

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>1</b> de <b>97</b>

## INFORME FINAL DE AUDITORÍA A LA DIRECCIÓN TERRITORIAL NARIÑO

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 Nariño
Dependencia líder:	Dirección Territorial Nariño
Responsable del Proceso:	Valia Maria 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:	Isaias Lozano Vera - Auditor Líder Liliana Marcela Criales Rincon - Auditora John Dairo Bermeo Cuellar – Auditor Jose de Jesus Gutierrez Villalba – Auditor William Mahecha Hernandez – Auditor Basco German Ricaurte Guerra – Auditor Miguel Angel Espinosa Ruiz – Auditor

### 1. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

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

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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>2</b> de <b>97</b>

## 2. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Inicia con la recolección y análisis de la información obtenida por el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno 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 Nariño 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 materializan los riesgos asociados a la gestión auditora identificados en el Programa de Auditoria para la vigencia 2025. En especial se debe resaltar que el acceso a las fuentes de información de la dirección 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 la dirección territorial 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 lealtad

## 4. METODOLOGÍA UTILIZADA

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

## 5. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

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

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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>3</b> de <b>97</b>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página <b>4</b> de <b>97</b>

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

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

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

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



Fuente: Guía de riesgos del DAFP

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

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

La importancia de los procesos depende de su descripción y como está detalla sus actividades, prácticas, criterios y métodos que conllevan 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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página <b>5</b> de <b>97</b>

la forma de trabajo de los miembros que lo componen y esto facilita tanto su aprendizaje como el de nuevos integrantes en el desenvolvimiento de sus roles y tareas.

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

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

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

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

No .	PROCESO MISIONAL	PROCEDIMIENTO	Número de la actividad Responsabilidad DT	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO POR PROCEDIMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO POR PROCESO
1	Relación con el Ciudadano	Trámite Notificación de Actos Administrativos V7	10	100%	100%
2	Reparación Integral	Notificación de Indemnización Administrativa y Entrega del Mensaje Estatal de Reconocimiento y Dignificación V5 Código: 410.08.08-21	1,2,3,4,6,7,8,9,10,11,12, 13,14,16,17,18,19, 20,21,23,24	90%	90%
3	Participación y Visibilización	Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas V1 Código:230,09,08-11	3,4,5,6,7	60%	60%
4	Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez	Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4 Código: 310,03,08-17	1,2,9,10,11,13	100%	100%
		Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas V1 Código:310,03,08-23	2,3,4,6,7,8,10,11,12	39%	39%

Fuente: Herramienta OCI

El Equipo Auditor teniendo en consideración el marco normativo y administrativo del sistema de control interno – procedimientos misionales, solicita a la Dirección Territorial Nariño registrar en el papel de trabajo la evidencia que corresponde a la ejecución de la descripción de la actividad

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>6</b> de <b>97</b>

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 11:58 a.m., el Equipo Auditor remite el documento para su diligenciamiento. La Dirección Territorial Auditada da respuesta mediante correo electrónico del 5 de mayo de 2025 a las 2:19 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.*

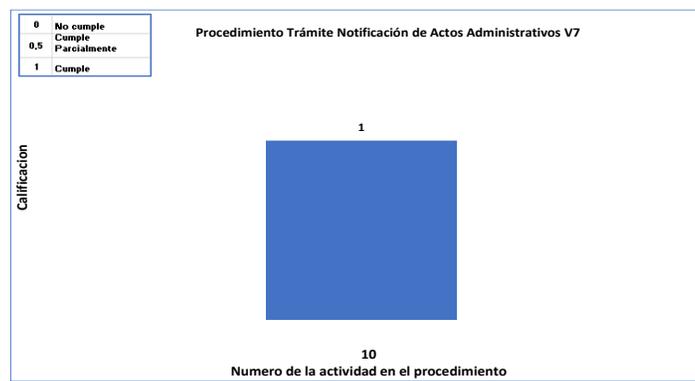
De acuerdo con los criterios de evaluación el equipo auditor observa que la dirección territorial cuanta con dos procesos con una calificación que superan el 86% lo que indica un cumplimiento total, siendo el proceso de servicio al ciudadano con el procedimiento “Trámite Notificación de Actos Administrativos V7” con un resultado en la evaluación del 100%. El proceso de reparación integral con el procedimiento “Procedimiento Notificación de Indemnización Administrativa y Entrega del Mensaje Estatal de Reconocimiento y Dignificación V5” con una evaluación del 90%. Aun que el proceso de Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez de conformidad con la calificación cumple parcialmente. Y de acuerdo con la evolución el procedimiento “Procedimiento Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4” obtuvo una calificación del 100%, de otra parte, el “procedimiento para la Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia Y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas V1” obtiene una calificación de 39%.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>7</b> de <b>97</b>

De la misma forma, se evalúa el proceso de Participación y Visibilización con el “*procedimiento para el Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas V1*” el cual obtuvo una calificación del 60%,

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

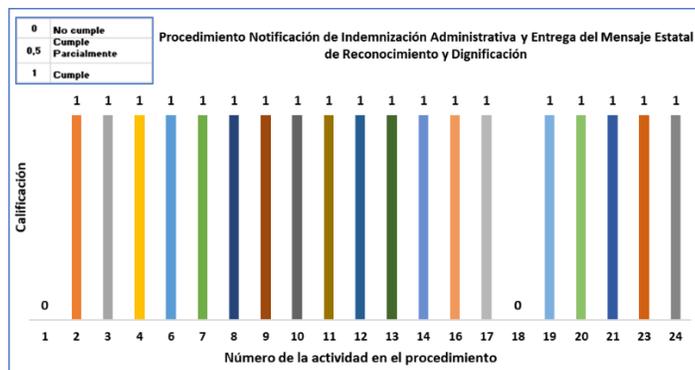
### 1. Proceso de Servicio al Ciudadano – Procedimiento Tramite Notificación de Actos Administrativos V7



Fuente: Herramienta Propia OCI evaluación procedimientos procesos misionales

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. Proceso de Reparación Integral



Fuente: Herramienta Propia OCI evaluación procedimientos procesos misionales

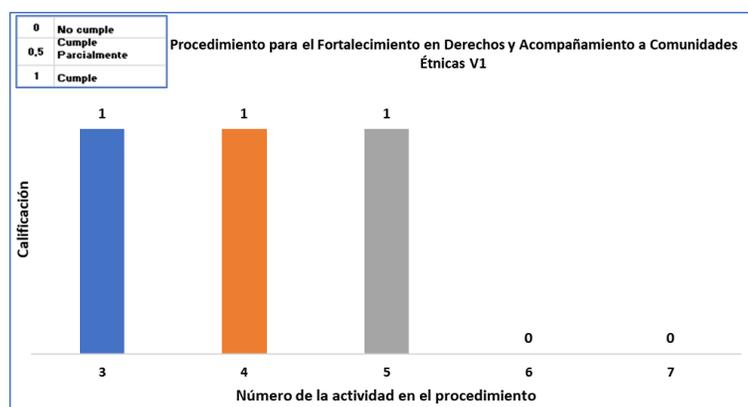
 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>8</b> de <b>97</b>

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 total del proceso corresponde a la suma porcentual del cumplimiento de cada una de las actividades que lo conforman, lo cual permite determinar su nivel de ejecución. En este sentido, el análisis general arroja un cumplimiento del 90%, calificado como satisfactorio"*.

El resultado anterior se fundamenta en el análisis de las evidencias aportadas por DT, en las cuales se detallan los siguientes aspectos.

- a) Para la actividad uno (1) no se observa en la evidencia aportada por la auditada que los soportes estén asociados a los documentos de salida que menciona el procedimiento como son: *"Correo Electrónico con la Matriz de municipalización, actas de reunión con los profesionales y matriz de planeación de acciones"* por lo tanto el resultado de la evaluación de esta actividad es, no cumplida.
- b) Para la actividad diez y ocho (18) se observa que la evidencia aportada por la auditada son de la vigencia 2025, por lo tanto, no son tenidas en cuenta para la evaluación, adicionalmente se debe tener en cuenta los documentos de salida que menciona el procedimiento como son: *"Agendamiento de personas convocadas en la herramienta dispuesta por la unidad"* por lo tanto el resultado de la evaluación de esta actividad es, no cumplida.

### 3. Proceso de Participación y Visibilización



Fuente: Herramienta Propia OCI evaluación procedimientos procesos misionales

El Equipo Auditor, aplicando las normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas, evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan cada una de las actividades incluidas en los procedimientos del proceso, a cada actividad donde se asigna un valor individual, y se obtiene el siguiente resultado: *"El resultado holístico de las actividades del proceso*

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>9</b> de <b>97</b>

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 un cumplimiento parcial con un 60%".

De lo anterior se concluye lo siguiente:

El procedimiento presenta un incumplimiento, ya que las evidencias aportadas por la DT auditada no corresponden con la descripción de la actividad ni con los documentos de salida asociados a esta. A continuación, se detallan las siguientes observaciones:

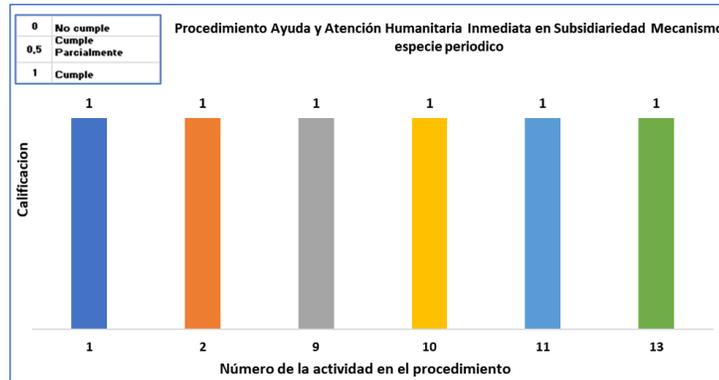
- a) En la actividad seis (6), no se encontró evidencia en los soportes entregados por la DT auditada estén vinculados con los documentos de salida que indica el procedimiento, como el "Informe de seguimiento semestral". Por esta razón, el equipo auditor considera que la actividad no fue cumplida.
- b) En la actividad siete (7), no se evidencia en la documentación entregada por la auditada que los soportes estén asociados a los documentos de salida definidos en el procedimiento, como las "Actas y el Balance de Participación". Por lo tanto, el resultado de la evaluación de esta actividad es no cumplida.

De acuerdo con el análisis realizado por el equipo auditor, evidencia que no fueron suministrados en su totalidad los soportes necesarios que permitan verificar el cumplimiento de las actividades establecidas en el procedimiento del proceso de Participación y Visibilización, asociadas a la responsabilidad de la Dirección Territorial Nariño.

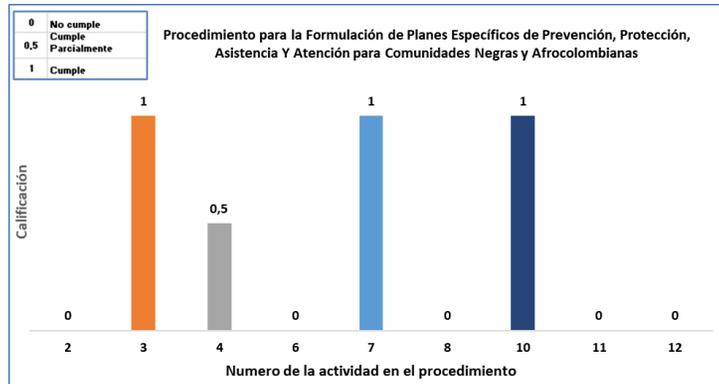
En consecuencia, el equipo auditor formula la siguiente observación: es necesario revisar el procedimiento, sensibilizar a los funcionarios, contratistas y colaboradores, y emitir las directrices pertinentes, con el fin de fortalecer la gestión que debe desarrollarse para garantizar el cumplimiento de lo establecido. Esto permitirá llevar a cabo un seguimiento adecuado de las actividades, generando oportunamente los documentos soporte de salida exigidos por el procedimiento para cada una de las acciones bajo responsabilidad de la Dirección Territorial.

El fortalecimiento de estas acciones contribuirá al cumplimiento del Sistema de Gestión de la Entidad y al mejor desempeño frente a las metas y objetivos institucionales.

#### **4. Proceso de Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez**



Fuente Propia OCI: Herramienta evaluación procedimientos



Fuente Propia OCI: Herramienta evaluación procedimientos

El Equipo Auditor, aplicando las normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan cada una de las actividades incluidas en los procedimientos del proceso y les da un valor individual, y obtiene el siguiente resultado: *El resultado holístico de las actividades del proceso corresponde a la calificación de las actividades de cada uno de los procedimientos evaluados donde determina el nivel de cumplimiento.*

*En consecuencia, el análisis arroja que el procedimiento “Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4 Código: 310,03,08-17” asociados al proceso obtiene una evaluación del 100% y el segundo “procedimiento para la Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia Y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas V1 Código:310,03,08-23” obtiene una evaluación del 39%, lo cual evidencia una debilidad en el sistema de control interno relacionada con el proceso de Prevención Urgente y Atención a la Inmediatez.*

El anterior resultado se debe al análisis de las evidencias donde se detallan los siguientes aspectos.

Para el procedimiento “Procedimiento para la Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia Y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas”

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>11</b> de <b>97</b>

- a) En la actividad dos (2), la auditada no aporta evidencias que den cuenta del cumplimiento a la actividad descrita en el procedimiento, por lo tanto, el resultado de la evaluación a esta actividad es no cumplida.
- b) En la actividad seis (6), la auditada no aporta evidencias que den cuenta del cumplimiento a la actividad descrita en el procedimiento, por lo tanto, el resultado de la evaluación de esta actividad es no cumplida.
- c) En la actividad ocho (8), la auditada no aporta evidencias que den cuenta del cumplimiento a la actividad descrita en el procedimiento, por lo cual, el resultado de la evaluación a esta actividad es no cumplida.
- d) En la actividad once (11), la auditada no aporta evidencias que den cuenta del cumplimiento a la actividad descrita en el procedimiento, por esta razón, el resultado de la evaluación a esta actividad es no cumplida.
- e) En la actividad doce (12), la auditada no remite soportes que den cuenta del cumplimiento a la actividad descrita en el procedimiento, por lo tanto, el resultado de la evaluación a esta actividad es no cumplida.

## **DEBILIDAD No. 1**

De acuerdo con lo expuesto, se evidencia una debilidad en el sistema de control interno relacionada con la evaluación del proceso Prevención Urgente y Atención a la Inmediatez del “Procedimiento para la Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas” en los cuales no se evidencia la gestión realizada por la Dirección Territorial Nariño en las actividades que deben ser desarrolladas desde la DT.

Esta situación no está conforme con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993 en el artículo 2° literales c y d, artículo 3, literal c, artículo 4, literal i, Decreto 1083 de 2017, artículo 2.2.21.5.2 “manuales de procedimientos”, Guía para la Gestión por Procesos en el Marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), numeral 4.1. “Documentación de procedimientos referente a la lista de evidencias que se generan en la aplicación de una actividad dentro de cada procedimiento (...)”, Resolución No. 02728 “Por la cual se adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG y (...)”, respecto al cumplimiento a los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad y el Decreto 943 de 2014 “Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI)”, particularmente en el componente Direccionamiento Estratégico en lo relacionado con el control del Modelo de Operación por Procesos “Mediante el control ejercido a través de la puesta en marcha de este elemento, las entidades podrán contar con una estandarización de las actividades necesarias para dar cumplimiento a su misión y objetivos, lo cual permite, que su operación se realice de manera continua, garantizando la generación de productos o servicios (...)”. El equipo auditor establece como potenciales causas la falta de seguimiento y control sobre los productos o entregables definidos como documentos de salida en

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>12</b> de <b>97</b>

el procedimiento, los cuales deben ser gestionados por los funcionarios, contratistas y colaboradores responsables de ejecutar las actividades asignadas a la Dirección Territorial. Asimismo, se identifica la necesidad de implementar un repositorio único que permita y garantice el cargue, conservación y trazabilidad de la información gestionada por la Dirección Territorial.

Con base en los resultados obtenidos en la evaluación el equipo auditor hace la siguiente **observación**, en consecuencia, se considera necesario implementar revisiones periódicas a los soportes generados, asegurando que cada actividad cuente con los documentos de salida establecidos en los procedimientos correspondientes. Dichos documentos deben estar debidamente identificados, almacenados y de conformidad con lo definido en los documentos controlados, además de mantener una relación directa con la actividad ejecutada.

