objetivo de evaluar la efectividad del sistema de control para garantizar el cumplimiento de metas, la correcta administración de los recursos y la aplicación de la normativa vigente. Para cumplir dicho propósito, se examinaron los aspectos de gestión y de seguimiento a las acciones de control que se deben realizar de conformidad con la adecuada implementación del sistema de control interno. Producto de esta actividad el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno emite el siguiente concepto de auditoría.

Es importante tener presente que la Subdirección evaluada tiene a su cargo un propósito y funciones complejas que requieren de unas fases en el proceso de implementación de la ruta, las cuales implican un conjunto de requisitos, actividades y elementos externos al manejo de la entidad, que dificultan su cumplimiento, tal como se esperaría, lo anterior teniendo en cuenta que el desarrollo de los Planes desde su fase inicial requiere una alta inversión en términos de recursos como tiempo, equipo y económicos hasta llegar a su implementación y cierre. Esta situación debe ser tomada en cuenta al momento de analizar las cifras presentadas en la parte inicial del presente informe, donde se muestran las cifras correspondientes, las cuales reflejan que de 1052 Sujetos de Reparación Colectiva incluidos o con los que se cuenta a diciembre de 2024, apenas el 34% cuentan con un Plan Integral de Reparación Colectiva implementado o en implementación.

No obstante, y como se mencionó en una recomendación comunicada en este informe, es necesario analizar tanto las actividades y funciones que dependen de la Unidad, como aquellas que se ven afectadas por externalidades con el fin de implementar estrategias y mejoras que permitan reducir los tiempos invertidos en cada una de las fases y los controles necesarios que garanticen una adecuada utilización de los recursos en cada actividad y su ejecución de la forma más eficiente pero dando cumplimiento a los resultados esperados.

También es importante resaltar que las metas asignadas a la Dependencia desde su más alto nivel de planeación estratégica han sido ambiciosas, e incluso sin tener en consideración las estadísticas de comportamientos pretéritos, lo que conlleva a que los resultados analizados difícilmente puedan ser alcanzados en el tiempo establecido, lo que también genera una alerta y un llamado a que desde lo reglamentariamente posible, se analicen estas cifras y se validen de acuerdo con la situación

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 124 de 127

actual de la entidad, con el comportamiento del proceso y los recursos con los que se cuenta para el desarrollo de los planes y la misionalidad de la Subdirección dentro del proceso, de tal manera que la planeación estratégica se plantee de manera más razonable.

Por otro lado se considera también importante revisar y ajustar, de acuerdo con las mejoras identificadas, la documentación asociada a la Subdirección en cada una de las fases de la ruta, ya que, aun cuando esta se encontró bastante robusta y detallada, no necesariamente refleja la operación real de las actividades; así mismo es importante validar y ajustar las metodologías y guías actualmente aplicadas, para el desarrollo de las fases, de tal manera que se conviertan realmente en herramientas para el análisis de variables, el establecimiento de acciones y la toma de decisiones y no se conviertan en un requisito meramente documental que refleje información general y genérica que no aporta información valiosa al proceso; esto sin pasar por alto los lineamientos y requisitos definidos a nivel normativo.

Como otro aspecto crítico a analizar y rediseñar o mejorar y que resulta indispensable dada la complejidad de las actividades de la Subdirección, hace referencia a los sistemas de información empelados en el proceso, ya que, sin desconocer que el actualmente empleado tiene ventajas y atributos importantes que permiten realizar seguimiento y contar con información puntual con respecto a cada fase por Sujeto y su documentación, aún presenta varios aspectos por mejorar, principalmente con respecto a la generación de reportes y cruces de información que permitan y garanticen realizar seguimientos y análisis estratégicos con respecto a las diferentes variables que afectan y deben ser analizadas en el proceso, asociadas a la ejecución de la ruta, adicionalmente, que eviten incurrir en errores con respecto a la información registrada de manera manual, lo cual afecta la calidad y confiabilidad de la información.

Adicional a lo anterior es importante también evaluar y mejorar los controles con respecto a la documentación cargada en el aplicativo actualmente empleado, así como los soportes que deben ser entregados o cargados en diferentes repositorios, en cada fase de la ruta y con base en cada uno de los requisitos establecidos desde la identificación de los sujetos, hasta el cierre de los PIRC, con el fin de contar con todos los soportes correspondientes y garantizar el cumplimiento de los lineamientos establecidos dentro del proceso.

Con respecto a la gestión del riesgo, es fundamental también realizar un trabajo de análisis y revisión del actual mapa de riesgos del proceso, reforzando los controles actualmente planteados y verificando que se estén identificando todos los riesgos asociados a las actividades clave de la Subdirección, dentro del proceso de Reparación Integral, ya que más que el cumplimiento del requisito a nivel documental, lo que se espera es que esa sea realmente una herramienta de carácter preventivo para la toma de decisiones, que permita identificar de manera clara los riesgos inherentes al proceso, sus impactos y las acciones para mitigarlos.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 125 de 127

En lo que tiene que ver con el diligenciamiento de las herramientas empleadas en el ejercicio de auditoría y el cargue de evidencias correspondientes, las cuales generan varios de los resultados presentados en el presente informe, se considera importante reforzar el detalle, claridad y empeño con respecto a la información enviada, ya que posiblemente en algunos aspectos desde la dependencia se vienen desarrollando actividades, trabajando en temas y mejora que soportan varias de las preguntas y requerimientos realizados, pero que no fueron soportados adecuadamente, lo cual afecta la evaluación realizada desde esta Oficina y por ende los resultados de la auditoría.

