

| | | |
|---|--|--|
|  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 105 |

INFORME FINAL DE AUDITORIA A LA DIRECCIÓN TERRITORIAL CAUCA

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 de auditoría de la Dirección Territorial que se relaciona a continuación:

| | |
|------------------------------|--|
| Nombre del Proceso: | Dirección Territorial Cauca. |
| Dependencia líder: | Dirección Territorial Cauca. |
| Responsable del Proceso: | Valia María Osnas Certuche. |
| Tipo de auditoría realizada: | De primera parte, efectividad del sistema de control interno. |
| Fecha de auditoría: | Del 20 de marzo al 30 de junio de 2025. |
| Equipo Auditor: | José de Jesús Gutiérrez Villalba - Auditor Líder. Liliana Marcela Criales Rincón – Auditora. John Dairo Bermeo Cuellar – Auditor. William Mahecha Hernández – Auditor. Isaías Lozano Vera – Auditor. Basco Germán Ricaurte Guerra – Auditor. Miguel Ángel Espinosa Ruiz – Auditor. |

1. OBJETIVO DE LA AUDITORIA

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

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

| | | |
|---|--|--|
|  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 105 |

2. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

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

Para la presente auditoría se evalúa la gestión de la Dirección Territorial Cauca desde el 01 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

3. GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR

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

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

4. METODOLOGIA UTILIZADA

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

5. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

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

A partir del marco normativo establecido en el Decreto 4802 de 2011 “Por el cual se establece la estructura de la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.”, en su

| | | |
|---|--|--|
|  <p>Unidad para las Víctimas</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Código: 150,19,15-8 |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | Versión: 08 |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | Fecha: 25/10/2022 Página 3 de 105 |

artículo 29 se establecen las funciones de las direcciones territoriales, para este análisis se citan las siguientes:

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

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

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

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

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

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

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

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

| | | |
|---|--|--|
|  Unidad para las Víctimas | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Código: 150,19,15-8 |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | Versión: 08 |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | Fecha: 25/10/2022 Página 4 de 105 |

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

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

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

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

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



Fuente: Guía de riesgos del DAFP

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

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

| | | |
|---|--|-------------------------------|
|  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 105 |

diferentes procesos establecidos; ayuda a definir estructuralmente a la entidad u organización; entender el quehacer de la entidad aumentando la calidad en la gestión y la eficiencia de tiempos; define roles, responsabilidades y autoridad; mejora la comunicación entre los procesos; identifica debilidades a mejorar, entre otros.

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

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

c. Verificar que los controles definidos para los procesos y actividades de la organización se cumplan por los responsables de su ejecución y en especial, que las áreas o empleados encargados de la aplicación del régimen disciplinario ejerzan adecuadamente esta función;

e. Velar por el cumplimiento de las leyes, normas, políticas, procedimientos, planes, programas, proyectos y metas de la organización y recomendar los ajustes necesarios;

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

| PROCESO MISIONAL | PROCEDIMIENTO | PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO |
|--|---|----------------------------|
| Relación con el Ciudadano | Trámite Notificación de Actos Administrativos V7 | 100% |
| Reparación Integral | Notificación de Indemnización Administrativa y Entrega del Mensaje Estatal de Reconocimiento y Dignificación V5 Código: 410.08.08-21 | 64% |
| Participación y Visibilización | Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas V1 Código:230,09,08-11 | 60% |
| Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez | Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4 Código: 310,03,08-17 | 92% |
| | Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas V1 Código:310,03,08-23 | 100% |

Fuente: Herramienta 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 6 de 105 |

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

Por lo tanto, mediante correo electrónico del 28 de abril de 2025 a las 12:01 p.m., el Equipo Auditor remite el documento para su diligenciamiento. Posteriormente, el Equipo Auditado da respuesta mediante correo electrónico del 5 de mayo de 2025 a las 4:39 p.m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

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

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

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

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

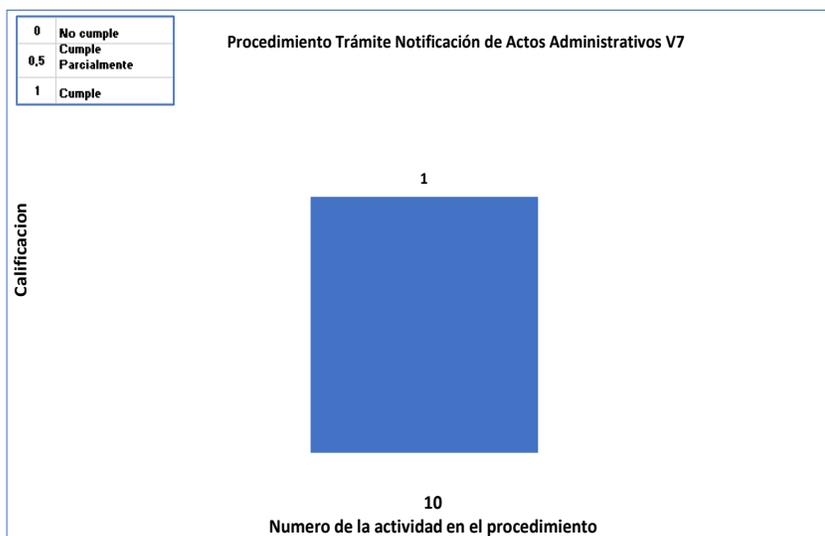
Producto de esta actividad se observa que, la Dirección Territorial cuenta con dos (2) procesos que dan como resultado cumplimiento total, el de Relación con el Ciudadano que cuenta con el procedimiento “Trámite Notificación de Actos Administrativos V7” equivalente al 100% y el de Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez que cuenta con dos (2) procedimientos, “Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4” con el 92% y el “Procedimiento para la Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia y Atención

| | | |
|---|--|--|
|  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 105 |

para Comunidades Negras y Afrocolombianas V1” con el 100%, lo que da como resultado un nivel de cumplimiento conjunto del 96%. En cuanto a los procesos Reparación Integral con el procedimiento “Notificación de Indemnización Administrativa y Entrega del Mensaje Estatal de Reconocimiento y Dignificación V5 Código: 410.08.08-21” y Participación y Visibilización con el “Procedimiento para el Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas V1” alcanzan un cumplimiento parcial del 64% y 60% respectivamente.

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

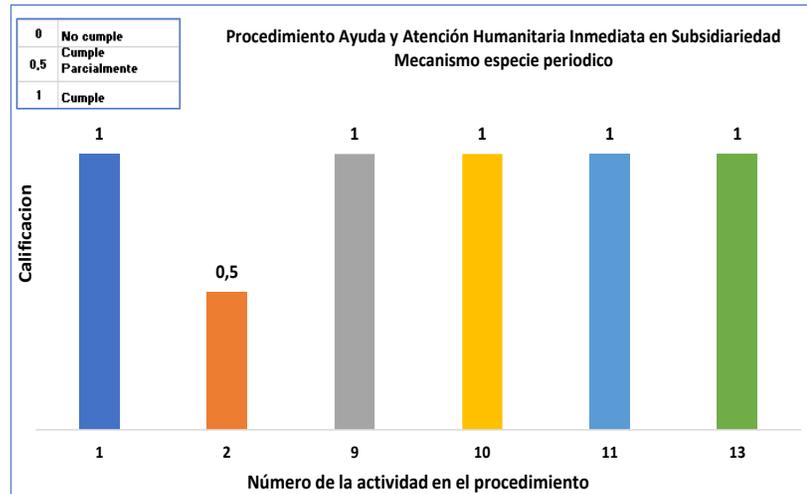
1. Proceso de Servicio al Ciudadano:



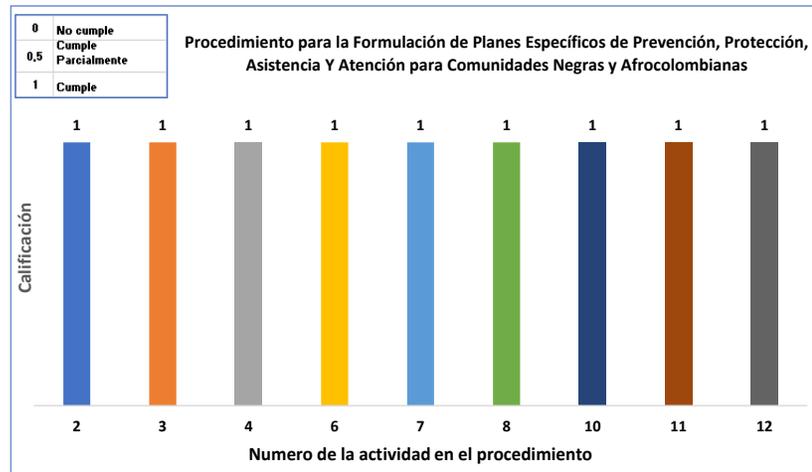
Fuente: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales - Propia OCI

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

2. Prevención Urgente y Atención a la Inmediatez:



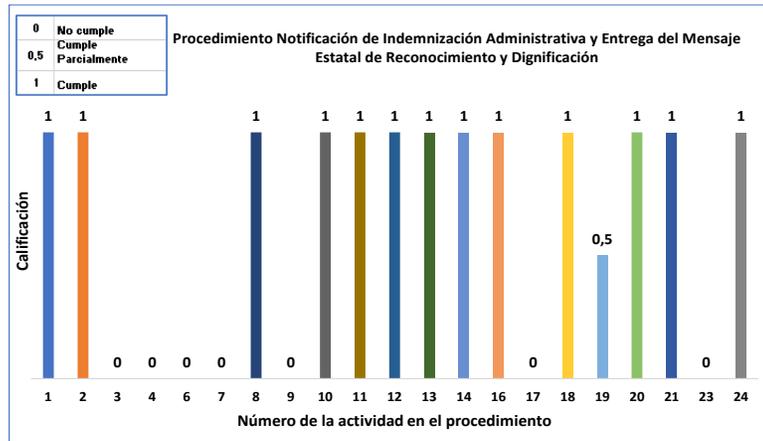
Fuente: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales - Propia OCI



Fuente: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales - Propia OCI

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan cada una de las actividades incluidas en los procedimientos del proceso y les da un valor individual, y el resultado obtenido es el siguiente: "El resultado holístico de las actividades del proceso corresponde a la sumatoria porcentual de cada actividad, en donde determina el nivel de cumplimiento del proceso. En consecuencia, el análisis general del cumplimiento del proceso arroja un resultado que evidencia su cumplimiento, correspondiente a un 96%".

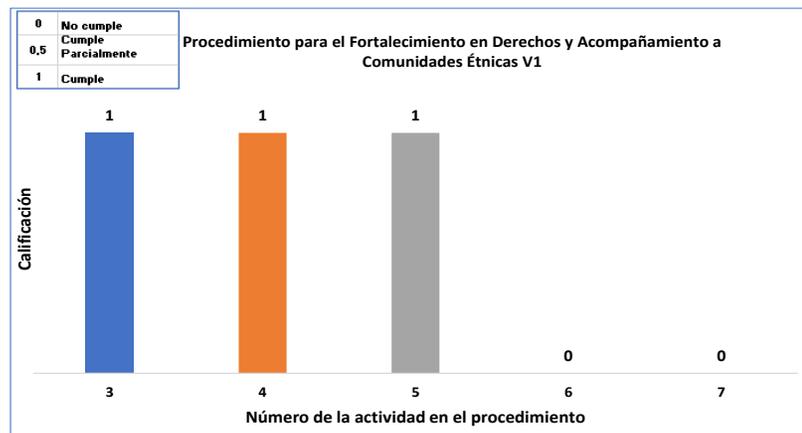
3. Proceso de Reparación Integral



Fuente: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales - Propia OCI

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas, evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que respaldan cada una de las actividades incluidas en los procedimientos del proceso. A cada actividad se le asigna un valor individual, y el resultado obtenido es el siguiente: "El resultado holístico de las actividades del proceso corresponde a la sumatoria porcentual de cada actividad, en donde determina el nivel de cumplimiento del proceso. En consecuencia, el análisis general del cumplimiento del proceso arroja un resultado que evidencia el cumplimiento, parcial correspondiente a un 64%."

4. Proceso de Participación y Visibilización



Fuente: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales - Propia OCI

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas, evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que respaldan cada una de las actividades incluidas en los procedimientos del proceso. A cada actividad se le asigna un valor individual, y el resultado obtenido es el siguiente: "El resultado holístico de las actividades del proceso corresponde a la sumatoria porcentual de cada actividad, en donde determina el nivel de cumplimiento del proceso. En

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

consecuencia, el análisis general del cumplimiento del proceso arroja un resultado que evidencia el cumplimiento, parcial correspondiente a un 60%."

De lo anterior se concluye lo siguiente:

Los procedimientos de los procesos de servicio al ciudadano y prevención urgente y atención a la inmediatez evidencian un cumplimiento significativo en cada una de sus actividades, una (1) de servicio al ciudadano y 14 de 15 de prevención urgente y atención a la inmediatez, toda vez que el auditado proporciona las evidencias coherentes con la gestión realizada en el territorio. Este escenario, muestra el compromiso de la dirección territorial en la búsqueda del mejoramiento continuo para el cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales. No obstante, se insta a la auditada en acrecentar su esfuerzo en las acciones planteadas que conlleven a optimar los resultados de los procesos de reparación integral, así como el de participación y visibilización que en sus procedimientos presentaron cumplimiento parcial.

El resultado de estos dos (2) procesos con cumplimiento parcial se debe al análisis de las evidencias donde se detallan las siguientes observaciones que se constituyen en aspectos a mejorar, así:

Para el proceso Reparación Integral en su "Procedimiento Notificación de Indemnización Administrativa y Entrega del Mensaje Estatal de Reconocimiento y Dignificación V5 Código: 410.08.08-21"

- a) De un total de 21 actividades 7 presentan inconsistencias. Para este caso las actividades 3, 4, 6, 7 y 9 no adjuntan evidencias. En cuanto a la actividad 17, se envió como soporte un correo electrónico del 17-08-2024, cuyo asunto hace referencia a una "base de respaldo Cauca"; sin embargo, no se puede verificar el contenido del archivo adjunto. Respecto a la actividad 23 se anexó la trazabilidad de un correo electrónico del 14-03-2024, que reporta la gestión documental de los meses de abril a octubre, relacionada con el proceso de entrega de las cartas de indemnización DT Cauca. No obstante, no se evidencia lo indicado en el procedimiento, que establece que debe incluirse "un correo acompañado del acta de la reunión por D.T., remitido al enlace de reparación individual y al líder del equipo de indemnizaciones".

Concerniente al proceso participación y visibilización, en su "Procedimiento para el Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas V1 Código:230,09,08-11".

- b) De cinco (5) actividades, dos (2) presentan fragilidades, en ambas no registran evidencia debido que la DT sustenta que : "En la concertación de las medidas de subsistencia mínima se entregarán las ayudas para un tiempo de 90 días , pasado estos días la unidad programara automáticamente la segunda ayuda por los siguientes tres meses, al finalizar estos meses se hará la última entrega por los tres meses correspondientes, este aspecto queda muy claro en el acta de socialización de la medida por lo tanto, no se diligencia la matriz de seguimiento en el territorio",

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

A partir del marco normativo de la Ley 87 de 1993 en el artículo 1°, 2° literal h), 4° literal b) y artículo 12 literales c) y e); Decreto 1083 de 2015 artículos 2.2.21.3.1, 2.2.21.5.1 y 2.2.21.5.2, los lineamientos dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, 2023 V5, Guía para la gestión por procesos en el marco del modelo integrado de planeación y gestión -MIPG V1 2020, el Equipo Auditor establece que la Dirección Territorial Cauca no presenta debilidad de acuerdo al análisis y evaluación efectuada a los procedimientos misionales evaluados en la presente auditoria. Sin embargo, debe fortalecer e implementar acciones de mejora para que los procedimientos y actividades que presentan inconsistencias (cumplimiento parcial) se cumplan de acuerdo con el flujograma que se establece a través de los procesos misionales. Así mismo, se recomienda un trabajo en conjunto con los procesos misionales para que las actividades y evidencias requeridas estén totalmente claras y correspondan a lo instaurado en cada uno de los procedimientos y los criterios que allí se citan.

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

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el nivel de madurez del sistema de control interno - SCI, en el cual se establece como método de medición la verificación, análisis y evaluación de 5 variables (indicadores, riesgos, sistema de control, mejora o valor agregado y sistema de seguimiento) que permitan identificar la efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta la Dirección Territorial Cauca 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;*

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

- c. *Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad;*
- d. *Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional;*
- e. *Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros;*
- f. *Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos;*
- g. *Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación;*
- h. *Velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características.*

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

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

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

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

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

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

| | | |
|--|--|---|
|  <p>Unidad para las Víctimas</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Código: 150,19,15-8 |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | Versión: 08 |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | Fecha: 25/10/2022 Página 13 de 105 |

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 Institucional en el punto en el cual hace referencia a los lineamientos generales para la implementación de la política, se tiene que:

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

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

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

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

| | | |
|--|--|---|
|  <p>Unidad para las Víctimas</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Código: 150,19,15-8 |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | Versión: 08 |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | Fecha: 25/10/2022 Página 14 de 105 |

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

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

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

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

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

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

Por su parte en la Dimensión 6º Gestión del Conocimiento e Innovación, 6.2 Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación Lineamientos generales para la implementación Eje 3. Analítica institucional, indica 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 15 de 105 |

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

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

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

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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de los indicadores de gestión, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – indicadores, mediante correo electrónico del viernes 28 de marzo de 2025 a las 8:55 a.m. La dirección territorial auditada da respuesta mediante correo electrónico del lunes 7 de abril de 2025 a las 2:55 p.m.

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

- c) *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)*

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

los valores y porcentajes obtenidos en ambas herramientas en la cual se establece la valoración a través de la aplicación de la mediana. En consecuencia, en este escenario, la calificación es coherente con resultado que arroja la herramienta del 0% respecto del máximo posible (100 puntos). 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 textualmente del resultado emitido por el papel de trabajo).

Teniendo en cuenta lo reportado por la Dirección Territorial Cauca, no existen indicadores de gestión diferentes a los reportados en SISPLAN+.

Debido a lo anterior, la Dirección Territorial Cauca en el análisis de los indicadores correspondiente a evaluación del sistema de control Interno presenta debilidad. Por consiguiente, la dirección territorial debe robustecer el sistema de control interno respecto a la gestión estratégica a través del diseño e implementación de un tablero de control integral que contribuya a fortalecer el seguimiento a los indicadores tanto del plan de acción como los de gestión de la DT 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 Análisis del modelo de riesgos de gestión. (Riesgos de gestión diferentes al mapa de riesgos institucional)

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

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

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

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

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

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

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

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

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

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

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante indicar que, la entidad debe tener una política de riesgos, la cual, según lo estipulado por el Departamento Administrativo de la Función Pública -

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

DAPF a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión 2023 V5, en la página 36, señala que:

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

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

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

| | | |
|---|--|---|
|  <p>Unidad para las Víctimas</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Código: 150,19,15-8 |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | Versión: 08 |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | Fecha: 25/10/2022 Página 20 de 105 |

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

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

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

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

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

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

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

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

En este instrumento se 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:

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

- *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 8:55 a.m. La dirección territorial auditada da respuesta mediante correo electrónico del lunes 7 de abril de 2025 a las 2:55 p.m.

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

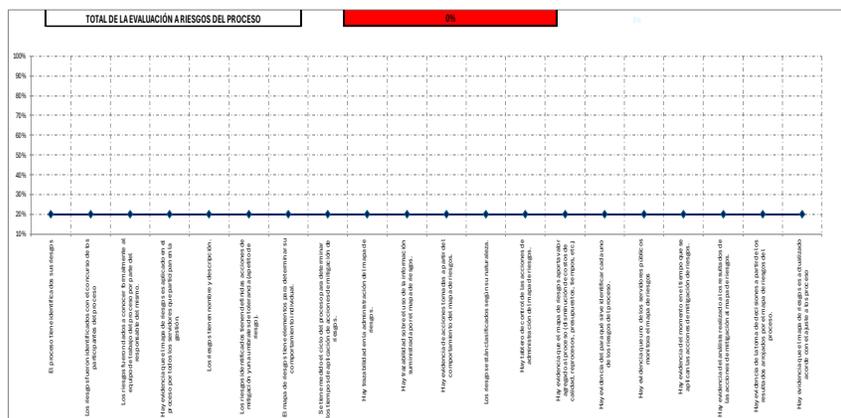
- b) Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional;*
- c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento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

Por lo anterior, el Equipo Auditor aplica a servidores adscritos a la Dirección Territorial Cauca el papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – riesgos el cual tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert². La dirección

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

| | | |
|---|--|--------------------------------|
|  <p>Unidad para las Víctimas</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Código: 150,19,15-8 |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | Versión: 08 |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | Fecha: 25/10/2022 |
| | | Página 22 de 105 |

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



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

Como se observa, la calificación que se da la dirección territorial auditada corresponde a 0% de 100% posibles.