Adicionalmente, si bien existen corresponsabilidades entre las áreas misionales a nivel nacional y la Dirección Territorial, es fundamental dejar evidencia documental que demuestre que la DT ha gestionado o solicitado lo que le corresponde dentro de cada actividad. Asimismo, se recomienda implementar una base de conocimiento y un repositorio único para los soportes de las actividades, donde cada responsable pueda cargar los documentos y demás elementos requeridos (fotos, matrices, informes, entre otros), garantizando así la trazabilidad y cumplimiento de las disposiciones operativas establecidas en el sistema de gestión de la Entidad, por tal motivo se deja como observación.

Mediante correo electrónico del miércoles 28 de mayo de 2025 enviado a las 17:59 p.m. por parte de la funcionaria Diana Marcela Cervantes Santacruz – Oficina Asesora de Planeación Dirección Territorial de Nariño, remite un documento denominado “Respuesta segundo comunicado debilidades DT Nariño” en donde indica lo siguiente en cuanto a las debilidades reportadas de la evaluación a los procesos misionales:

“Frente al análisis del segundo comunicado de debilidades de la Auditoria a la Dirección Territorial Nariño, me permito manifestar lo siguiente por cada una de las debilidades encontradas:”

2. Proceso de Reparación Integral

a) Para la actividad uno (1) no se observa en la evidencia aportada por la auditada que los soportes estén asociados a los documentos de salida que menciona el procedimiento como son: “Correo Electrónico con la Matriz de municipalización, actas de reunión con los profesionales y matriz de planeación de acciones” por lo tanto el resultado de la evaluación de esta actividad es, no cumplida.

Para esta observación me permito informar que se cargaron las evidencias en el SharePoint frente al correo electrónico con la matriz de municipalización del pasado 05/12/2024, por favor analizarla, debido a que se puede observar el cronograma de jornadas del mes de diciembre de 2024, además del cronograma de notificación por municipio del departamento de Nariño.

Por tal razón no cabe la afirmación de que la actividad 1 es “no cumplida”, porque en su debido momento, el 02/05/2025 exactamente, también se anexo las siguientes evidencias Formato de

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>13</b> de <b>97</b>

organización para el descargue y organización de la logística de indemnización administrativa con fecha del 04/12/2024 dicha autorización para el descargue de cartas de la plataforma INDEMNIZA, es el paso previo antes de la planificación y cronograma de jornadas.

En la herramienta Excel se encuentra diligenciado el siguiente comentario “El correo electrónico que llega con la matriz de municipalización únicamente informa la cantidad de giros para la territorial y su distribución a los diferentes municipios que tienen asignación de indemnizaciones, pero la base con los registros de las personas beneficiarias se tiene que descargar del usuario indemniza asignado al director territorial. Se anexa formato de delegación de acceso a indemniza.” Esto se diligencio con el fin de explicarles a ustedes algunos detalles de la actividad 1 del procedimiento.

Igualmente se anexo evidencia de la matriz Excel de un proceso de indemnización donde se puede evidenciar la notificación y cargue en la plataforma.

También se anexo un acta de reunión del 05/12/2024 donde se puede evidenciar la planificación de jornadas, donde también se adjuntó el cronograma. Esto evidencia actas de reunión con los profesionales y matriz de planeación de acciones, que ustedes informan que no se cumplió y si estaba cargada en SharePoint.

Por favor observar las evidencias aportadas.

b) Para la actividad diez y ocho (18) se observa que la evidencia aportada por la auditada son de la vigencia 2025, por lo tanto, no son tenidas en cuenta para la evaluación, adicionalmente se debe tener en cuenta los documentos de salida que menciona el procedimiento como son: “Agendamiento de personas convocadas en la herramienta dispuesta por la unidad” por lo tanto el resultado de la evaluación de esta actividad es, no cumplida.

Para esta observación me permito aclarar que por error se anexo una evidencia del 2025, actualmente se encuentra cargada la evidencia de 2024 en SharePoint, que hace referencia a la solicitud realizada al proceso de relación con el ciudadano para la realización de la convocatoria de una jornada. (Campaña Outbound Tumaco diciembre 13 del 2024).

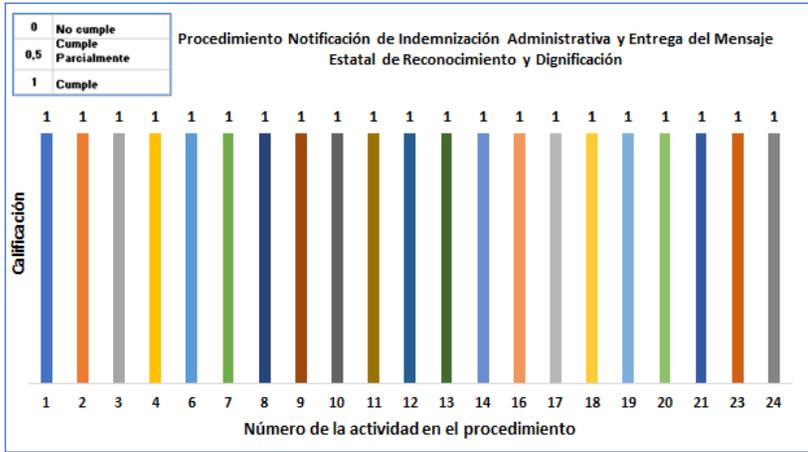
Igualmente se adjunta pantallazo del 11 de diciembre de 2024 de la herramienta SGV en la cual el canal telefónico tipifica el contacto efectivo de una víctima para jornada de indemnización.

Se reitera que desde reparación individual no se tiene establecido una herramienta de contacto, por lo cual se solicita a Relación con el ciudadano para que se realice esta actividad.

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa la respuesta dada por la Dirección Territorial Nariño y considera que los argumentos expuestos en su comunicación sobre los soportes aportados en las actividades del proceso de reparación Integral poseen pertenencia a lo requerido y por lo tanto la evaluación quedaría de la siguiente manera:

### **Proceso de Reparación Integral**

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>14</b> de <b>97</b>



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%".

Frente a las observaciones del **Proceso de Participación frente al procedimiento para el fortalecimiento en derechos y acompañamiento a comunidades étnicas V1** informo que mediante correo emitido por la profesional Sandra Acosta, del proceso en la dirección territorial Nariño con fecha 28/05/2025 se especifica las siguientes observaciones que se hizo la revisión pertinente en las carpetas SharePoint de la DT Nariño sin embargo, no se encontró documentos diferentes a los relacionados, así mismo, se sostuvo comunicación telefónica con la profesional que estuvo a cargo hasta noviembre 2024 y confirmó que el alcance de las acciones con comunidades étnicas estaba registradas en las actas en mención.

En ese sentido, desde el área de participación y la DAE, se vienen adelantando acciones que prevengan el riesgo durante esta vigencia y las próximas, esto, con la implementación del procedimiento para el fortalecimiento en derechos y acompañamiento a comunidades étnicas, establecido por la entidad, para lo cual se tendrá en cuenta los soportes respectivos. (se anexa correo electrónico).

Igualmente, frente a las observaciones realizadas al procedimiento **para la formulación de planes específicos de prevención, protección, asistencia y atención para comunidades negras y afrocolombianas**.

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evaluó la respuesta presentada por la Dirección Territorial Nariño y considera que los argumentos expuestos en su comunicación no desvirtúan las causas que sustentan la debilidad identificada. Esto, debido a que no se allegaron por parte de la

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

entidad auditada los documentos soporte que evidencien el cumplimiento de las actividades 6 y 7 del procedimiento de Participación y Visibilización.

Por lo anterior, la debilidad se mantiene vigente con el propósito de facilitar el proceso de formulación e implementación de un plan de mejoramiento que permita subsanar las deficiencias identificadas y garantizar el cumplimiento del procedimiento correspondiente.

#### **Debilidad No. 5**

*De acuerdo con lo expuesto, se evidencia una debilidad en el sistema de control interno relacionada con la evaluación del proceso Prevención Urgente y Atención a la Inmediatez del “Procedimiento para la Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas” en los cuales no se evidencia la gestión realizada por la Dirección Territorial Nariño en las actividades que deben ser desarrolladas desde la DT.*

*Esta situación no está conforme con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993 en el artículo 2° literales c y d, artículo 3, literal c, artículo 4, literal i, Decreto 1083 de 2017, artículo 2.2.21.5.2 “manuales de procedimientos”, Guía para la Gestión por Procesos en el Marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), numeral 4.1. “Documentación de procedimientos referente a la lista de evidencias que se generan en la aplicación de una actividad dentro de cada procedimiento (...)”, Resolución No. 02728 “Por la cual se adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG y (...)”, respecto al cumplimiento a los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad y el Decreto 943 de 2014 “Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI)”, particularmente en el componente Direccionamiento Estratégico en lo relacionado con el control del Modelo de Operación por Procesos “Mediante el control ejercido a través de la puesta en marcha de este elemento, las entidades podrán contar con una estandarización de las actividades necesarias para dar cumplimiento a su misión y objetivos, lo cual permite, que su operación se realice de manera continua, garantizando la generación de productos o servicios (...)”.*

*El equipo auditor establece como potenciales causas la falta de seguimiento y control sobre los productos o entregables definidos como documentos de salida en el procedimiento, los cuales deben ser gestionados por los funcionarios, contratistas y colaboradores responsables de ejecutar las actividades asignadas a la Dirección Territorial. Asimismo, se identifica la necesidad de implementar un repositorio único que permita y garantice el cargue, conservación y trazabilidad de la información gestionada por la Dirección Territorial.*

*Desde DAE de la dirección territorial Nariño, la funcionaria Yuranny Oneida Insuasty Insuasty, informa que no fue posible ubicar información en el repositorio de SharePoint de la DT Nariño, teniendo en cuenta que los planes específicos se protocolizaron en los meses de agosto y noviembre de 2024, fechas para las que no me encontraba vinculada a la UARIV lo que no me permite tener ese consolidado de evidencias.*

*Pese a lo anterior y para evitar estos inconvenientes para la vigencia 2025, en lo que corresponde a la formulación de los planes específicos, se consolidará la información en el repositorio de la DT Nariño. (se anexa correo electrónico).*

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno ha evaluado la respuesta presentada por la Dirección Territorial Nariño y concluye que los argumentos expuestos en dicha comunicación no

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>16</b> de <b>97</b>

desvirtúan las causas que originaron la debilidad identificada. Lo anterior, en razón a que no se allegaron los documentos soporte que acrediten el cumplimiento de las actividades Nos. 2, 6, 8, 11 y 12 establecidas en el procedimiento para la formulación de planes específicos de prevención, protección, asistencia y atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas, versión 1, correspondiente al proceso de Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez.

En consecuencia, la debilidad permanece vigente con el fin de facilitar la formulación e implementación de un plan de mejoramiento que permita superar las deficiencias detectadas y fortalecer el cumplimiento del mencionado procedimiento.

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

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

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

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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>17</b> de <b>97</b>

- g) *Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación;*
- h) *Velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características.*

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

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

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

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

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

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

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

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

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>18</b> de <b>97</b>

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

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

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

- *Tener claro los objetivos, planes, programas y proyectos para identificar los aspectos prioritarios a ser susceptibles de medición.*
- *Determinar puntos o factores críticos de éxito, es decir, aquellas acciones o actividades de cuyo desarrollo depende la consecución de los objetivos.*
- *Establecer qué se debe medir y qué información se quiere obtener de esa medición, para saber qué tipo de indicador se necesita. Establecer la frecuencia adecuada para la medición de los indicadores, para tomar decisiones en el momento justo.*
- *Definir los indicadores a utilizar y el método de construcción que más se adapte a la propia dinámica y cultura organizacional. De acuerdo con el manual "Planificación estratégica e indicadores de desempeño en el sector público" (CEPAL, 2011: 59) se pueden diferenciar varios tipos de indicadores de producto o resultados, de insumos de proceso, procesos o actividades, o de desempeño de dichas actuaciones en las dimensiones de eficiencia, eficacia, calidad y economía:*

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

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

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

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

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

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

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

Por su parte en la Dimensión 6º Gestión del Conocimiento e Innovación, 6.2 Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación en los Lineamientos generales para la implementación del Eje 3. Análítica Institucional, indica que:

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

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

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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>20</b> de <b>97</b>

*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 10:34 a.m. La dirección territorial auditada atendiendo los plazos dados por el equipo auditor carga la herramienta con sus respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor en la carpeta de SharePoint dispuesta para tal fin.

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

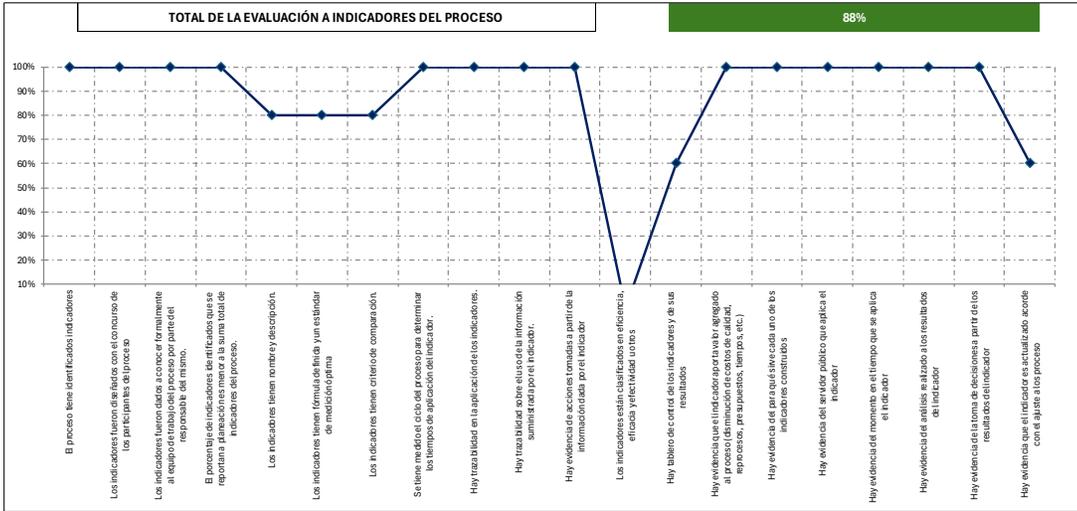
*b) Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional; c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento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

El papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – indicadores tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert<sup>1</sup>. La Dirección

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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página <b>21</b> de <b>97</b>

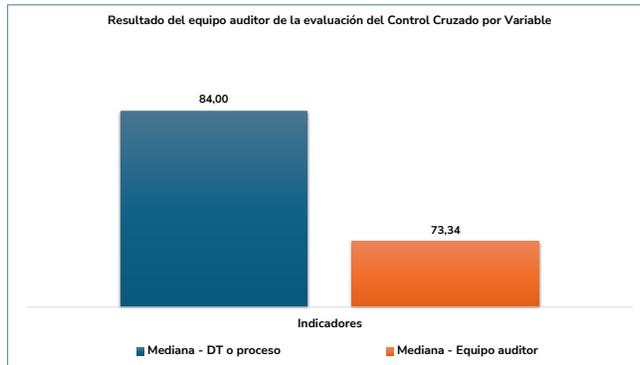
Territorial auditada responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz así:



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 88 puntos de 100 posibles.

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno (SCI) – indicadores corresponde a 63 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 25 puntos respecto de la calificación de la Dirección Territorial auditada y del máximo posible (100 puntos).



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

Así mismo, se confronta la información y evidencias registradas en la herramienta de evaluación al SCI frente a los resultados de las autoevaluaciones de la DT Nariño correspondientes al primer y segundo semestre de 2024, donde se realiza un análisis cruzado de los valores y porcentajes

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>22</b> de <b>97</b>

obtenidos en ambas herramientas, en la cual se establece la valoración a través de la aplicación de la mediana, ello implica una diferencia 26,66 puntos en la variable “Indicador”, toda vez que el resultado de la valoración de la DT auditada es de 88 y la del Equipo Auditor de 73,34. Lo que significa que “Hay evidencia de un sistema de medición en formación. No obstante, falta que este sistema sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones, *que son inherentes a la Dirección Territorial Nariño, actualizado y socializado adecuadamente.*”. (Información tomada resultado papel de trabajo de la OCI).