Por lo anterior se sugiere analizar los resultados finales del ejercicio y tomar las acciones que permitan mejorar con respecto a los mismos para próximas oportunidades, en lo que tiene que ver con la oportunidad en la entrega de la información y la completitud de la misma; es importante reforzar la respuesta del proceso en este sentido e implementar estrategias de revisión, trabajo en equipo y otras que se consideren pertinentes desde el liderazgo del proceso.

Se sugiere además trabajar y mejorar con respecto a la implementación de herramientas de seguimiento y medición, así como en la documentación de los análisis y decisiones tomadas con base en las actividades de seguimiento adelantadas actualmente, así como reforzar el conocimiento y comprensión con respecto a los lineamientos del MIPG, sus políticas y la forma como la Subdirección aporta a su cumplimiento.

El concepto se fundamenta en los diferentes análisis realizados, verificación de información y validación de evidencias, así mismo, se tienen en cuenta las diez (10) debilidades identificadas en el transcurso de la auditoría, las cuales demuestran deficiencias en la estructura de control de la Subdirección. Los principales aspectos que sustentan este concepto son:

Debilidades en el Sistema de Control Interno: Se determinó que los cinco componentes del SCI (indicadores, riesgos, control, mejora y seguimiento) presentan debilidades en su implementación. La autoevaluación de la Subdirección no refleja la realidad de sus controles, mostrando diferencias de hasta 57 puntos porcentuales con la calificación del equipo auditor. Esto evidencia falencias con respecto al conocimiento, apropiación y aplicación de la estructura de control interno por parte de la dependencia.

Incumplimiento o desactualización de Procedimientos y de Planeación Estratégica: Se evidenció el incumplimiento de algunos lineamientos o requisitos establecidos en los procedimientos internos, los cuales o se encuentran desactualizados, o no se ejecutan conforme a lo documentado (Debilidad No. 1). Se presenta incumplimiento con respecto al requisito normativo asociado a los términos para la respuesta de PQR (Debilidad No. 8), la elaboración de actas de informe de gestión ante cambios de responsable (Debilidad No. 9) y la publicación de la documentación contractual en el SECOP II (Debilidad No. 10). Adicionalmente, se presenta un bajo cumplimiento de las metas del Plan de

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 126 de 127

Acción 2024 y, en consecuencia, de los indicadores del Plan Nacional de Desarrollo (Debilidad No. 4).

Gestión de Riesgos por reforzar: El mapa de riesgos institucional es susceptible de análisis y mejora, ya que se encuentra pendiente la identificación de riesgos críticos para la Subdirección, como el incumplimiento de los Planes Integrales de Reparación Colectiva (PIRC) y los riesgos fiscales asociados al manejo de recursos públicos (Debilidad No. 3). Algunos de los controles existentes requieren mejoras con respecto a su diseñado, en algunos casos no corresponden a la etapa del proceso que buscan mitigar o no resultan efectivos para tratar las causas de los riesgos.

Debilidad con respecto a la Confiabilidad y Calidad de la Información: La dependencia de procesos manuales para el manejo de información misional crítica, como la matriz de seguimiento de Sujetos de Reparación Colectiva (SRC), ha generado inconsistencias y errores verificables en los datos, como fechas de resolución y notificación incongruentes (Debilidad No. 6). No existen procesos de automatización ni una adecuada interoperabilidad entre sistemas de información, lo que eleva el riesgo de alteración o pérdida de información y limita la capacidad para una toma de decisiones informada (Debilidades No. 6 y 7).

Deficiencias en la Gestión Contractual: Se observa una baja ejecución presupuestal en contratos y convenios clave para la reparación colectiva, con ejecuciones de apenas el 30% e incluso del 0.83% en algunos casos. Esto, sumado a la falta de publicación de soportes de pago e informes en el SECOP II, denota debilidades en la planeación y supervisión contractual.

Con base en la evidencia obtenida y los hallazgos descritos, la Oficina de Control Interno concluye que, si bien se reconocen las actividades misionales que la Subdirección adelanta, el Sistema de Control Interno del proceso de Reparación Integral – Subdirección de Reparación Colectiva para la vigencia 2024 es susceptible de mejoras, acciones, controles y seguimientos que hagan posible obtener una seguridad razonable sobre el cumplimiento de sus objetivos, la protección de los recursos públicos y el acatamiento de los lineamientos normativos.

Por último, se resalta la importancia de revisar los hallazgos emitidos por la Contraloría General de la República, que señalan falencias en planeación, seguimiento y supervisión contractual, lo que indica que las causas raíz de estas debilidades no han sido corregidas de manera efectiva a lo largo del tiempo, para lo cual la Oficina de Control Interno hace recomendaciones técnicas puntuales sobre el plan de mejoramiento institucional que orbita para la Subdirección de Reparación Colectiva.

De acuerdo con lo anterior, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor recomienda a la Subdirección de Reparación Colectiva, que, con el acompañamiento de la Dirección de Reparación, elabore e implemente un Plan de Mejoramiento, donde se incluya el tratamiento a las

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 127 de 127

debilidades evidenciada en este informe, con el fin de subsanar las deficiencias señaladas y fortalecer su sistema de control interno.

Cordialmente,

ANA SOFIA IREGUI C

ANA SOFIA IREGUI C.
Auditor Líder

Carlos Arturo Ordoñez Castro

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.