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de la información registrada como “totalmente en desacuerdo” en las respuestas a las 20 afirmaciones de la variable denominada “Análisis de riesgos” y por ende sin el aporte de evidencias por parte de la dirección territorial auditada, dicha situación no permite al Equipo Auditor realizar la actividad de evaluación real del sistema de control y análisis comparativo frente a los resultados de las autoevaluaciones de la Dirección Territorial Cauca 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. En consecuencia, en este escenario la calificación es coherente con resultado que arroja la herramienta del 0% respecto del máximo posible (100 puntos). Lo que significa que “El proceso no tiene un mapa de riesgos que soporte la gestión, por lo tanto, el proceso carece de herramientas para evitar la ocurrencia de siniestros o minimizar las consecuencias”. (Información tomada textualmente del resultado emitido por el papel de trabajo).

En razón de lo anterior, la Dirección Territorial Cauca en el análisis de los riesgos correspondiente a evaluación del sistema de control Interno presenta debilidad. Por consiguiente, es importante aclarar que, se debe fortalecer la gestión estratégica a través de la elaboración e implementación de tablero de seguimiento de riesgos, con el fin de que la dirección territorial posea una información

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 23 de 105 |

integral y de mayor relevancia que le permita robustecer el control y seguimiento a los riesgos adicionales al mapa institucional.

5.2.3 Análisis del modelo de control de la Dirección Territorial Cauca. (diferentes a los puntos de control en los procedimientos).

La Dirección Territorial Cauca reporta que cada procedimiento tiene establecido puntos de control según su modalidad en su descripción de actividades y línea de proceso (FLUJOGRAMA), en este se encontrará a descripción la línea y orden de cada procedimiento con los puntos de control definidos.

Por consiguiente, el Equipo Auditor examina los controles adicionales a aquellos identificados como puntos de control en los procesos y procedimientos institucionales y la gestión desplegada en la aplicación de la metodología de control interno y con ello evaluar el sistema de control interno (SCI), para establecer su nivel de madurez, evidenciando la efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta la Dirección Territorial Cauca para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. El propósito es determinar si la auditada posee y reconoce un modelo de control interno, adicionales a los puntos de control que se describen en los procesos y procedimientos que le permita tener otra herramienta gerencial de las actividades institucionales.

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

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

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

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

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

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

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

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

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

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

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

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

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.

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

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

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

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

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

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

En este escenario, la misma disposición dicta que: “*Con este insumo fundamental del Direccionamiento Estratégico y la Planeación, existen dos grandes acciones que son necesarias abordar para llevar a cabo el*

| | | |
|--|--|---|
|  <p>Unidad para las Víctimas</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Código: 150,19,15-8 |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | Versión: 08 |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | Fecha: 25/10/2022 Página 26 de 105 |

fortalecimiento organizacional: Por un lado, comprender muy bien la situación por la que atraviesa una entidad. Por otro, hacer un ejercicio de diseño o rediseño en el cual se reconozcan los esfuerzos y condiciones en los que se ha incurrido en el tiempo. Explícitamente, esto es”:

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

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

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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de la gestión del riesgo, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – control, mediante correo electrónico del viernes 28 de marzo de 2025 a las 8:55 a.m. La dirección territorial auditada da respuesta mediante correo electrónico del lunes 7 de abril de 2025 a las 2:55 p.m.

El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de gestión del control en concordancia con las características del sistema de control interno definidos en el artículo 2º de la Ley 87 de 1993

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

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

en desacuerdo” en las respuestas a las 20 afirmaciones de la variable denominada “Análisis de los sistema de control” y por ende sin el aporte de evidencias por parte de la dirección territorial auditada, dicha situación no permite al Equipo Auditor realizar la actividad de evaluación real del sistema de control y análisis comparativo frente a los resultados de las autoevaluaciones de la Dirección Territorial Cauca 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. En consecuencia, en este escenario la calificación es coherente con resultado que arroja la herramienta del 0% respecto del máximo posible (100 puntos). Lo que significa que *“No se evidencia en el proceso un sistema de control sustentado en puntos de control u otro mecanismo lo que implica que el proceso está fuera de control”*. (Información tomada textualmente del resultado emitido por el papel de trabajo).

En razón a lo anterior, la Dirección Territorial Cauca en el análisis de los controles correspondiente a evaluación del sistema de control Interno presenta debilidad. Por tal razón, deben diseñar estrategias eficaces y efectivas, con el objetivo de implementar controles distintos a los que están incluidos en los procesos y procedimientos que le aporten al fortalecimiento y cumplimiento de los objetivos institucionales.

5.2.4 Análisis del Modelo de Mejora o Valor Agregado

El Equipo Auditor examina el modelo de mejora o valor agregado que aplica la dirección territorial en la gestión desplegada y con ello evalúa el sistema de control interno (SCI), para establecer su nivel de madurez, efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta la Dirección Territorial Cauca para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. El propósito es determinar si la dirección territorial auditada posee y reconoce un modelo de mejora o valor agregado de sus actividades, decisiones y acciones que le permitan tener otra herramienta gerencial de las actividades institucionales.

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

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

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

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 i) “Establecimiento de sistemas modernos de información que faciliten la gestión y el control”.

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

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

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

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

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

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

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

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 31 de 105 |

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 8:55 a.m. La dirección territorial auditada da respuesta mediante correo electrónico del lunes 7 de abril de 2025 a las 2:55 p.m.

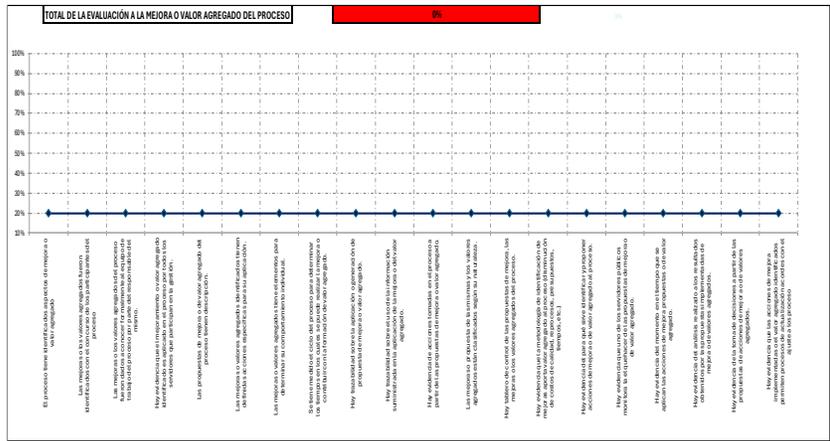
El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de mejora o valor agregado en concordancia con las características del sistema de control interno definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos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

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

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

| | | |
|---|--|--------------------------------|
|  <p>Unidad para las Víctimas</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Código: 150,19,15-8 |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | Versión: 08 |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | Fecha: 25/10/2022 |
| | | Página 32 de 105 |

Los resultados obtenidos a través de la aplicación del papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – mejora o valor agregado el cual tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert⁵. La dirección territorial auditada responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz así:



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

Como se observa, la calificación que se da la dirección territorial auditada corresponde a 0% de 100% posibles.

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de la información registrada como “totalmente en desacuerdo” en las respuestas a las 20 afirmaciones de la variable denominada “Análisis a la mejora o valor agregado” y por ende sin el aporte de evidencias por parte de la dirección territorial auditada, dicha situación no permite al Equipo Auditor realizar la actividad de evaluación real del sistema de control y análisis comparativo frente a los resultados de las autoevaluaciones de la Dirección Territorial Cauca 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. En consecuencia, en este escenario la calificación es coherente con resultado que arroja la herramienta del 0% respecto del máximo posible (100 puntos). Lo que significa que “No se evidencia al interior del proceso propuesta de mejora ni de valores que determinan mayor efectividad en la gestión del proceso, lo que puede tener como riesgo el rezago de las actividades asociadas al proceso”. (Información tomada textualmente del resultado emitido por el papel de trabajo).

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

| | | |
|---|--|---|
|  Unidad para las Víctimas | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Código: 150,19,15-8 |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | Versión: 08 |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | Fecha: 25/10/2022 Página 33 de 105 |

Por lo anterior, la Dirección Territorial Cauca en el análisis del modelo de mejora o valor agregado correspondiente a evaluación del sistema de control Interno presenta debilidad.

5.2.5 Análisis del Modelo de Seguimiento

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

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

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

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

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

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

| | | |
|---|--|---|
|  <p>Unidad para las Víctimas</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Código: 150,19,15-8 |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | Versión: 08 |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | Fecha: 25/10/2022 Página 34 de 105 |

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:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

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

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

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

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

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

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

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

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).

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

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

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

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

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

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

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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de la variable seguimiento de la herramienta del Sistema de Control Interno (SCI), la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – seguimiento, mediante correo electrónico del viernes 28 de marzo de 2025 a las 8:55 a.m. La dirección territorial auditada da respuesta mediante correo electrónico del lunes 7 de abril de 2025 a las 2:55 p.m.

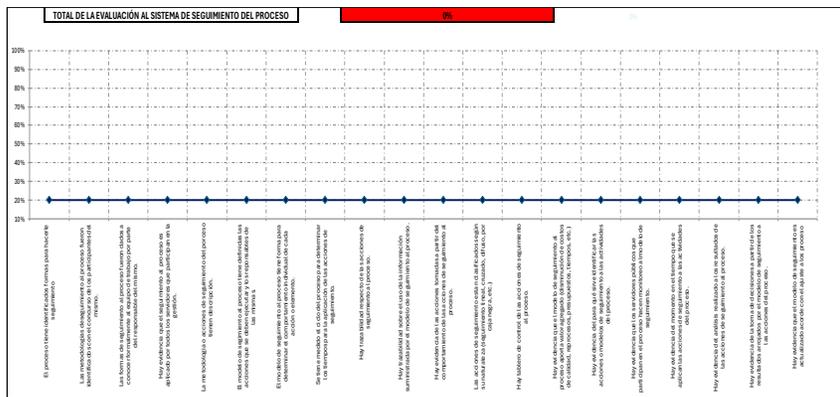
El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de seguimiento definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales b), c), d),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

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

| | | |
|---|--|--------------------------------|
|  <p>Unidad para las Víctimas</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Código: 150,19,15-8 |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | Versión: 08 |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | Fecha: 25/10/2022 |
| | | Página 37 de 105 |

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

Por lo anterior, el Equipo Auditor aplica a servidores adscritos a la Dirección Territorial Cauca 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. La dirección territorial auditada responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz así:



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

Como se observa, la calificación que se da la dirección territorial auditada corresponde a 0% de 100% posibles.

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de la información registrada como “totalmente

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 38 de 105 |

en desacuerdo” en las respuestas a las 20 afirmaciones de la variable denominada “Análisis de los sistemas de seguimiento” y por ende sin el aporte de evidencias por parte de la dirección territorial auditada, dicha situación no permite al Equipo Auditor realizar la actividad de evaluación real del sistema de control y análisis comparativo frente a los resultados de las autoevaluaciones de la Dirección Territorial Cauca 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. En consecuencia, en este escenario la calificación es coherente con resultado que arroja la herramienta del 0% respecto del máximo posible (100 puntos). Lo que 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, costo de calidad, oportunidad y efectividad”*. (Información tomada textualmente del resultado emitido por el papel de trabajo).

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

Para el Equipo Auditor, el análisis del quehacer del seguimiento es otro de los pilares sobre el cual descansa una adecuada toma de decisiones, sustentado en herramientas que brindan certeza al gestor público y por ende dan a los usuarios de la Entidad la tranquilidad de recibir los bienes o servicios que satisfagan sus expectativas, dentro del marco de las externalidades propias de la gestión de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

Con base en lo anterior, la Dirección Territorial Cauca en el análisis del modelo de seguimiento correspondiente a evaluación del sistema de control Interno presenta debilidad.

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 dirección territorial Cauca, el Equipo Auditor examina el Sistema de Control Interno, con el propósito de identificar que la Dirección Territorial auditada posee y reconoce mecanismos adicionales de planeación, gestión, control, evaluación, información y mejora continua, que le permitan actuar como una verdadera herramienta 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).

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

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. Así mismo, 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 (Artículo 209). De manera complementaria, el artículo 6 establece que los servidores públicos son responsables 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 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, decreta que:

- **Artículo 1:** Define el control interno como un sistema integrado por planes, métodos, principios, normas y procedimientos que garantizan que las actividades se realicen conforme a la Constitución y la ley, promoviendo la eficacia y eficiencia institucional.
- **Artículo 2:** Establece los objetivos del SCI proteger los recursos, 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 SCI.
- **Artículo 4:** Establece los elementos mínimos del SCI, incluyendo políticas, manuales, sistemas de información, mecanismos de seguimiento y control.
- **Artículo 6:** Asigna al representante legal la responsabilidad del establecimiento y desarrollo del SCI.

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

- Art. 2.2.21.2.2 e): Establece que el servidor público debe actuar bajo principios de autocontrol y autoevaluación, apoyando el SCI.
- Art. 2.2.21.3.1: Define que el SCI está compuesto por controles, gestión del riesgo, administración de la información y demás instrumentos para alcanzar los objetivos institucionales.
- Art. 2.2.21.5.4: Obliga a implementar políticas de gestión de riesgos, de forma continua y coordinada entre áreas.
- Art. 2.2.21.5.5: Ordena al DAFP diseñar guías, manuales e instructivos sobre control interno, procedimientos e indicadores, que deben ser implementados obligatoriamente.

| | | |
|--|--|---|
|  <p>Unidad para las Víctimas</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Código: 150,19,15-8 |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | Versión: 08 |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | Fecha: 25/10/2022 Página 40 de 105 |

- Art. 2.2.22.3.2: Establece MIPG como el marco para planear, hacer seguimiento, evaluar y mejorar la gestión institucional.
- Art. 2.2.22.3.3: Declara como objetivo de MIPG desarrollar una cultura institucional basada en información, control y mejora continua.
- Art. 2.2.23.1: Establece que el SCI se articula con el Sistema de Gestión a través del MIPG.

De la misma forma el manual técnico del modelo estándar de control interno MECI (2014)

- **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 de MIPG (Versión 5 de 2023) 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.
- **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 activa 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

| | | |
|---|--|---|
|  <p>Unidad para las Víctimas</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Código: 150,19,15-8 |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | Versión: 08 |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | Fecha: 25/10/2022 Página 41 de 105 |

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

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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de la gestión del sistema de Control Interno (SIC), la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite a la auditada la matriz de evaluación del sistema de control interno, mediante correo electrónico del viernes 28 de marzo de 2025 a las 8:55 a.m. La dirección territorial auditada da respuesta mediante correo electrónico del lunes 7 de abril de 2025 a las 2:55 p.m.

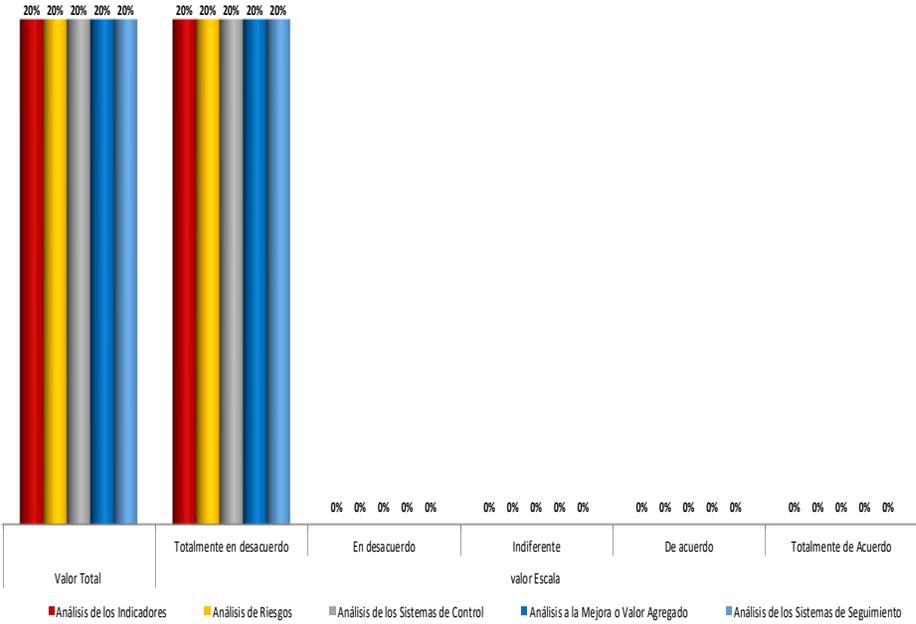
El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo del SCI en concordancia con las características del sistema de control interno definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema, 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*

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

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

Por lo anterior, el Equipo Auditor aplica a la Dirección Territorial Cauca el papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno la cual tiene veinte (20) afirmaciones en cada uno de sus cinco componentes para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert⁷. La dirección territorial auditada responde el papel de trabajo sin remitir 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

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

| | | |
|---|--|---|
|  Unidad para las Víctimas | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Código: 150,19,15-8 |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | Versión: 08 |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | Fecha: 25/10/2022 Página 43 de 105 |

Como se observa, la calificación que se da la dirección territorial auditada corresponde a 0% de 100 % posible para cada componente del sistema de Control Interno (SCI).

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 (5) componentes del sistema y en las 20 afirmaciones que lo integran.

Por lo cual se determina que el proceso evaluado presenta deficiencias estructurales que comprometen su confiabilidad y efectividad. En primer lugar, no cuenta con un sistema de medición de indicadores diferente al plan de acción que pueda ser calificado como tal, lo que impide obtener información objetiva y oportuna sobre su desempeño. Asimismo, se evidencia la ausencia de riesgos distintos a los establecidos en el mapa de riesgos que respalde la gestión, dejando al proceso sin 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 dirección territorial Cauca 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 DT, 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 DT, 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 Dirección Territorial auditada 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 Dirección Territorial 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

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

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 Dirección Territorial. La causa potencial de la debilidad identificada se relaciona con el desconocimiento por parte de la Dirección Territorial 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 agravada por la ausencia de información, registros y evidencias que den cuenta de la implementación, seguimiento y evaluación del SCI en la Dirección Territorial. 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 martes 13 de mayo de 2025 a las 10:43 p.m. se le comunica a la Doctora, Valia María Osnas Certuche valia.osnas@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 SCI 2025”. De acuerdo con lo establecido en la actividad 9 del procedimiento: “Auditorías Internas al Sistema de Control Interno – Versión 8”. La Dirección Territorial Cauca a través de correo electrónico del martes 20 de mayo de 2025 a las 5:40 p.m., remite respuesta a la Oficina de Control Interno, en los siguientes términos:

(...) Aquí se refiere a indicadores, modelo de riesgos, sistema de control interno, modelo de mejora o valor agregado, y sistema de seguimiento propios de la DT Cauca.

Por lo anterior, el Equipo Auditor aplica a la Dirección Territorial Cauca el papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno la cual tiene veinte (20) afirmaciones en cada uno de sus cinco componentes para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert. La dirección territorial auditada responde el papel de trabajo sin remitir evidencias.

Como se observa, la calificación que se da la dirección territorial auditada corresponde a 0% de 100 % posible para cada componente del sistema de Control Interno (SCI). (...)

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

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

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

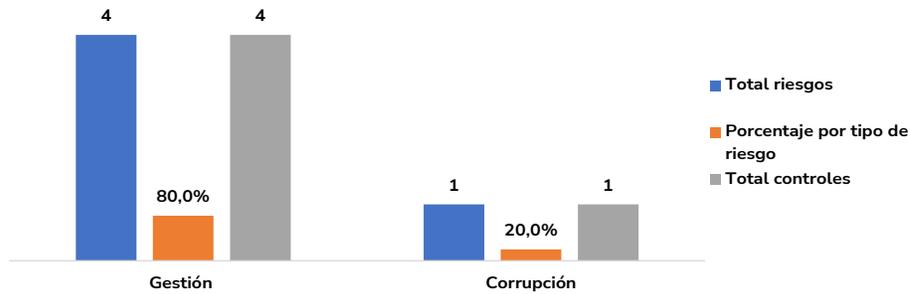
Los riesgos definidos como la posibilidad de que suceda algún evento que tenga un impacto sobre el cumplimiento de los objetivos, se constituyen en una de las herramientas de gerencia con la cual cuenta la entidad y específicamente los gerentes públicos o los servidores encargados de la gerencia pública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

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

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

En virtud del mapa de riesgos institucional de la vigencia 2024 el Equipo Auditor analiza los riesgos asociados a la Dirección Territorial Cauca. Como resultado de esta actividad, se identifican cinco (5) riesgos, de los cuales cuatro (4), equivalentes al 80%, corresponden a riesgos de gestión, y uno (1), equivalente al 20%, a un riesgo de corrupción. Para la gestión de los riesgos de índole administrativa, la Dirección Territorial ha implementado cuatro (4) controles, mientras que para el riesgo de corrupción se ha establecido un (1) control específico. (*Datos tomados de la matriz de riesgos estandarizada del año 2024*).