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

Teniendo en cuenta lo reportado por la Dirección Territorial Nariño, se identificaron indicadores de gestión distintos a los registrados en SIGGESTIÓN 2.0. Estos indicadores se encuentran descritos en las evidencias aportadas, las cuales reflejan de manera cuantitativa el comportamiento y desempeño de la Dirección Territorial auditada.

Por lo anterior, la Dirección Territorial Nariño, con base en el análisis de los indicadores asociados a la evaluación del Sistema de Control Interno, no evidencia debilidad. Sin embargo, en coherencia con los elementos del subsistema de Evaluación y Seguimiento del MECl, se recomienda el fortalecimiento de los instrumentos de monitoreo y control sobre los indicadores adicionales al plan de acción. Esto con el propósito de garantizar la disponibilidad de información confiable, relevante y oportuna que apoye los procesos de retroalimentación, facilite la toma de decisiones y promueva la mejora continua en el marco de la gestión institucional.

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

El Equipo Auditor examina los riesgos adicionales a aquellos identificados en el mapa de riesgos institucional y la gestión desplegada en la aplicación de la metodología institucional para el manejo y evaluación del sistema de control interno (SCI), con el fin de establecer su nivel de madurez, evidenciando la efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta la Dirección Territorial Nariño 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:

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>23</b> de <b>97</b>

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

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

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

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

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

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

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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>24</b> de <b>97</b>

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante indicar que, la entidad debe tener una política de riesgos, la cual, según lo estipulado por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAPF a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión 2023 V5, en la página 36, señala que:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- *Apoyo a la toma de decisiones*

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>26</b> de <b>97</b>

- *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 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 – Riesgos, mediante correo electrónico del viernes 28 de marzo de 2025 a las 10:34 a.m. La dirección territorial auditada atendiendo los plazos dados por el equipo auditor carga la herramienta con sus respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor en la carpeta de SharePoint dispuesta para tal fin.

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

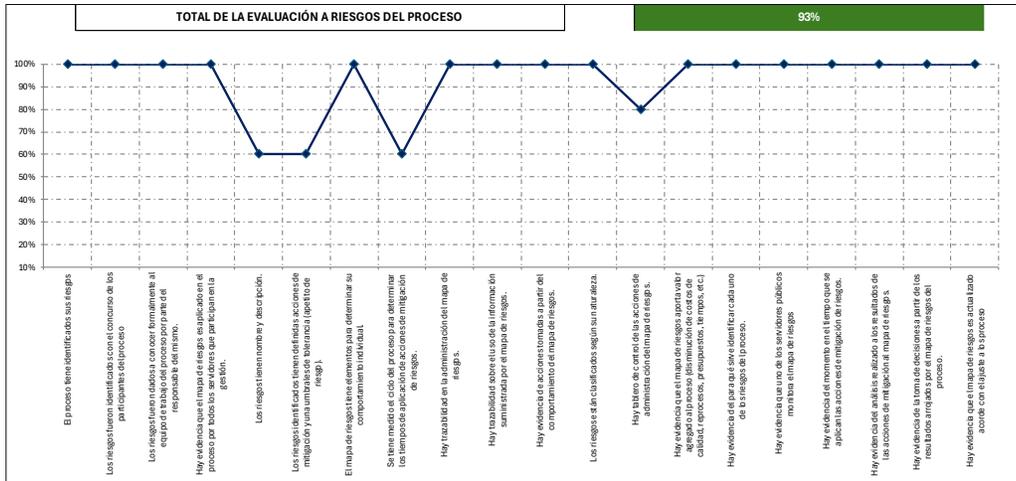
- b) Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional;*
- c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento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

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

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

 <p>Unidad para las <b>Víctimas</b></p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8	
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página <b>27</b> de <b>97</b>

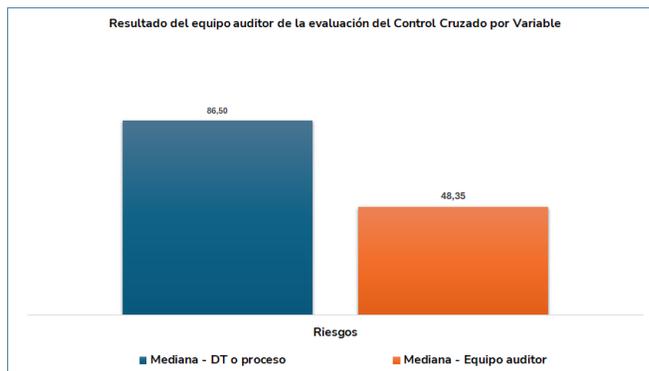
el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz así:



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 93 puntos de 100 posibles.

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – riesgos corresponde a 47 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 53 puntos respecto de la calificación de la Dirección Territorial auditada y del máximo posible (100 puntos).



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

Así mismo, se confronta la información y evidencias registradas en la herramienta de evaluación al SCI frente a los resultados de las autoevaluaciones de la DT Nariño 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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>28</b> de <b>97</b>

la mediana, ello implica una diferencia 44,65 puntos en la variable “Riesgos”, toda vez que el resultado de la valoración de la DT auditada es de 93 y la del Equipo Auditor de 48,35, esto debido que la Dirección Territorial no aporta las evidencias que sustenten la valoración dada en la identificación de riesgos a adicionales a los descritos en el mapa de riesgos institucional. 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, actualizada y socializada adecuadamente”. (Información tomada resultado papel de trabajo).

Por consiguiente, el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno califica como debilidad del sistema de control interno el componente gestión de riesgos de la auditada así:

## **Debilidad No. 2**

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

Mediante correo electrónico enviado el lunes 12 de mayo de 2025 a las 10:53 a.m. se le comunica a la Doctora, Valia Maria Osnas Certuche - [valia.osnas@unidadvictimas.gov.co](mailto:valia.osnas@unidadvictimas.gov.co), en su calidad de auditada las debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor al papel de trabajo “matriz evaluación al sistema de control interno – SCI”. De acuerdo con lo establecido en la actividad 9 del procedimiento: “Auditorías Internas al Sistema de Control Interno – Versión 8”. La Dirección Territorial Nariño mediante correo electrónico del miércoles 21 de mayo de 2025 a las 5:14 p. m., remite respuesta a la Oficina de Control Interno, en los siguientes términos:

*“Frente al análisis del primer comunicado de debilidades de la Auditoría a la Dirección Territorial Nariño, me permito manifestar lo siguiente por cada una de las debilidades encontradas:*

**1. Hallazgo del Sistema de Control Interno por la variable modelo de riesgos de la Dirección Territorial Nariño. (Diferentes al mapa de riesgos institucional).**

*La ausencia de un mapa de riesgos integral y robusto, que consolide no solo los riesgos identificados en el instrumento institucional, sino también aquellos eventos potenciales que puedan afectar el logro de los objetivos*

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>29</b> de <b>97</b>

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

*La Dirección Territorial Nariño, ha dado cumplimiento a los lineamientos de la OAP frente a la consolidación y construcción del mapa de riesgos institucional, en territorio desconocemos el lineamiento que nos permita construir un modelo de riesgos diferentes al mapa de riesgos institucional, no conocemos el procedimiento u otra herramienta gerencial que permita identificar riesgos permanentemente y de manera interactiva entre la administración y la OCI.*

*Igualmente se necesita fortalecimiento de la OCI en articulación con la OAP nivel nacional a la dirección territorial para poder aplicar estos lineamientos normativos que puedan ampliar la información en las autoevaluaciones que se aplican en la dirección territorial, por lo tanto, solicitaremos a la OAP y a la OCI asesorar a las direcciones territoriales para aplicar una herramienta gerencial que permita cumplir con este requerimiento."*

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa la respuesta dada por la Dirección Territorial y considera que los argumentos no desvirtúan las causas que sustentan la debilidad. Dado que la ausencia de un modelo gerencial de riesgos inherentes a la DT limita la cobertura del mapa de riesgos institucional, de acuerdo con lo establecido en la Ley 87 de 1993, el Decreto 1083 de 2015 y el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) según el Decreto 1499 de 2017, los directivos son responsables de identificar, evaluar y hacer seguimiento a los riesgos inherentes a su área de gestión. Esta responsabilidad implica mantener un modelo de análisis que considere los cambios en el entorno, la naturaleza específica de los procesos y los factores que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

El incumplimiento de este deber normativo debilita la capacidad de anticipación y respuesta de la entidad, impidiendo la construcción de un mapa de riesgos robusto, integral y actualizado. La Política de Administración del Riesgo exhorta a los directivos a liderar procesos que garanticen un control efectivo, basado en la identificación proactiva de amenazas específicas. Por tanto, se hace necesario implementar un modelo de seguimiento gerencial de riesgos por cada dependencia, que permita fortalecer la toma de decisiones, optimizar recursos y proteger los procesos institucionales frente a posibles impactos adversos.

Por otra parte, la Dirección Territorial de Nariño es una de las dependencias de la entidad y en estricto cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, el responsable del sistema de control interno es su máximo directivo a la voz del artículo 6 de la norma citada, que para todos los efectos es el director territorial. En este escenario y continuando con la norma en comento, el director territorial responde ante su superior jerárquico por el sistema de control interno, según lo ordenado

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>30</b> de <b>97</b>

en el artículo 3° literal c) de la ley que se ha citado. Frente al tema de los riesgos corresponde a ese directivo como a los servidores de la dirección territorial cumplir a cabalidad lo dispuesto en el artículo 2° literal a) y d) de la ley que se viene trabajando, en el sentido de *Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten y Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional.*

En este contexto no es de recibo por parte de la Oficina de Control Interno que la falta de identificación de riesgos mas robusta corresponda a lineamientos que deben dar la Oficina de Control Interno y la Asesora de Planeación. La entidad ya ha determinado una política de riesgo y una metodología, por ello la ausencia de riesgos en la Dirección Territorial de Nariño como sustracción de elementos, perdida de información, riesgos fiscales por ejercicios antieconómicos, riesgos operacionales de la administración de la DT, riesgo en la gestión de los puntos de atención, riesgo en el manejo de la gestión del talento humano, entre otros muchos riesgos previsibles, se constituyen en una muestra que el ejercicio de identificación de riesgos en la Dirección Territorial es débil y deja muchas situaciones previsibles que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales.

Por lo anterior, el Equipo Auditor mantiene la debilidad del sistema de control interno e insta a la Dirección Territorial Nariño que realice un plan de mejoramiento donde a partir de la debilidad hagan un ejercicio para determinar las causas y establecer acciones de mejora que lleven a superar las causas generadoras del hallazgo.

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

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

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

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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>31</b> de <b>97</b>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>32</b> de <b>97</b>

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

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

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

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

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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>33</b> de <b>97</b>

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

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

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

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

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

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

*“(...) una estructura de control de la gestión que especifique los elementos necesarios para construir y fortalecer el Sistema de Control Interno, a través de un modelo que determine los parámetros necesarios (autogestión) para que las entidades establezcan acciones, políticas, métodos, procedimientos, mecanismos de prevención, verificación y evaluación en procura de su mejoramiento*

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>34</b> de <b>97</b>

*continuo (autorregulación), en la cual cada uno de los servidores de la entidad se constituyen en parte integral (autocontrol).”<sup>3</sup>*

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 – Control, mediante correo electrónico del viernes 28 de marzo de 2025 a las 10:34 a.m. La dirección territorial auditada atendiendo los plazos dados por el equipo auditor carga la herramienta con sus respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor en la carpeta de SharePoint dispuesta para tal fin.

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

- a) *Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional; c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad; d) Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional; e) Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros; g) Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación; y h) Velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características, y en artículo 3° literales a) El Sistema de Control Interno forma parte integrante de los sistemas 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 Nariño el papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – control el cual tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert<sup>4</sup>. 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:

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

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



Unidad para las Víctimas

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

Código: 150,19,15-8

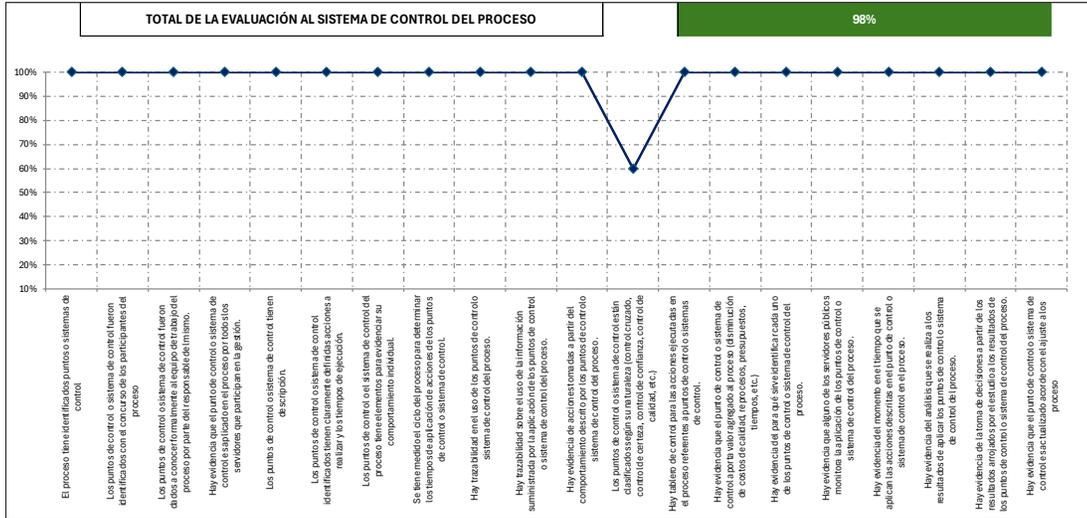
PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

Versión: 08

PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO

Fecha: 25/10/2022

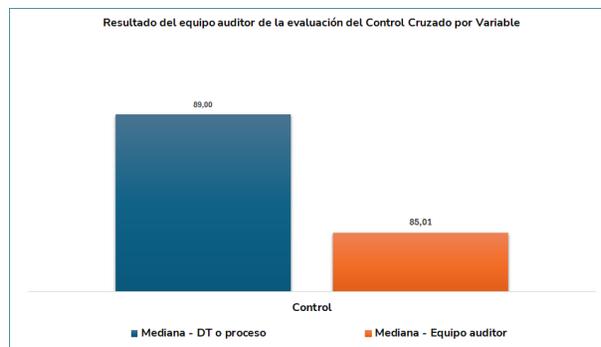
Página 35 de 97



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 98 puntos de 100 posibles.

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – control corresponde a 70 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 30 puntos respecto de la calificación de la auditada y del máximo posible (100 puntos).



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

Así mismo, se confronta la información y evidencias registradas en la herramienta de evaluación al SCI frente a los resultados de las autoevaluaciones de la DT Nariño correspondientes al primer y segundo semestre de 2024, donde se realiza un análisis cruzado de los valores y porcentajes obtenidos en ambas herramientas, en la cual se establece la valoración a través de la aplicación de la mediana, ello implica una diferencia 13 puntos en la variable "Control", toda vez que el resultado de la valoración de la DT auditada es de 98 y la del Equipo Auditor de 85,01. El Equipo Auditor

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>36</b> de <b>97</b>

analiza las evidencias del Sistema de Control Interno (SCI), las cuales evidencian la existencia de controles complementarios a los establecidos formalmente en los puntos de control definidos por los instrumentos de gestión de la entidad. Esto indica que, *existe un modelo de control funcional, sustentado en mecanismos válidos de seguimiento y verificación. No obstante, se identifica que dicho modelo aún no es plenamente reconocido como una fuente de información estratégica que respalde la toma de decisiones. Adicionalmente, en la autoevaluación institucional no se evidencian registros que reconozcan estos controles complementarios como insumos para una toma de decisiones informada en la Dirección Territorial auditada". (Información tomada resultado papel de trabajo).*

Por lo anterior, la Dirección Territorial Nariño, en el análisis de los controles correspondientes a la evaluación del Sistema de Control Interno, no presenta debilidad. No obstante, es importante señalar que los controles adicionales a los establecidos formalmente en los procesos y procedimientos deben ser complementados con información integral y pertinente, que contribuya al fortalecimiento del modelo de control y al aseguramiento de su efectividad en la gestión institucional.

