

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 1 de 110

INFORME FINAL DE AUDITORÍA A LA DIRECCIÓN TERRITORIAL MAGDALENA MEDIO

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 Magdalena Medio
Dependencia líder:	Dirección Territorial Magdalena Medio
Responsable del Proceso:	Paola Andrea Daniels Rapalino
Tipo de auditoría realizada:	De primera parte, efectividad del sistema de control interno
Fecha de auditoría:	Del 20 de marzo al 27 de junio de 2025
Equipo Auditor:	William Mahecha Hernández - Auditor Líder Liliana Marcela Críales Rincón – Auditora John Dairo Bermeo Cuellar - Auditor Isaías Lozano Vera - Auditor Basco German Ricaurte Guerra - Auditor Miguel Ángel Espinosa Ruiz - Auditor José de Jesús Gutiérrez Villalba - Auditor

1. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

La auditoría tiene como objetivo evaluar el sistema de control interno de la Dirección Territorial Magdalena Medio 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.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 2 de 110

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 Magdalena Medio 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 se identifica un riesgo relacionado con la entrega información necesaria para evaluar los procesos misionales, entre otras variables. Esta situación limita valorar adecuadamente la conformidad en la aplicación de las obligaciones correspondientes a la Dirección Territorial. No obstante, el acceso del auditor a las fuentes de información de la Territorial se realiza de manera armónica, sin generar afectaciones a la gestión.

Adicionalmente, el trabajo mancomunado con el auditado y la claridad en las actividades permiten que el proceso de auditoría se desarrolle conforme a los plazos y cronogramas establecidos. Finalmente, el enlace designado para atender la auditoría demuestra conocimiento sobre este tipo de procesos y brinda la colaboración esperada, lo que contribuye a generar un clima de confianza, respeto y compromiso, evitando dificultades en el ejercicio auditor.

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.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 3 de 110

5. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022 Página 4 de 110

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

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

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

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

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

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



Fuente: Guía de riesgos del DAFP

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 5 de 110

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

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

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

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

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

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

PROCESO MISIONAL	PROCEDIMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
Relación con el Ciudadano	Trámite Notificación de Actos Administrativos V7	100%
Reparación Integral	Notificación de Indemnización Administrativa y Entrega del Mensaje Estatal de Reconocimiento y Dignificación V5 Código: 410.08.08-21	100%
Participación y Visibilización	Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas V1 Código:230,09,08-11	0%
Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez	Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4 Código: 310,03,08-17	75%
	Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas V1 Código:310,03,08-23	50%

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 Magdalena Medio

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 6 de 110

registrar en el papel de trabajo la evidencia que corresponde a la ejecución de la descripción de la actividad asociada a cada procedimiento que se realiza desde el nivel territorial, y el cargue de las mismas en la carpeta del SharePoint destinada para tal fin.

Por lo tanto, mediante correo electrónico del 9 de abril de 2024 a las 13:03 a.m., el Equipo Auditor remite el documento para su diligenciamiento. Posteriormente, el Equipo Auditado da respuesta mediante correo electrónico del 2 de mayo de 2024 a las 4 :51 p.m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

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

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

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

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

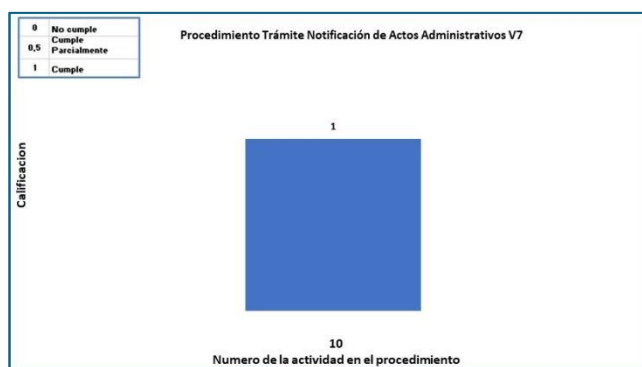
Producto de esta actividad se observa que, la Dirección Territorial tiene interacción bajo el enfoque por procesos asociados al Sistema de Gestión de la Calidad de la UARIV; así: proceso de Relación con el Ciudadano que cuenta con el procedimiento “Trámite Notificación de Actos Administrativos V7” equivalente al 100%; el de Reparación Integral con el “Notificación de Indemnización Administrativa y Entrega del Mensaje Estatal de Reconocimiento y Dignificación V5 Código: 410.08.08-21”, equivalente al 83%; el de Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez que cuenta con dos (2) procedimientos, “Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4” con el 75% y el “Procedimiento para la Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas V1” con el 50%, lo que da como resultado un nivel de cumplimiento conjunto del 63%, por último el proceso de Participación y Visibilización con

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022 Página 7 de 110

el “Procedimiento para el Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas V1” con un incumplimiento del 0%.