Total de Riesgos clasificados por tipología- DT. Cauca



Fuente: Herramienta análisis de riesgos de la OCI

Concerniente a la evaluación del diseño de los controles adoptados para los cuatro (4) riesgos administrativos y el riesgo de corrupción, se identifica que los cinco (5) controles adoptados se encuentran en zona “fuerte”, con un cumplimiento del 100%. *(Información obtenida de la herramienta análisis de riesgos de la OCI – “resultado y zona – rango del control actual del diseño”).*

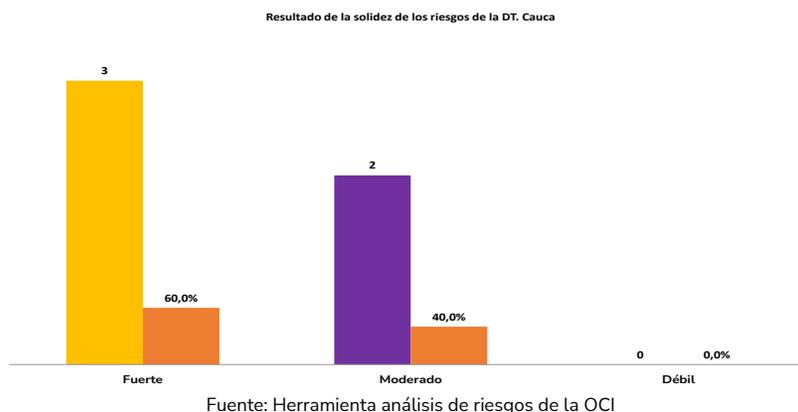
Resultado de la evaluación del diseño de los controles



Fuente: Herramienta análisis de riesgos de la OCI

Con relación a la solidez del control integral entre el Diseño y la ejecución se obtiene los siguientes 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 47 de 105 |



Al analizar las variables de la gráfica, se concluye que el 60% de los riesgos (3 en total) se encuentran clasificados en el rango denominado "fuerte", y el 40% restante (2 riesgo) en el rango "moderado".

Este resultado indica que, si bien se evalúa el cumplimiento de los lineamientos establecidos para la redacción de controles y su efectividad con base en las evidencias disponibles, la existencia de riesgos moderados se relaciona con la calidad de dichas evidencias, lo que hace fundamental revisar y fortalecer la documentación que se presenta en el proceso auditor, con miras a futuros requerimientos de auditorías y/o entes externos de control.

Respecto a las evidencias de la ejecución del control, entendidas como la información que da certidumbre sobre la aplicación y resultados sin importar el soporte material, son evaluadas por el Equipo Auditor encontrando que al momento de la auditoria se contó con el acopio de ellas. Una vez recibida, se evalúa con los criterios de auditoria generalmente aceptados y se establece que la Dirección Territorial en la efectividad de ejecución del control tiene como resultado que el 60.0% "existe la evidencia y el control total" y el 40.0% "la evidencia y/o control es parcial". (Información tomada resultado papel de trabajo).

Con respecto al resultado "la evidencia y/o control es parcial" en la efectividad de la ejecución del control, está se identificó en los riesgos denominados: "Uso inadecuado de los recursos en la destinación del presupuesto para Proyectos de Infraestructura Social y Comunitaria (SPA) asignados a las entidades territoriales por parte del funcionarios o contratista con el objetivo de obtener beneficio propio o de un tercero", y "Posibilidad de pérdida reputacional antes las partes interesadas, por la desinformación de las actividades". En ambos casos, se encontraron documentos en formato Word que presentan información incompleta y carecen de firmas de validación. Ejemplo muestra informe complementario del 23/04/2024, formato de apoyo al seguimiento de proyectos por oferta diciembre - TRD 301.59.295 -indicador C0270, etc. En este sentido se recomienda que la DT reevalúe esta situación para futuros requerimientos, con el propósito de

| | | |
|---|--|---|
|  <p>Unidad para las Víctimas</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Código: 150,19,15-8 |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | Versión: 08 |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | Fecha: 25/10/2022 Página 48 de 105 |

asegurar la efectividad de la ejecución de los controles, prevenir riesgos potenciales y mitigar posibles impactos negativos en la operación con entes internos y externos.

Una vez evaluado la gestión de riesgos del mapa institucional de la Dirección Territorial, Se constata su conformidad a los lineamientos establecidos en la “*guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas*” emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

La efectividad que se traduce en el cumplimiento total se centra en la correcta interpretación de la “*Metodología para la administración del riesgo y el diseño de los controles*”, Esto implica un mecanismo de información eficaz, eficiente y oportuno en materia de ejecución de las actividades del control y evidencias completas frente a los controles instituidos en la matriz de riesgos. Todo lo anterior contribuye al control de la materialización de eventos adversos y, por ende, al manejo del impacto en el logro de los objetivos institucionales.

Es importante señalar que el análisis del mapa de riesgos institucional de la Dirección Territorial, realizado por el equipo auditor, se centra exclusivamente en los riesgos de gestión y corrupción. No se consideran los riesgos del Sistema Integrado de Gestión (SIG), aunque el equipo auditado ha proporcionado evidencias relacionadas con el sistema de gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo (SST) y Gestión documental. Esto resalta el compromiso con el monitoreo y seguimiento de los riesgos asociados a los sistemas de gestión.

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

El artículo 2º de la Ley 87 de 1993 al hablar de los objetivos del sistema de Control Interno dispone en los literales a) y f) que la administración de los riesgos propende por: a) *Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten;* y f) *Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos.*

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

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

Artículo 2.2.21.5.4 Administración de riesgos. *Como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas las autoridades correspondientes establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo. Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente*

| | | |
|---|--|---|
|  <p>Unidad para las Víctimas</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Código: 150,19,15-8 |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | Versión: 08 |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | Fecha: 25/10/2022 Página 49 de 105 |

e interactivo entre la administración y las oficinas de control interno o quien haga sus veces, evaluando los aspectos tanto internos como externos que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos organizaciones (sic), con miras a establecer acciones efectivas, representadas en actividades de control, acordadas entre los responsables de las áreas o procesos y las oficinas de control interno e integradas de manera inherente a los procedimientos. (subrayado fuera de texto).

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

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

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

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

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

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

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

Evaluar la gestión del riesgo en la entidad.

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

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

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

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

El Departamento Administrativo de la Función Pública dispone de una guía para la administración de los riesgos denominada “*Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas*” Versión 6, la cual es concordante con la política institucional de riesgos contenida en el manual del sistema integrado de gestión de la UARIV vigencia 2023, página 22, donde se establece que:

5.5. Acciones para abordar riesgos y oportunidades

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

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

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

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

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 Pública DAFP vigente, la cual integra las metodologías para la gestión de riesgos impartidos por el DAFP, la secretaria de Transparencia de la Presidencia de la Republica y el Ministerio de Tecnologías de la información y Comunicaciones. Adicionalmente se tiene en cuenta las normas GTC 45:2012, NTC 14001, 2015 NTC 27001: 2013.

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

A partir del marco normativo Ley 87 de 1993 en el artículo 2º literales a) y f); Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017 que en el artículo 2.2.21.3.1; Decreto 1083 de 2015 artículo 2.2.21.5.4; los lineamientos dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, 2023 V5, la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en entidades públicas V6, y la metodología administración de riesgos adoptada por la entidad, el Equipo Auditor establece que la Dirección Territorial auditada cumple con los lineamientos estipulado en el marco normativo expuesto.

En cuanto a la redacción de los controles aplica el total de los lineamientos dados por la “Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas V6”, iniciando con la concepción formal del control el cual debe contemplar tres características para la redacción. “a) responsable de ejecutar el control, b) acción y c) complemento”, este último debe aludir la “periodicidad, como se realiza la actividad del control, que pasa con las observaciones o desviaciones y la evidencia de ejecución del control” y la “metodología administración de riesgos v11” adoptada por la entidad.

Por lo anterior, la Dirección Territorial Cauca en el análisis de los riesgos y controles correspondiente en la evaluación del sistema de control Interno no presenta debilidad. No obstante, aunque no se identificaron debilidades, es importante considerar las recomendaciones realizadas por el Equipo Auditor en este componente, estas pueden proporcionar información valiosa para fortalecer aún

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

más el sistema y asegurar su eficacia. En este sentido, el análisis de dichas recomendaciones contribuirá al mejoramiento continuo de los procesos institucionales en el territorio, reforzando la cultura del autocontrol y la gestión del riesgo. Así mismo, permite anticiparse a posibles ocurrencias de evento negativos, garantizar el cumplimiento de los objetivos estratégicos y mantener un adecuado nivel de confiabilidad en la operación.

5.4 ANALISIS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2024 DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL CAUCA.

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

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

Seguridad y Salud en el Trabajo, 9. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, 10. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (PETI), 11. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información y 12. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.

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

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

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

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

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

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

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

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

Documentar los resultados de los ejercicios de seguimiento y evaluación”, y el 4.2.2. Evaluación de indicadores y metas de gobierno de entidades nacionales.

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

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

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

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

Una vez se haya efectuado el diligenciamiento de la citada herramienta con base en la información reportada en SISPLAN+ por parte de la Dirección Territorial Cauca, el Equipo Auditor determina el nivel porcentual de avance y ejecución obtenido de acuerdo con la meta programada en cada periodo objeto de análisis.

En consecuencia, de lo anteriormente descrito, el Equipo Auditor parte del criterio institucional dado por la Oficina Asesora de Planeación OAP en el sentido de que las metas se deben lograr en su totalidad, tal como están pactadas en el plan de acción.

Para el efecto elabora y aplica un papel de trabajo que toma la información de manera directa del aplicativo SISPLAN+, el que a su vez es alimentado (mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral, semestral o anual) a través de reportes realizados por cada responsable de las acciones y

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

actividades de acuerdo con el periodo de tiempo establecido en cada meta programada para cada vigencia.

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

Plan de Acción 2024 Dirección Territorial Cauca

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 Dirección Territorial Cauca tiene en total 47 actividades en el Plan de Acción 2024 de las cuales, 2 fueron eliminadas (identificadas con los códigos 30 y 96), razón por la cual la totalidad de actividades a evaluar para la vigencia 2024 es de 45. En lo que compete al primer trimestre de 2024 no aplica reporte de avance en 34 de sus actividades. Por consiguiente, la muestra de trabajo es de 11 actividades que corresponden al 24% de la población, donde se evidencia que ocho (8) actividades programadas presentan estado óptimo del 100%, una (1) estado crítico del 0% y dos (2) estado superlativo del 103% y 600%.

En cuanto al segundo trimestre de 2024 la muestra de trabajo es de veintidós (22) actividades, lo que equivale 49% de la población, en consecuencia, se describe el estado de avance en el periodo comprendido del 01 de abril de 2024 al 30 de junio de 2024, así:

Estado óptimo (100%): Las actividades reportadas en el segundo trimestre de 2024, y que en dicho periodo tiene el valor planeado, es decir se cumple lo planeado es de 14 actividades de las 22 posibles, lo que equivale al 63.64% de la muestra.

Estado Medio (entre el 60% y 99%): Las actividades reportadas en el segundo trimestre de 2024, y que dicho periodo no cumple con lo planeado, pero si hay reporte de avance significativo de las actividades, es de 3 de las 22 posibles, lo que equivale al 13.64% 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 56 de 105 |

Estado crítico (menor del 60%): Las actividades reportadas en el segundo trimestre de 2024, y que en dicho periodo tiene un menor valor a lo planeado, es decir no se cumple lo planeado es de 3 de las 22 posibles, lo que equivale al 13.64% de la muestra.

Estado superlativo (Mayor al 100%): Las actividades reportadas en el segundo trimestre de 2024, y que en dicho periodo tiene un mayor valor a lo planeado, es decir se excede a lo planeado, es de 2 de las 22 posibles, lo que equivale al 9.08% de la muestra.

Respecto al tercer trimestre 2024, la muestra de trabajo es de veintinueve (29) actividades, equivalente el 64% de la población. De acuerdo con esta información el estado de avance obtenido del 01 de julio de 2024 al 30 de septiembre de 2024 es el siguiente:

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 12 actividades de las 29 posibles, lo que equivale al 41.38% 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 7 de las 29 posibles, lo que equivale al 24.14% 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 6 de las 29 posibles, lo que equivale al 20.69% 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 4 de las 29 posibles, lo que equivale al 13.79% de la muestra.

En lo referente al cuarto trimestre de 2024, el comportamiento de ejecución de las 45 actividades de la Dirección Territorial Cauca programadas para la vigencia 2024 presenta el nivel de cumplimiento que se relaciona a continuación:

Veintidós (22) presentan estado óptimo del 100%, equivalente al 48.90%.

Siete (7) muestran estado medio del (60%, 78%, 81%, 67%, 94% y 2 con el 93%), equivalente al 15.55%.

Ocho (8) registran estado crítico (2%, 12%, 14%, 18%, 51%, 58% y 2 con el 0%), equivalente al 17.78%

Siete (7) presentan estado superlativo (101%, 110%, 115%, 161%, 2 con 101% y 2 con el 102%), equivalente al 15.55% del total de indicadores.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------|--|--|--|--------------------------------|--|--|--|
|  Unidad para las Víctimas | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | | | | | | | | | | | | Código: 150,19,15-8 | | | | | | | |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | | | | | | | | | | | | | | | | Versión: 08 | | | |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha: 25/10/2022 | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | Página 57 de 105 | | | |

Una (1) no envían reporte único programado para diciembre de 2024 (código 74), equivalente al 2.22%.

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

| 1 | Enero | 1. Entidades territoriales formadas en temas relacionados con los componentes del RUV y Gestión de la Información, incorporando los enfoques diferenciales y de género (Cód. 10) (Cod. 243) | | | | | 2. Entidades territoriales acompañadas de la dirección territorial para la formulación del Plan Operativo de Sistemas de Información - POSI (Cód. 19) | | | | | 3. Entidades territoriales acompañadas desde las direcciones territoriales para el cargue o remisión de las Fuentes de Información que cumplen con los criterios establecidos por la SRNI enviadas al nivel nacional (Cód. 20) | | | | | 4. Índice de emergencias humanitarias masivas (Confinamiento, desplazamiento forzado y actos terroristas) apoyadas en coordinación para la atención de emergencias hasta su cierre (Cód. 29) | | | | |
|----|------------|---|------|--------|-------------|------------------------|---|---------|---------|-------------|------------------------|--|--------|---------|-------------|------------------------|--|------|--------|-------------|------------------------|
| | | 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 | Reporte | Meta | Avance | Reporte | Meta | Avance | Reporte | Meta | Avance | Reporte | Meta | Avance | Reporte | Meta | Avance | | |
| 1 | Enero | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% |
| 2 | Febrero | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% |
| 3 | Marzo | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% |
| 4 | Abril | 0 | 10 | 0 | 0% | 0% | 21 | 10 | 210 | 210% | 37% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 25 | 100 | 25 | 25% | 25% |
| 5 | Mayo | 16 | 28 | 57,143 | 57% | 16% | 22 | 28 | 78,5714 | 79% | 39% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% |
| 6 | Junio | 16 | 42 | 38,095 | 38% | 16% | 29 | 42 | 69,0476 | 69% | 51% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 171,43 | 100 | 171,43 | 171% | 171% |
| 7 | Julio | 100 | 100 | 100 | 0% | 100% | 29 | 43 | 67,4419 | 67% | 51% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 80 | 100 | 80 | 80% | 80% |
| 8 | Agosto | 100 | 100 | 100 | 0% | 100% | 0 | 43 | 0 | 0% | 0% | 26 | 22 | 118,18 | 118% | 58% | 183,33 | 100 | 183,33 | 183% | 183% |
| 9 | Septiembre | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 43 | 0 | 0% | 0% | 0 | 22 | 0 | 0% | 0% | 200 | 100 | 200 | 200% | 200% |
| 10 | Octubre | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 43 | 0 | 0% | 0% | 0 | 22 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% |
| 11 | Noviembre | 100 | 100 | 100 | 100% | 100% | 0 | 43 | 0 | 0% | 0% | 42 | 43 | 97,674 | 98% | 93% | 22,22 | 100 | 22,22 | 22% | 22% |
| 12 | Diciembre | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 29 | 67 | 50,8772 | 51% | 51% | 42 | 45 | 93,333 | 93% | 93% | 100 | 100 | 100 | 100% | 100% |
| | OCI | | | | 2% | | | | | 51% | | | | | 93% | | | | | | 81% |
| | OAP | | | | 2% | | | | | 51% | | | | | 93% | | | | | | 81% |

Fuente: Base de datos internas de la 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 58 de 105

| 5. Índice de Hechos victimizantes o situaciones de riesgo de victimización en el territorio verificados de acuerdo con lo establecido en el protocolo que han sido identificados en la Bitácora Diaria de Eventos - BDE (Cód. 30). | | | | | 6. Porcentaje de avance en el fortalecimiento de competencias de entidades territoriales y departamentales, que además, son priorizadas por ser de interés estratégico en la atención de emergencias frente a la metodología de actualización de planes de contingencia a partir de asistencias técnicas en la etapa de formulación, incluyendo recomendaciones de enfoque diferencial y de género (Cód. 31) | | | | | 7. Porcentaje de cumplimiento en el seguimiento a compromisos establecidos en las mesas técnicas realizadas frente al inicio a la estrategia de corresponsabilidad en subsidiariedad de Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata con las gobernaciones pertenecientes a su dirección territorial (Cód. 32) | | | | | 8. Jornadas de Atención de Servicio móviles de orientación y comunicación a las víctimas (Cód.39) | | | | | 9. Cartas de indemnización administrativa aptas, entregadas (Cód. 47). | | | | | | | | | |
|--|------|--------|-------------|------------------------|--|------|--------|-------------|------------------------|--|------|--------|-------------|------------------------|---|------|--------|-------------|------------------------|--|------|--------|------|------|---|----|---|----|----|
| 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 | | | | | | | |
| 100 | 100 | 100 | 100% | 100% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 90 | 0 | 0% | 0% | 0 | 90 | 0 | 0% | 0% |
| 60 | 100 | 60 | 60% | 60% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 92,94 | 90 | 103,27 | 103% | 103% | 0 | 90 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 10 | 10 | 100 | 100% | 22% | 0 | 90 | 0 | 0% | 0% | | | | | |
| 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 95,21 | 90 | 105,79 | 106% | 106% | | | | | |
| 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 25 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 90 | 0 | 0% | 0% | | | | | |
| 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 94,12 | 100 | 94,12 | 94% | 94% | 0 | 25 | 0 | 0% | 0% | 23 | 23 | 100 | 100% | 51% | 90,44 | 90 | 100,49 | 100% | 100% | | | | | |
| 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 90 | 0 | 0% | 0% | | | | | |
| 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 50 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 92,94 | 90 | 103,27 | 103% | 103% | | | | | |
| 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 35 | 36 | 97,222 | 97% | 78% | 92,94 | 90 | 103,27 | 103% | 103% | | | | | |
| 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 100 | 100 | 100 | 100% | 100% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 83,77 | 90 | 93,078 | 93% | 93% | | | | | |
| 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 75 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 90 | 0 | 0% | 0% | | | | | |
| 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 250 | 100 | 250 | 250% | 250% | 46 | 45 | 102,22 | 102% | 102% | 63,84 | 90 | 70,933 | 71% | 71% | | | | | |
| | | | | | 100% | | | | | 100% | | | | | 102% | | | | | 101% | | | | | | | | | |
| | | | | | 100% | | | | | 100% | | | | | 102% | | | | | 101% | | | | | | | | | |

Fuente: Base de datos internas de la OCI

| 10. Planes de reparación colectiva formulados y concertados con los sujetos (Cód.56) | | | | | 11. Planes de reparación colectiva en implementación (Cód 57) | | | | | 12. Número de sujetos de reparación colectiva no étnicos con resolución de cierre de PIRC (Cód 70) | | | | | 13. Planes de retornos y reubicaciones aprobados con seguimiento a la implementación de las acciones en el marco de los CTJT o subcomités (Cód 74). | | | | | 14. Solicitud a la sostenibilidad RR de los casos de retorno y reubicación viables (Cód. 79). | | | | | | | | | |
|--|------|--------|-------------|------------------------|---|------|---------|-------------|------------------------|--|------|--------|-------------|------------------------|---|------|--------|-------------|------------------------|---|------|--------|------|------|------|--|--|--|--|
| 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 | 100 | 0 | 0% | 0% | | | | | |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | | | | | |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | | | | | |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 100 | 100 | 100 | 100% | 100% | | | | | |
| 0 | 5 | 0 | 0% | 0% | 0 | 2 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 75 | 100 | 75 | 75% | 75% | | | | | |
| 3 | 5 | 60 | 60% | 8% | 0 | 4 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 100 | 100 | 100 | 100% | 100% | | | | | |
| 3 | 11 | 27,273 | 27% | 8% | 2 | 4 | 50 | 50% | 14% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 100 | 100 | 100 | 100% | 100% | | | | | |
| 5 | 18 | 27,778 | 28% | 13% | 2 | 7 | 28,5714 | 29% | 14% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 100 | 100 | 100 | 100% | 100% | | | | | |
| 6 | 26 | 23,077 | 23% | 15% | 2 | 10 | 20 | 20% | 14% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 100 | 100 | 100 | 100% | 100% | | | | | |
| 6 | 31 | 19,355 | 19% | 15% | 2 | 12 | 16,6667 | 17% | 14% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 100 | 100 | 100 | 0% | 100% | | | | | |
| 7 | 39 | 17,949 | 18% | 18% | 2 | 14 | 14,2857 | 14% | 14% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | | | | | |
| 0 | 39 | 0 | 0% | 0% | 0 | 14 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 166,67 | 100 | 166,67 | 167% | 167% | | | | | |
| | | | | | 18% | | | | | 14% | | | | | 0% | | | | | NER | | | | | 100% | | | | |
| | | | | | 18% | | | | | 14% | | | | | 0% | | | | | NER | | | | | 100% | | | | |