#### **5.2.4. Análisis del Modelo de Mejora o Valor Agregado**

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

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

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

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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>37</b> de <b>97</b>

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

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

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

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

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

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

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

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

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>38</b> de <b>97</b>

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

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

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

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

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

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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de los indicadores de gestión, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>39</b> de <b>97</b>

sistema de control interno – mejora o valor agregado, mediante correo electrónico del viernes 28 de marzo de 2025 a las 10:34 a.m. La dirección territorial auditada atendiendo los plazos dados por el equipo auditor carga la herramienta con sus respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor en la carpeta de SharePoint dispuesta para tal fin.

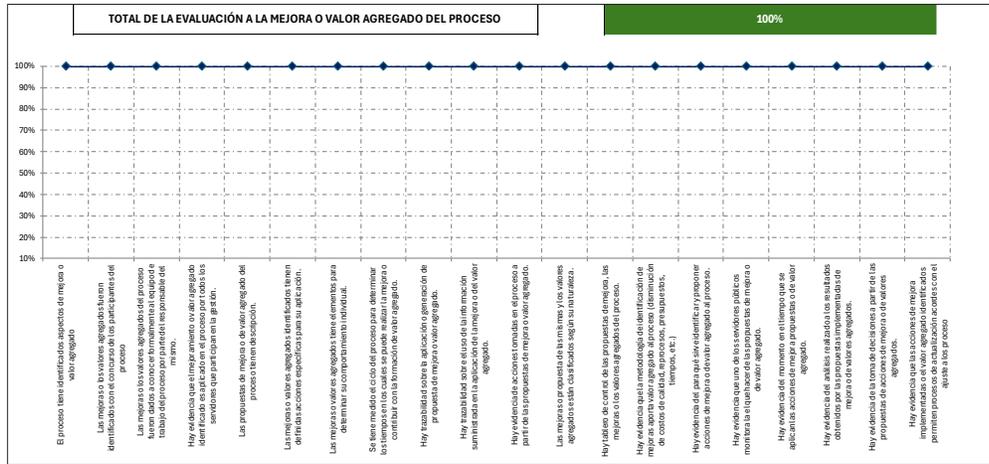
El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de mejora o valor agregado en concordancia con las características del sistema de control interno definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos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

Los resultados obtenidos a través de la aplicación del papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – mejora o valor agregado el cual tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert<sup>5</sup>. 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:

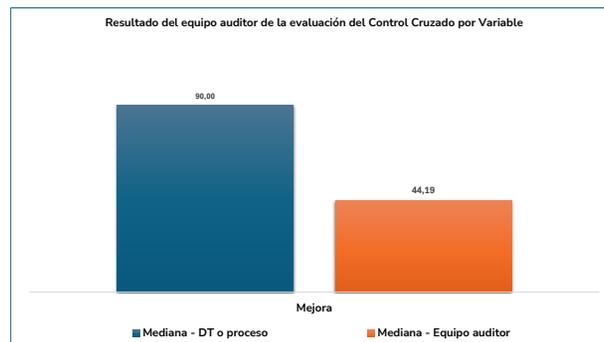
<sup>5</sup> La escala de Likert es una de las escalas más utilizadas en investigación en ciencias sociales. Ofrecen un sistema de clasificación simple que es común a las encuestas de todo tipo. La escala se llama así por el psicólogo que lo creó, Rensis Likert. Un uso común de la escala de Likert es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



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 100 puntos de 100 posibles.

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – mejora corresponde a 30 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 70 puntos respecto de la calificación de la Dirección Territorial auditada y del máximo posible (100 puntos).



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

Así mismo, se confronta la información y evidencias registradas en la herramienta de evaluación al SCI frente a los resultados de las autoevaluaciones de la DT Nariño correspondientes al primer y segundo semestre de 2024, donde se realiza un análisis cruzado de los valores y porcentajes obtenidos en ambas herramientas, en la cual se establece la valoración a través de la aplicación de la mediana, ello implica una diferencia 55,81 puntos en la variable “Mejora o Valor Agregado”, toda vez que el resultado de la valoración de la Dirección Territorial auditada es de 100 y la del Equipo Auditor de 44,19.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>41</b> de <b>97</b>

el Equipo Auditor analiza las evidencias del SCI y autoevaluación primer y segundo semestre que hacen parte del alcance de la auditoria, las cuales no dan certeza del resultado de la valoración de las evidencias aportadas por la Dirección Territorial. Lo que significa que *“No se evidencia al interior del proceso propuestas de mejora ni de valores agregados que determinen mayor efectividad en la gestión del proceso, lo que puede tener como riesgos el rezago de las actividades asociadas a la Dirección Territorial”*. (Información tomada resultado papel de trabajo).

Por consiguiente, el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno califica como debilidad del sistema de control interno el componente modelo de mejora o valor agregado de la auditada así:

### **Debilidad No. 3**

Debilidad del sistema de control interno por la ausencia de instrumentos de mejora o valor agregado en la gestión de la dirección territorial, situación que no está conforme con el artículo 2° literales d) y f) de la Ley 87 de 1993 y artículo 2.2.21.3.2 del Decreto 1083 de 2015, modificado Decreto 648 de 2017, art 9. Siendo las potenciales causas el desconocimiento normativo y de los lineamientos relacionados con el mejoramiento continuo de la gestión institucional. Lo anterior conlleva a un posible incremento de los efectos negativos en la materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales ya que no existe un instrumento de control que permita gestionar acciones de mejora en la operación del territorio.

Mediante correo electrónico enviado el lunes 12 de mayo de 2025 a las 10:53 a.m. se le comunica a la Doctora, Valia Maria Osnas Certuche - [valia.osnas@unidadvictimas.gov.co](mailto:valia.osnas@unidadvictimas.gov.co), en su calidad de auditada las debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor al papel de trabajo *“matriz evaluación al sistema de control interno – SCI”*. De acuerdo con lo establecido en la actividad 9 del procedimiento: *“Auditorías Internas al Sistema de Control Interno – Versión 8”*. La Dirección Territorial Nariño mediante correo electrónico del miércoles 21 de mayo de 2025 a las 5:14 p. m., remite respuesta a la Oficina de Control Interno, en los siguientes términos:

*“Frente al análisis del primer comunicado de debilidades de la Auditoria a la Dirección Territorial Nariño, me permito manifestar lo siguiente por cada una de las debilidades encontradas:*

#### **2. Hallazgo del Sistema de Control Interno por la variable Mejora o valor agregado de la Dirección Territorial Nariño.**

*Debilidad del sistema de control interno por la ausencia de instrumentos de mejora o valor agregado en la gestión de la dirección territorial, situación que no está conforme con el artículo 2° literales d) y f) de la Ley 87 de 1993 y artículo 2.2.21.3.2 del Decreto 1083 de 2015, modificado Decreto 648 de 2017, art 9. Siendo las potenciales causas el desconocimiento normativo y de los lineamientos relacionados con el mejoramiento continuo de la gestión institucional. Lo anterior conlleva a un posible incremento de los efectos negativos en la materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales ya que no existe un instrumento de control que permita gestionar acciones de mejora en la operación del territorio.*

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>42</b> de <b>97</b>

*En la Dirección Territorial Nariño, aplicamos los lineamientos emitidos por la OAP de nivel nacional, donde realizamos planes de mejoramiento a través de la plataforma SIGGESTION 2.0 a las no conformidades encontradas en las auditorías. Sin embargo, en el año 2024 no se realizaron auditorías a la Dirección Territorial Nariño, pero se gestionaron las no conformidades vigentes que venían del año 2023.*

*Igualmente se aportó evidencias referentes a los comités territoriales mensuales de seguimiento a la gestión, donde se analizan toda la gestión de la DT Nariño y se implementan mejoras en los procesos para cumplir con las metas establecidas y contribuir al logro de los objetivos institucionales, en estos espacios donde siempre estaba presente la directora territorial y en lo posible todo el equipo de trabajo era un espacio de toma de decisiones.*

*Si bien es cierto la dirección territorial Nariño no tiene tableros de control establecidos, estos comités mensuales permitían alertar los tiempos de aplicación, proyección y articulación de actividades.*

*Una de las causas de esta debilidad podría ser la desarticulación con el nivel nacional para ejercer controles adaptados a la dirección territorial que nos permitan hacer seguimiento a las mejoras y valor agregado, para lo cual solicitamos expedir dichos lineamientos a las direcciones territoriales, y de esta manera hacer la revisión y apropiación de procedimiento con sus respectivos controles."*

En atención a la respuesta emitida por la Dirección Territorial Nariño frente a la debilidad identificada por la Oficina de Control Interno en el componente de Mejora o valor agregado del Sistema de Control Interno, relacionada con la ausencia de instrumentos formales que sustenten procesos de mejora en la gestión de la Dirección Territorial, el equipo auditor considera que los argumentos presentados no desvirtúan las causas que dieron origen a la debilidad señalada.

De igual forma, se valora el compromiso expresado por la Dirección Territorial Nariño al manifestar la aplicación de los lineamientos emitidos por la Oficina Asesora de Planeación (OAP), mediante el uso de herramientas como la plataforma SIGGESTIÓN 2.0 y la realización de comités mensuales de seguimiento a la gestión. No obstante, es importante precisar que la debilidad identificada no se refiere únicamente a la existencia de espacios o actividades de seguimiento, sino a la formalización, documentación y articulación de instrumentos específicos de mejora, en concordancia con lo establecido en el marco normativo vigente (Ley 87 de 1993 y Decreto 1083 de 2015, modificado por el Decreto 648 de 2017). A si la gestión de no conformidades y la toma de decisiones en comités de seguimiento constituyen prácticas relevantes; sin embargo, se requiere avanzar hacia la implementación de instrumentos estructurados, tales como tableros de control, planes de mejora articulados con indicadores de desempeño, matrices de seguimiento y sistemas de retroalimentación formal que permitan evidenciar de forma objetiva el valor agregado generado en la gestión de la dirección territorial, es pertinente tener en cuenta que cada Dirección Territorial, en el marco de su autonomía operativa y responsabilidad frente al control interno, debe propender por el desarrollo e implementación de mecanismos que se ajusten a sus dinámicas específicas, apoyándose en los principios de mejora y gestión por resultados.

El concepto de valor agregado o de mejora continua se relaciona con aquellos eventos, situaciones o circunstancias de la cotidianidad que hacen menos complejo la gestión institucional, reconociendo

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>43</b> de <b>97</b>

que esas acciones pueden ser eliminadas por ser redundantes, pueden ser mejoradas con la implementación de sistemas o de modelos tecnológicos como formularios o guías, entre otras muchas. Ese reconocimiento elevado a quien corresponde el deber legal de hacer las modificaciones es lo que implica un valor agregado, la Oficina de Control Interno entiende que muchas de las acciones de mejora corresponden ser aprobadas por instancias institucionales diferentes pero lo que se solicita en un sistema de control interno, es que al menos se postulen acciones que propendan por un ejercicio de lo público más efectivo y económico, que redunde en el usuario y en la gestión institucional. Esto es lo que no se evidencia en la Dirección Territorial de Nariño.

Por lo anterior, el Equipo Auditor mantiene la debilidad del sistema de control interno e insta a la Dirección Territorial Nariño que realice un plan de mejoramiento donde a partir de la debilidad hagan un ejercicio para determinar las causas y establecer acciones de mejora que lleven a superar las causas generadoras del hallazgo.

### **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 Nariño 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:

 <p>Unidad para las <b>Víctimas</b></p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>44</b> de <b>97</b>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>45</b> de <b>97</b>

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

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

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

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

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

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

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

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

Por su parte en la Dimensión 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*

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>46</b> de <b>97</b>

*de su mejoramiento continuo (autorregulación), en la cual cada uno de los servidores de la entidad se constituyen en parte integral (autocontrol).”*

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

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

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

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

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

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

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

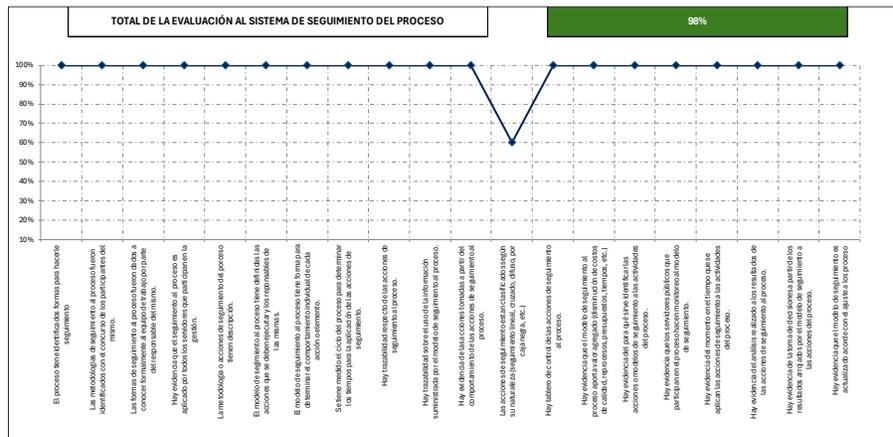
Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de los indicadores de gestión, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – seguimiento, mediante correo electrónico del viernes 28 de marzo de 2025 a las 10:34 a.m. La dirección territorial auditada atendiendo los plazos dados por el equipo auditor carga la herramienta con sus respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor en la carpeta de SharePoint dispuesta para tal fin.

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	<b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b>	Versión: 08
	<b>PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO</b>	Fecha: 25/10/2022
		Página <b>47</b> de <b>97</b>

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

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

Por lo anterior, el Equipo Auditor aplica a la Dirección Territorial Nariño el papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – seguimiento el cual tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert<sup>6</sup>. 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:



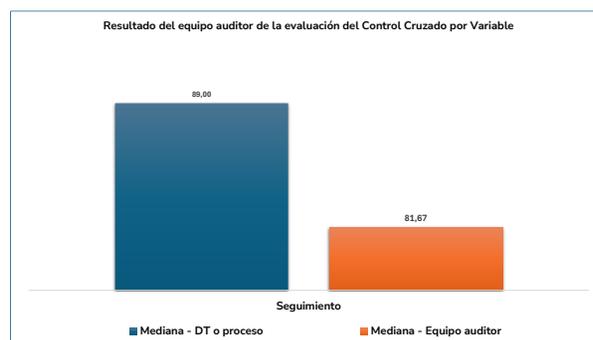
Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión. Fuente propia OCI

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

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>48</b> de <b>97</b>

Como se observa, la calificación que se da la Dirección Territorial auditada corresponde a 98 puntos de 100 posibles.

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – seguimiento corresponde a 80 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 18 puntos respecto de la calificación de la Dirección Territorial auditada y de 20 respecto del máximo posible (100 puntos).



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

Así mismo, se confronta la información y evidencias registradas en la herramienta de evaluación al SCI frente a los resultados de las autoevaluaciones de la DT Nariño correspondientes al primer y segundo semestre de 2024, donde se realiza un análisis cruzado de los valores y porcentajes obtenidos en ambas herramientas, en la cual se establece la valoración a través de la aplicación de la mediana, ello implica una diferencia 20 puntos en la variable “Seguimiento”, toda vez que el resultado de la valoración de la DT auditada es de 98 y la del Equipo Auditor de 81.07. Lo anterior significa que *“Hay evidencia que existe un sistema de seguimiento a la gestión del proceso medianamente conformado. No obstante, falta que este modelo sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones.”* (Información tomada resultado papel de trabajo).

El Equipo Auditor al verificar y evaluar las evidencias de este componente identifica que la Dirección Territorial realiza seguimiento a los planes, programas y proyectos que están dentro su campo operacional logrando un nivel moderado de certeza que rompe el escepticismo profesional, lo que aporta al o cumplimiento de los objetivos institucionales y acciones impartidas desde el nivel nacional.