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

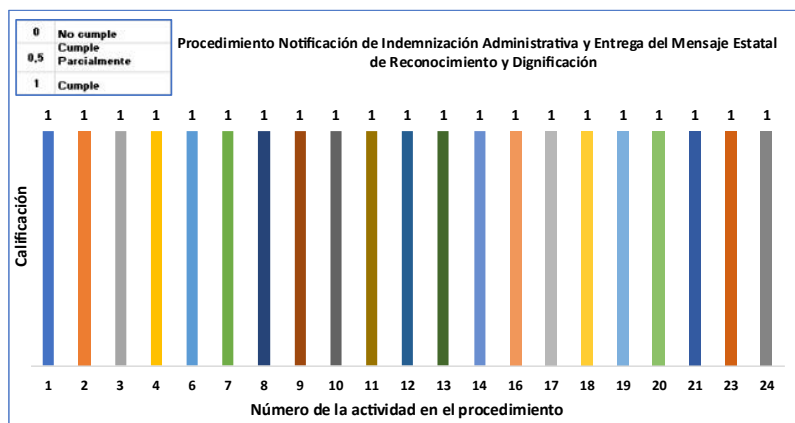
1. Proceso de Relación con el Ciudadano:



Fuente: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales - Propia OCI

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

2. Proceso de Reparación Integral



Fuente: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales - Propia OCI

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

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 total, correspondiente al 100%."*

3. Proceso de Participación y Visibilización

Calificación	0	No cumple
	0,5	Cumple Parcialmente
	1	Cumple
Procedimiento para el Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas V1		
	0	0
	3	4
		5
		6
		7
	Número de la actividad en el procedimiento	

Fuente: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales - Propia OCI

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas, evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que respaldan cada una de las actividades incluidas en los procedimientos del proceso. A cada actividad se le asigna un valor individual, y el resultado obtenido es el siguiente: *El resultado holístico de las actividades del proceso corresponde a la sumatoria porcentual de cada actividad, en donde determina el nivel de cumplimiento del proceso. En consecuencia, el análisis general del cumplimiento del proceso arroja un resultado que evidencia el no cumplimiento, con un porcentaje del 0%.*

El anterior resultado se debe al análisis de los aspectos y observaciones por parte de la DT, así:

- La DT Magdalena Medio no evidencia la implementación del Procedimiento donde establece que *"Conforme a los lineamientos y orientaciones frente al cumplimiento de los indicadores de plan de acción y actividades del plan complementario propuestos por parte de la Subdirección de Participación y Visibilización, para la vigencia 2024, no se describe el procedimiento para el fortalecimiento en derechos y acompañamiento a comunidades étnicas con Código:230,09,08-11, Versión:01 Fecha: 04/02/2022, por tanto desde la Dirección Territorial Magdalena Medio no se aplicó dicho procedimiento, ni se relacionan evidencias para el mismo"*.

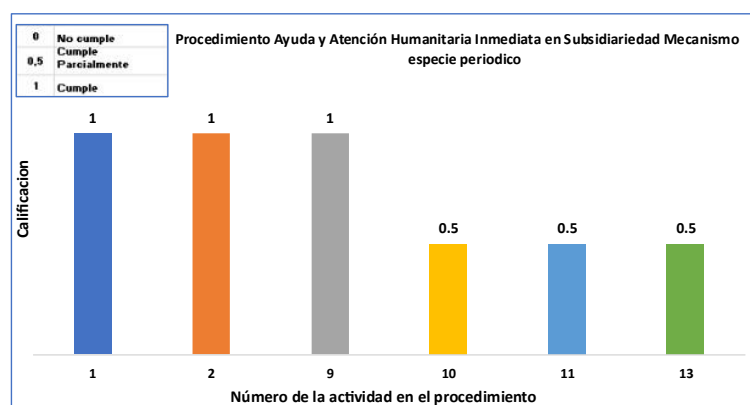
 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022 Página 9 de 110

- La DT Magdalena Medio no evidencia la implementación del Procedimiento donde establece que *“Como evidencia no directa desde la Dirección Territorial Magdalena Medio, se adjunta el plan de acción y complementario final (filtrando las acciones de la Subdirección de Participación), suministrado por la oficina asesora de planeación OAP vigencia 2024”*.

En el marco de las afirmaciones anteriores el equipo auditado no presenta evidencias de la gestión correspondiente a las cinco (5) actividades clave, generando una debilidad significativa en términos de incumplimiento del procedimiento establecido. Esta falta de soporte refleja una debilidad en el control y seguimiento por parte de la Dirección Territorial, lo que evidencia un impacto negativo en el flujo de información procedimental que se requiere en la gestión operativa del territorio. Como resultado, la ausencia de documentación adecuada impide verificar la implementación y efectividad de las acciones planificadas, afectando la transparencia y la rendición de cuentas del proceso.

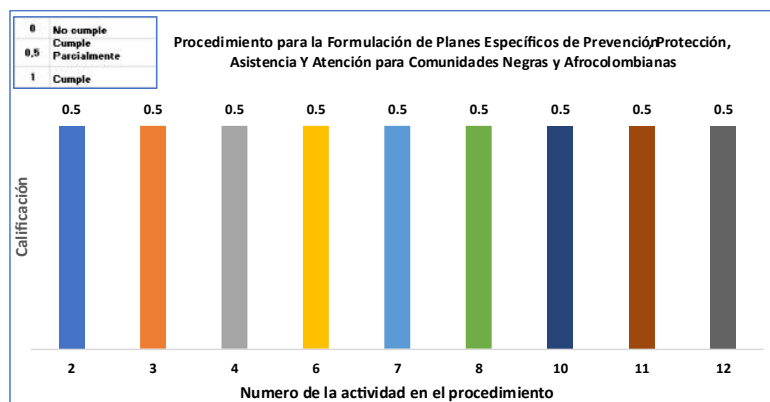
Es indispensable que los responsables del procedimiento asuman una mayor responsabilidad en la supervisión y control de las actividades, implementando acciones correctivas inmediatas para asegurar la correcta ejecución de los planes y la entrega de resultados verificables. Se recomienda la revisión y mejora de los mecanismos de seguimiento y control, así como la capacitación del personal encargado, a fin de garantizar la efectividad y el cumplimiento de las disposiciones legales y operativas establecidas para el proceso y su interacción de sus procedimientos.