Fuente: Base de datos internas de la 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 59 de 105

| 15. Planes étnicos y no étnicos de retorno reubicación formulados y aprobados (Cód.84) | | | | | 16. Víctimas individuales con rehabilitación psicosocial (Cód.85) | | | | | 17. Acciones de acompañamiento psicosocial realizadas en el marco de la medida de rehabilitación en sujetos de reparación colectiva focalizados en ruta e implementación (Cód.88) | | | | | 18. Centros regionales de atención a víctimas en funcionamiento, con acompañamiento psicosocial (Cód.90) | | | | | 19. Comunidades que han recibido la estrategia de tejido social en el marco de los planes de retorno y reubicación.(Cód.93) | | | | |
|--|------|--------|-------------|------------------------|---|------|---------|-------------|------------------------|---|------|--------|-------------|------------------------|--|------|--------|-------------|------------------------|---|------|--------|-------------|------------------------|
| 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 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 163 | 400 | 40,75 | 41% | 16% | 22,86 | 100 | 22,86 | 23% | 23% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 400 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 400 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 823 | 750 | 83,0667 | 83% | 62% | 72,29 | 100 | 72,29 | 72% | 72% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 750 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 750 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 4 | 4 | 100 | 100% | 100% |
| 0 | 2 | 0 | 0% | 0% | 1020 | 1000 | 102 | 102% | 102% | 100 | 100 | 100 | 100% | 100% | 2 | 2 | 100 | 100% | 100% | 0 | 4 | 0 | 0% | 0% |
| | | | 0% | | | | | 102% | | | | | 58% | | | | | 100% | | | | | 100% | |
| | | | 0% | | | | | 102% | | | | | 58% | | | | | 100% | | | | | 100% | |

Fuente: Base de datos internas de la OCI

| DIRECCIÓN TERRITORIAL CAUCA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------|--------|-------------|------------------------|--|------|----------|-------------|------------------------|---|------|--------|-------------|------------------------|---|------|--------|-------------|------------------------|---|------|--------|-------------|------------------------|
| 20. Víctimas atendidas diferencialmente por medio de las estrategias asociadas a medidas de satisfacción a nivel individual (Cód. 96). | | | | | 21. Número de actos simbólicos y de dignificación implementados (Cód. 95). | | | | | 22. Número de víctimas que acceden a medidas de satisfacción a nivel individual (Cód. 98) | | | | | 23. Número de comunidades étnicas con procesos de concertación para el acceso a las medidas contenidas en los decretos leyes en el marco al derecho a la autonomía y el gobierno propio y la participación efectiva finalizados (Cód.101) | | | | | 24. Porcentaje de avance en el acompañamiento a comunidades étnicas víctimas de desplazamiento forzado masivos para la medición de la subsistencia mínima de acuerdo con lo establecido en los Decretos Ley Étnicos (Cód.104) | | | | |
| 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 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 100 | 100 | 100 | 100% | 100% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 2 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 4 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 40 | 0 | 0% | 0% | 0 | 5 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 2 | 2 | 100 | 100% | 11% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 80 | 0 | 0% | 0% | 2 | 2 | 100 | 100% | 20% | 34 | 50 | 68 | 68% | 13% | 2 | 6 | 33,333 | 33% | 11% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 120 | 0 | 0% | 0% | 4 | 4 | 100 | 100% | 40% | 192 | 100 | 192 | 192% | 72% | 4 | 9 | 44,444 | 44% | 22% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 160 | 0 | 0% | 0% | 6 | 6 | 100 | 100% | 60% | 192 | 150 | 128 | 128% | 72% | 8 | 12 | 66,667 | 67% | 44% | 100 | 100 | 100 | 100% | 100% |
| 0 | 200 | 0 | 0% | 0% | 6 | 8 | 75 | 75% | 60% | 250 | 225 | 111,11 | 111% | 94% | 11 | 15 | 73,333 | 73% | 61% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 240 | 0 | 0% | 0% | 11 | 9 | 122,2222 | 122% | 110% | 426 | 265 | 160,75 | 161% | 161% | 14 | 18 | 77,778 | 78% | 78% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 265 | 0 | 0% | 0% | 11 | 10 | 110 | 110% | 110% | 0 | 265 | 0 | 0% | 0% | 0 | 18 | 0 | 0% | 0% | 100 | 100 | 100 | 100% | 100% |
| | | | | | | | | 110% | | | | | 161% | | | | | 78% | | | | | 100% | |
| | | | | | | | | 110% | | | | | 161% | | | | | 78% | | | | | 100% | |



Unidad para las Víctimas

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

Código: 150,19,15-8

PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

Versión: 08

PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO

Fecha: 25/10/2022

Página 60 de 105

Fuente: Base de datos internas de la OCI

| 25. Asistir técnicamente a las entidades territoriales en la implementación de los Decretos Ley para la inclusión del enfoque diferencial en los instrumentos de planeación territorial (Cód. 105) | | | | | 26. Número de acciones de fortalecimiento a nivel comunitario con enfoque de derechos, territorial y diferencial implementadas(Cód. 106) | | | | | 27. Realizar la concertación de la Medida de Indemnización Colectiva con los sujetos colectivos étnicos (Cód. 108) | | | | | 28. Realizar el seguimiento a la implementación de la Medida de Indemnización Colectiva otorgada a los sujetos colectivos étnicos (Cód. 110) | | | | | 29. Número de informes donde se evidencie la gestión, el acceso efectivo a oferta discriminado por cada uno de los derechos y el cargo de beneficiarios partir de los resultados de la medición de SSV correspondiente a la Dirección Territorial (Cód. 114) | | | | |
|--|------|--------|-------------|------------------------|--|------|--------|-------------|------------------------|--|------|--------|-------------|------------------------|--|------|--------|-------------|------------------------|--|------|--------|-------------|------------------------|
| 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% |
| 20 | 10 | 200 | 200% | 100% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 1 | 1 | 100 | 100% | 25% |
| 20 | 20 | 100 | 100% | 100% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 20 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 20 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 2 | 0 | 0% | 0% | 2 | 2 | 100 | 100% | 50% |
| 0 | 20 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 2 | 0 | 0% | 0% | 0 | 4 | 0 | 0% | 0% | 0 | 2 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 20 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 1 | 2 | 50 | 50% | 10% | 3 | 7 | 42,857 | 43% | 21% | 0 | 2 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 20 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 1 | 4 | 25 | 25% | 10% | 9 | 10 | 90 | 90% | 64% | 3 | 3 | 100 | 100% | 75% |
| 0 | 20 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 3 | 6 | 50 | 50% | 30% | 11 | 12 | 91,667 | 92% | 79% | 0 | 3 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 20 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 6 | 8 | 75 | 75% | 60% | 13 | 14 | 92,857 | 93% | 93% | 0 | 3 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 20 | 0 | 0% | 0% | 1 | 1 | 100 | 100% | 100% | 6 | 10 | 60 | 60% | 60% | 0 | 14 | 0 | 0% | 0% | 4 | 4 | 100 | 100% | 100% |
| | | | | 100% | | | | | 100% | | | | | 60% | | | | | | | | | | 93% |
| | | | | 100% | | | | | 100% | | | | | 60% | | | | | | | | | | 93% |

Fuente: Base de datos internas de la OCI

| 30. Cartas de entendimiento o convenios suscritos con instituciones de educación superior (Cód. 130) | | | | | 31. Informes de la implementación de la ruta de definición de la situación militar (Cód. 131) | | | | | 32. Número diagnósticos de necesidades para cada CRAV realizados (Cód. 134) | | | | | 33. Número de jornadas de asistencia técnica diferenciada en los procesos de planeación, ejecución y seguimiento de la implementación territorial de la política pública de víctimas (Cód. 137) | | | | | 34. Número de informes de articulación, gestión y seguimiento en el marco de los CTJT departamentales y municipales (Cód. 144) | | | | |
|--|------|--------|-------------|------------------------|---|------|--------|-------------|------------------------|---|------|--------|-------------|------------------------|---|------|--------|-------------|------------------------|--|------|--------|-------------|------------------------|
| 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% | 1 | 1 | 100 | 100% | 8% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 2 | 2 | 100 | 100% | 17% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 3 | 3 | 100 | 100% | 25% | 2 | 2 | 100 | 100% | 25% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 1 | 1 | 100 | 100% | 25% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 4 | 4 | 100 | 100% | 33% | 0 | 3 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 5 | 5 | 100 | 100% | 42% | 0 | 3 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 6 | 6 | 100 | 100% | 50% | 4 | 4 | 100 | 100% | 50% | 1 | 1 | 100 | 100% | 100% | 2 | 2 | 100 | 100% | 50% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 7 | 7 | 100 | 100% | 58% | 0 | 6 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 2 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 8 | 8 | 100 | 100% | 67% | 0 | 6 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 2 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 9 | 9 | 100 | 100% | 75% | 6 | 6 | 100 | 100% | 75% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 3 | 3 | 100 | 100% | 75% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 10 | 10 | 100 | 100% | 83% | 0 | 9 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 3 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 11 | 11 | 100 | 100% | 92% | 0 | 9 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 3 | 0 | 0% | 0% |
| 2 | 2 | 100 | 100% | 100% | 12 | 12 | 100 | 100% | 100% | 8 | 8 | 100 | 100% | 100% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 4 | 4 | 100 | 100% | 100% |
| | | | | 100% | | | | | 100% | | | | | 100% | | | | | | | | | | 100% |
| | | | | 100% | | | | | 100% | | | | | 100% | | | | | | | | | | 100% |

Fuente: Base de datos internas de la 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 61 de 105

| 35. Porcentaje de mesas distritales, municipales y departamentales de víctimas a las cuales se les aplica la batería de indicadores como mecanismo de reporte y seguimiento de los planes de trabajo y documentos de incidencia (Cód. 146). | | | | | | 36. Número de víctimas organizadas y no organizadas capacitadas a partir de la estrategia de comunicación en la política pública de víctimas (Cód. 147). | | | | | | 37. Informes de espacios realizados de manera virtual y/o presencial con organizaciones de víctimas que realizan incidencia en diferentes procesos sociales (Cód. 149). | | | | | | 38. Número de asistencias técnicas a las mesas de participación efectiva de víctimas a nivel departamental y distrital (Cód. 150). | | | | | | 39. Socialización del protocolo de participación de la niñez víctima en las mesas municipales de participación efectiva de víctimas, conforme a lo establecido en la Batería de Indicadores (Cód. 152). | | | | | |
|---|------|--------|-------------|------------------------|----------------------------------|--|--------|-------------|------------------------|----------------------------------|------|---|-------------|------------------------|----------------------------------|------|--------|--|------------------------|----------------------------------|------|---------|-------------|---|---------|------|--------|--|--|
| 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 | | | Reporte | Meta | Avance | | |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | | | | | |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | | | | | |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | | | | | |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | | | | | |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | | | | | |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 1 | 1 | 100 | 100% | 50% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 40 | 0 | 0% | 0% | | | | | |
| 5 | 5 | 100 | 100% | 50% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 40 | 0 | 0% | 0% | | | | | |
| 0 | 5 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 40 | 0 | 0% | 0% | | | | | |
| 0 | 5 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 40 | 0 | 0% | 0% | | | | | |
| 0 | 5 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 1 | 1 | 100 | 100% | 20% | | | | | |
| 0 | 5 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 1 | 3 | 33,3333 | 100% | 20% | | | | | |
| 10 | 10 | 100 | 100% | 100% | 6 | 50 | 12 | 12% | 12% | 2 | 2 | 100 | 100% | 100% | 1 | 1 | 100 | 100% | 100% | 5 | 5 | 100 | 100% | 100% | | | | | |
| | | | 100% | | | | | 12% | | | | | 100% | | | | | 100% | | | | | | 100% | | | | | |
| | | | 100% | | | | | 12% | | | | | 100% | | | | | 100% | | | | | | 100% | | | | | |

Fuente: Base de datos internas de la OCI

| 40. Porcentaje de proyectos por oferta viabilizados con coordinación de entrega elaborada (Cód. 164). | | | | | | 41. Inicialivas o proyectos presentados por la Dirección Territorial a la cooperación internacional o aliado estratégico (Cód. 165). | | | | | | 42. Número de reportes del Plan de Implementación Institucional por parte de las Direcciones Territoriales (Cód. 189). | | | | | | 43. Porcentaje de avance en la implementación de Acciones territorializables para el fortalecimiento del modelo de operación de enfoque diferencial y de género (Cód. 209). | | | | | | |
|---|------|--------|-------------|------------------------|----------------------------------|--|--------|-------------|------------------------|----------------------------------|------|--|-------------|------------------------|----------------------------------|------|--------|---|------------------------|---------|------|--------|------|------|
| 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% | 5 | 5 | 100 | 100% | 25% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 25 | 0 | 0% | 0% | 0 | 25 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 2 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 25 | 0 | 0% | 0% | 0 | 25 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 2 | 0 | 0% | 0% | 1 | 1 | 100 | 100% | 33% | 0 | 25 | 0 | 0% | 0% | 0 | 25 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 10 | 10 | 100 | 100% | 50% | 0 | 2 | 0 | 0% | 0% | 84,62 | 50 | 169,24 | 169% | 85% | 0 | 50 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 5 | 0 | 0% | 0% | 0 | 2 | 0 | 0% | 0% | 0 | 50 | 0 | 0% | 0% | 0 | 50 | 0 | 0% | 0% |
| 20 | 20 | 100 | 100% | 20% | 0 | 5 | 0 | 0% | 0% | 1 | 2 | 50 | 50% | 33% | 0 | 50 | 0 | 0% | 0% | 0 | 50 | 0 | 0% | 0% |
| 40 | 40 | 100 | 100% | 40% | 15 | 15 | 100 | 100% | 75% | 0 | 3 | 0 | 0% | 0% | 0 | 50 | 0 | 0% | 0% | 0 | 75 | 0 | 0% | 0% |
| 60 | 60 | 100 | 100% | 60% | 0 | 8 | 0 | 0% | 0% | 0 | 3 | 0 | 0% | 0% | 0 | 75 | 0 | 0% | 0% | 0 | 75 | 0 | 0% | 0% |
| 80 | 80 | 100 | 100% | 80% | 0 | 8 | 0 | 0% | 0% | 0 | 3 | 0 | 0% | 0% | 0 | 75 | 0 | 0% | 0% | 0 | 75 | 0 | 0% | 0% |
| 100 | 100 | 100 | 100% | 100% | 20 | 20 | 100 | 100% | 100% | 2 | 3 | 66,6667 | 67% | 67% | 100 | 100 | 100 | 100% | 100% | 100 | 100 | 100 | 100% | 100% |
| | | | 100% | | | | | 100% | | | | | 67% | | | | | 100% | | | | | | 100% |
| | | | 100% | | | | | 100% | | | | | 67% | | | | | 100% | | | | | | 100% |

Fuente: Base de datos internas de la OCI



| 44. Número de víctimas con unidades productivas atendidas (Cód. 218) | | | | | 45. Número de víctimas con unidades productivas encadenadas (Cód. 219) | | | | | 46. Solicitudes de retorno, reubicación e integración local asignados por medio de las bases SGV tramitadas (Cód. 228) | | | | | 47. Porcentaje de gestión de los reportes validados en el plan de acción institucional por parte de las Direcciones Territoriales (Cód. 239) | | | | |
|--|------|--------|-------------|------------------------|--|------|--------|-------------|------------------------|--|------|--------|-------------|------------------------|--|------|--------|-------------|------------------------|
| 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 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 100 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 600 | 100 | 600 | 600% | 600% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 123,53 | 100 | 123,53 | 124% | 124% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% |
| 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 105,71 | 100 | 105,71 | 106% | 106% | 100 | 100 | 100 | 100% | 100% |
| 30 | 30 | 100 | 100% | 30% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 102,27 | 100 | 102,27 | 102% | 102% | 100 | 100 | 100 | 100% | 100% |
| 0 | 30 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 100 | 100 | 100 | 100% | 100% | 100 | 100 | 100 | 100% | 100% |
| 0 | 30 | 0 | 0% | 0% | 0 | 1 | 0 | 0% | 0% | 100 | 100 | 100 | 100% | 100% | 60 | 100 | 60 | 60% | 60% |
| 58 | 60 | 96,667 | 97% | 58% | 10 | 10 | 100 | 100% | 50% | 100 | 100 | 100 | 100% | 100% | 94,44 | 100 | 94,44 | 94% | 94% |
| 0 | 60 | 0 | 0% | 0% | 0 | 10 | 0 | 0% | 0% | 100 | 100 | 100 | 100% | 100% | 100 | 100 | 100 | 100% | 100% |
| 0 | 60 | 0 | 0% | 0% | 0 | 10 | 0 | 0% | 0% | 100 | 100 | 100 | 100% | 100% | 100 | 100 | 100 | 100% | 100% |
| 101 | 100 | 101 | 101% | 101% | 23 | 20 | 115 | 115% | 115% | 100 | 100 | 100 | 100% | 100% | 94,12 | 100 | 94,12 | 94% | 94% |
| | | | 101% | | | | | 115% | | | | | 100% | | | | | 94% | |
| | | | 101% | | | | | 115% | | | | | 100% | | | | | 94% | |

Fuente: Base de datos internas de la OCI

Como se puede evidenciar, este análisis examina el movimiento de los reportes y variables en los tiempos para establecer el comportamiento general de las actividades asociadas al plan de acción 2024. Teniendo como horizonte el criterio que todo lo planeado se debe cumplir dentro del periodo pactado y en las cantidades asignadas, las actividades que no cumplen plenamente el mandato de la Oficina Asesora de Planeación (ya sea inferior o superior de lo programado) son desviaciones que deben ser estudiadas por la Dirección Territorial Cauca, 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 Dirección Territorial Cauca, teniendo como parámetro de evaluación que tanto los reportes de avance como de ejecución deben corresponder al 100% de lo planeado.

Por consiguiente, se tiene que para el primer trimestre de 2024 el parámetro en mención no se cumple en 3 de las 11 metas programadas (lo que corresponde al 27% del total de indicadores a 31 de marzo de 2024), toda vez que una (1) actividad presenta un porcentaje de avance inferior del 0% y dos (2) superior del 103% y 600%. Un escenario similar se presenta en los reportes de 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 63 de 105 |

del segundo, tercer trimestre, así como de ejecución (cumplimiento) del cuarto trimestre, los cuales se relacionan a continuación:

Segundo trimestre: de 22 actividades, 2 presentan porcentajes de avance superior (102% y 171%) y 6 inferior (0%, 23%, 41%, 60%, 69% y 94%), equivalente al 36% del total de indicadores establecidos para este periodo.

Tercer trimestre: de 29 actividades, 4 registran porcentaje de avance superior (103%, 118%, 128% y 200%) y 13 inferior (20%, 23%, 25%, 50%, 67%, 72%, 83%, 90%, 94%, 2 con el 97% y 2 con 0%), equivalente al 59% del total de indicadores proyectados para dicho periodo.

Cuarto trimestre: de 45 actividades, 7 presentan porcentajes de ejecución superior (110%, 161%, 115% y 2 con el 102%, 2 con el 101%) y 15 inferior (2%, 12%, 14%, 18%, 51%, 58%, 60%, 67%, 78%, 81%, 94%, 2 con el 93% y 2 con el 0%), equivalente al 49% del total de indicadores programados para la vigencia 2024. Sumado a esto, no envían el reporte único programado para diciembre de 2024 del indicador identificado con el código 74, equivalente al 2%.