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

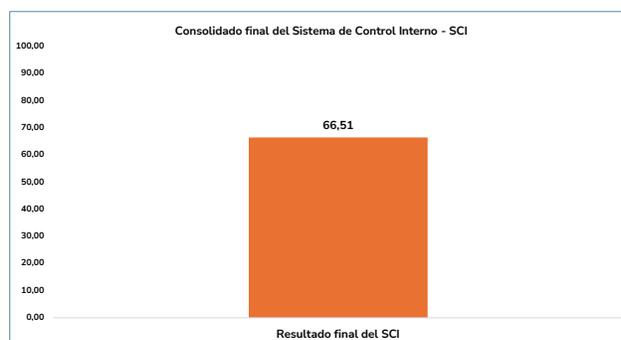
 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>49</b> de <b>97</b>

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

### 2.5.6 Consolidado del Sistema de Control Interno Dirección Territorial Nariño.

En el marco de la auditoría realizada a la Dirección Territorial Nariño, la Oficina de Control Interno, en cumplimiento de su función de seguimiento y conforme a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, así como en la aplicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas (NAGA), se llevó a cabo una verificación sistemática de la eficacia de los controles establecidos por el auditado. Esta evaluación se centra en medir el grado de cumplimiento de las cinco variables críticas: Indicadores, Riesgos, Control, Mejora o Valor Agregado y Seguimiento una vez se concluye el análisis de las evidencias suministradas por los responsables del proceso.

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



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

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

La Dirección Territorial Nariño, conforme al artículo 29 del Decreto 4802 de 2011, tiene como función ejecutar las políticas, planes y programas, así como coordinar la implementación de las estrategias de la entidad a nivel territorial. Esto con el fin de gestionar, fortalecer y hacer

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>50</b> de <b>97</b>

seguimiento a las acciones desarrolladas en su jurisdicción, orientadas a la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

En este contexto, los riesgos, entendidos como la posibilidad de que ocurra un evento que impacte el cumplimiento de los objetivos, constituyen una herramienta de gestión fundamental para la entidad. En particular, permiten a los gerentes públicos o servidores responsables de la gerencia territorial ejercer un control efectivo sobre su gestión. Por esta razón, el Equipo Auditor examina el uso de esta herramienta de manera integral, considerando tanto su implementación como su función dentro del sistema de control.

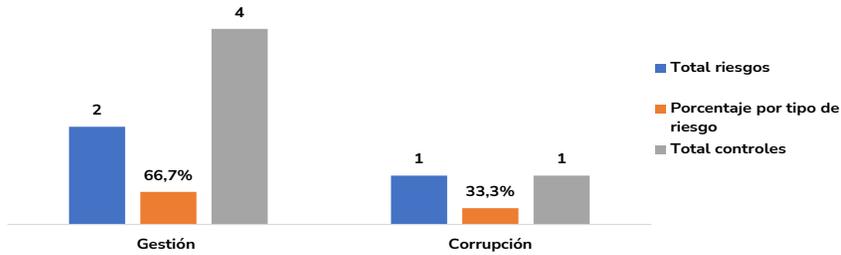
Para hacer posible el análisis del mapa de riesgos asociado a la gestión de la Dirección Territorial Nariño, se aplica el papel de trabajo “*evaluación de riesgos, diseño de controles y efectividad de las evidencias*”, Este instrumento se basa en los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, contenidos en la “*Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas*”, y se elabora siguiendo los parámetros cuantitativos definidos en dicha guía, por lo cual se constituye en un mecanismo de medición de la gestión realizada por la Dirección Territorial en el manejo y administración de sus riesgos. El proceso parte de la concepción formal del control y abarca hasta la gestión ejecutada sobre cada control vinculado a los riesgos identificados.

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 Nariño. Como resultado de esta actividad, se identifican tres (3) riesgos, de los cuales dos (2), equivalentes al 66.7%, corresponden a riesgos de gestión, y uno (1), equivalente al 33.3%, 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.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>51</b> de <b>97</b>

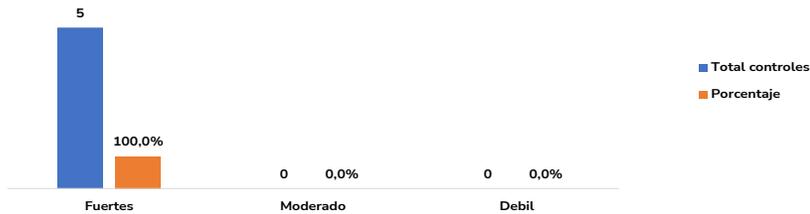
Total de Riesgos clasificados por tipología- DT. Nariño



Fuente: Herramienta análisis de riesgos de la OCI

Concerniente a la evaluación del diseño de los controles adoptados para los dos (2) 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”).

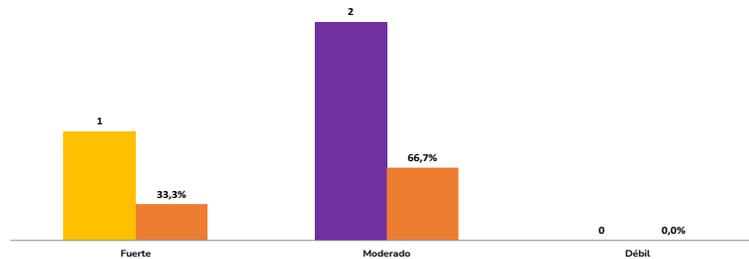
Resultado de la evaluación del diseño de los controles



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:

Resultado de la solidez de los riesgos de la DT. Nariño



Fuente: Herramienta análisis de riesgos de la OCI

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>52</b> de <b>97</b>

Al analizar las variables de la gráfica, se concluye que, el 33.3% equivalente a un (1) riesgo se encuentran clasificados en el rango "fuerte", dos (2) con el 66.7 % es "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 al análisis de 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", el 20.0% "la evidencia y/o control es parcial y el 20.0% "no existe la evidencia que de certeza del control", (Información tomada resultado papel de trabajo).

Una vez evaluado la gestión de riesgos del mapa institucional de la Dirección Territorial criterio de la auditoria, Se verifica que contempla 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 de corrupción. No se consideran los riesgos del Sistema Integrado de Gestión (SIG).

A partir de este análisis, el Equipo Auditor encuentra que no hay una identificación amplia de los riesgos que pueden afectar la totalidad de la operación misional que se realiza en el territorio, conforme a las funciones designadas. Estas funciones comprenden desde la planeación, ejecución, seguimiento y cumplimiento de las políticas, planes y programas desarrollados en la correspondiente jurisdicción, en alineación con las directrices establecidos a nivel nacional. Actualmente, solo se han identificado dos (2) riesgos de gestión: uno relacionado con la atención a la población desplazada que desea retornar o reubicarse, y otro vinculado al fortalecimiento de los

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>53</b> de <b>97</b>

sistemas de gestión. No se evidencia riesgos asociados a los demás procesos y actividades misionales, lo que indica que la Dirección Territorial no los ha identificado ni gestionado adecuadamente. Esta situación incrementa el nivel de exposición a la materialización de riesgos institucionales.

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 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*

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>54</b> de <b>97</b>

*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).*

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

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

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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>55</b> de <b>97</b>

riesgos.

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

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

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

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

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

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

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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>56</b> de <b>97</b>

*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 señala que la Dirección Territorial Nariño requiere un mapa de riesgos que consolide de manera integral los efectos que podrían impactar las actividades desarrolladas en el territorio, como resultado de eventos potenciales previsibles que no han sido identificados por los responsables de la gestión.

#### **Debilidad No. 4**

De acuerdo con lo anterior, se evidencia una debilidad en el sistema de control interno debido a la ausencia de un mapa de riesgos que acopie de manera integral las acciones de la Dirección Territorial que involucre toda la interacción de los procesos misionales y permita un seguimiento total de la operación. Esta situación no está conforme a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2º literales a) y f); el Decreto 1083 de 2015, artículo 2.2.21.5.4; el Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017, artículo 2.2.21.3.1; así como a 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 identifica como causas principales la falta de un análisis del contexto global durante la identificación de los riesgos, así como la aplicabilidad de la totalidad de estos. Esta situación puede conllevar a la materialización de eventos adversos, afectando el logro de los objetivos institucionales.

Mediante correo electrónico enviado el lunes 12 de mayo de 2025 a las 10:53 a.m. se le comunica a la doctora, Valia Maria Osnas Certuche - [valia.osnas@unidadvictimas.gov.co](mailto:valia.osnas@unidadvictimas.gov.co), en su calidad de auditada las debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor al papel de trabajo “matriz evaluación al sistema de control interno – SCI”. De acuerdo con lo establecido en la actividad 9 del procedimiento: “Auditorías Internas al Sistema de Control Interno – Versión 8”. La

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>57</b> de <b>97</b>

Dirección Territorial Nariño mediante correo electrónico del miércoles 21 de mayo de 2025 a las 5:14 p. m., remite respuesta a la Oficina de Control Interno, en los siguientes términos:

*De acuerdo con lo anterior, se evidencia una debilidad en el sistema de control interno debido a la ausencia de un mapa de riesgos que acopie de manera integral las acciones de la Dirección Territorial que involucre toda la interacción de los procesos misionales y permita un seguimiento total de la operación. Esta situación no está conforme a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2° literales a) y f); el Decreto 1083 de 2015, artículo 2.2.21.5.4; el Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017, artículo 2.2.21.3.1; así como a 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 identifica como causas principales la falta de un análisis del contexto global durante la identificación de los riesgos, así como la aplicabilidad de la totalidad de estos. Esta situación puede conllevar a la materialización de eventos adversos, afectando el logro de los objetivos institucionales.*

*La Dirección Territorial Nariño, si aplico el análisis del contexto de acuerdo con los lineamientos de la OAP de acuerdo con la metodología administración de riesgos adoptada por la entidad. (Se anexa correo con herramienta consolidada)*

*En la DT Nariño para la consolidación del mapa de riesgos institucional se convoca a todos los procesos presentes en la dirección territorial para hacer análisis de los riesgos que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales, igualmente se aportaron las evidencias sobre este proceso en la DT Nariño.*

Como quiera que el principio de escepticismo profesional es rector de la actividad auditora, solo las evidencias pueden tener la posibilidad de cambiarlo, si ellas cumplen los requerimientos de evaluación que son necesarios a la luz de las normas de auditoria generalmente aceptadas. Al analizar y evaluar las evidencias allegadas (*correo con herramienta consolidada*), se observa el desarrollo de la herramienta DOFA en coordinación con los enlaces del nivel nacional y territorial en conjunto con la OAP.

Sin embargo, el Equipo Auditor concluye que el soporte presentado no es suficiente para modificar su juicio profesional, manteniendo así el escepticismo y la evaluación previamente comunicada, esto debido que la Dirección Territorial ha identificado solamente dos riesgos de gestión, el primero relacionado con la *"Posibilidad de pérdida económica y reputacional por afectar a la población desplazada que quiere retornarse o reubicarse o que ya lo hizo voluntariamente al no formular y aprobar los planes de retornos y/o reubicación definidos, para retorno y reubicación y el segundo vinculado con él "(...) fortalecimiento e implementación de los sistemas de gestión"*. De acuerdo con este análisis, no se evidencia una identificación integral (es decir, una visión holística) de los riesgos que cubra la totalidad de la operación misional de la Dirección Territorial. Esta situación representa una limitación para ejercer un control y seguimiento

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>58</b> de <b>97</b>

efectivos de la gestión, así como para minimizar la materialización de riesgos en el desarrollo de las actividades operativas.

Al respecto nos remitimos a lo señalado en el aparte del mapa de riesgos dentro de este mismo informe.

Por lo tanto, el Equipo Auditor concluye que no existe evidencia suficiente que permita disipar la incertidumbre sobre la gestión del mapa de riesgos de la Dirección Territorial. En consecuencia, la debilidad identificada se mantiene sin variación y será incluida en el informe final de auditoría.

#### **5.4 ANÁLISIS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2023 DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL NARIÑO**

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:*

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>59</b> de <b>97</b>

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

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

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

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

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

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

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

De igual manera, en la dimensión 4° evaluación de resultados del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, en los ítems 4.2.1. Seguimiento y evaluación del desempeño institucional se extrae los lineamientos generales para la implementación, indicando que, se debe: *“Definir un área o servidor responsable del diseño, implementación y comunicación de los*

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>60</b> de <b>97</b>

*mecanismos de seguimiento y evaluación, revisar y actualizar los indicadores y demás mecanismos de seguimiento y evaluación establecidos en la entidad y por otras autoridades, Evaluar el logro de los resultado, Documentar los resultados de los ejercicios de seguimiento y evaluación”, y el 4.2.2. Evaluación de indicadores y metas de gobierno de entidades nacionales.*

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

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

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

Por consiguiente, el equipo auditor selecciona la Dirección Territorial Nariño. 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 2023.

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 Nariño, 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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>61</b> de <b>97</b>

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 Nariño 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 Nariño**

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 Nariño tiene en total 49 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 47. En lo que compete al primer trimestre de 2024 no aplica reporte de avance en 32 de sus actividades. Por consiguiente, la muestra de trabajo es de 14 actividades que corresponden al 30% de la población, donde se evidencia que diez (10) actividades programadas presentan estado óptimo del 100%, una (1) estado crítico del 0%, una (1) en estado medio del 99% y dos (2) estado superlativo del 111% y 133%.

En cuanto al segundo trimestre de 2024 la muestra de trabajo es de veintidós (22) actividades, lo que equivale 47% 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 12 actividades de las 22 posibles, lo que equivale al 54.54% 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 <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>62</b> de <b>97</b>

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 2 de las 22 posibles, lo que equivale al 9.09% 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 5 de las 22 posibles, lo que equivale al 22.73% de la muestra.

Respecto al tercer trimestre 2024, la muestra de trabajo es de treinta y tres (33) actividades, equivalente el 70% 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 14 actividades de las 33 posibles, lo que equivale al 42.43% 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 33 posibles, lo que equivale al 21.21% 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 33 posibles, lo que equivale al 18.18% 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 6 de las 33 posibles, lo que equivale al 18.18% de la muestra.

En lo referente al cuarto trimestre de 2024, el comportamiento de ejecución de las 47 actividades de la Dirección Territorial Nariño programadas para la vigencia 2024 presenta el nivel de cumplimiento que se relaciona a continuación:

Veintiséis (26) presentan estado óptimo del 100%, equivalente al 55.32%.

Nueve (9) muestran estado medio del (60%, 67%, 71%, 84%, 91%, 93%, 94% y 2 con el 80%), equivalente al 19.15%.

Seis (6) registran estado crítico (6%, 2 con el 50% y 3 con el 0%), equivalente al 12.76%

Cinco (5) presentan estado superlativo (103%, 105%, 112%, 114% y 117%), equivalente al 10.64% del total de indicadores.

Una (1) no envían reporte único programado para diciembre de 2024 (código 74), equivalente al 2.13%.