4. Proceso de Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez



Fuente: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales - Propia OCI

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



Fuente: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales - Propia OCI

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan cada una de las actividades incluidas en los procedimientos del proceso y les da un valor individual, y obtiene el siguiente resultado: *"El resultado holístico de las actividades del proceso corresponde a la sumatoria porcentual de cada actividad, en donde determina el nivel de cumplimiento del proceso. En consecuencia, el análisis general del cumplimiento del proceso arroja un resultado que evidencia su cumplimiento parcial, correspondiente a un 63%".* Este resultado es concerniente al 75% respecto al "Procedimiento Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico"; el cual la DT establece que *"Conforme al alcance del procedimiento con Código: 310,03,08-17 Versión:04 Fecha: 28/08/2020 y la resolución 0097 de 25 de enero de 2022 en su título III capítulo I mecanismos, montos y funcionamiento general y su artículo décimo tercero. mecanismo en especie periódico, durante la vigencia 2024 las entidades territoriales no demandaron dicho mecanismo, por consiguiente, no fue necesario la aplicación del procedimiento"*.

Así mismo, el resultado del 50 % respecto al Procedimiento para la Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia Y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas V1; el cual la DT establece que *"Conforme a los lineamientos y orientaciones frente al cumplimiento de los indicadores de plan de acción y actividades del plan complementario propuestos por parte de la subdirección de prevención y atención de emergencias SPAE, durante la vigencia 2024, no se describe el procedimiento con Código:310,03,08-23 Versión:01 Fecha: 7/06/2022, por tanto desde la dirección territorial magdalena medio no se aplica dicho procedimiento, ni se relacionan evidencias"*.

De acuerdo con lo expuesto, se evidencia una debilidad en el sistema de control interno relacionada con la evaluación del proceso Participación y Visibilización en su procedimiento *"Procedimiento para el Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas V1"*; no se registran evidencias pertinentes que den certeza de la gestión realizada bajo la responsabilidad de la Dirección Territorial Magdalena Medio. 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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 11 de 110

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 potencial causa el desconocimiento por parte de los servidores públicos de las normativas que regulan y rigen la administración pública en cuanto a la entrega de información, según lo dispuesto en el Decreto 403 de 2020, inciso 2 del artículo 1° y artículo 151, el cual establece el “*deber de entrega de información para el ejercicio de las funciones de la unidad u oficina de control interno*”. Esto impide la eficiencia en el control interno debido a que, esta oficina no puede realizar un análisis adecuado de la situación de la operatividad de la Dirección Territorial, limitando su capacidad para identificar riesgos y proponer mejoras, así mismo, los funcionarios responsables de la no entrega de información puede acarrear sanciones administrativas y penales, afectando no solo a los responsables, sino también a la entidad en su conjunto. La correcta implementación de un sistema de control interno requiere el compromiso de todos los niveles de la entidad para garantizar la transparencia y la eficacia en la gestión pública. Es esencial que la Dirección Territorial tome acciones concretas para asegurar el suministro adecuado de información a los entes evaluadores (OCI), protegiendo así la integridad del sistema y evitando posibles sanciones que puedan comprometer la veracidad y exactitud de la información gestionada por la Dirección Territorial a nivel nacional.

Este aspecto fue comunicado al auditado el miércoles 28 de mayo de 2025. En respuesta, mediante comunicación del jueves 5 de junio de 2025 y dentro de los plazos establecidos, el auditado presentó un informe detallado reiterando el contexto y la debilidad anteriormente mencionada; manifestando la siguiente respuesta:

“En el marco de las acciones estratégicas establecidas en el plan de acción institucional vigencia 2024, en concertación con la Subdirección de Prevención y Atención a Emergencias se establecieron las siguientes acciones:

- *Apoyar la coordinación para la atención de emergencias humanitarias masivas (Desplazamiento forzado, confinamiento y actos terroristas) hasta su cierre.*
- *Verificar en el territorio los hechos victimizantes o situaciones de riesgo de victimización, identificados en la Bitácora Diaria de Eventos - BDE de acuerdo con lo establecido en el protocolo de realización e instructivo de verificación.*
- *Brindar asistencia técnica para la actualización de planes de contingencia en la fase de formulación a entidades territoriales de interés estratégico y que son priorizadas a partir de estudio técnico.*

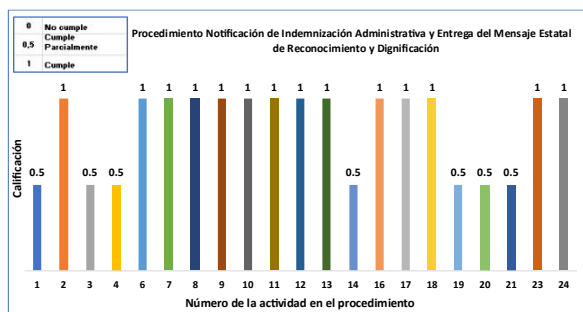
He de precisar que tampoco se presentaron solicitudes por demanda, para la formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas. Pero además hay que señalar que conforme al procedimiento con código Código:310,03,08-23 que establece “para iniciar el procedimiento de Formulación de los Planes Específicos de Prevención, Protección y Atención a Comunidades Negras, es un prerrequisito contar con el

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022 Página 12 de 110

Plan de Caracterización Socioeconómico elaborado por el Ministerio del Interior (Dirección de Asuntos de Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras)."