Cabe aclarar que, a pesar de que 32 de las 44 actividades se encuentran en nivel satisfactorio de ejecución vigencia 2024, siete (7) de éstas se encuentran por encima de la meta ideal del 100% (estado superlativo del 110%, 161%, 115% y 2 con el 102%, 2 con el 101%) y 3 por debajo (estado medio 94% y 2 con el 93%).

| | | | | | |
|---|-----------------|--|------------------|-----------|-------------|
| 1 | Satisfactorio | | Entre 90% y 100% | 32 | 73% |
| 2 | Aceptable | | Entre 60 y 89% | 4 | 9% |
| 3 | Insatisfactorio | | Menor de 60% | 8 | 18% |
| Total actividades Plan de Acción DT Cauca 2024 | | | | 44 | 100% |

Fuente: Base de datos internas de la OCI

Sumado a lo anterior, y de acuerdo con la meta establecida en el plan de acción DT Cauca 2024, las actividades denominadas “Entidades territoriales acompañadas de la dirección territorial para la formulación del Plan Operativo de Sistemas de Información – POSI” código 19, “Entidades territoriales acompañadas desde las direcciones territoriales para el cargue o remisión de las Fuentes de información que cumplen con los criterios establecidos por la SRNI enviadas al nivel nacional” código 20, “Planes de reparación colectiva formulados y concertados con los sujetos” código 56, “Planes de reparación colectiva en implementación” código 57, “Víctimas individuales con rehabilitación psicosocial” código 85, “Acciones de acompañamiento psicosocial realizadas en el marco de la medida de rehabilitación en sujetos de reparación colectiva focalizados en ruta e implementación” código 88, “Número de víctimas que acceden a medidas de satisfacción a nivel

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

individual” código 98, “Realizar la concertación de la Medida de Indemnización Colectiva con los sujetos colectivos étnicos” código 108 y “Realizar el seguimiento a la implementación de la Medida de Indemnización Colectiva otorgada a los sujetos colectivos étnicos” código 110, en todos los reportes registrados muestran porcentajes de avance inferior o superior a la meta establecida para cada mes.

De igual manera, en 3 actividades identificadas con los códigos 70, 84 y 147 donde su única meta programada para la vigencia 2024 presenta porcentajes de cumplimiento en estado críticos del 0% en las 2 primeras y 12% en la tercera.

Debilidad

Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Dirección Territorial Cauca referente al avance y ejecución del total de actividades (indicadores) programadas en su plan de acción para la vigencia 2024. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2° literales b) y d), 4° literal c), i) y j) y 6° de la Ley 87 de 1993 y la Ley 152 de 1994 artículo 3° literal k). Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 4.1. El Equipo Auditor establece como potenciales causas falta de conocimiento en la planeación apropiada de la programación de las metas a determinar en cada actividad (indicador), teniendo como referencia una línea base tomada de los resultados obtenidos en las vigencias anteriores, que permita la realización adecuada en el diseño, implementación y seguimiento de tablero de control integral que fortalezca el conocimiento en modelos de control gerencial. Lo anterior aumenta el riesgo en el incumplimiento de los objetivos institucionales.

Mediante correo electrónico enviado el martes 13 de mayo de 2025 a las 10:43 p.m. se le comunica a la doctora Valia María Osnas Certuche valia.osnas@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 “Matriz de seguimiento al plan de acción 2024 DT Cauca”. De acuerdo con lo establecido en la actividad 9 del procedimiento: “Auditorías Internas al Sistema de Control Interno – Versión 8”. La Dirección Territorial Cauca a través de correo electrónico del martes 20 de mayo de 2025 a las 5:40 p. m., y posteriormente de manera extemporánea mediante correo electrónico del 28 de mayo de 2025 a las 5:12 p.m., remite respuesta a la Oficina de Control Interno, en los siguientes términos:

“(…) En relación con la conversación de trabajo sostenida el día de hoy 22 de mayo de 2025 entre usted y el profesional especializado, grado 21 de la territorial Lalo Ordoñez López, es adecuado, necesario y pertinente manifestar que, algunos indicadores reportaron estado crítico, o estado medio debido a diferentes factores que no dependen directamente de la territorial Cauca, hecho que se manifestó en las evidencias que se reportaron al equipo auditor el 20 de mayo de 2025, a manera de ejemplo se citan las evidencias cargadas en OneDrive “5. EVIDENCIAS 1 COMUNICADO DEBILIDADES AUDITORIA”, para el segundo trimestre estado crítico códigos 16 y 17, estado medio código 10; para el tercer trimestre

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

estado crítico códigos 10 y 11, estado medio códigos 16 y 17; cuarto trimestre códigos 10, 11, 12, y 15, estado medio códigos 23, 27 y 28.

Así las cosas, y a manera de ejemplo de la revisión de las evidencias se lee:

Segundo trimestre - estado crítico:

“16. Víctimas individuales con rehabilitación psicosocial (Cód. 85). (41%).

Con base en la información generada por la líder del enfoque psicosocial del nivel nacional Lina Marcela Cepeda, la posible causa del estado crítico de este indicador se genera a raíz de que para este tiempo las acciones fueron interrumpidas porque no se contaba con operador logístico”.

“17. Acciones de acompañamiento psicosocial realizadas en el marco de la medida de rehabilitación en sujetos de reparación colectiva focalizados en ruta e implementación (Cód. 88) (23%).

De acuerdo, a la información generada por la líder del enfoque psicosocial del nivel nacional Yully Marcela Niaza Tasco, como posible causa del estado crítico de las acciones de acompañamiento psicosocial realizadas en el marco de la medida de rehabilitación en sujetos de reparación colectiva focalizados en ruta e implementación, se tiene que solo cuentan como meta aquellas “acciones cumplidas”, es decir los diferentes informes, documentos y demás avances solo cuentan cuando estos se encuentran cargados y aprobados en la herramienta MAARIV, de otro lado no son medibles para ser tenidos en cuenta. Para el caso de la DT Cauca, en el segundo trimestre del 2024 se estaba avanzando en la construcción de estos”.

Segundo trimestre - estado medio:

“10. Planes de reparación colectiva formulados y concertados con los sujetos (Cód. 56) (60%).

En este segundo trimestre se avanzó con las jornadas de diseño y formulación del PIRC de 9 SRC lo cual implicó la escritura no solo de las actas de jornada sino también de los instrumentos de marco lógico. Al ser un trabajo de escritorio no evidencia un impacto en la meta ya que solo era avance en redacción de las acciones diligenciamiento de cadena de valor que se socializan con los enlaces nacionales (...)”.

Tercer trimestre - estado crítico:

“10. Planes de reparación colectiva formulados y concertados con los sujetos (Cód. 56) (23%).

Para el mes de septiembre de 2024 se informó por parte de la Subdirección de reparación colectiva la necesidad de priorizar las jornadas a realizar, de ahí que algunas jornadas con SRC proyectados para realizar el PIRC por falta de operación logística no lograron llevarse a cabo

Se anexa correos electrónicos donde la trazabilidad da cuenta de la información (...)”.

“11. Planes de reparación colectiva en implementación (Cód. 57) (20%).

El bajo avance en la implementación de las acciones del PIRC obedece a circunstancias de operación logística, en virtud de que i) la operación logística estaba por Bienes y servicios y las comunidades no aceptaban esa línea lo cual conlleva 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 66 de 105 |

que no se lograra avanzar y ii) la priorización de acciones por cuanto el operador empezó a presentar falencias en el cumplimiento del pago de las actividades como se evidencia en el cuadro anexo (...)

Tercer trimestre - estado medio:

“16. Víctimas individuales con rehabilitación psicosocial (Cód. 85). (83 %).

De acuerdo con la información generada por la líder del enfoque psicosocial del nivel nacional Lina Marcela Cepeda, la demora en la operación logística hizo que el cumplimiento de muchas metas se atrasara, sin embargo, se evidencia que la DT Cauca una vez contó con operador logístico pudo ir avanzando de manera significativa en el cumplimiento de estas”.

“17. Acciones de acompañamiento psicosocial realizadas en el marco de la medida de rehabilitación en sujetos de reparación colectiva focalizados en ruta e implementación (Cód. 88) (72%).

De acuerdo, a la información generada por la líder del enfoque psicosocial del nivel nacional Yully Marcela Niza Tasco, como posible causa del estado crítico de las acciones de acompañamiento psicosocial realizadas en el marco de la medida de rehabilitación en sujetos de reparación colectiva focalizados en ruta e implementación, se tiene que solo cuentan como meta aquellas “acciones cumplidas”, es decir los diferentes informes, documentos y demás avances solo cuentan cuando estos se encuentran cargados y aprobados en la herramienta MAARIV, de otro lado no son medibles para ser tenidos en cuenta. Para el caso de la DT Cauca, en el tercer trimestre del 2024 se avanzó tanto en la construcción y cargue de los documentos”.

Cuarto trimestre - estado crítico:

“10. Planes de reparación colectiva formulados y concertados con los sujetos (Cód. 56) (18%).

Para el mes de octubre presento un avance mínimo a raíz de que muchas jornadas se tuvieron que cancelar y/o reprogramar por cuanto el operador logístico no disponía de recursos y algunas jornadas se tuvieron que cancelar

Sumado a ello, la meta también incluía el avance que se gestaba con el convenio suscritos entre la URAIV y ACIN No. 1878 que abarcaba 11 SRC; sin embargo no se logró avanzar en la meta (...)

“11. Planes de reparación colectiva en implementación (Cód. 57) (14%).

Dada la situación que se presentaba con el operador logístico se fueron priorizando las jornadas de implementación con los SRC, se adjunta evidencia (...)

“12. Numero de sujetos de reparación colectiva no étnicos con resolución de cierre de PIRC (Cód. 70)

Para Cauca se tenía programado realizar el cierre del PIRC del SRC San Joaquín; del cual se llevaron a cabo varias implementaciones de acciones faltantes debidamente cargadas en el MAARIV pero que no generan impacto por cuanto no se logró el cierre.

Es importante mencionar que este PIRC tiene tres acciones que faltan de dotación para lograr cerrarlas, dotación que no fue viable entregar en la vigencia 2024 (...)

Cuarto trimestre - estado medio:

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

“23. Número de comunidades étnicas con procesos de concertación para el acceso a las medidas contenidas en los decretos leyes en el marco al derecho a la autonomía y el gobierno propio y la participación efectiva finalizados (Cód. 101) (67%).

28. Realizar seguimiento a la implementación de las medidas de indemnización colectiva otorgada a los sujetos colectivos étnicos (Cód. 110) (90%).

Observaciones generales:

Referente al cumpliendo del 60% del indicador No 108, la DT desde mediados del año pasado se solicitó el cambio en la medición del indicador, toda vez que el cumplimiento del mismo no depende en alto porcentaje de la DAE, sino no que el desempeño del mismo corresponde al avance que obtenga la sub dirección de reparación colectiva, esta situación fue solicitada por la DT Cauca como se evidencia en los documentos adjuntos, es de anotar que para el plan del año 2025 este indicador fue retirado de la DT Cauca.

Referentes al Indicador No. 101, este indicador fue afectado por tres situaciones a saber:

- a. Incumplimiento por parte de la contratista Clemencia Fory situación que se reporte y de la cual se adjunta documentación.
- b. Incumplimiento por parte del operador logístico de la unidad lo cual afecto varias jornadas, se adjunta documentos.
- c. Situaciones de alteración de orden público en los territorios situación de amplio conocimiento en la unidad de víctimas y la opinión pública.

Referente al indicador No 110, este indicador se vio afectado por el incumplimiento de la funcionaria y por la situación del operador ya descritos en el anterior indicador.

Conclusiones:

El cumplimiento de los indicadores en el territorio depende de variables que deben ser tenidas en cuenta por el nivel nacional y adoptar oportunamente las correcciones a que haya lugar.

La operación del territorio depende de variables como el, orden público el cambio de autoridades que afectaron las actividades de la vigencia del año 2024, el cual fue bastante crítico.

Es más, se reporta suficiente evidencia con la que se pretende desvirtuar la presunta debilidad reportada para el cuarto trimestre donde se manifestaba que no se envió reporte para el caso del código 13. Planes de retornos y reubicaciones aprobadas con seguimiento a la implementación de las acciones en el marco de los CTJT o subcomités ... (Cód. 74).

En efecto, con el reporte de evidencia enviado al equipo auditor el 20 de mayo de 2025 se desvirtúa un porcentaje alto de las debilidades que se enlistaron en el PDF “1er Comunicado de Debilidades Auditoria de Gestión SCI DT Cauca”.

En suma, si bien se alude a debilidades donde se observa porcentajes o metas en estado superlativo, en principio se podría considerar que se trata de debilidad en la planeación, sin embargo, bajo una lectura crítica podríamos hablar de eficiencia en la administración, toda vez que se alcanzó la meta u objetivo, o si se quiere se logró una meta más alta con los mismos recursos en bien de las víctimas del conflicto armado que es el fin último.

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

Así las cosas, con nuestro acostumbrado respeto desde la territorial Cauca solicitamos valorar y tener en cuenta las evidencias aportadas, mismas que apuntan a desvirtuar las debilidades que se enlistaron en el PDF denominado “1er Comunicado de Debilidades Auditoría de Gestión SCI DT Cauca”, máxime cuando influyeron otros factores para el cumplimiento de metas en pocos de los indicadores (...).”

El Equipo Auditor comunica a través de este informe a la Dirección Territorial Cauca que mantiene la debilidad registrada, toda vez que la Oficina de Control Interno en el seguimiento trimestral que realiza al plan de acción 2024 identifica un desfase porcentual tanto en la ejecución final de dicho plan como en los avances presentados en los tres (3) primeros trimestres de la vigencia 2024. De igual manera, registra marcada diferencias (superior e inferior a la meta ideal del 100%) en los reportes mensuales de acuerdo con la meta programada en 17 de los 47 indicadores que le fueron asignados en la vigencia 2024, identificados con los códigos 19 (51%), 29 (81%), 39 (102%), 47 (101%), 56 (18%), 57 (14%), 70 (0%), 84 (0%), 85 (102%), 88 (58%), 95 (110%), 98 (161%), 101 (78%), 108 (60%), 147 (12%), 189 (67%) y 243 (0%). Es importante aclarar que, la Oficina de Control Interno en su rol de evaluación y seguimiento realiza trimestralmente la verificación y análisis de la información mensual reportada por las dependencias del nivel nacional y direcciones territoriales en el aplicativo SISPLAN+ donde corrobora que dicho reporte esté debidamente aprobado por la Oficina Asesora de planeación OAP, con el objetivo de que el seguimiento trimestral sea veraz.

Si bien es cierto que al finalizar la vigencia 2024, la Dirección Territorial Cauca cumple al 100% en 22 de las 47 metas programadas (equivalente al 46.81% del total de actividades), de igual manera es una realidad que, la dirección territorial auditada muestra un evento impropio en el avance y cumplimiento del plan de acción 2024 al presentar cifras tanto inferiores como superiores a lo planeado en los 4 trimestres (como se describe de manera detallada en la debilidad). Esta situación desdice una apropiada gestión de lo planeado frente a lo ejecutado, razón por la cual, este escenario no permite el punto ideal de equilibrio que coadyuve al logro del objetivo institucional adecuado en su plan de acción.

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

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

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el cumplimiento de las funciones de la Dirección Territorial Cauca contenidas en el artículo 29 del Decreto 4802 de 2011 y las políticas del MIPG incluidas en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión adoptado por el Decreto 1499 de 2017 que agrupa las políticas de gestión y desempeño institucional.

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

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

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

PARÁGRAFO. Las Políticas de Gestión y Desempeño Institucional se regirán por las normas que las

| | | |
|--|--|---|
|  <p>Unidad para las Víctimas</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Código: 150,19,15-8 |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | Versión: 08 |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | Fecha: 25/10/2022 Página 70 de 105 |

regulan o reglamentan y se implementarán a través de planes, programas, proyectos, metodologías y estrategias.

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

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

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

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

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

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

La integralidad y correlación que existe entre las funciones y MIPG con sus políticas son parte del

| | | |
|--|--|---|
|  <p>Unidad para las Víctimas</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Código: 150,19,15-8 |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | Versión: 08 |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | Fecha: 25/10/2022 Página 71 de 105 |

sistema de control interno de obligatorio cumplimiento. En efecto la Ley 87 de 1993 en su artículo 1° dispone que:

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

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

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

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

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

Adelante, en el artículo 2.2.23.1 se dice que:

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

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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de las funciones y políticas del MIPG, la Oficina de Control Interno - OCI a través del Equipo Auditor remite a la Dirección Territorial auditada la matriz de evaluación de funciones y políticas del MIPG, mediante correo electrónico del martes 8 de abril de 2025 a las 14:29 p.m., donde la Dirección Territorial emite respuesta mediante correo electrónico enviado el día viernes 25 de abril de 2025 a las 8:02 p.m.; donde manifiesta el diligenciamiento de la matriz respectiva así como también el cargue de los soportes que quiere hacer

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

valer en el ejercicio auditor.

El equipo auditor evalúa las evidencias registradas por la dirección territorial que deben ser consecuentes con lo diligenciado en la herramienta denominada “*funciones y políticas del MIPG*” para determinar la pertinencia y conducencia que demuestren el cabal cumplimiento de las funciones del Decreto 4802 de 2011 y las políticas del MIPG dispuestas en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión adoptado en el Decreto 1499 de 2017, el cruce de la información permite evidenciar que los métodos o actuaciones funcionales de los servidores de la dirección territorial corresponden con los dispuestos en el ordenamiento legal. Cualquier incumplimiento se tiene como una debilidad del Sistema de Control Interno.

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

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

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

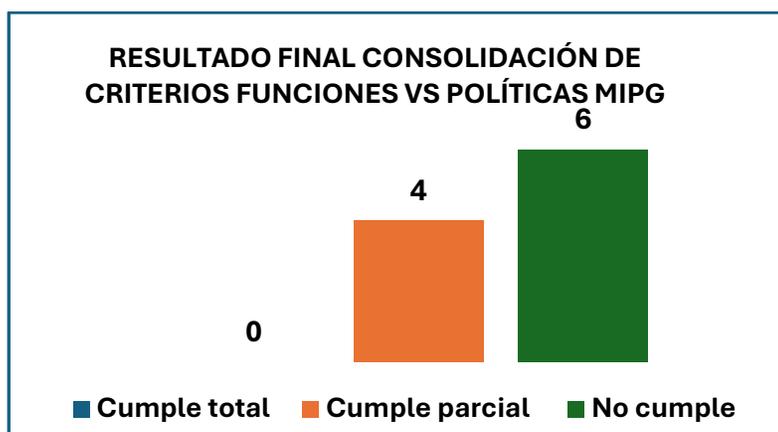
En caso contrario, cumplidas las funciones y las políticas de MIPG, el Equipo Auditor tiene la certeza suficiente que supera los limitantes del principio del escepticismo profesional y de la prudencia y dará como resultado el cumplimiento de la función.