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 Nariño (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:

 <b>Unidad para las Víctimas</b> <b>DIRECCIÓN TERRITORIAL NARIÑO</b>	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) (Cód.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		
1 Enero	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
2 Febrero	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
3 Marzo	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
4 Abril	0	12	0	0%	0%	26	10	260	260%	39%	0	5	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
5 Mayo	34	34	100	100%	34%	26	20	130	130%	39%	27	10	270	270%	42%	0	100	0	0%	0%
6 Junio	46	49	93,87755	94%	46%	47	30	156,667	157%	70%	56	20	280	280%	86%	50	100	50	50%	50%
7 Julio	100	100	100	100%	100%	47	40	117,5	118%	70%	62	30	206,67	207%	95%	116,67	100	116,67	117%	117%
8 Agosto	100	100	100	100%	100%	63	50	126	126%	94%	76	40	190	190%	117%	400	100	400	400%	400%
9 Septiembre	100	100	100	100%	100%	63	60	105	105%	94%	76	50	152	152%	117%	0	100	0	0%	0%
10 Octubre	100	100	100	100%	100%	63	65	96,9231	0%	94%	76	60	126,67	127%	117%	0	100	0	0%	0%
11 Noviembre	100	100	100	100%	100%	0	65	0	0%	0%	76	65	116,92	117%	117%	25	100	25	0%	25%
12 Diciembre	100	100	100	100%	100%	63	67	94,0299	94%	94%	0	65	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%
OCI				100%					94%					117%					67%	
OAP				100%					94%					117%					67%	



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 97

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	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%					
60	100	60	60%	60%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	99,75	90	110,83	111%	111%					
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	10	10	100	100%	20%	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%	75,18	90	83,533	84%	84%					
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%	66,67	100	66,67	67%	67%	0	25	0	0%	0%	24	25	96	96%	48%	92,27	90	102,52	103%	103%					
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	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%	0	90	0	0%	0%					
0	100	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	0	50	0	0%	0%	39	40	97,5	98%	78%	93,43	90	103,81	104%	104%					
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	91,88	90	102,09	102%	102%					
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%	100	100	100	100%	100%	50	50	100	100%	100%	90,57	90	100,63	101%	101%					
									100%															103%					
									100%															103%					

10. Número de 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.						14. Solicitud a la sostenibilidad RR de los casos de retorno y reubicación viabilizados (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	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%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%					
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%					
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%					
1	1	100	100%	8%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%					
2	3	66,667	67%	15%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%					
3	5	60	60%	23%	0	2	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%					
5	8	62,5	63%	38%	0	3	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%					
13	10	130	130%	100%	0	4	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%					
13	13	100	100%	100%	0	4	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	56	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%					
				100%				0%	0%					0%				NER						100%					
				100%				0%	0%					0%				NER						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 66 de 97

DIRECCIÓN TERRITORIAL NARIÑO

25. Realizar con las comunidades étnicas procesos de concertación para el acceso a las medidas contenidas en los decretos leyes en el marco del derecho a la autonomía y el gobierno propio y la participación efectiva (Cód. 101)					26. 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)					27. 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)					28. Implementar acciones de fortalecimiento a nivel comunitario con enfoque de derechos, territorial y diferencial (Cód. 105)					29. Realizar la concertación de la Medida de Indemnización Colectiva con los sujetos colectivos étnicos (Cód. 108)				
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	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	2	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	3	3	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	20	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	0	20	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
1	1	100	100%	33%	0	100	0	0%	0%	0	20	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
2	2	100	100%	67%	0	100	0	0%	0%	0	20	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	50%
3	3	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	0	20	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	2	2	100	100%	100%
0	3	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	20	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	0	2	0	0%	0%
0	3	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	20	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	2	0	0%	0%
0	3	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	0	3	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	2	0	0%	0%
				100%					100%					100%					100%					100%
				100%					100%					100%					100%					100%

30. Realizar el seguimiento a la implementación de la Medida de Indemnización Colectiva otorgada a los sujetos colectivos étnicos (Cód. 110)					31. Número de informes donde se evidencie la gestión, el acceso efectivo a oferta discriminado por cada uno de los derechos y el cargue de beneficiarios partir de los resultados de la medición de SSV correspondiente a la Dirección Territorial (Cód. 114)					32. Cartas de entendimiento o convenios suscritos con instituciones de educación superior (Cód. 130)					33. Informes de la implementación de la ruta de definición de la situación militar (Cód. 131)					34. Número diagnósticos de necesidades para cada CRAV realizados (Cód. 134).				
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%	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%	1	1	100	100%	25%	0	1	0	0%	0%	3	3	100	100%	25%	4	4	100	100%	25%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	4	4	100	100%	33%	0	4	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	5	5	100	100%	42%	0	4	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	2	2	100	100%	50%	0	1	0	0%	0%	6	6	100	100%	50%	8	8	100	100%	50%
0	2	0	0%	0%	0	2	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	7	7	100	100%	58%	0	8	0	0%	0%
2	4	50	50%	50%	0	2	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	8	8	100	100%	67%	0	8	0	0%	0%
0	4	0	0%	0%	3	3	100	100%	75%	0	1	0	0%	0%	9	9	100	100%	75%	12	12	100	100%	75%
0	4	0	0%	0%	0	3	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	10	10	100	100%	83%	0	12	0	0%	0%
0	4	0	0%	0%	0	3	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	11	11	100	100%	92%	0	12	0	0%	0%
0	4	0	0%	0%	4	4	100	100%	100%	1	1	100	100%	100%	12	12	100	100%	100%	16	16	100	100%	100%
				50%					100%					100%					100%					100%
				50%					100%					100%					100%					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 67 de 97

35. 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).					36. Número de informes de articulación, gestión y seguimiento en el marco de los CTJT departamentales y municipales (Cód. 144).					37. 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).					38. Número de víctimas organizadas y no organizadas capacitadas a partir de la estrategia de comunicación en la política pública de víctimas. (Cód. 147).					39. Informes de espacios realizados de manera virtual y/o presencial con organizaciones de víctimas que realizan incidencia en diferentes procesos sociales (Cód. 149)									
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		Reporte	Meta	Avance			
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	25%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
1	1	100	100%	100%	2	2	100	100%	50%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	50%					
0	1	0	0%	0%	0	2	0	0%	0%	5	5	100	100%	50%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	2	0	0%	0%	0	5	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	3	3	100	100%	75%	0	5	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	3	0	0%	0%	0	5	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	4	4	100	100%	100%	10	10	100	100%	100%	3	50	6	6%	6%	2	2	100	100%	100%					
				100%				100%					100%					6%	6%					100%					
				100%				100%					100%					6%	6%					100%					

40. Número de asistencias técnicas a las mesas de participación efectiva de víctimas a nivel departamental y distrital (Cód. 150).					41. 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)					42. Porcentaje de proyectos por oferta viabilizados con coordinación de entrega elaborada (Cód. 154)					43. Iniciativas o proyectos presentados por la Dirección Territorial a la cooperación internacional o aliado estratégico (Cód. 165)					44. Número de reportes del Plan de Implementación Institucional por parte de las Direcciones Territoriales (Cód. 189)									
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		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%	12	9	133,333	133%	48%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	9	0	0%	0%	0	9	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	9	0	0%	0%	0	9	0	0%	0%	1	1	100	100%	33%
0	1	0	0%	0%	0	40	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	22	18	122,222	122%	88%	0	2	0	0%	0%	0	2	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	40	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	18	0	0%	0%	0	18	0	0%	0%	0	2	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	40	0	0%	0%	0	20	0	0%	0%	0	18	0	0%	0%	2	2	100	100%	67%	0	3	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	40	0	0%	0%	20	40	50	50%	20%	28	22	127,273	127%	112%	0	3	0	0%	0%	0	3	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	2	0	0%	0%	20	60	33,333	33%	20%	0	22	0	0%	0%	0	22	0	0%	0%	0	3	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	6	4	150	150%	86%	40	80	50	50%	40%	0	22	0	0%	0%	3	3	100	100%	100%	0	3	0	0%	0%
1	1	100	100%	100%	8	7	114,29	114%	114%	60	100	60	60%	60%	28	25	112	112%	112%	0	3	0	0%	0%	0	3	0	0%	0%
				100%				114%					60%					112%	112%					100%					
				100%				114%					60%					112%	112%					100%					

45. Porcentaje de avance en la implementación de Acciones territorializables para el fortalecimiento del modelo de operación de enfoque diferencial y de género (Cód. 209)					46. Número de víctimas con unidades productivas atendidas (Cód. 218)					47. Número de víctimas con unidades productivas encadenadas (Cód. 219)					48. Solicitudes de retorno, reubicación e integración local asignados por medio de las bases SGV tramitadas (Cód. 228)					49. 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	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		
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	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%
0	25	0	0%	0%	10	10	100	100%	17%	3	3	100	100%	20%	99,26	100	99,26	99%	99%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%
0	25	0	0%	0%	0	10	0	0%	0%	0	3	0	0%	0%	92,38	100	92,38	92%	92%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%
0	25	0	0%	0%	0	10	0	0%	0%	0	3	0	0%	0%	100,75	100	100,75	101%	101%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%
100	50	200	200%	100%	20	20	100	100%	33%	5	7	71,429	71%	33%	104,88	100	104,88	105%	105%	100	100	100	100%	100%	95,24	100	95,24	95%
0	50	0	0%	0%	0	20	0	0%	0%	0	7	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	81,25	100	81,25	81%	81%	81,25	100	81,25	81%
0	50	0	0%	0%	30	40	75	75%	50%	8	11	72,727	73%	53%	100	100	100	100%	100%	72,22	100	72,22	72%	72%	72,22	100	72,22	72%
0	75	0	0%	0%	0	40	0	0%	0%	0	11	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%
0	75	0	0%	0%	0	40	0	0%	0%	0	11	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	88,24	100	88,24	88%	88%	88,24	100	88,24	88%
100	100	100	100%	100%	60	60	100	100%	100%	12	15	80	80%	80%	100	100	100	100%	100%	92,86	100	92,86	93%	93%	92,86	100	92,86	93%
				100%					100%				80%						100%									91%
				100%					100%				80%						100%									91%

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 Nariño, 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 Nariño, teniendo como parámetro de evaluación que tanto los reportes de avance como de ejecución deben corresponder al 100% de lo planeado.

Por consiguiente, se tiene que para el primer trimestre de 2024 el parámetro en mención no se cumple en 4 de las 14 metas programadas (lo que corresponde al 29% del total de indicadores a 31 de marzo de 2024), toda vez que dos (2) actividades presentan un porcentaje de avance inferior del 0% y 99%, y dos (2) superior del 111% y 133%. Un escenario similar se presenta en los reportes de avance del segundo y tercer trimestre, así como de ejecución (cumplimiento) del cuarto trimestre, los cuales se relacionan a continuación:

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>69</b> de <b>97</b>

Segundo trimestre: de 22 actividades, 5 presentan porcentajes de avance superior (103%, 105%, 122%, 157% y 280%) y 5 inferior (40%, 50%, 71%, 93%, 96%), equivalente al 45% del total de indicadores establecidos para este periodo.

Tercer trimestre: de 33 actividades, 6 registran porcentaje de avance superior (104%, 105%, 110%, 117%, 127% y 152%) y 13 inferior (20%, 60%, 71%, 72%, 73%, 75%, 97%, 98%, 2 con el 50% y 3 con el 0%), equivalente al 58% del total de indicadores proyectados para dicho periodo.

Cuarto trimestre: de 47 actividades, 5 presentan porcentajes de ejecución superior (103%, 105%, 112%, 114% y 117%) y 15 inferior (6%, 60%, 67%, 71%, 84%, 91%, 93%, 94%, 2 con el 50%, 2 con el 80% y 3 con el 0%), equivalente al 43% 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 34 actividades se encuentran en nivel satisfactorio de ejecución vigencia 2024, cinco (5) de éstas se encuentran por encima de la meta ideal del 100% (estado superlativo del 103%, 105%, 112%, 114% y 117%) y 3 por debajo (estado medio 91%, 93% y 94).

1	Satisfactorio		Entre 90% y 100%	34	74%
2	Aceptable		Entre 60 y 89%	6	13%
3	Insatisfactorio		Menor de 60%	6	13%
<b>Total actividades Plan de Acción DT Nariño 2024</b>				<b>46</b>	<b>100%</b>

Sumado a lo anterior, y de acuerdo con la meta establecida en el plan de acción DT Nariño 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, “Cartas de indemnización administrativa aptas, entregadas” código 47, “Planes de reparación colectiva en implementación” código 57, “Víctimas individuales con rehabilitación psicosocial” código 85, “Número de víctimas que acceden a medidas de satisfacción a nivel individual” código 98, “Número de medidas implementadas competencia de la Unidad para las Víctimas de los planes específicos de prevención y atención para comunidades Negras, Afrocolombianas, Raízales y Palenqueras” código 100, “Realizar el seguimiento a la implementación de la Medida de Indemnización Colectiva otorgada a los sujetos colectivos étnicos” código 110, “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” código 152, “Porcentaje de proyectos por oferta viabilizados con coordinación de entrega elaborada” código 154 e

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>70</b> de <b>97</b>

“Iniciativas o proyectos presentados por la Dirección Territorial a la cooperación internacional o aliado estratégico” código 165, 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%, 50% y 6% respectivamente.

### **Debilidad No 5**

Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Dirección Territorial Nariño 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 lunes 12 de mayo de 2025 a las 10:53 a.m. se le comunica a la doctora, Valia Maria Osnas Certuche - [valia.osnas@unidadvictimas.gov.co](mailto:valia.osnas@unidadvictimas.gov.co), en su calidad de auditada las debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor al papel de trabajo “matriz evaluación al sistema de control interno – SCI”. De acuerdo con lo establecido en la actividad 9 del procedimiento: “Auditorías Internas al Sistema de Control Interno – Versión 8”. La Dirección Territorial Nariño mediante correo electrónico del miércoles 21 de mayo de 2025 a las 5:14 p. m., remite respuesta a la Oficina de Control Interno, en los siguientes términos:

*“Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Dirección Territorial Nariño 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.”. Donde manifiesta que:*

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>71</b> de <b>97</b>

*“(...) Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Dirección Territorial 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.*

*La Dirección Territorial Nariño, realiza control frente al plan de acción, plan de implementación del SIG e indicadores complementarios, con el seguimiento a todos estos planes en los comités territoriales mensuales de seguimiento a la gestión y se puede evidenciar en las actas aportadas como evidencia.*

*Adicionalmente se realiza el control y seguimiento articulado con la OAP mediante la plataforma SIPLAN +, siguiendo con el procedimiento establecido para el año 2024 frente PROCEDIMIENTO FORMULACIÓN, APROBACIÓN Y SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL, Código: 130,02,08-2 Versión 14 Fecha: 17/01/2024.*

*La Dirección Territorial Nariño participa en las mesas establecidas desde nivel nacional para aportar a la planeación, sin embargo, la decisión final sobre las metas que se establecen en el año son aprobadas por los líderes de las diferentes direcciones en nivel nacional y a veces son adaptadas y cambiadas en el transcurso del año, donde se analizan factores internos y externos que permiten ajustar la planeación a las situaciones presentadas en el territorio.*

*Sin embargo, se podrían implementar acciones que nos permitan mejorar como capacitar al enlace del plan de acción y director de la dirección territorial en la formulación de metas e indicadores y solicitar a la OAP la implementación de un tablero de control con seguimiento mensual de los indicadores del plan de acción de la dirección territorial.*

*Esperando un análisis de esta información y reiterando que muchos de los lineamientos son emitidos por nivel nacional, las direcciones territoriales somos ejecutoras de las políticas, planes y proyectos emitidos por la dirección general. (...).”*

El Equipo Auditor comunica a través de este informe a la Dirección Territorial Nariño 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 (94%) 20 (117%), 47 (103%), 57 (0%), 70 (0%), 84 (50%), 85 (105%), 93 (71%), 95 (80%), 98 (84%), 100 (0%), 110 (50%), 147

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>72</b> de <b>97</b>

(6%), 152 (114%), 154 (60%) y 219 (80%). 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 Nariño cumple al 100% en 26 de las 47 metas programadas (equivalente al 55.31% 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 Nariño 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.

En este mismo escenario, la Oficina de Control Interno recomienda a la Oficina Asesora de Planeación examinar la metodología con la cual se definen las metas en las direcciones territoriales con el concurso de los procesos misionales, dado que la actual metodología tiene como riesgo lo expuesto en su respuesta por parte de la dirección territorial de Nariño. La planeación y todo su posterior ejercicio no puede dejar de lado precisamente al componente ejecutor en cuanto la discusión de modificaciones en cualquier sentido. Solo con el compromiso de todas las instancias se puede lograr una planeación más realista y un logro de metas acorde con lo planeado.

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

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el cumplimiento de las funciones de la Dirección Territorial Nariño 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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>73</b> de <b>97</b>

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

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

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

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

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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>74</b> de <b>97</b>

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

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

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

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

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

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

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

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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>75</b> de <b>97</b>

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 miércoles 8 de abril de 2025 a las 14:13 p.m., donde la Dirección Territorial emite respuesta mediante correo electrónico enviado el día viernes 25 de abril de 2025; donde manifiesta el diligenciamiento de la matriz respectiva así como también el cargue de los soportes que quiere hacer valer en el ejercicio auditor.