Desde la territorial no se tiene información de sujetos colectivos identificado y/o priorizados pertenecientes a la territorial Magdalena Medio, en la caracterización socioeconómica y Específica del Territorio, con información sobre mínimos exigidos en el Auto 005.

Proceso de Reparación Integral



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 parcial, correspondiente a un 83%."

Respuesta

Proceso de Reparación Integral (las evidencias corresponden a un muestreo, en caso de requerir alguna en particular, serán aportadas).

Actividad 1. Recibir la base de datos con la municipalización y desarrollar un espacio técnico con los profesionales y/o enlaces que se relacionan en el procedimiento. Documentos de salida según procedimiento: correo electrónico con la matriz de municipalización, actas de reunión con los profesionales y matriz de planeación de acciones. Relación de la evidencia remitida: Respuestas por correo electrónico, de la municipalización enviada por la subdirección de reparación individual, donde se adjuntan la matriz de municipalización, el cronograma o matriz de planeación de acciones y el acta de la reunión de planeación. (además de algunos correos electrónicos, adjunto algunas evidencias de manera individual en PDF para mayor claridad).

Actividad 3. Solicitar al grupo del servicio al ciudadano por medio de correo electrónico a través del DT, indicando los parámetros requeridos. Documentos de salida según procedimiento: Correo electrónico con solicitud de apoyo escalada al profesional de servicio al ciudadano. Relación de la evidencia remitida: Correo electrónico de solicitud de apoyo para la creación de jornada de atención.

Actividad 4. Crear el apoyo de la jornada por el sistema SGV y esperar respuesta del NN correspondiente a la act 5. (Esta actividad se conecta con la act 13). Documentos de salida según procedimiento: Solicitud de jornada creada por el Profesional de servicio al ciudadano del nivel territorial. Relación de la evidencia remitida: Correo electrónico de la profesional de servicio al ciudadano donde se confirma la creación de la jornada y un correo adicional de la aprobación de jornada sin servicios por parte del NN.

Actividad 14. Auditar las cartas de indemnización con el fin de que cumplan la normatividad para la entrega. Documentos de salida según procedimiento: Validación destinatarios vigentes. Relación de la

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022 Página 13 de 110

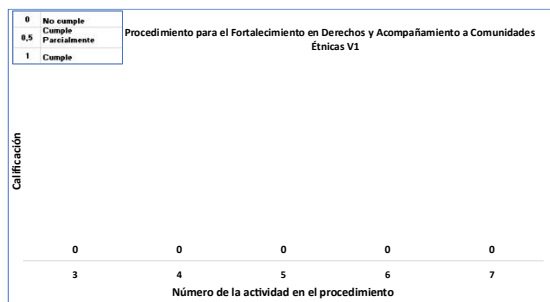
evidencia remitida: Base de datos de todas las municipalizaciones del 2024 con el seguimiento de las validaciones en indemniza y demás herramientas de consulta. (no generó novedad para reportar).

Actividad 19. Entregar las cartas de indemnización. Documentos de salida según procedimiento: Acta de notificación firmada y con huella y una copia elegible del documento de identidad. Relación de la evidencia remitida: Base de datos de todas las municipalizaciones del 2024 con el seguimiento de las notificaciones realizadas, además de las carpetas con los PDF de soportes de entrega de cartas (actas de notificación firmada, con huella y copia legible del documento) adicionalmente adjunto un acta individual para mayor claridad.

Actividad 20. Entregar el mensaje estatal de reconocimiento y dignificación. Documentos de salida según procedimiento: Acta de notificación firmada y con huella y una copia elegible del documento de identidad. Relación de la evidencia remitida: Base de datos de todas las municipalizaciones del 2024 con el seguimiento de las notificaciones realizadas además de las carpetas con los PDF de soportes de entrega de cartas (actas de notificación firmada, con huella y copia legible del documento) adicionalmente adjunto un acta individual para mayor claridad.

Actividad 21. Cargar los soportes de las notificaciones. Documentos de salida según procedimiento: Copia de la carta original notificada, actas de notificación firmada y con huella y una copia elegible del documento de identidad, cargado en la herramienta indemniza Relación de la evidencia remitida: Base de datos de todas las municipalizaciones del 2024 con el seguimiento de Los cargues realizados a INDEMNIZA, además del correo electrónico remitido por la subdirección con respecto al avance de los soportes cargados en indemniza. Así mismo se adjunta una notificación y el pantallazo del cargue correspondiente”.

“Proceso de Participación y Visibilización



El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas, evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que respaldan cada una de las actividades incluidas en los procedimientos del proceso. A cada actividad se le asigna un valor individual, y el resultado obtenido es el siguiente: El resultado holístico de las actividades del proceso corresponde a la sumatoria porcentual de cada actividad, en donde determina el nivel de cumplimiento del proceso. En consecuencia, el análisis general del cumplimiento del proceso arroja un resultado que evidencia el no cumplimiento, con un porcentaje del 0%.

El anterior resultado se debe al análisis de los aspectos y observaciones por parte de la DT, así:

- La DT Magdalena Medio no evidencia la implementación del Procedimiento donde establece que “Conforme a los lineamientos y orientaciones frente al cumplimiento de los indicadores de plan de acción y actividades del plan complementario propuestos por parte de la Subdirección de Participación y Visibilización, para la vigencia 2024, no se describe el procedimiento para el fortalecimiento en derechos y acompañamiento a comunidades étnicas con Código:230,09,08-11, Versión:01 Fecha:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 14 de 110

04/02/2022, por tanto desde la Dirección Territorial Magdalena Medio no se aplicó dicho procedimiento, ni se relacionan evidencias para el mismo".