Una vez analizada y evaluada las evidencias remitidas por la Dirección Territorial Cauca relacionada con el cumplimiento de las funciones y las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y aplicando los criterios de auditoria generalmente aceptadas obtiene como resultado que, “*las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial*” (resultado tomado de la herramienta papel de trabajo), este resultado se presenta en las 10 funciones evaluadas en donde se evidencia la falta de interacción y cumplimiento de los lineamientos de las políticas MIPG establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP; así mismo se hace necesario que el Sistema de Control Interno de la DT y su interrelación con el Modelo

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

Integrado de Planeación y Gestión que las funciones contribuyan con las políticas de gestión y desempeño las cuales son adoptadas por el nivel nacional, a continuación se muestra en la gráfica:

Gráfica Resultados de Interacción de Funciones Vs Política MIPG



Fuente: Herramienta Papel de Trabajo Análisis de Funciones Vs Políticas MIPG

Es así, como el Equipo Auditor una vez realizada el análisis de evidencias en el marco de las Funciones de las Direcciones Territoriales, según el artículo 29 del Decreto 4802 de 2012 y su interacción con las 19 Políticas de Gestión y Desempeño del Modelo Integrado de Planeación y Gestión en el cual su contribución es de cumplimiento parcial y no cumplimiento así:

- Función 1 “Ejecutar las políticas, planes, programas y proyectos de competencia de la entidad en su correspondiente jurisdicción, de conformidad con los lineamientos y delegaciones señalados por la Dirección General y adelantar el seguimiento y evaluación de los mismos”. Con una contribución de 11 políticas con el 66% de las cuales (7 de cumplimiento parcial y 3 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Gestión Documental 87,5%, Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación 43,8%, Política de Integridad con 31,3%, Política de Gobierno Digital 50,0%, Política de Transparencia Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción 50,% y la Política Seguimiento y evaluación del desempeño institucional 81,3%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas”, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 7 políticas y no cumplimiento de 4 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

| | | |
|---|--|---|
|  Unidad para las Víctimas | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Código: 150,19,15-8 |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | Versión: 08 |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | Fecha: 25/10/2022 Página 74 de 105 |

- Función 2: *“Participar en la formulación de planes y programas con el objeto de garantizar la articulación institucional y de las organizaciones públicas, privadas y sociales involucradas en el proceso ayuda, atención, asistencia y reparación de las víctimas, objeto de la Unidad”. Con una contribución de 12 políticas con el 65% de las cuales (7 de cumplimiento parcial y 7 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Gestión Documental 87,5%, Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación 43,8%, Política de Integridad con 31,3%, Política de Gobierno Digital 50,0%, Política de Transparencia Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción 50,%, Política de Racionalización de Tramites 50% y la Política de Planeación Institucional 87,5%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas”, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 7 políticas y no cumplimiento de 5 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.*

- Función 3: *“Adelantar el seguimiento y evaluación de los planes, programas y proyectos que desarrolle en su jurisdicción, conforme a los lineamientos de las dependencias correspondientes”. Con una contribución de 8 políticas con el 71% de las cuales (6 de cumplimiento parcial y 2 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Gestión Documental 90%, Política de Integridad con 31,3%, Política de Transparencia Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción 50,%, y la Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional 81,3%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas”, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 6 políticas y no cumplimiento de 2 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.*

- Función 4 *“Participar en los Comités Territoriales de Justicia Transicional, bajo las directrices del Director General de la Unidad”. Con una contribución de 7 políticas con el 72% de las cuales (5 de cumplimiento parcial y 2 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Gestión Documental 90%, Política de Integridad con 31,3%, Política de Transparencia Acceso a 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 75 de 105 |

Pública y Lucha contra la Corrupción 50% y la Política de Defensa Jurídica 75%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas”, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 5 políticas y no cumplimiento de 2 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

- *Función 5 “Apoyar la coordinación para la creación, fortalecimiento, implementación y gerencia de los Centros Regionales de Atención y Reparación que considere pertinentes para el desarrollo de sus funciones, conforme lo determine la Dirección General.”. Con una contribución de 15 políticas con el 66% de las cuales (10 de cumplimiento parcial y 5 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Gestión Documental 87,5%, Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación 43,8%, Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos 25%, Política de Gobierno Digital 50,0%, Política de Transparencia Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción 50,%, Política de Racionalización de Trámites 50% y la Política de Gestión Estratégica del Talento Humano 66,7%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas”, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 10 políticas y no cumplimiento de 5 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.*
- *Función 6 “Celebración de los contratos y convenios que permitan el desarrollo de las funciones institucionales en el territorio de su competencia, para los cuales haya sido delegado.”. Con una contribución de 11 políticas con el 68% de las cuales (8 de cumplimiento parcial y 3 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Gestión Documental 87,5%, Política de Integridad 31,3%, Política de Transparencia Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción 50,%, Política de Racionalización de Trámites 50% y la Política de Compras y Contratación Pública 62,5%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas”, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 8 políticas y no cumplimiento de 3 políticas de gestión*

| | | |
|---|--|---|
|  <p>Unidad para las Víctimas</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Código: 150,19,15-8 |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | Versión: 08 |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | Fecha: 25/10/2022 Página 76 de 105 |

y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

- *Función 7 “Administrar los bienes y elementos destinados a la prestación de los servicios y el funcionamiento de la sede territorial.” Con una contribución de 10 políticas con el 63% de las cuales (6 de cumplimiento parcial y 4 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Gestión Documental 87,5%, Política de Integridad 31,3%, Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos con 25%, Política de Gobierno Digital 50%, Política de Transparencia Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción 50%, y la Política de Seguridad Digital 62,5%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas”, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 6 políticas y no cumplimiento de 4 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.*
- *Función 8 “Responder por la atención a los ciudadanos que demanden los servicios de la entidad en su respectiva jurisdicción.” Con una contribución de 11 políticas con el 64% de las cuales (7 de cumplimiento parcial y 4 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Gestión Documental 87,5%, Política de Integridad 31,3%, Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos con 25% Política de Gobierno Digital 50%, Política de Transparencia Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción 50%, y la Política de Seguridad Digital 62,5%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas”, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 7 políticas y no cumplimiento de 4 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.*
- *Función 9 “Rendir los informes requeridos por los órganos competentes, sobre las actividades desarrolladas y el funcionamiento general de la dirección territorial, en coordinación con las dependencias correspondientes”. Con una contribución de 15 políticas con el 65% de las cuales (10 de cumplimiento parcial y 5 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los*

| | | |
|---|--|---|
|  Unidad para las Víctimas | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Código: 150,19,15-8 |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | Versión: 08 |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | Fecha: 25/10/2022 Página 77 de 105 |

critérios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Gestión Documental 87,5%, Política de Integridad 31,3%, Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos con 25%, Gobierno Digital 50%, Política de Transparencia Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción 50%, Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación 43,8% y la Política de Seguridad Digital 62,5%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas”, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 10 políticas y no cumplimiento de 5 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

- *Función 10 “Promover y desarrollar la implementación, mantenimiento y mejora del Sistema Integrado de Gestión de la dependencia”. Con una contribución de 15 políticas con el 64% de las cuales (9 de cumplimiento parcial y 6 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Gestión Documental 87,5%, Política de Integridad 31,3%, Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos con 25%, Política de Gobierno Digital 50%, Política de Transparencia Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción 50%, Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación 43,8%, Política de Racionalización de Trámites 50% y la Política de Seguridad Digital 62,5%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas”, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 9 políticas y no cumplimiento de 6 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.*

Debilidad

De acuerdo con lo expuesto, se evidencia una debilidad en el sistema de control interno relacionada con la necesidad de fortalecer el cumplimiento de la interacción de las funciones establecidas en el artículo 29 del Decreto 4802 de 2011 y la contribución en los procesos de implementación y sostenibilidad de 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. 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,

| | | |
|--|--|---|
|  <p>Unidad para las Víctimas</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Código: 150,19,15-8 |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | Versión: 08 |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | Fecha: 25/10/2022 Página 78 de 105 |

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”

La integralidad y correlación que existe entre las funciones y MIPG con sus políticas son parte del sistema de control interno de obligatorio cumplimiento. Es así, que el Equipo Auditor identifica como causas principales asociadas al no cumplimiento de los lineamientos y criterios diferenciales de las políticas de gestión y desempeño establecidos por el DAFP y adoptados por la UARIV:

- **Política de integridad:** *“Contar con el liderazgo del equipo directivo y la coordinación de las áreas de gestión humana”, “Llevar a cabo permanentemente ejercicios participativos para la divulgación y apropiación de los valores y principios propuestos en el Código de Integridad”, “Establecer un sistema de seguimiento y evaluación de la implementación del Código para garantizar su cumplimiento por parte de los servidores en el ejercicio de las funciones”, “Promover que el contacto de los servidores con el Código sea experiencial de tal manera que surjan en ellas reflexiones acerca de su quehacer y rol como servidores públicos que eventualmente conduzcan a cambios en su comportamiento”, “Adoptar y apropiar el Código de Integridad, y de conformidad con las particularidades y autonomía de cada entidad pública, adicionar principios de acción (“lo que hago” “lo que no hago”) a los cinco valores establecidos en el Código e incluir hasta dos valores adicionales”.*
- **Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción:** *“Tenga en cuenta que, respecto a la publicación de información de manera proactiva, el derecho de acceso a la información no radica únicamente en la obligación de dar respuesta a las peticiones, sino también en el deber de publicar y divulgar documentos y archivos de valor para el ciudadano y que constituyen un aporte en la construcción de una cultura de transparencia”, “Propicie ejercicios que determinen qué otra información pública debe generar y asocie la misma a su actividad misional, consultando con sus grupos de valor los tipos de información y la utilidad pública de la misma”, “Desarrolle ejercicios de caracterización de usuarios, así como de sus intereses y necesidades para identificar información de interés que deba ser publicada para los ciudadanos” “(...)”.*
- **Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación:** *“Primer Eje: Generación y producción del conocimiento (...)”, “Segundo Eje: Herramientas para uso y apropiación (...)”, “Tercer eje: Analítica institucional (...)”, “Cuarto eje: Cultura de compartir y difundir (...)”.*
- **Política de Racionalización de Trámites:** *“Esta política tiene como propósito reducir los costos de transacción en la interacción de los ciudadanos con el Estado, a través de la racionalización, simplificación y automatización de los trámites; de modo que los ciudadanos accedan a sus derechos, cumplan obligaciones y desarrollen actividades comerciales o económicas de manera ágil y efectiva frente al Estado (...)”.*
- **Política de Gobierno Digital:** *“Seguridad de la Información: Busca que las entidades públicas incorporen la seguridad de la información en todos sus procesos, trámites, servicios, sistemas de información, infraestructura y en general, en todos los activos de información de las entidades del Estado, con el fin de preservar la confidencialidad, integridad, disponibilidad y privacidad de los datos.*

| | | |
|---|--|---|
|  <p>Unidad para las Víctimas</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Código: 150,19,15-8 |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | Versión: 08 |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | Fecha: 25/10/2022 Página 79 de 105 |

Este habilitador se desarrolla a través del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información, que orienta la gestión e implementación de la seguridad de la información en el Estado”.

“Arquitectura: busca que las entidades públicas apliquen en su gestión, un enfoque de Arquitectura Empresarial para el fortalecimiento de sus capacidades institucionales y de gestión de TI, aplicando los lineamientos, estándares y mejores prácticas contenidos en el Marco de Referencia de Arquitectura Empresarial del Estado”.

“Servicios Ciudadanos Digitales: busca que los servicios ciudadanos digitales sean integrados a los procesos, servicios digitales, trámites digitales, sistemas de información y demás que lo requieran, buscando racionalizar recursos, estandarizar y armonizar la administración pública en pro de mejorar los servicios del Estado”.

- **Política de Fortalecimiento Institucional 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”.*

“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 (...)”.

Dicho lo anterior, esta situación puede derivar en la materialización de eventos adversos que comprometan el logro de los objetivos institucionales y la adecuada gestión del territorio e impactos en el proceso de recolección de la información para la Medición del Desempeño Institucional (MDI) a través del reporte anual de información en el Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión (FURAG).

En atención a la respuesta emitida a la Oficina de Control Interno mediante correo electrónico del 28 de mayo de 2025 por parte de la Dirección Territorial auditada, en lo concerniente a la comunicación del segundo grupo de debilidades de la auditoría de gestión al sistema de control interno SCI de la Dirección Territorial Cauca, referente a la debilidad *“De acuerdo con lo expuesto, se evidencia una debilidad en el sistema de control interno relacionada con la necesidad de fortalecer el cumplimiento de la interacción de las funciones establecidas en el artículo 29 del Decreto 4802 de 2011 y la contribución en los procesos de implementación y sostenibilidad de 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. 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”*

La integralidad y correlación que existe entre las funciones y MIPG con sus políticas son parte del sistema de control interno de obligatorio cumplimiento. Es así, el Equipo Auditor identifica como causas principales asociadas al no

| | | |
|--|--|---|
|  <p>Unidad para las Víctimas</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Código: 150,19,15-8 |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | Versión: 08 |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | Fecha: 25/10/2022 Página 80 de 105 |

cumplimiento de los lineamientos y criterios diferenciales de las políticas de gestión y desempeño establecidos por el DAFP y adoptados por la UARIV (políticas de integridad (...), Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción (...), Gestión del Conocimiento y la Innovación (...), Racionalización de Trámites, Gobierno Digital (...), Fortalecimiento Institucional y Simplificación de Procesos (...)). Donde manifiesta por correo electrónico:

“En atención al segundo comunicado de debilidades remitido por el equipo auditor, desde la territorial Cauca informamos que, en la carpeta OneDrive se encuentran cargadas las evidencias que soportan las funciones y políticas públicas por ustedes requeridas” (ver pantallazo).



El Equipo Auditor comunica a través de este informe a la Dirección Territorial Cauca que se relaciona la pertinencia del valor porcentual de cada una de las políticas MIPG en interacción en cumplimiento con el artículo 29 del Decreto 4802 de 2011 y la contribución en los procesos de implementación y sostenibilidad de 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 Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa las evidencias que soporta la Dirección Territorial y considera que para la **política de integridad** no cumple los criterios de pertinencia, conducente, da certeza, ni toma de decisiones ya que son evidencias de comunicación por parte talento humano y se muestra la participación de los funcionarios y contratistas de la DT. Para la **política de gobierno digital** no cumple con los criterios, lineamientos ni al objetivo “Seguridad de la Información: Busca que las entidades públicas incorporen la seguridad de la información en todos sus procesos, trámites, servicios, sistemas de información, infraestructura y en general, en todos los activos de información de las entidades del Estado, con el fin de preservar la confidencialidad, integridad, disponibilidad y privacidad de los datos. Este habilitador se desarrolla a través del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información, que orienta la gestión e implementación de la seguridad de la información en el Estado (...)”. Para la **política de racionalización de trámites** no es suficiente la evidencias ya que no muestra el involucramiento de los funcionarios y contratistas de la DT en contribuir con el lineamiento “Esta política tiene como propósito reducir los costos de transacción en la interacción de los ciudadanos con el Estado, a través de la racionalización, simplificación y automatización de los trámites;

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

de modo que los ciudadanos accedan a sus derechos, cumplan obligaciones y desarrollen actividades comerciales o económicas de manera ágil y efectiva frente al Estado (...). Para la **política gestión del conocimiento y la innovación** las evidencias no son pertinentes en el marco de los ejes de los lineamientos “Primer Eje: Generación y producción del conocimiento (...)”, “Segundo Eje: Herramientas para uso y apropiación (...)”, “Tercer eje: Analítica institucional (...)”, “Cuarto eje: Cultura de compartir y difundir (...)”. Para la **política Fortalecimiento Institucional y Simplificación de Procesos** las evidencias no son pertinentes ni conducentes en el marco del “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”. Y finalmente la **política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción** no evidencia la participación activa de todos los funcionarios y contratistas de la DT ni tampoco contribuye con los lineamientos establecidos por el DAFFP. De esta manera las evidencias no son suficientes para romper el principio de escepticismo y no da la plena certeza al auditor del cumplimiento; así mismo se comunica que se mantiene la debilidad registrada, toda vez que la Oficina de Control Interno evalúa las nuevas evidencias aportadas no son conducentes para las etapas y fases que contribuyan a la implementación y sostenibilidad de las políticas anteriormente mencionadas.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno sugiere a la Dirección Territorial Cauca solicitar a la Oficina Asesora de Planeación OAP, líderes de implementación de las políticas MIPG en establecer el plan de mejoramiento con los lineamientos y criterios diferenciales que enmarcan las fases de implementación y contribución por parte de las Direcciones Territoriales en el marco del Manual Operativo del MIPG establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFFP. La debilidad se mantiene en el capítulo 6 del presente informe.

Finalmente, y en aras de que la dirección territorial auditada tenga conocimiento del análisis realizado por el Equipo Auditor donde establece los criterios que se tienen en cuenta para determinar la debilidad, a continuación, se muestra el resumen de los resultados de la evaluación del impacto de relación directa entre las Funciones VS Políticas de Gestión y Desempeño en el marco de las siete (7) dimensiones del MIPG, así:

Gráfica: Resultados de Interacción de Funciones Vs Dimensiones y Políticas MIPG



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 105

| FUNCIONES DIRECCIONES TERRITORIALES | DIMENSIONES | | | | | | | D1 | D2 | D3 | | | | | | | D4 | D5 | D6 | D7 | TOTAL | | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|--|--|---|---|---|--------------------------------|---|---------------------------|---|--|---|--|------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--|----------------------------------|---------------------------------------|---|---|---|------------------------------------|---|--|---------------------------------|-----------|-----------|
| | 1ª. Dimensión: Talento Humano | 2ª. Dimensión: Desarrollo Estratégico y Planeación | 3ª. Dimensión: Gestión con Valor para las Víctimas | 4ª. Dimensión: Evaluación de Resultados | 5ª. Dimensión: Información y Comunicación | 6ª. Dimensión: Gestión del Conocimiento y la Innovación | 7ª. Dimensión: Control Interno | POLITICAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 1. Política de Gestión Estratégica del Talento Humano | 2. Política de Integridad | 3. Política de Planeación Institucional | 4. Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público | 5. Política de Compras y Contratación Pública | 6. Política de Fortalecimiento organizacional y eficiencia de procesos | 7. Política Gobierno Digital | 8. Política de Seguridad Digital | 9. Política de Defensa Jurídica | 10. Política Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción | 11. Política de Mejora normativa | 12. Política de Servicio al ciudadano | 13. Política de racionalización de tramites | 14. Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública | 15. Política Seguimiento y evaluación del desempeño institucional | 16. Política de Gestión documental | 17. Política de Gestión de la Información Estadística | 18. Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación | 19. Política de Control Interno | DIMENSION | POLITICAS |
| F1 | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | 66.7 | 31.3 | 87.5 | NO | NO | NO | 50.0 | 62.5 | NO | 50.0 | NO | 75.0 | NO | NO | 81.3 | 87.5 | NO | 43.8 | 87.5 | 7 | 11 |
| F2 | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | 66.7 | 31.3 | 87.5 | NO | NO | NO | 50.0 | 62.5 | NO | 50.0 | NO | 75.0 | 50.0 | 87.5 | NO | 87.5 | NO | 43.8 | 87.5 | 7 | 12 |
| F3 | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | 66.7 | 31.3 | 87.5 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | 50.0 | NO | 75.0 | NO | NO | 81.3 | 87.5 | NO | NO | 87.5 | 7 | 8 |
| F4 | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | NO | 31.3 | 87.5 | NO | NO | NO | NO | NO | 75.0 | 50.0 | NO | NO | NO | 87.5 | NO | 87.5 | NO | NO | 87.5 | 7 | 7 |
| F5 | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | 66.7 | NO | 87.5 | 66.7 | 62.5 | 25.0 | 50.0 | 62.5 | NO | 50.0 | NO | 75.0 | 50.0 | 87.5 | 81.3 | 87.5 | NO | 43.8 | 87.5 | 7 | 15 |



| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|--|----|----|----|----|----|----|----|----|------|------|------|------|------|------|------|------|----|------|----|------|------|------|------|------|------|------|------|---|----|
| F6 | Celebración de los contratos y convenios que permitan el desarrollo de las funciones institucionales en el territorio de su competencia, para los cuales haya sido delegado. | SI | 66.7 | 31.3 | 87.5 | 66.7 | 62.5 | NO | NO | NO | NO | 50.0 | NO | 75.0 | 50.0 | 87.5 | NO | 87.5 | NO | NO | 87.5 | 7 | 11 |
| F7 | Administrar los bienes y elementos destinados a la prestación de los servicios y el funcionamiento de la sede territorial. | SI | NO | 31.3 | NO | NO | NO | 25.0 | 50.0 | 62.5 | NO | 50.0 | NO | 75.0 | NO | 87.5 | NO | 87.5 | 70.8 | NO | 87.5 | 7 | 10 |
| F8 | Responder por la atención a los ciudadanos que demanden los servicios de la entidad en su respectiva jurisdicción. | SI | 66.7 | 31.3 | NO | NO | NO | 25.0 | 50.0 | 62.5 | NO | 50.0 | NO | 75.0 | NO | 87.5 | 81.3 | 87.5 | NO | NO | 87.5 | 7 | 11 |
| F9 | Rendir los informes requeridos por los órganos competentes, sobre las actividades desarrolladas y el funcionamiento general de la dirección territorial, en coordinación con las dependencias correspondientes | SI | NO | 31.3 | 87.5 | 66.7 | 62.5 | 25.0 | 50.0 | 62.5 | NO | 50.0 | NO | 75.0 | NO | 87.5 | 81.3 | 87.5 | 70.8 | 43.8 | 87.5 | 7 | 15 |
| F10 | Promover y desarrollar la implementación, mantenimiento y mejora del Sistema Integrado de Gestión de la dependencia. | SI | 66.7 | 31.3 | 87.5 | NO | NO | 25.0 | 50.0 | 62.5 | NO | 50.0 | NO | 75.0 | 50.0 | 87.5 | 81.3 | 87.5 | 70.8 | 43.8 | 87.5 | 7 | 15 |

Fuente: Herramienta Papel de Trabajo Análisis de Funciones Vs Políticas MIPG

Los anteriores resultados se tipifican de la siguiente manera:

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

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

El Equipo Auditor examina las evidencias aportadas y cargadas en el SharePoint por la auditada el 14 de mayo de 2025. El propósito es determinar si la Dirección Territorial Cauca aplica las acciones necesarias para garantizar el cumplimiento de las Políticas de Seguridad de la Información descritas en la resolución 03157 del 10 de noviembre del 2021 que estén asociadas directamente a la gestión en Territorio, esto teniendo en cuenta el marco del principio del enfoque basado por procesos del sistema integrado de gestión de la UARIV, el cual establece el desarrollo e implementación de controles y acciones que puedan afectar el sistema de control interno cuando exista un flujo de información e interacción entre sus actividades tanto del nivel nacional como del

| | | |
|--|--|---|
|  <p>Unidad para las Víctimas</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Código: 150,19,15-8 |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | Versión: 08 |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | Fecha: 25/10/2022 Página 84 de 105 |

nivel territorial que permitan y garanticen una operación normal y un aseguramiento de la información y los datos que se gestionan a través de la Dirección Territorial.

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

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

| | | |
|--|--|---|
|  <p>Unidad para las Víctimas</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Código: 150,19,15-8 |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | Versión: 08 |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | Fecha: 25/10/2022 Página 85 de 105 |

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de las variables anteriormente indicada, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remitió al auditado la matriz de evaluación de las tecnologías de la información y las comunicaciones mediante correo electrónico del martes 6 de mayo de 2025 a las 4:40 p.m. La Dirección Territorial del Cauca a través de sus

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

delegados remite respuesta mediante correo electrónico del miércoles 14 mayo de 2025 a las 5:25 p.m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

El Equipo Auditor, a través de la matriz (como papel de trabajo), tiene el propósito de determinar el nivel de los controles que se deben implementar para garantizar un óptimo aseguramiento de la información y los datos que son gestionados por la Entidad con el fin de proteger y salvaguardar la operatividad de los servicios brindados por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas los cuales están definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del Sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales a), b), c), d), e), f), g) y h) que la administración del aseguramiento propende por:

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

El papel de trabajo, matriz de evaluación del cumplimiento de las políticas de seguridad de la información cuenta con 16 lineamientos indicados en las diferentes políticas descritas en la resolución 03157 del 2021.