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

Cabe anotar que, el Equipo Auditor examina y evalúa las evidencias aportadas, teniendo presente

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>76</b> de <b>97</b>

que para la gestión auditora se define la evidencia como:

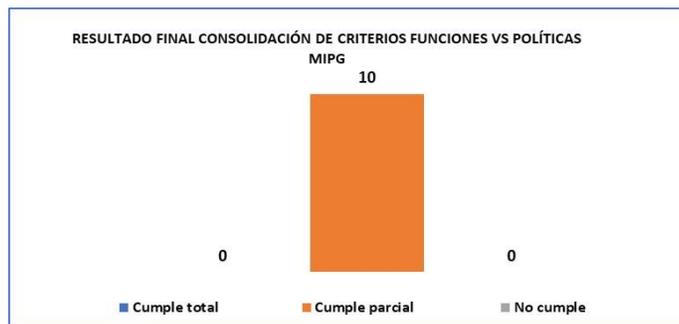
*aquella información que da certeza o elimina la incertidumbre sobre las acciones realizadas, indistintamente cual sea el soporte material que tenga (por ejemplo: registros en físico; correos electrónicos; actos administrativos; fotografías con fecha de su toma, su georreferenciación y derechos de autor 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 Nariño relacionada con el cumplimiento de las funciones y las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y aplicando los criterios de auditoría generalmente aceptadas obtiene como resultado que, “las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial” (resultado tomado de la herramienta papel de trabajo), este resultado se presenta en las 10 funciones evaluadas en donde se evidencia la falta cumplimiento a cabalidad de las políticas asociadas que es necesario tener en cuenta para su cumplimiento total de la función como se indica en la gráfica a continuación:

**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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>77</b> de <b>97</b>

Funciones de las Direcciones Territoriales, según el artículo 29 del Decreto 4802 de 2012 y su interacción con las (19) Políticas de Gestión y Desempeño del Modelo Integrado de Planeación y Gestión en el cual su contribución es de cumplimiento parcial así:

- Función 1 *“Ejecutar las políticas, planes, programas y proyectos de competencia de la entidad en su correspondiente jurisdicción, de conformidad con los lineamientos y delegaciones señalados por la Dirección General y adelantar el seguimiento y evaluación de estos”. Con una contribución parcial a 11 políticas con el 71% evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Servicio al Ciudadano 92,5%, Política de Planeación institucional 57,5% y la Política Seguimiento y evaluación del desempeño institucional 85%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial”.*
- Función 2: *“Participar en la formulación de planes y programas con el objeto de garantizar la articulación institucional y de las organizaciones públicas, privadas y sociales involucradas en el proceso ayuda, atención, asistencia y reparación de las víctimas, objeto de la Unidad”. Con una contribución parcial a 12 políticas con el 70% evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Servicio al Ciudadano 92,5%, Política de racionalización de tramites 55% y la Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública 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”.*
- Función 3: *“Adelantar el seguimiento y evaluación de los planes, programas y proyectos que desarrolle en su jurisdicción, conforme a los lineamientos de las dependencias correspondientes”. Con una contribución parcial a 8 políticas con el 65% evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Servicio al Ciudadano 92,5%, Política de Planeación institucional 57,5%, Política Seguimiento y evaluación del desempeño institucional 85%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial”.*
- Función 4 *“Participar en los Comités Territoriales de Justicia Transicional, bajo las directrices del Director General de la Unidad”. Con una contribución parcial a 7 políticas con el 71% evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública 87,5%, Política de Planeación institucional 57,5%, y la Política de Defensa Jurídica 87,5% y ); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial”.*

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página <b>78</b> de <b>97</b>

- Función 5 “Apoyar la coordinación para la creación, fortalecimiento, implementación y gerencia de los Centros Regionales de Atención y Reparación que considere pertinentes para el desarrollo de sus funciones, conforme lo determine la Dirección General.”. Con una contribución parcial a 15 políticas con el 71% evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Servicio al Ciudadano 92,5%, Política de racionalización de tramites 55%, Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública 87,50%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial”.
- Función 6 “Celebración de los contratos y convenios que permitan el desarrollo de las funciones institucionales en el territorio de su competencia, para los cuales haya sido delegado.”. Con una contribución parcial a 11 políticas con el 73% evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Servicio al Ciudadano 92,5%, Política de Planeación institucional 57,5% y la Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública 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”.
- Función 7 “Administrar los bienes y elementos destinados a la prestación de los servicios y el funcionamiento de la sede territorial.”. Con una contribución parcial a 9 políticas con el 71% evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Servicio al Ciudadano 92,5%, Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos 57,5% y la Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública 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”.
- Función 8 “Responder por la atención a los ciudadanos que demanden los servicios de la entidad en su respectiva jurisdicción.”. Con una contribución parcial a 11 políticas con el 73% evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Servicio al Ciudadano 92,5%, Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos 57,5% y la Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública 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”.
- Función 9 “Rendir los informes requeridos por los órganos competentes, sobre las actividades desarrolladas y el funcionamiento general de la dirección territorial, en coordinación con las dependencias correspondientes”. Con una contribución parcial a 14 políticas con el 72% evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Servicio al Ciudadano 92,5%, Política de Planeación institucional 57,5% y la Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública 87,5%); con el

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>79</b> de <b>97</b>

siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial”.

- Función 10 “Promover y desarrollar la implementación, mantenimiento y mejora del Sistema Integrado de Gestión de la dependencia”. Con una contribución parcial a 14 políticas con el 70% evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Servicio al Ciudadano 92,5%, Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos 57,5% y la Política Seguimiento y evaluación del desempeño institucional 85%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial”.

Como resultado del análisis efectuado a la evaluación de la herramienta cruzada “funciones y políticas del MIPG”, el Equipo Auditor establece que la Dirección Territorial Nariño cumple con la implementación de las funciones establecidas en el artículo 29 del Decreto 4802 de 2011 y su contribución con cumplimiento parcial en la implementación de las 19 políticas de gestión y desempeño del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG dispuesto en el marco normativo vigente; por consiguiente, se evidencia que estos elementos de control que hacen parte integral del sistema de control interno de la DT no presenta debilidad.

## **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 DT auditada el 14 de mayo de 2025. El propósito es determinar si la Dirección Territorial 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 de acciones que puedan afectar el sistema de control interno cuando exista un flujo de información e interacción entre sus actividades del nivel nacional como del nivel territorial 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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>80</b> de <b>97</b>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 <p>Unidad para las <b>Víctimas</b></p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>81</b> de <b>97</b>

*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 a la auditada la matriz de evaluación de las tecnologías de la información y las comunicaciones mediante correo electrónico del 6 de mayo de 2025 a las 2:58 p.m. La Dirección Territorial Nariño a través de sus delegados remite respuesta mediante correo electrónico del miércoles 14 de mayo de 2025 a las 4:10 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 entidad 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:

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>82</b> de <b>97</b>

- 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 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. (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, los cuales fueron explicados en detalle en una sesión de trabajo que se realizó a la Dirección Territorial auditada el martes 29 de abril de 2025, en donde se dejó explícito cuales eran los alcances de cada uno de estos lineamientos y las posibles evidencias que deberían aportar a este proceso.

## 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 no se realizaron de conformidad en su totalidad, por lo tanto, se tiene como cumplida parcialmente la gestión.

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

Lineamiento	Observación	Resultado
Los dispositivos removibles asignados a los funcionarios, contratistas y colaboradores de la Entidad deben ser devueltos en los términos y condiciones definidas al momento de la asignación.	"Las evidencias aportadas por el auditado no dan certeza de cumplimiento del lineamiento de la política de seguridad de la información, dado que es necesario que se aporten las debidas actas o documentos de control en donde se asignan y se reciben a satisfacción los equipos de cómputo portátiles relacionados en el Inventario de la Dirección Territorial.	No cumple

Resultado – Política de Gestión de Activos

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>83</b> de <b>97</b>

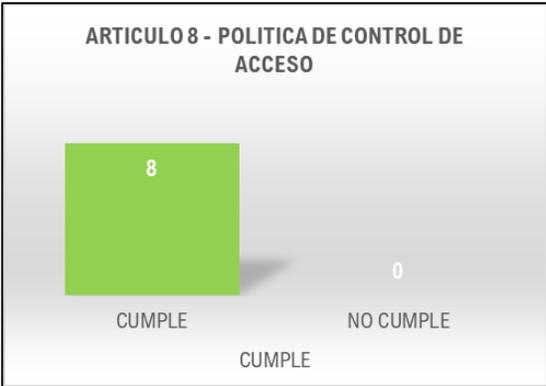


Fuente herramienta evaluación interna de la OCI

**ARTICULO 8 - POLITICA DE CONTROL DE ACCESO**

Del análisis y evaluaciones efectuados por parte del equipo de auditores de control interno sobre las evidencias suministradas por parte de la auditada, se demuestra la implementación de las acciones y controles necesarios que garantizan el cumplimiento de la Política de Seguridad de la Información que determinan la efectividad en la gestión, por lo anteriormente indicado, el equipo auditor encuentra suficiente soporte en relación de los aspectos que se deben cumplir para mitigar las posibles situaciones en donde se pueda ver afectada no solamente la información y los datos de la entidad, si no la continuidad de la operación de la Dirección Territorial en cumplimiento de sus obligaciones y metas, por lo cual no se encuentra debilidad ni observaciones asociadas a esta Política.

Resultado Política de control de acceso



Fuente herramienta evaluación interna de la OCI

**ARTICULO 10 - POLITICA DE SEGURIDAD FISICA Y DEL ENTORNO**

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>84</b> de <b>97</b>

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

#### Resultado de Seguridad Física y del Entorno

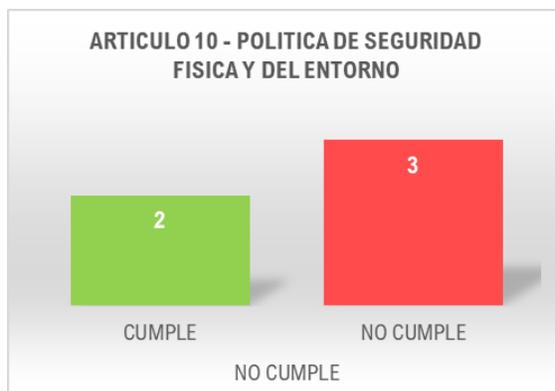
El anterior resultado se debe al análisis de las evidencias aportadas por la auditada donde se detallan los siguientes aspectos y observaciones, así:

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.	No cumple
Es responsabilidad de los funcionarios, contratistas y colaboradores:  - Contar con un inventario detallado del Hardware y del Software presente en los equipos de computo	El Inventario Aportado por la Dirección Territorial presenta inconsistencias de información en algunas de sus características principalmente en los usuarios a los que se les asigna el elemento como también en los usuarios relacionados, adicionalmente no aparecen algunos equipos versus el entregado por la Oficina de Tecnologías de la Información.	No cumple
La OTI debe programar actividades de mantenimiento periódico en los equipos en modalidad de arrendamiento.  - 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.	La evidencia aportada no determina el cumplimiento del requerimiento, es necesario aportar las actas de los mantenimientos preventivos o los documentos soporte que garanticen que a los equipos de cómputo se les ha realizado mantenimiento preventivo durante la vigencia 2024.	No cumple

Fuente herramienta evaluación interna de la OCI

#### Resultado de Seguridad Física y del Entorno

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>85</b> de <b>97</b>



Fuente herramienta evaluación interna de la OCI

### Debilidad No 6

Del análisis realizado por parte del equipo auditor de la oficina de control interno a los soportes suministrados por la auditada, 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.

Mediante correo electrónico del miércoles 28 de mayo de 2025 enviado a las 5:59 p.m. por parte de la funcionaria Diana Marcela Cervantes Santacruz – Oficina Asesora de Planeación Dirección Territorial de Nariño, remite un documento denominado “Respuesta segundo comunicado debilidades DT Nariño” en donde indica lo siguiente en cuanto a las debilidades reportadas de la evaluación a las políticas de seguridad de la información:

La Dirección Territorial Nariño en el documento indicado en la página 4 indica:

ARTICULO No. 7 - POLITICA DE GESTION DE ACTIVOS

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>86</b> de <b>97</b>

Lineamiento	Observación	Resultado
Los dispositivos removibles asignados a los funcionarios, contratistas y colaboradores de la Entidad deben ser devueltos en los términos y condiciones definidas al momento de la asignación.	"Las evidencias aportadas por el auditado no dan certeza de cumplimiento del lineamiento de la política de seguridad de la información, dado que es necesario que se aporten las debidas actas o documentos de control en donde se asignan y se reciben a satisfacción los equipos de cómputo portátiles relacionados en el Inventario de la Dirección Territorial.	No cumple

Se solicito información a la OTI, porque en la DT Nariño no tenemos efectivamente actas o documentos de control que nos permita el seguimiento a estos equipos, o desconocemos si los tenía la directora territorial del 2024, pero de todas maneras estos insumos no fueron entregados o cargados en nuestro repositorio de evidencias de la DT Nariño año 2024. (subrayado fuera de texto)

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa la respuesta dada por la Dirección Territorial Nariño y considera que los argumentos expuestos en su comunicación no desvirtúan las causas que sustenta la debilidad, en virtud de que no se aportaron por parte del auditado las respectivas actas de entrega y/o devolución de elementos tecnológicos como lo indica el sistema de gestión de la entidad, por lo tanto la debilidad se mantiene con el propósito de facilitar el proceso de implementación de un plan de mejoramiento.

La Dirección Territorial Nariño en el documento indicado en la página 4 y 5 indica:

*Debilidad No. 6*

*Del análisis realizado por parte del equipo auditor de la oficina de control interno a los soportes suministrados por la auditada, 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, perdida 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.*



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.	No cumple
Es responsabilidad de los funcionarios, contratistas y colaboradores:  - Contar con un inventario detallado del Hardware y del Software presente en los equipos de computo	El Inventario Aportado por la Dirección Territorial presenta inconsistencias de información en algunas de sus características principalmente en los usuarios a los que se les asigna el elemento como también en los usuarios relacionados, adicionalmente no aparecen algunos equipos versus el entregado por la Oficina de Tecnologías de la Información.	No cumple
La OTI debe programar actividades de mantenimiento periódico en los equipos en modalidad de arrendamiento.  - 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.	La evidencia aportada no determina el cumplimiento del requerimiento, es necesario aportar las actas de los mantenimientos preventivos o los documentos soportes que garanticen que a los equipos de cómputo se les ha realizado mantenimiento preventivo durante la vigencia 2024.	No cumple

Observación 1: En la DT Nariño se realizó mantenimientos del aire acondicionado el 22/07/2024, sin embargo, esta información y evidencias las tenía la anterior asistente administrativa Laura Ferrin quien ya no labora en la DT Nariño y no dejó las evidencias cargadas en el SharePoint de la DT Nariño. (subrayado fuera de texto)

Sin embargo, se aporta a las evidencias del informe de confort térmico realizado en diciembre del año 2024 y correo de la funcionaria de Talento Humano Tatiana Cuellar quien informa que en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 0312 de 2019 en su numeral 4.1.4, desde el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo - SGSST se realizó la respectiva medición de confort térmico en la sede administrativa de la Dirección Territorial Nariño.

Como resultado de dicha evaluación, se evidenció que los niveles registrados se encuentran dentro de los rangos recomendables, lo cual indica que, en su mayoría, los espacios presentan un ambiente neutro. Esto significa que las condiciones térmicas son adecuadas y no generan incomodidad significativa para los colaboradores. El confort térmico hace referencia a la percepción individual del ambiente térmico, y se define como el estado en el cual una persona experimenta una sensación de bienestar respecto a la temperatura del entorno. En este estado, las condiciones ambientales no generan incomodidad ni estrés térmico, lo que favorece un ambiente laboral saludable y adecuado para el desarrollo de las actividades.

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa la respuesta dada por la Dirección Territorial Nariño y considera que los argumentos no desvirtúan las causas que sustentan la debilidad ni elimina la incertidumbre que se mantiene en el principio de escepticismo. La ausencia de las evidencias que soporten controles de la política de seguridad física y del entorno no permiten evidenciar la eficiencia que debe regir a la protección no solamente de los equipos de cómputo sino

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>88</b> de <b>97</b>

también a los equipos activos de red con los que la DT opera para la prestación de los servicios tecnológicos que la entidad suministra para el cumplimiento de sus labores estratégicas y misionales, asegurando la información y de los datos que se gestionan en la Dirección Territorial. En consecuencia, el Equipo Auditor considera pertinente mantener la debilidad comunicada para efectos que la dependencia responsable realice un plan de mejoramiento donde a partir de la debilidad efectúe un ejercicio para determinar las causas y a partir de ellas establecer acciones de mejoramiento que lleven a superar las causas generadoras.

Observación 2: En el año 2024 en la DT Nariño, se tenía un inventario general de los equipos de cómputo, se anexo matriz Excel con inventario.

Sin embargo, se solicitó a la OTI esta información, pero no respondieron a tiempo para aportar esta evidencia, entendemos que el inventario de equipos tecnológicos lo administra un operador, pero no tenemos nada formalizado al momento.