- La DT Magdalena Medio no evidencia la implementación del Procedimiento donde establece que "Como evidencia no directa desde la Dirección Territorial Magdalena Medio, se adjunta el plan de acción y complementario final (filtrando las acciones de la Subdirección de Participación), suministrado por la oficina asesora de planeación OAP vigencia 2024".

En el marco de las afirmaciones anteriores el equipo auditado no presenta evidencias de la gestión correspondiente a las cinco (5) actividades clave, generando una debilidad significativa en términos de incumplimiento del procedimiento establecido. Esta falta de soporte refleja una debilidad en el control y seguimiento por parte de la Dirección Territorial, lo que evidencia un impacto negativo en el flujo de información procedimental que se requiere en la gestión operativa del territorio. Como resultado, la ausencia de documentación adecuada impide verificar la implementación y efectividad de las acciones planificadas, afectando la transparencia y la rendición de cuentas del proceso.

Es indispensable que los responsables del procedimiento asuman una mayor responsabilidad en la supervisión y control de las actividades, implementando acciones correctivas inmediatas para asegurar la correcta ejecución de los planes y la entrega de resultados verificables. Se recomienda la revisión y mejora de los mecanismos de seguimiento y control, así como la capacitación del personal encargado, a fin de garantizar la efectividad y el cumplimiento de las disposiciones legales y operativas establecidas para el proceso y su interacción de sus procedimientos.

Respuesta

Se informa que el procedimiento de Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas V1 Código:230,09,08-11, no se aplicó porque no fue contemplado en el plan de acción desde la Subdirección a la D.T. y de igual forma tampoco se socializó desde la Subdirección de Participación, la evidencia para este punto es el plan de trabajo de la vigencia 2024 que se cargó inicialmente".

El Equipo Auditor comunica a través de este informe a la Dirección Territorial Magdalena Medio que revisadas las nuevas evidencias en la pertinencia para la verificación del procedimiento Notificación de Indemnización Administrativa y Entrega del Mensaje Estatal de Reconocimiento y Dignificación V5 (actividades 1,3,4,4|9,20 y 21) asociado al proceso de Reparación Integral se ajusta la evaluación dando un cumplimiento total del 100%. El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa la respuesta efectuada por la Dirección Territorial y considera que los argumentos planteados no son suficientes para romper el principio de ascetismo y no da la plena certeza al auditor del cumplimiento; así mismo se comunica que se mantiene la debilidad registrada, toda vez que la Oficina de Control Interno relacionada con la evaluación del proceso Participación y Visibilización en su procedimiento "Procedimiento para el Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas V1"; no se registran evidencias pertinentes que den certeza de la gestión realizada bajo la responsabilidad de la Dirección Territorial Magdalena Medio y su interacción con las dependencias misionales responsables del proceso de Participación y Visibilización.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno sugiere a la Dirección Territorial Magdalena Medio solicitar a la Oficina Asesora de Planeación OAP, áreas misiones capacitaciones y/o asesorías en el en la implementación y ajustes que considere necesario en los diferentes procesos y procedimientos misionales; con el fin de contribuir al fortalecimiento en el conocimiento de este tema a su equipo

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

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 la interacción de los diferentes procesos con la Dirección Territorial.

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

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

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 16 de 110

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 los dispuesto en el:

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

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

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

Dentro del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional en su versión 5, vigente para la anualidad 2023, dentro de la 2ª. Dimensión: Direccionamiento Estratégico y Planeación en el numeral 2.2 Política de Planeación

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 17 de 110

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

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

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

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

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 18 de 110

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. Analítica Institucional, indica que:

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

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

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

En consecuencia, según el DANE (2005) una adecuada medición debe ser: (i) Pertinente, esto significa que las mediciones que se lleven a cabo sean relevantes y útiles en el tiempo para facilitar las decisiones que serán tomadas sobre la base de tales mediciones; (ii) Precisa, debe reflejar fielmente la magnitud que se quiere analizar, lo cual puede conseguirse a través de una buena definición de las

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

características de las unidades a medir y una adecuada elección del instrumento de medición; (iii) Oportuna, que los resultados de la medición estén disponibles en el tiempo en que la información es importante y relevante para la toma de decisiones, tanto para corregir como para prevenir y (iv) Económica, debe existir una proporcionalidad y racionalidad entre los costos incurridos en la medición y los beneficios o la relevancia de la información suministrada.