ARTICULO No. 7 - POLITICA DE GESTION DE ACTIVOS

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, evalúa los soportes presentados por el auditado y evidencia que, las acciones que debía gestionar la Dirección Territorial se realizaron de conformidad en su totalidad, por lo tanto, se tiene como cumplida la gestión.

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

Resultado – Política de Gestión de Activos



Fuente: Propia - Herramienta de Evaluación TI OCI

ARTICULO 8 - POLITICA DE CONTROL DE ACCESO

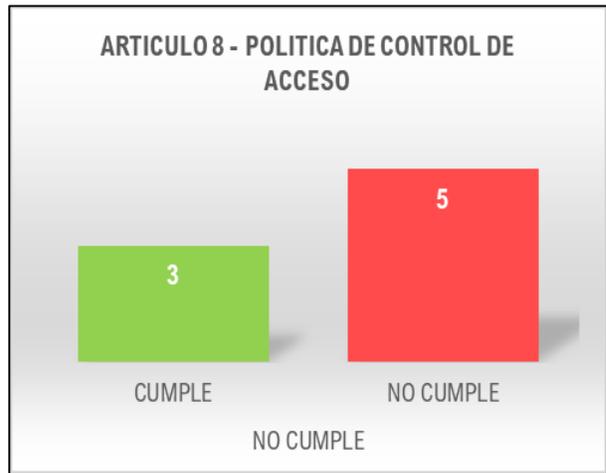
El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, evalúa los soportes presentados por el auditado y concluye que las acciones que debía gestionar la Dirección Territorial no se realizaron de conformidad y, por lo tanto, se tiene como No cumplida.

El anterior resultado se debe al análisis de los soportes aportados por el auditado donde se detallan los siguientes aspectos y observaciones, así:

| Lineamiento | Observación | Resultado |
|---|--|-----------|
| El personal que tiene privilegio de acceso a los sistemas de información debe contar con vinculación laboral o contractual vigente con la Unidad para las Víctimas o con terceros que tengan contrato actual con la Entidad y autorización de acceso al activo. | Las evidencias aportadas por el auditado no dan certeza de cumplimiento del lineamiento de la política de seguridad de la información, no se aportan documentos como: - Clausulados de Contratistas OPS – 2024 - Listado de funcionarios de la DT - Acuerdos de Confidencialidad - funcionarios y contratistas vigencia 2024. | No cumple |
| El acceso a los sistemas de información de los usuarios que son contratados a través de terceros (contratistas de la entidad o entidades externas) requiere diligenciar la correspondiente autorización o acuerdo de confidencialidad. | Las evidencias aportadas por el auditado no dan certeza de cumplimiento del lineamiento de la política de seguridad de la información, no se aportan la totalidad de los acuerdos de confidencialidad que deben gestionarse tanto para contratistas como para funcionarios para la vigencia 2024, adicionalmente se están aportando documentos de la vigencia 2025 como es el de la Sra. Edima Analid Chamarro 2025. | No cumple |

| | | |
|--|---|-----------|
| Las credenciales de acceso a los sistemas de información de la Entidad deben ser individuales y es responsabilidad de los usuarios no compartirlas. | Las evidencias aportadas por el auditado no dan certeza de cumplimiento del lineamiento de la política de seguridad de la información, no se aportan documentos como: acuerdos de confidencialidad de funcionarios y contratistas que intervinieron en la gestión de la DT en la vigencia 2024, listados de asistencia a capacitaciones de Seguridad de la Información que hayan recibido funcionarios o contratistas de la Dirección Territorial, en donde se haya reiterado el uso de las credenciales. | No cumple |
| Los sistemas de Información de la Unidad para las Víctimas deben contar con mecanismos de identificación individual de los usuarios y procedimientos para el control de acceso a los mismos. | Las evidencias aportadas por el auditado no dan certeza de cumplimiento del lineamiento de la política de seguridad de la información, no se aportan la totalidad de los acuerdos de confidencialidad que debieron gestionarse tanto para contratistas como para funcionarios en la vigencia 2024. | No cumple |
| Los usuarios no deben acceder a la información de la Entidad sin firma previa del acuerdo o compromiso de confidencialidad. | Las evidencias aportadas por el auditado no dan certeza de cumplimiento del lineamiento de la política de seguridad de la información, no se aportan la totalidad de los acuerdos de confidencialidad que debieron gestionarse tanto para contratistas como para funcionarios en la vigencia 2024. | No cumple |

Resultado Política de control de acceso



Fuente: Propia - Herramienta de Evaluación TI OCI

DEBILIDAD

Se evidencia falta de seguimiento y control a los documentos que soportan el cumplimiento de la política de control de acceso que deben ser gestionados y administrados por la Dirección Territorial

| | | |
|---|--|---|
|  Unidad para las Víctimas | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Código: 150,19,15-8 |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | Versión: 08 |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | Fecha: 25/10/2022 Página 89 de 105 |

para garantizar que la información y los datos están debidamente protegidos. Esta situación representa un alto riesgo de fuga de información y accesos no permitidos a los sistemas de información que gestiona la Entidad. La ausencia de un marco técnico regulado en donde se indiquen de manera concisa el cumplimiento de los lineamientos en donde se describan los métodos y las mejores estrategias en cuanto a controles de acceso a la información, no está conforme con lo dispuesto en los literales a), c), d) y e) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993, en concordancia con la resolución No. 01357 del 10 de noviembre del 2021 en donde se establecen las políticas de seguridad de la UARIV, adicionalmente lo expuesto en las normativas y regulaciones expedidas por del Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones en su modelo de Seguridad y Privacidad de la Información y la Norma ISO 27001 de Seguridad de la Información.

ARTICULO 10 - POLITICA DE SEGURIDAD FISICA Y DEL ENTORNO

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

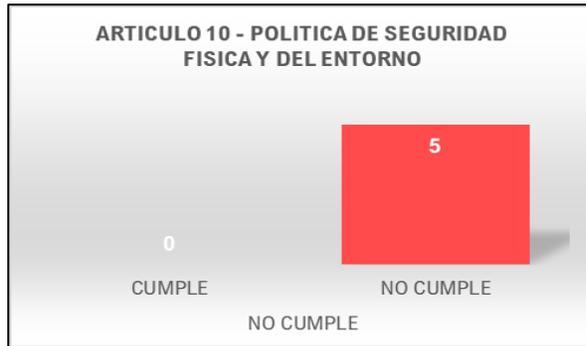
El anterior resultado se debe al análisis de los soportes aportados por el auditado donde se detallan los siguientes aspectos y observaciones, así:

| Lineamiento | Observación | Resultado |
|--|---|-----------|
| El Proceso de Gestión Administrativa debe hacer el seguimiento de las condiciones de las condiciones requeridas de suministro eléctrico y condiciones ambientales tales como: temperatura y humedad para determinar los escenarios que puedan afectar negativamente la operación de las instalaciones del procesamiento de información o centros de cableado | Por parte del auditado no se aportan evidencias que soporten el cumplimiento del lineamiento requerido, se debe implementar elementos que permitan un seguimiento y control de la temperatura y humedad del centro de cableado y protocolos donde se realicen mediciones constantes que permitan evidenciar el comportamiento de la temperatura y humedad del centro de cableado. | No cumple |
| El cableado de energía eléctrica y datos debe estar debidamente protegido para evitar la interceptación, interferencia o daño, por medio de canaletas o bandejas definidas para tal fin. | 'El auditado no aporta evidencias que permitan la evaluación del cumplimiento del requerimiento, se debe soportar documentos o registros fotográficos donde se evidencia como está conformado el cableado estructurado de la Dirección Territorial, se muestren como esta conformado los puntos de energía y lógicos utilizados en cada elemento tecnológico que pertenece a la DT. | No cumple |
| Es responsabilidad de los funcionarios, contratistas y colaboradores: - Registrar las fallas y mantenimientos correctivos, como evidencia de la gestión | Por parte del auditado no se aportan evidencias que soporten el cumplimiento del lineamiento requerido, se deben soportar documentos que evidencien el cambio de partes o equipos tecnológicos que hayan presentado fallas en su funcionamiento durante la vigencia 2024. | No cumple |

| | | |
|---|---|---|
|  Unidad para las Víctimas | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Código: 150,19,15-8 |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | Versión: 08 |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | Fecha: 25/10/2022 Página 90 de 105 |

| | | |
|---|--|-----------|
| <p>Es responsabilidad de los funcionarios, contratistas y colaboradores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contar con un inventario detallado del Hardware y del Software presente en los equipos de cómputo | <p>La evidencia aportada no determina el cumplimiento del requerimiento, es necesario evidenciar el inventario de los equipos de cómputo pertenecientes a la Dirección Territorial con corte a 31 diciembre del 2024 con el cual se realiza un seguimiento y control a cada elemento.</p> | No cumple |
| <p>La OTI debe programar actividades de mantenimiento periódico en los equipos en modalidad de arrendamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El usuario deberá validar el correcto funcionamiento de los equipos al finalizar el mantenimiento. Los usuarios procederán a firmar el reporte que entrega el técnico siempre y cuando el equipo se encuentre en óptimas condiciones. - El usuario debe notificar a la OTI o a la mesa de servicios tecnológicos en caso de presentar inconformidad o daño de los elementos o el servicio. | <p>La evidencia aportada no determina el cumplimiento del requerimiento, es necesario aportar las actas, formatos o los documentos que soportaron la realización de los mantenimientos preventivos que se realizaron a los diferentes equipos de cómputo de la DT en la vigencia 2024.</p> | No cumple |

Resultado de Seguridad Física y del Entorno



Fuente: Propia - Herramienta de Evaluación TI OCI

DEBILIDAD

Del análisis realizado por parte de los auditores de control interno y de los soportes suministrados por el auditado, se evidencia que los controles implementados no cumplen con las características necesarias como lo indica la política de seguridad de la información asociada a la seguridad física y del entorno conforme a lo indicado en la resolución 01357 del 10 de noviembre del 2021 que permitan garantizar la seguridad de los elementos que están asociados a la infraestructura tecnológica de la Territorial, lo cual representa un alto riesgo de fuga, pérdida o manipulación de la información que gestiona la territorial a través de sus elementos tecnológicos asignados y los sistemas de información asociados. La ausencia de un marco técnico regulado en donde se indiquen de manera concisa los lineamientos en donde se describan los métodos y las mejores estrategias en cuanto a seguridad física y del entorno, no está conforme con lo dispuesto en los literales a), c),

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

d) y e) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993, en concordancia con lo expuesto en las normativas y regulaciones expedidas por del Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones en su modelo de seguridad y privacidad de la Información y la Norma ISO 27001 de Seguridad de la Información.

ARTICULO No. 11 - POLITICA DE SEGURIDAD DE LAS OPERACIONES

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, evalúa los soportes presentados por el auditado y evidencia que, las acciones que debía gestionar la Dirección Territorial se realizaron de conformidad y, por lo tanto, se tiene como cumplida la gestión.

Resultado de Seguridad de las Operaciones



Mediante correo electrónico del miércoles 28 de mayo de 2025 enviado a las 17:32 p.m. por parte de la Doctora Valia Maria Osnas Certuche - directora territorial Cauca, en donde envía un link denominado "6. EVIDENCIAS 2 COMUNICADO DEBILIDADES AUDITORIA 2024" el cual contiene una (1) carpeta denominada: "POLITICAS" e indica lo siguiente:

(...) Cordial saludo

En atención al segundo comunicado de debilidades remitido por el equipo auditor, desde la territorial Cauca informamos que, en la carpeta OneDrive se encuentran cargadas las evidencias que soportan las funciones y políticas públicas por ustedes requeridas.

La territorial queda atenta a sus sugerencias e inquietudes. (...)

El Equipo Auditor procede a la revisión de la Información enviada por la Dirección Territorial sobre las políticas de seguridad de la información de los artículos 8 y 10 sobre los lineamientos que presentaron debilidades 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 92 de 105 |

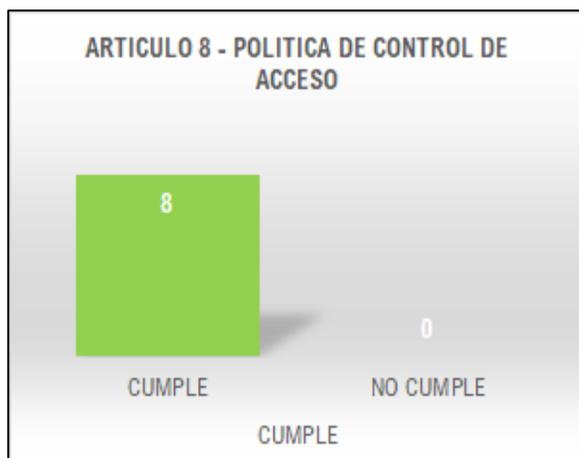
Artículo No. 8 Política de Control de Acceso

| Numeral | Lineamiento | Revisión OCI |
|---------|---|---|
| 1 | El personal que tiene privilegio de acceso a los sistemas de información debe contar con vinculación laboral o contractual vigente con la Unidad para las Víctimas o con terceros que tengan contrato actual con la Entidad y autorización de acceso al activo. | El auditado aporta documentación soporte como: - Acuerdos de Confidencialidad - Clausulados Contratistas Teniendo en cuenta los soportes aportados y evaluados por el equipo auditor la calificación del lineamiento cambia a cumple. |
| 3 | El acceso a los sistemas de información de los usuarios que son contratados a través de terceros (contratistas de la entidad o entidades externas) requiere diligenciar la correspondiente autorización o acuerdo de confidencialidad. | El auditado aporta documentación soporte como: - Acuerdos de Confidencialidad Teniendo en cuenta los soportes aportados y evaluados por el equipo auditor la calificación del lineamiento cambia a cumple. |
| 6 | Las credenciales de acceso a los sistemas de información de la Entidad deben ser individuales y es responsabilidad de los usuarios no compartirlas. | El auditado aporta documentación soporte como: - Acuerdos de Confidencialidad - Certificados de Asistencia a Capacitaciones. Teniendo en cuenta los soportes aportados y evaluados por el equipo auditor la calificación del lineamiento cambia a cumple |
| 14 | Los sistemas de Información de la Unidad para las Víctimas deben contar con mecanismos de identificación individual de los usuarios y procedimientos para el control de acceso a los mismos. | El auditado aporta documentación soporte como: - Acuerdos de Confidencialidad Teniendo en cuenta los soportes aportados y evaluados por el equipo auditor la calificación del lineamiento cambia a cumple |
| 16 | Los usuarios no deben acceder a la información de la Entidad sin firma previa del acuerdo o compromiso de confidencialidad. | El auditado aporta documentación soporte como: - Acuerdos de Confidencialidad Teniendo en cuenta los soportes aportados y evaluados por el equipo auditor la calificación del lineamiento cambia a cumple |

Del análisis y evaluaciones efectuadas por el Equipo Auditor de control interno a los soportes y evidencias aportadas, aplicando normas de auditoria generalmente aceptadas, se tiene que, la implementación de las acciones y controles necesarios que garantizan el cumplimiento del artículo - política de control de acceso que determinan la efectividad en la gestión de la seguridad de la información, se encuentra suficiente soporte en relación de los aspectos que se deben cumplir para mitigar las posibles situaciones en donde se pueda ver afectada, no solamente la información y los datos de la entidad, sino 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 93 de 105 |

continuidad de la operación de la Dirección Territorial en cumplimiento de sus obligaciones y metas, por lo cual no se encuentra debilidad ni observaciones asociadas a este numeral. Resultado Política de control de acceso.



Artículo No. 10 Política Seguridad Física y del Entorno

| Numeral | Lineamiento | Revisión OCI |
|---------|--|---|
| 2 | El Proceso de Gestión Administrativa debe hacer el seguimiento de las condiciones de las condiciones requeridas de suministro eléctrico y condiciones ambientales tales como: temperatura y humedad para determinar los escenarios que puedan afectar negativamente la operación de las instalaciones del procesamiento de información o centros de cableado | Teniendo en cuenta los soportes que se aportan por la DT Cauca mediante correo electrónico del 28 de mayo, se procedió por parte del equipo auditor a la evaluación de las nuevas evidencias en donde estos, no cumplen con lo indicado en el lineamiento, dado que se debe realizar seguimiento a las condiciones ambientales tales como: temperatura y humedad en el centro de cableado, lo cual no está soportado. Por lo anteriormente indicado se mantiene la calificación del lineamiento en no cumple. |
| | El cableado de energía eléctrica y datos debe estar debidamente protegido para evitar la interceptación, interferencia o daño, por medio de canaletas o bandejas definidas para tal fin. | Teniendo en cuenta los soportes que se aportan por la DT mediante correo electrónico del 28 de mayo, se procedió por parte del grupo auditor a la evaluación de las nuevas evidencias en donde las evidencias no cumplen con lo indicado en el lineamiento, dado que se evidencia la utilización de parales que están acoplados a los puestos de trabajo en donde se maneja el cableado eléctrico y la red de datos, estos parales no cumplen con las normas técnicas de canaletas o bandejas como indican las buenas prácticas como son: - La canaleta debe ser adecuada para el número y tipo de cables que se van a alojar. |



| | | |
|----|--|---|
| 3 | | <ul style="list-style-type: none">- Debe ser resistente a la humedad, corrosión y rayos UV, generalmente de PVC rígido de alto impacto.- Debe tener entradas y salidas pretroqueladas para facilitar la conexión de cables y la instalación de placas.- Debe permitir el acceso fácil a los cables para mantenimiento y futuras modificaciones- Debe tener elementos para evitar el cruce interno del cableado de potencia y el cableado lógico, si es necesario. <p>Por lo anteriormente indicado se mantiene la calificación del lineamiento en no cumple.</p> |
| 9 | <p>Es responsabilidad de los funcionarios, contratistas y colaboradores:</p> <ul style="list-style-type: none">- Registrar las fallas y mantenimientos correctivos, como evidencia de la gestión | <p>Teniendo en cuenta los soportes que se aportan por la DT mediante correo electrónico del 28 de mayo, se procedió por parte del grupo auditor a la evaluación de las nuevas evidencias en donde los soportes relacionados no cumplen con lo indicado en el lineamiento, esto ya que se debe evidenciar documentos que relacionen el cambio de partes de los equipos de cómputo.</p> <p>Por lo anteriormente indicado se mantiene la calificación del lineamiento en no cumple.</p> |
| 9A | <p>Es responsabilidad de los funcionarios, contratistas y colaboradores:</p> <ul style="list-style-type: none">- Contar con un inventario detallado del Hardware y del Software presente en los equipos de computo | <p>Teniendo en cuenta los soportes que se aportan por la DT mediante correo electrónico del 28 de mayo, se procedió por parte del grupo auditor a la evaluación de las nuevas evidencias en donde los soportes relacionados no cumplen con lo indicado en el lineamiento, es necesario evidenciar el inventario de los equipos de cómputo pertenecientes a la Dirección Territorial con corte a 31 diciembre del 2024 con el cual se realiza un seguimiento y control a cada elemento.</p> <p>Por lo anteriormente indicado se mantiene la calificación del lineamiento en no cumple.</p> |
| 10 | <p>La OTI debe programar actividades de mantenimiento periódico en los equipos en modalidad de arrendamiento.</p> <ul style="list-style-type: none">- El usuario deberá validar el correcto funcionamiento de los equipos al finalizar el mantenimiento. Los usuarios procederán a firmar el reporte que entrega el técnico siempre y cuando el equipo se encuentre en óptimas condiciones.- El usuario debe notificar a la OTI o a la mesa de servicios tecnológicos en caso de presentar inconformidad o daño de los elementos o el servicio. | <p>Teniendo en cuenta los soportes que se aportan por la DT mediante correo electrónico del 28 de mayo, se procedió por parte del grupo auditor a la evaluación de las nuevas evidencias en donde los soportes relacionados no cumplen con lo indicado en el lineamiento.</p> <p>Por lo anteriormente indicado se mantiene la calificación del lineamiento en no cumple.</p> |

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa los soportes aportados por la Dirección Territorial Cauca y considera que los argumentos y evidencias presentadas para el cumplimiento del artículo No. 10 *Política Seguridad Física y del Entorno* expuestos no desvirtúan las causas que sustenta la debilidad, por lo tanto, la debilidad se mantiene con el propósito de facilitar el proceso de implementación de un plan de mejoramiento.

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

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

Debilidad No.1

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 Dirección Territorial 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 Dirección Territorial. La causa potencial de la debilidad identificada se relaciona con el desconocimiento por parte de la Dirección Territorial 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.