Observación 3: se solicitó a la OTI esta información, pero no respondieron a tiempo para aportar esta evidencia, en la DT Nariño no tenemos más evidencias que puedan aportar al cumplimiento de este lineamiento. (subrayado fuera de texto)

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa la respuesta dada por la Dirección Territorial Nariño y considera que los argumentos expuestos en su comunicación no desvirtúan las causas que sustenta la debilidad, en virtud de que la Dirección Territorial debe propender por realizar las acciones necesarias para mantener un inventario actualizado de los elementos tecnológicos asignados con sus diferentes características y especificaciones tanto técnicas como la información de los responsables y usuarios de los elementos de cómputo el cual permita que la Dirección Territorial pueda efectuar un seguimiento y control a cada elemento entregado, adicionalmente es necesario indicar que conforme a los requerimientos de esta categoría no se aportaron los formatos o documentos soportes que evidencien que el operador haya realizado mantenimientos preventivos a todos los equipos de cómputo con los que la DT opera y que de acuerdo con la política los usuarios deberán firmar el recibo a satisfacción.

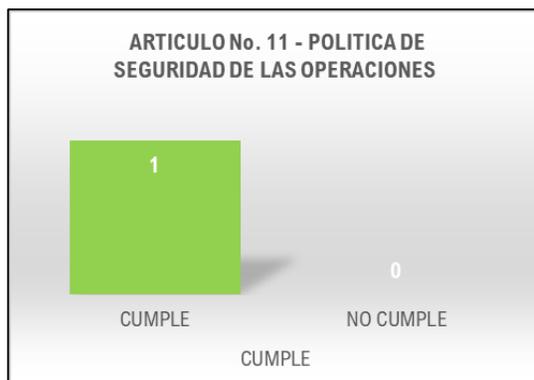
En consecuencia, el Equipo Auditor considera pertinente mantener la debilidad comunicada para efectos que la Dirección Territorial realice un plan de mejoramiento donde a partir de la debilidad efectúe un ejercicio para determinar las causas y a partir de ellas establecer acciones de mejoramiento que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

#### **ARTICULO No. 11 - POLITICA DE SEGURIDAD DE LAS OPERACIONES**

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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>89</b> de <b>97</b>

## Resultado de Seguridad de las Operaciones



Fuente herramienta evaluación interna de la OCI

## 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

De acuerdo con lo expuesto, se evidencia una debilidad en el sistema de control interno relacionada con la evaluación del proceso Prevención Urgente y Atención a la Inmediatez del “Procedimiento para la Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas” en los cuales no se evidencia la gestión realizada por la Dirección Territorial Nariño en las actividades que deben ser desarrolladas desde la DT.

Esta situación no está conforme con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993 en el artículo 2º literales c y d, artículo 3, literal c, artículo 4, literal i, Decreto 1083 de 2017, artículo 2.2.21.5.2 “manuales de procedimientos”, Guía para la Gestión por Procesos en el Marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), numeral 4.1. “Documentación de procedimientos referente a la lista de evidencias que se generan en la aplicación de una actividad dentro de cada procedimiento (...)”, Resolución No. 02728 “Por la cual se adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG y (...)”, respecto al cumplimiento a los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad y el Decreto 943 de 2014 “Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI)”, particularmente en el componente Direccionamiento Estratégico en lo relacionado con el control del Modelo de Operación por Procesos “Mediante el control ejercido a través de la puesta en marcha de este elemento, las entidades podrán contar con una estandarización de las actividades necesarias para dar cumplimiento a su misión y objetivos, lo cual permite, que su operación se realice de manera continua, garantizando la generación de productos o servicios (...)”. El equipo auditor establece como potenciales causas la falta de

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>90</b> de <b>97</b>

seguimiento y control sobre los productos o entregables definidos como documentos de salida en el procedimiento, los cuales deben ser gestionados por los funcionarios, contratistas y colaboradores responsables de ejecutar las actividades asignadas a la Dirección Territorial. Asimismo, se identifica la necesidad de implementar un repositorio único que permita y garantice el cargue, conservación y trazabilidad de la información gestionada por la Dirección Territorial.

Con base en los resultados obtenidos en la evaluación el equipo auditor hace la siguiente **observación**, en consecuencia, se considera necesario implementar revisiones periódicas a los soportes generados, asegurando que cada actividad cuente con los documentos de salida establecidos en los procedimientos correspondientes. Dichos documentos deben estar debidamente identificados, almacenados y de conformidad con lo definido en los documentos controlados, además de mantener una relación directa con la actividad ejecutada.

Adicionalmente, si bien existen corresponsabilidades entre las áreas misionales a nivel nacional y la Dirección Territorial, es fundamental dejar evidencia documental que demuestre que la DT ha gestionado o solicitado lo que le corresponde dentro de cada actividad. Asimismo, se recomienda implementar una base de conocimiento y un repositorio único para los soportes de las actividades, donde cada responsable pueda cargar los documentos y demás elementos requeridos (fotos, matrices, informes, entre otros), garantizando así la trazabilidad y cumplimiento de las disposiciones operativas establecidas en el sistema de gestión de la Entidad, por tal motivo se deja como observación.

### **Debilidad No. 2**

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

### **Debilidad No. 3**

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>91</b> de <b>97</b>

Debilidad del sistema de control interno por la ausencia de instrumentos de mejora o valor agregado en la gestión de la dirección territorial, situación que no está conforme con el artículo 2° literales d) y f) de la Ley 87 de 1993 y artículo 2.2.21.3.2 del Decreto 1083 de 2015, modificado Decreto 648 de 2017, art 9. Siendo las potenciales causas el desconocimiento normativo y de los lineamientos relacionados con el mejoramiento continuo de la gestión institucional. Lo anterior conlleva a un posible incremento de los efectos negativos en la materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales ya que no existe un instrumento de control que permita gestionar acciones de mejora en la operación del territorio.

#### **Debilidad No. 4**

De acuerdo con lo anterior, se evidencia una debilidad en el sistema de control interno debido a la ausencia de un mapa de riesgos que acopie de manera integral las acciones de la Dirección Territorial que involucre toda la interacción de los procesos misionales y permita un seguimiento total de la operación. Esta situación no está conforme a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2° literales a) y f); el Decreto 1083 de 2015, artículo 2.2.21.5.4; el Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017, artículo 2.2.21.3.1; así como a 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 identifica como causas principales la falta de un análisis del contexto global durante la identificación de los riesgos, así como la aplicabilidad de la totalidad de estos. Esta situación puede conllevar a la materialización de eventos adversos, afectando el logro de los objetivos institucionales.

#### **Debilidad No. 5**

Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Dirección Territorial Nariño 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.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>92</b> de <b>97</b>

## Debilidad No. 6

Del análisis realizado por parte del equipo auditor de la oficina de control interno a los soportes suministrados por la auditada, 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

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

La Dirección Territorial Nariño tuvo un desempeño destacado en la ejecución de procedimientos misionales estratégicos. En particular, el procedimiento “Trámite de Notificación de Actos Administrativos” obtuvo un cumplimiento del 100%, y el procedimiento “Notificación de Indemnización Administrativa y Entrega del Mensaje Estatal de Reconocimiento y Dignificación” alcanzó un 90%. Estos resultados reflejan una ejecución eficaz y responsable por parte del equipo territorial, así como un entendimiento claro de los procesos y una correcta aplicación de los lineamientos institucionales establecidos.

Durante el desarrollo de la auditoría, la Dirección Territorial se caracterizó por su disposición abierta y colaborativa, facilitando el acceso oportuno a la información requerida por el Equipo Auditor. Esta actitud contribuyó a mantener un ambiente de respeto mutuo, confianza institucional y cumplimiento de los cronogramas establecidos, consolidando así una relación auditado-auditor basada en la transparencia y el compromiso con la mejora continua.

Aunque se identificaron oportunidades de mejora en algunas áreas, se destaca positivamente la existencia de controles adicionales a los definidos formalmente en los procedimientos. Estos mecanismos de control, aunque no plenamente integrados a los sistemas de decisión estratégica, constituyen una base funcional relevante que puede ser fortalecida y formalizada para potenciar la

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>93</b> de <b>97</b>

eficacia del Sistema de Control Interno. Este hallazgo representa una oportunidad valiosa de desarrollo organizacional para la Dirección Territorial.

De igual manera, se resalta la actitud proactiva y comprometida de la Dirección Territorial durante todo el proceso auditor. La participación activa en el diligenciamiento de herramientas, la entrega de evidencias y la apertura frente a las recomendaciones formuladas por el equipo auditor, reflejan una cultura institucional orientada a la calidad, al cumplimiento normativo y a la mejora continua en la prestación de bienes y servicios dirigidos a las víctimas.

En conjunto, estos aspectos permiten concluir que la Dirección Territorial Nariño no solo cumple con sus responsabilidades funcionales, sino que también demuestra un firme compromiso con el fortalecimiento de la gestión pública y con la implementación progresiva de estándares de calidad y control que consolidan su capacidad operativa e institucional.

## **8. RESULTADOS DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.**

### **8.1 Plan de Mejoramiento Auditoría de Gestión**

En la vigencia 2020 se realizó auditoria de gestión a la Dirección Territorial Nariño, en esa oportunidad, la Oficina de Control Interno comunicó 5 debilidades del sistema de control Interno. En la vigencia 2022 se realiza seguimiento con el objetivo de “*Verificar el cumplimiento a las actividades propuestas por los responsables de la Dirección Territorial a fin de superar las debilidades encontradas en el Sistema de Control Interno*”. Como resultado del seguimiento de la auditoría en mención el Equipo Auditor dio por cumplidas todas actividades de las cinco (5) debilidades informadas a la Dirección Territorial Nariño.

Debido a lo anterior, el Equipo Auditor encargado de realizar la auditoria de gestión al SCI vigencia 2024 durante el desarrollo y análisis de las evidencias aportadas por la auditada en las diferentes etapas del proceso bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, determina que ellas dan certeza del cumplimiento de las acciones enfocadas para la eliminación de las causas y la no presencia de las mismas en la gestión de la Dirección Territorial.

### **8.2 Plan de Mejoramiento Institucional CGR**

El Equipo Auditor verifica en la base de datos de las acciones concertadas con la Contraloría General de la República y no encuentra actividad directamente relacionada con la dirección territorial auditada y, por lo tanto, no se hacen comentarios en este informe.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>94</b> de <b>97</b>

## 9. RESULTADOS DE LOS LOGROS DE GESTIÓN

El resultado de la gestión de la Dirección Territorial Nariño, dentro de la evaluación por dependencias, obtuvo un logro del 8.42 /10.00 para la vigencia 2024.

## 10. CONCEPTO DE AUDITORIA

En el marco de la auditoría realizada a la Dirección Territorial Nariño, el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa el sistema de control interno con base en los principios definidos en la Ley 87 de 1993, el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), y las normativas complementarias vigentes. El propósito de esta auditoría es valorar la efectividad del sistema de control interno desde el cumplimiento de metas, la aplicación normativa, la efectividad de los modelos de gestión y la utilidad práctica del sistema en el quehacer diario de la entidad.

El modelo de control interno adoptado por la entidad contempla variables clave para la gestión institucional, tales como la ejecución de los procedimientos misionales; la medición de la gestión mediante indicadores; la gestión del riesgo, entendida como una herramienta gerencial contextualizada; y los mecanismos de control orientados a facilitar la toma de decisiones. Estos elementos se complementan con el seguimiento, la mejora continua, la ejecución del plan de acción, el control del cumplimiento frente a las políticas MIPG, y la evaluación de la tecnología y la seguridad de la información.

El análisis se realizó mediante papeles de trabajo estructurados que permiten evaluar el nivel de madurez, aplicación y cumplimiento de estos componentes. En cuanto a los procedimientos misionales, se revisaron cuatro procesos: Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez, Participación y Visibilización, Reparación Integral y Relación con el Ciudadano. Se identificó cumplimiento adecuado en dos de ellos, respaldado por evidencia documental clara, destacándose el procedimiento de notificación de actos administrativos y las acciones de reparación integral.

No obstante, en los procedimientos asociados a comunidades étnicas, se identificaron falencias en la gestión documental y operativa que impiden validar completamente su ejecución. Esta situación representa una debilidad en la capacidad institucional de respuesta ante poblaciones en condición de vulnerabilidad.

En la evaluación de los componentes del sistema de control interno, se encontró que el subsistema de indicadores obtiene una calificación de 63 sobre 100, lo que indica que aún no se consolida como una herramienta efectiva para la toma de decisiones. La gestión del riesgo, con una calificación de 47 sobre 100, presenta debilidades estructurales, al no contar con la gestión de riesgos, entendida como una herramienta gerencial que va más allá del mapa institucional y se orienta a identificar el

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>95</b> de <b>97</b>

entorno específico donde se desarrolla la operación, ni se evidencia el monitoreo y control de los mismos.

El componente de control refleja un modelo en construcción, que aún no se consolida como herramienta gerencial, limitando su efectividad. En cuanto al componente de mejora continua, se identificó la ausencia de una política formal y mecanismos sistemáticos de realimentación, lo que restringe la generación de valor institucional de manera sostenida.

En la variable de seguimiento también se encuentra en fase incipiente. Aunque existe monitoreo, no se dispone de un modelo consolidado que permita trazabilidad integral y retroalimentación efectiva. Se recomienda fortalecer este componente mediante indicadores específicos, estandarización de reportes e implementación de herramientas tecnológicas para el análisis y uso de la información.

Respecto al mapa de riesgos, se identificó un enfoque limitado, centrado principalmente en riesgos de gestión y corrupción, sin abarcar de forma adecuada los riesgos misionales propios del contexto territorial. Esta situación vulnera los lineamientos establecidos por la Ley 87 de 1993, el Decreto 1083 de 2015 y el MIPG.

En cuanto al Plan de Acción 2024, se identificó que el 55,31% de las actividades presentan cumplimiento óptimo. No obstante, también se encontraron desviaciones relevantes entre lo planeado y lo ejecutado, con variaciones porcentuales significativas en 17 de las 47 actividades evaluadas. Esta situación refleja debilidades en la planeación de metas y en los mecanismos de control.

En el análisis de la articulación con MIPG mostró avances positivos en la adopción de instrumentos de gestión, particularmente en planeación, control interno, gestión documental y rendición de cuentas. Sin embargo, se requieren mayores esfuerzos para alinear de manera sistémica los procedimientos misionales con las políticas del modelo y fortalecer los procesos de socialización y seguimiento.

Finalmente, el análisis de las políticas de seguridad de la información evidenció cumplimiento en las políticas de control de acceso y seguridad de las operaciones. Sin embargo, se detectaron debilidades en la gestión de activos y seguridad física, principalmente por la falta de actas de entrega y evidencias de mantenimiento preventivo.

Por lo que se puede decir que el sistema de control interno de la Dirección Territorial Nariño presenta avances importantes en varios componentes, pero también refleja debilidades estructurales que deben ser abordadas para consolidar una gestión pública eficiente, preventiva, basada en evidencia y orientada a resultados. Se recomienda implementar acciones de mejora que fortalezcan la planeación, la gestión del riesgo, la mejora continua y el seguimiento institucional, en alineación con los marcos normativos y modelos de control vigentes.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>96</b> de <b>97</b>

Para finalizar, los resultados presentados por el Equipo Auditor están orientados a facilitar la toma de decisiones fundamentadas en herramientas que proporcionen certeza al gestor público, y que, a su vez, brinden a los usuarios de la Entidad la confianza de recibir bienes o servicios que respondan a sus expectativas, considerando las externalidades propias de la gestión en la Dirección Territorial.

El Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial Nariño presenta debilidades que pueden ser superadas mediante acciones de mejora y la implementación de herramientas gerenciales que permitan analizar de manera integral el entorno interno y externo de la entidad.

En virtud de lo anterior, la Oficina de Control Interno, a través del Equipo Auditor, recomienda a la Dirección General solicitar a la Dirección Territorial la formulación de un Plan de Mejoramiento del Sistema de Control Interno, en el que se incluyan acciones específicas para atender las debilidades identificadas en el presente informe.

Cordialmente,



**CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO**  
**Jefe Oficina de Control Interno y Líder Auditor**

Elaboró: Isaias Lozano Vera – 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
5	05/06/2017	Se modifica formato, se adiciona aprobación Jefe Oficina de Control Interno.

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

6	Abril /2018	Se modifica formato de acuerdo con 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.