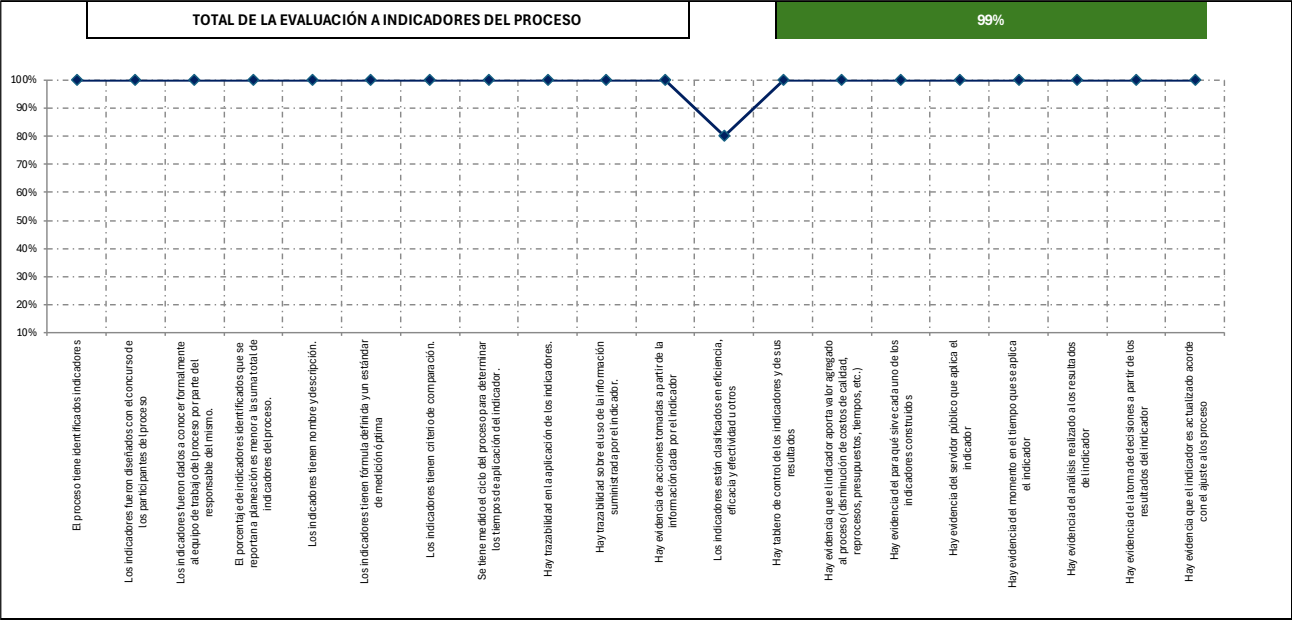
Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de los indicadores de gestión, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – indicadores, mediante correo electrónico del martes 8 de abril de 2025 a las 3:27 p.m. La Dirección Territorial auditada da respuesta mediante correo electrónico del viernes 2 de mayo de 2025 a las 4:53 p. m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

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

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

El papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – indicadores tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert¹. 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:

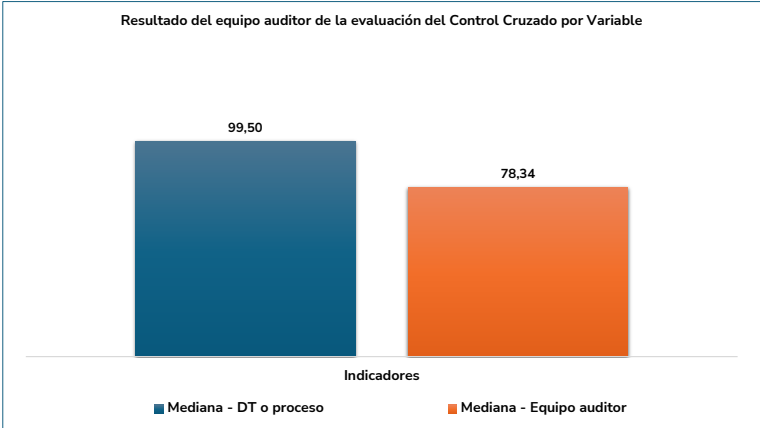
¹ La escala de Likert es una de las escalas más utilizadas en investigación en ciencias sociales. Ofrecen un sistema de clasificación simple que es común a las encuestas de todo tipo. La escala se llama así por el psicólogo que lo creó, Rensis Likert. Un uso común de la escala de Likert es una encuesta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



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

Como se observa, la calificación que se da la Dirección Territorial auditada corresponde a 99 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 90 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 9 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 Magdalena Medio correspondientes al

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 21 de 110

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 21,66 puntos en la variable “Indicador”, toda vez que el resultado de la valoración de la DT auditada es de 99 y la del Equipo Auditor de 78,34. 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 Magdalena Medio, 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 Magdalena Medio, 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 Magdalena Medio, 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 MECI, 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 Magdalena Medio 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 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 22 de 110

- 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).

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 23 de 110

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.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 24 de 110

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- *Apoyo a la toma de decisiones*
- *Garantizar la operación normal de la organización*

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

- *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.*

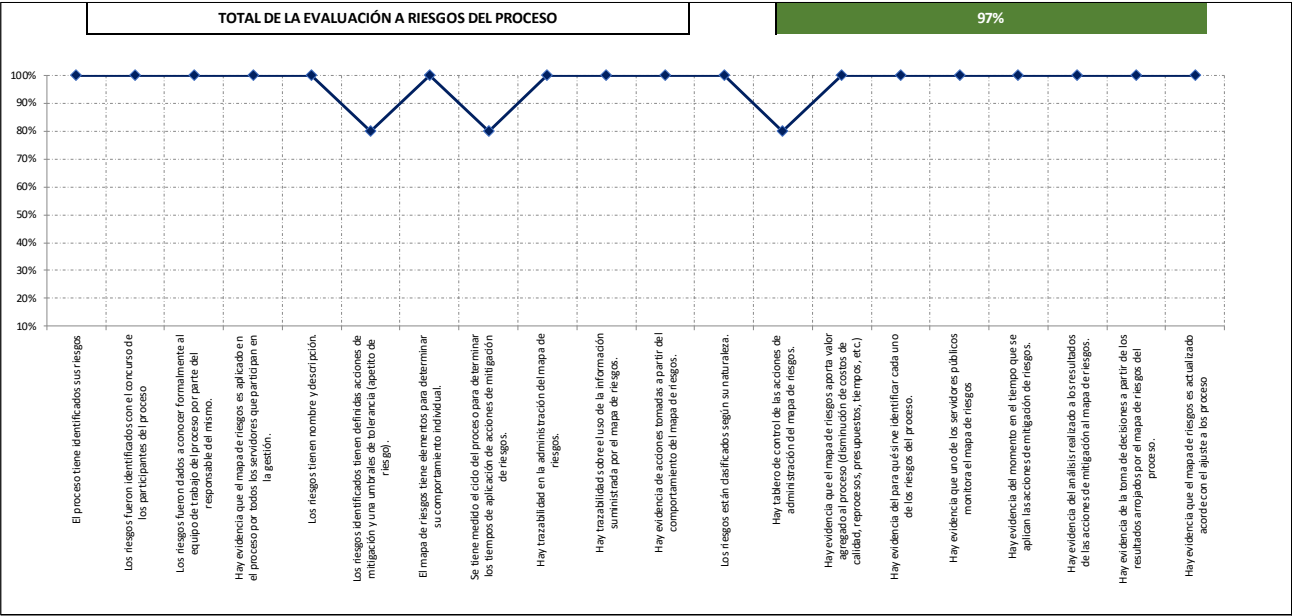
Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de los indicadores de gestión, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – riesgos, mediante correo electrónico del martes 8 de abril de 2025 a las 3:27 p.m. La Dirección Territorial auditada da respuesta mediante correo electrónico del viernes 2 de mayo de 2025 a las 4:53 p. m., con los respectivos soportes para el proceso auditor.