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

Esta situación se ve agravada por la ausencia de información, registros y evidencias que den cuenta de la implementación, seguimiento y evaluación del SCI en la Dirección Territorial. 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.2

Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Dirección Territorial Cauca referente al avance y ejecución del total de actividades (indicadores) programadas en su plan de acción para la vigencia 2024. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2° literales b) y d), 4° literal c), i) y j) y 6° de la Ley 87 de 1993 y la Ley 152 de 1994 artículo 3° literal k). Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 4.1. El Equipo Auditor establece como potenciales causas falta de conocimiento en la planeación apropiada de la programación de las metas a determinar en cada actividad (indicador), teniendo como referencia una línea base tomada de los resultados obtenidos en las vigencias anteriores, que permita la realización adecuada en el diseño, implementación y seguimiento de tablero de control integral que fortalezca el conocimiento en modelos de control gerencial. Lo anterior aumenta el riesgo en el incumplimiento de los objetivos institucionales.

Debilidad No.3

De acuerdo con lo expuesto, se evidencia una debilidad en el sistema de control interno relacionada con la necesidad de fortalecer el cumplimiento de la interacción de las funciones establecidas en el artículo 29 del Decreto 4802 de 2011 y la contribución en los procesos de implementación y sostenibilidad de 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. 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”*

La integralidad y correlación que existe entre las funciones y MIPG con sus políticas son parte del sistema de control interno de obligatorio cumplimiento. Es así, que el Equipo Auditor identifica como causas principales asociadas al no cumplimiento de los lineamientos y criterios diferenciales de las políticas de gestión y desempeño establecidos por el DAFP y adoptados por la UARIV:

| | | |
|---|--|---|
|  <p>Unidad para las Víctimas</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Código: 150,19,15-8 |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | Versión: 08 |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | Fecha: 25/10/2022 Página 97 de 105 |

- **Política de integridad:** *“Contar con el liderazgo del equipo directivo y la coordinación de las áreas de gestión humana”, Llevar a cabo permanentemente ejercicios participativos para la divulgación y apropiación de los valores y principios propuestos en el Código de Integridad”, “Establecer un sistema de seguimiento y evaluación de la implementación del Código para garantizar su cumplimiento por parte de los servidores en el ejercicio de las funciones”, “Promover que el contacto de los servidores con el Código sea experiencial de tal manera que surjan en ellas reflexiones acerca de su quehacer y rol como servidores públicos que eventualmente conduzcan a cambios en su comportamiento”, “Adoptar y apropiar el Código de Integridad, y de conformidad con las particularidades y autonomía de cada entidad pública, adicionar principios de acción (“lo que hago” “lo que no hago”) a los cinco valores establecidos en el Código e incluir hasta dos valores adicionales”.*

- **Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción:** *“Tenga en cuenta que, respecto a la publicación de información de manera proactiva, el derecho de acceso a la información no radica únicamente en la obligación de dar respuesta a las peticiones, sino también en el deber de publicar y divulgar documentos y archivos de valor para el ciudadano y que constituyen un aporte en la construcción de una cultura de transparencia”, “Propicie ejercicios que determinen qué otra información pública debe generar y asocie la misma a su actividad misional, consultando con sus grupos de valor los tipos de información y la utilidad pública de la misma”, “Desarrolle ejercicios de caracterización de usuarios, así como de sus intereses y necesidades para identificar información de interés que deba ser publicada para los ciudadanos” “(...)”.*

- **Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación:** *“Primer Eje: Generación y producción del conocimiento (...),” “Segundo Eje: Herramientas para uso y apropiación (...),” “Tercer eje: Analítica institucional (...),” “Cuarto eje: Cultura de compartir y difundir (...).*

- **Política de Racionalización de Trámites:** *“Esta política tiene como propósito reducir los costos de transacción en la interacción de los ciudadanos con el Estado, a través de la racionalización, simplificación y automatización de los trámites; de modo que los ciudadanos accedan a sus derechos, cumplan obligaciones y desarrollen actividades comerciales o económicas de manera ágil y efectiva frente al Estado (...).”*

- **Política de Gobierno Digital:** *“Seguridad de la Información: Busca que las entidades públicas incorporen la seguridad de la información en todos sus procesos, trámites, servicios, sistemas de información, infraestructura y en general, en todos los activos de información de las entidades del Estado, con el fin de preservar la confidencialidad, integridad, disponibilidad y privacidad de los datos. Este habilitador se desarrolla a través del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información, que orienta la gestión e implementación de la seguridad de la información en el Estado”.*

“Arquitectura: busca que las entidades públicas apliquen en su gestión, un enfoque de Arquitectura Empresarial para el fortalecimiento de sus capacidades institucionales y de gestión de TI, aplicando los lineamientos, estándares y mejores prácticas contenidos en el Marco de Referencia de Arquitectura Empresarial del Estado”.

“Servicios Ciudadanos Digitales: busca que los servicios ciudadanos digitales sean integrados a los procesos, servicios digitales, trámites digitales, sistemas de información y demás que lo requieran,

| | | |
|---|--|---|
|  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 105 |

buscando racionalizar recursos, estandarizar y armonizar la administración pública en pro de mejorar los servicios del Estado”.

- Política de Fortalecimiento Institucional 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”.*

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

Dicho lo anterior, esta situación puede derivar en la materialización de eventos adversos que comprometan el logro de los objetivos institucionales y la adecuada gestión del territorio e impactos en el proceso de recolección de la información para la Medición del Desempeño Institucional (MDI) a través del reporte anual de información en el Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión (FURAG).

Debilidad No.4

Del análisis realizado por parte de los auditores de control interno y de los soportes suministrados por el auditado, se evidencia que los controles implementados no cumplen con las características necesarias como lo indica la política de seguridad de la información asociada a la seguridad física y del entorno conforme a lo indicado en la resolución 01357 del 10 de noviembre del 2021 que permitan garantizar la seguridad de los elementos que están asociados a la infraestructura tecnológica de la Territorial, lo cual representa un alto riesgo de fuga, pérdida o manipulación de la información que gestiona la territorial a través de sus elementos tecnológicos asignados y los sistemas de información asociados. La ausencia de un marco técnico regulado en donde se indiquen de manera concisa los lineamientos en donde se describan los métodos y las mejores estrategias en cuanto a seguridad física y del entorno, no está conforme con lo dispuesto en los literales a), c), d) y e) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993, en concordancia con lo expuesto en las normativas y regulaciones expedidas por del Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones en su modelo de seguridad y privacidad de la Información y la Norma ISO 27001 de Seguridad de la Información.

7. ASPECTOS SOBRESALIENTES

Teniendo en cuenta la gestión institucional de la Dirección Territorial Cauca durante la vigencia 2024, el Equipo Auditor ha evidenciado como aspectos positivos, 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 99 de 105 |

Se resalta la buena disposición de la directora territorial y su equipo de trabajo en atender y colaborar durante el ejercicio de auditoría, demostrando una comunicación adecuada y cumplimiento de los plazos establecidos para la entrega de las evidencias requeridas. Esta actitud facilitó la realización de la evaluación y permitió obtener resultados que aportan a la mejora continua de la Dirección Territorial auditada.

El Equipo Auditor reconoce el constante apoyo del funcionario enlace asignado por la Dirección Territorial Cauca, quien mostró una gestión efectiva en la entrega puntual de la información y las evidencias requeridas en cada una de las herramientas (papeles de trabajo) utilizadas en el proceso auditor. Asimismo, se valora su diligencia y compromiso en la búsqueda y envío de los soportes adicionales solicitados durante el desarrollo de la auditoría.

8. RESULTADOS DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.

8.1 Plan de Mejoramiento Auditoría de Gestión

En la vigencia 2019 se realizó auditoria de gestión a la Dirección Territorial Cauca, en esa oportunidad, la Oficina de Control Interno comunicó 8 debilidades del sistema de control. En la vigencia 2021 se realiza seguimiento con el objetivo de *“verificar el avance o logro de las actividades establecidas por la Dirección Territorial, responsable en superar las debilidades identificadas en el Sistema de Control Interno”*. Como resultado del seguimiento de la auditoría en mención el equipo auditor de la época dio por cumplidas las actividades de las debilidades 1, 2, 3, 4, 5 y 6. Contrario a lo anterior, con relación a la debilidad 7 en las actividades denominadas “Programación entrega de informes”, “Socializar los criterios que se deben tener para la entrega del informe” y “Seguimiento a la gestión realizada” y en la debilidad 8 de las actividades “Establecer el cronograma de seguimiento” y “Realizar la validación del seguimiento”, el Equipo Auditor identificó que las evidencias aportadas que sustentan las acciones de mejora de las debilidades no se correlacionan directamente para subsanar lo estipulado en el plan de mejoramiento, por tal motivo estas actividades quedaron “abiertas” para una próxima auditoria de seguimiento.

Desde la Oficina de Control Interno a través del profesional asignado, se realiza un seguimiento a los planes de mejoramiento de la (OCI) que presentan actividades abiertas, con el fin de proceder con el proceso de evaluación y lograr el cierre de estas.

De acuerdo con la información y evidencias remitidas por la dirección territorial Cauca, el auditor encargado de realizar el seguimiento al plan de mejoramiento, efectúa la verificación, análisis y valoración donde determina que estas cumplen con los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, donde determina que ellas dan certeza del cumplimiento de 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 100 de 105 |

acciones enfocada para la eliminación de la causa y la no presencia de la misma en la gestión de la dirección territorial.

8.2 Plan de Mejoramiento Contraloría General de la República

Revisadas las base de datos de las acciones de mejoramiento incluidas en el plan de mejoramiento institucional suscrito con la Contraloría General de la República no se encuentra acciones a cargo de la dirección Territorial Cauca.

9. RESULTADOS DE LOS LOGROS DE GESTIÓN

El resultado de la gestión de la Dirección Territorial Cauca, dentro de la evaluación por dependencias, obtuvo un logro del 8.44 /10.00 para la vigencia 2024.

10. CONCEPTO DE AUDITORIA

El objetivo de la auditoría consiste en analizar y evaluar el sistema de control interno de la Dirección Territorial Cauca, enfocado en el cumplimiento de metas, la correcta implementación de normas, la eficacia de los modelos de gestión y la valoración del sistema de control interno aplicado en sus labores diarias. Para alcanzar este propósito, se revisan los aspectos comunicacionales y de seguimiento a las acciones de control que deben ejecutarse de conformidad con la naturaleza de la gestión. Como resultado de esta actividad, el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno presenta el siguiente concepto de auditoría:

La Dirección Territorial Cauca aplica un modelo de control interno con el fin de dar cumplimiento a las funciones establecidas en el Decreto 4802 de 2011 artículo 29 y la Ley 87 de 1993, artículo 2°, literal b). *“Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional”*, con el fin de lograr los objetivos que le han sido asignados y contribuir con aquellos que le corresponde a nivel nacional. A través del ejercicio de auditoría, se evidenciaron mecanismos de control que permiten generar información útil y oportuna para la toma de decisiones en pro del mejoramiento continuo. Asimismo, se identificaron fortalezas significativas en la gestión examinadas por el Equipo Auditor en el marco del cumplimiento del Decreto 1499 de 2017 que actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), las cuales deben ser potencializadas y articuladas internamente para garantizar el cumplimiento constante de las 19 políticas del MIPG.

El modelo de control interno determinado por la entidad contempla diferentes variables esenciales: *ejecución de los procedimientos misionales, medición a través de cualquier metodología incluidos los indicadores de gestión, riesgos que trasciende como herramienta gerencial al mapa de riesgos*

| | | |
|---|--|--|
|  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 105 |

y que responde a la identificación del entorno específico en el cual desarrolla sus acciones estratégicas la dirección territorial, dicho control contribuye a la toma decisiones y sirve como herramienta en la ejecución de las actividades, seguimiento y mejora como expresiones gerenciales que coadyuvan a optimizar los recursos maximizando de esta manera los beneficios, ejecución del plan de acción, control del cumplimiento de las funciones vs políticas de MIPG y la evaluación de las tecnologías y seguridad de la información. Estos componentes clave del Sistema de Control Interno son analizados por el Equipo Auditor mediante papeles de trabajo diseñados para medir su nivel de madurez, aplicación y cumplimiento.

El sistema de control interno (SCI) de cualquier proceso inicia con la caracterización y la definición de procedimientos que permiten llevar a cabo las actividades orientadas al cumplimiento de funciones constitucionales y legales, siendo estos elementos fundamentales para la gestión de las direcciones territoriales. En este contexto, si bien, no se eleva a categoría de debilidad, es fundamental que la dirección territorial robustezca e implemente acciones de mejora que aseguren el cumplimiento de los procedimientos y actividades conforme al flujograma definido desde el nivel nacional en los procesos misionales. Por tanto, es crucial afianzar un trabajo en conjunto con estos procesos, de manera que las actividades se desarrollen de forma alineada y coherente con los procedimientos establecidos y sus respectivos criterios. El análisis realizado por el Equipo Auditor sobre los procedimientos misionales se acentúa en el acápite donde se detallan los resultados obtenidos, con el objetivo de impulsar acciones internas que contribuyan progresivamente en la consecución a la mejora continua.

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

- i. Con relación a los indicadores de gestión diferente al plan de acción se observa que “*El proceso no tiene un sistema de medición que pueda ser calificado como tal y por lo tanto carece de confiabilidad*”. lo cual desluce la competencia que recae en la Dirección Territorial Cauca y su compromiso institucional para el cumplimiento de los objetivos estratégicos.
- ii. En la evaluación del componente de riesgos se identifica que “*El proceso no tiene un mapa de riesgos que soporte la gestión, por lo tanto, el proceso carece de herramientas para evitar la ocurrencia de siniestros o minimizar las consecuencias*”. Dicho escenario deslustra la idoneidad y articulación del equipo de trabajo de la Dirección Territorial Cauca con el proceso encargado de brindar asesoría y apoyo en la elaboración e implementación del mapa de riesgos, así como el acoplamiento que se tiene para prevención de la materialización de riesgos.

| | | |
|--|--|---------------------------------|
|  <p>Unidad para las Víctimas</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Código: 150,19,15-8 |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | Versión: 08 |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | Fecha: 25/10/2022 |
| | | Página 102 de 105 |

- iii. Respecto al componente de control muestra que *“No se evidencia en el proceso un sistema de control sustentado en puntos de control u otro mecanismo lo que implica que el proceso está fuera de control”*, es por ello que la Dirección Territorial Cauca muestra una inapropiada gestión en la identificación, implementación y aplicación de puntos de control de las actividades diferentes a las descritas en los procedimientos, lo que contribuye a incrementar la posibilidad de materialización de riesgos.
- iv. En cuanto al componente de mejora y/o valor agregado la Dirección Territorial Cauca se tiene que *“No se evidencia al interior del proceso propuesta de mejora ni de valores que determinan mayor efectividad en la gestión del proceso, lo que puede tener como riesgo el rezago de las actividades asociadas al proceso”*. En este sentido, la dirección territorial auditada se debe encauzar en diseñar una estrategia que coadyuve a la mejora continua.
- v. En lo que concierne al resultado obtenido en el componente de seguimiento, éste refleja que *“No se evidencia al interior del proceso propuesta de mejora ni de valores que determinan mayor efectividad en la gestión del proceso, lo que puede tener como riesgo el rezago de las actividades asociadas al proceso”*, cuyo escenario demuestra que la Dirección Territorial Cauca debe gestionar y trabajar permanentemente en equipo con el objetivo de detectar, verificar, analizar y corregir situaciones que puedan afectar su gestión.

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito, se evidencia que las 5 variables auditadas presentan debilidad, lo que denota falencias en el trabajo del equipo al interior de la dirección territorial y su articulación con los procesos que le aportan a su fortalecimiento en la gestión institucional.

El mapa de riesgos es una herramienta gerencial que tiene como propósito establecer los eventos positivos o negativos que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales. Para el efecto, la Entidad aplica tanto la metodología dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública como la estandarizada internamente para cumplir con los lineamientos de estas buenas prácticas. En esta línea el Equipo Auditor examina el mapa de riesgos y evidencia que la Dirección Territorial Cauca no presenta debilidad en el sistema de control interno.

La Directriz dada por la Dirección General referente a la programación y ejecución de las actividades en cuanto a las metas y periodos establecidos a través de la Oficina Asesora de Planeación, es de cumplir a cabalidad lo pactado como unidad de meta en los tiempos previstos. El Equipo Auditor aplica papel de trabajo que examina la trazabilidad y aplicación de la directriz señalada encontrando que, la dirección territorial presenta debilidad del sistema de control interno por incumplimiento de lo planeado frente a lo ejecutado en el plan de acción. Se examina el comportamiento de los reportes de avance y cumplimiento de las metas del plan de acción 2024 asignadas a la Dirección Territorial Cauca, teniendo como parámetro de evaluación que tanto los reportes de avance como

| | | |
|---|--|---------------------------------|
|  <p>Unidad para las Víctimas</p> | SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | Código: 150,19,15-8 |
| | PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE | Versión: 08 |
| | PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO | Fecha: 25/10/2022 |
| | | Página 103 de 105 |

de ejecución deben corresponder al 100% de lo planeado. Este aspecto si bien tiene su impacto en la gestión, se puede superar con un sistema de planeación más dinámico y flexible donde la territorial tenga la posibilidad de reaccionar frente a las externalidades y recibir el apoyo necesario de la Oficina Asesora de planeación para lograrlo.

Respecto a la evaluación de las “*funciones vs políticas del MIPG*” para determinar la pertinencia y conducencia que demuestren el cabal cumplimiento del Decreto 4802 de 2011 y las políticas del MIPG dispuestas en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión adoptado en el Decreto 1499 de 2017, donde el cruce de la información permita evidenciar que los métodos o actuaciones funcionales de los servidores de la dirección territorial corresponden con los dispuestos en el ordenamiento legal. El Equipo Auditor establece que la Dirección Territorial Cauca no cumple en su totalidad con la gestión de sus funciones y la implementación de las políticas de MIPG dispuesto en el marco normativo, por consiguiente, se evidencia un sistema de control interno que presenta debilidad.

Por último, el Equipo Auditor aplica el papel de trabajo denominado “*herramienta auditoria TI*”, el cual presenta la siguiente debilidad:

“(...) Del análisis realizado por parte de los auditores de control interno y de los soportes suministrados por el auditado, se evidencia que los controles implementados no cumplen con las características necesarias como lo indica la política de seguridad de la información asociada a la seguridad física y del entorno conforme a lo indicado en la resolución 01357 del 10 de noviembre del 2021 que permitan garantizar la seguridad de los elementos que están asociados a la infraestructura tecnológica de la Territorial, lo cual representa un alto riesgo de fuga, pérdida o manipulación de la información que gestiona la territorial a través de sus elementos tecnológicos asignados y los sistemas de información asociados. La ausencia de un marco técnico regulado en donde se indiquen de manera concisa los lineamientos en donde se describan los métodos y las mejores estrategias en cuanto a seguridad física y del entorno, no está conforme con lo dispuesto en los literales a), c), d) y e) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993, en concordancia con lo expuesto en las normativas y regulaciones expedidas por del Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones en su modelo de seguridad y privacidad de la Información y la Norma ISO 27001 de Seguridad de la Información. (...)”

A partir del análisis realizado por el Equipo Auditor, se resalta la importancia de considerar detalladamente el contenido que describe las observaciones sobre los resultados obtenidos, con el propósito de implementar acciones internas orientadas a la mejora continua. En este sentido, se hace necesario que la Dirección Territorial Cauca identifique y analice las causas que originaron las debilidades presentadas, con el objetivo de garantizar un inmejorable funcionamiento en materia de seguridad, operatividad de los servicios y los elementos de la infraestructura tecnológica.

Las conclusiones presentadas por el Equipo Auditor están orientadas a respaldar la toma de decisiones mediante el uso de herramientas que generen certeza al gestor público, y que, a su vez, infundan confianza entre los usuarios de la Entidad respecto a la calidad de los bienes y servicios

| | | |
|---|--|--|
|  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 105 |

que satisfagan sus expectativas, dentro del marco de las externalidades propias de la gestión de la dirección territorial.

El Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial Cauca presenta un nivel de debilidad que puede ser superado a través de acciones de mejora y el uso de herramientas gerenciales que permitan un análisis integral del entorno interno y externo en el cual se encuentra. Este aspecto puede ser mejorado identificando y reconociendo las acciones de control que consuetudinariamente realizan pero no están plasmadas en documentos ni son reconocidas fácticamente por los servidores de la Dirección Territorial, por ello, identificar esas actividades de control y elevarlas a documentos de manejo de la Dirección Territorial les permite avanzar un largo sendero en camino a la excelencia.

En consecuencia, la Oficina de Control Interno, por medio del Equipo Auditor, recomienda a la Dirección General solicitar a la directora de la Dirección Territorial Cauca la formulación de un Plan de Mejoramiento del Sistema de Control Interno. Dicho plan debe incluir estrategias para el tratamiento de las debilidades evidenciadas en el presente informe.

Cordialmente,



CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró: José Jesús Gutiérrez Villalba – Auditor Líder 

| 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 |

| | | |
|---|--|---------------------------------|
|  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 105 |

| | | |
|---|-------------|--|
| 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. |