El Equipo Auditor, a través de la citada matriz/papel de trabajo, 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 Magdalena Medio el papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – riesgos el cual tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert². La Dirección 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:

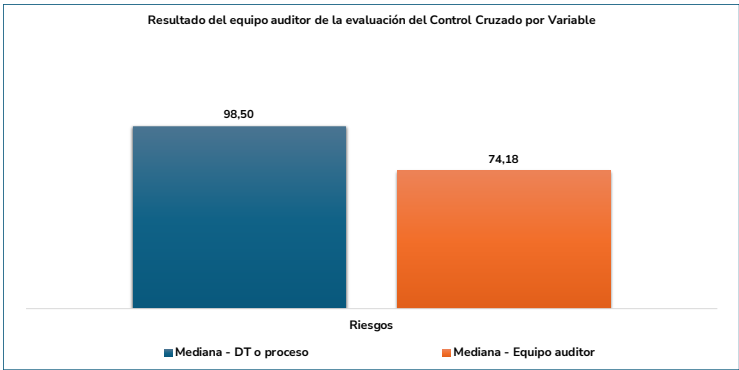
² La escala de Likert es una de las escalas más utilizadas en investigación en ciencias sociales. Ofrecen un sistema de clasificación simple que es común a las encuestas de todo tipo. La escala se llama así por el psicólogo que lo creó, Rensis Likert. Un uso común de la escala de Likert es una encuesta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



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 97 puntos de 100 posibles.

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – riesgos corresponde a 73 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 24 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 Magdalena Medio correspondientes al primer y segundo semestre de 2024, donde se realiza un análisis cruzado de los valores y

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 27 de 110

porcentajes obtenidos en ambas herramientas, en la cual se establece la valoración a través de la aplicación de la mediana, ello implica una diferencia 26,82 puntos en la variable “Riesgos”, toda vez que el resultado de la valoración de la DT auditada es de 97 y la del Equipo Auditor de 74,18, esto debido que la Dirección Territorial en las evidencias aportadas aunque demuestra la identificación de riesgos adicionales, no aporta evidencias del seguimiento realizado a los controles de dichos riesgos. Lo que significa que *“Hay evidencia de un mapa de riesgos en formación y con indicios de administración de los mismos. No obstante, falta que el mapa de riesgos y la administración de los mismos sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones”*. (Información tomada resultado papel de trabajo).

Por lo anterior, la Dirección Territorial Magdalena Medio en análisis al componente de riesgos del sistema de control Interno no presenta debilidad.

Sin embargo, el equipo auditor recomienda analizar el componente de riesgos del sistema de control interno debido a la ausencia de soportes que demuestre la aplicación de los controles al riesgos identificado *“Posibilidad de pérdida económica y reputacional por pérdida de la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información registrada en documentos físicos, digitales y/o sistemas de información, por el acceso no controlado a la información sensible o confidencial y el desconocimiento de los lineamientos de seguridad de la información de la entidad. y el control “La Dirección Territorial suscribe el “Acuerdo de Confidencialidad” como control de acceso cada vez que se solicita usuarios a las herramientas tecnológicas en las que se procesa y se almacena la información, de lo contrario no se asignaran usuarios, con el fin de dar cumplimiento a las Políticas de Seguridad de la Información definidas por la Entidad. Es importante que los funcionarios, contratistas y operadores conozcan las implicaciones que se pueden presentar por el uso inadecuado de la información en aras de obtener un beneficio económico por la atención y orientación a las víctimas. Para los casos en el que se venza el Acuerdo de Confidencialidad el usuario será deshabilitado.* Esta situación puede limitar la capacidad de verificar si las medidas implementadas para mitigar los riesgos identificados por la Dirección Territorial están siendo aplicadas de manera efectiva y sostenida en el tiempo. Lo anterior puede afectar la trazabilidad del proceso y la posibilidad de gestionar de forma oportuna los riesgos identificados.

Asimismo, la falta de documentación sobre el seguimiento imposibilita establecer si las causas potenciales han sido tratadas de manera adecuada, lo que incrementa la exposición a posibles fallas en los procesos y compromete el cumplimiento de los objetivos institucionales. Esta situación no está en línea con lo dispuesto en el Modelo Estándar de Control Interno – MECI (Decreto 1499 de 2017) y la Ley 87 de 1993, los cuales exigen la existencia de evidencia verificable para garantizar la eficacia del control, el autocontrol y la mejora continua.

Siendo las potenciales causas de la situación observada la falta de asignación clara de responsabilidades para el seguimiento y documentación de los controles establecidos, lo que genera vacíos en la ejecución y verificación de estas actividades, la imperfección de un plan o cronograma estructurado de seguimiento, que permita establecer tiempos, responsables y periodicidad para evaluar la eficacia de los controles frente a los riesgos identificados.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 28 de 110

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

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

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

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

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 29 de 110

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

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

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

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

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 30 de 110

y propósitos, procurando su simplificación y actualización de manera permanente” y c) “Políticas operacionales y delimitación precisa de la autoridad y niveles de responsabilidad”.

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

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

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

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

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

- *“Entender la situación: El objetivo de esta acción, enmarcada en el análisis de capacidades y entornos del Direccionamiento Estratégico y la Planeación (...)”.*

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 31 de 110

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

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

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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de 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 martes 8 de abril de 2025 a las 3:27 p.m. La Dirección Territorial auditada da respuesta mediante correo electrónico del viernes 2 de mayo de 2025 a las 4:53 p. m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

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

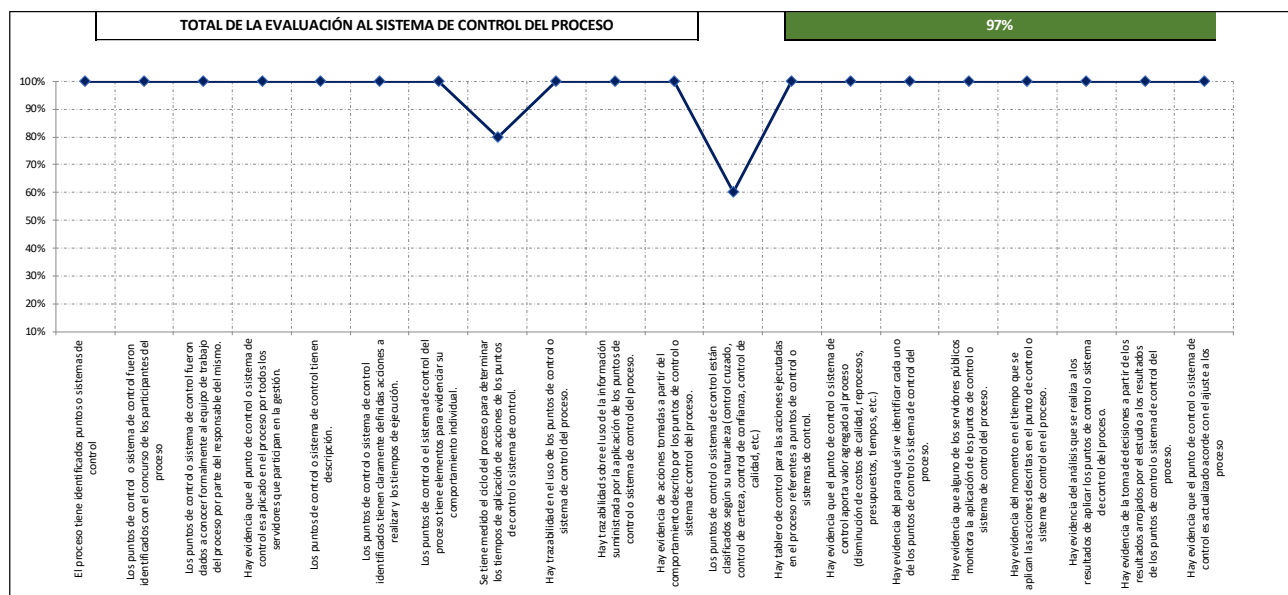
- Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional;
- Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad;
- Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional;
- Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros;

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022 Página 32 de 110

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 Magdalena Medio el papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – control el cual tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert⁴. La Dirección Territorial auditada responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz así:



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

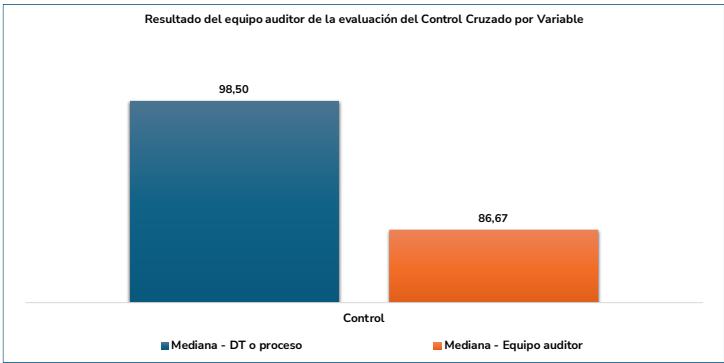
Como se observa, la calificación que se da la Dirección Territorial auditada corresponde a 97 puntos de 100 posibles.

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 90 de 100

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 33 de 110

posibles. Ello implica una diferencia real de 7 puntos respecto de la calificación de la auditada y de 10 puntos 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 Magdalena Medio 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 11 puntos en la variable “Control”, toda vez que el resultado de la valoración de la DT auditada es de 97 y la del Equipo Auditor de 86,67. El Equipo Auditor analiza las evidencias del Sistema de Control Interno (SCI), las cuales evidencian la existencia de controles complementarios a los establecidos formalmente en los puntos de control definidos por los instrumentos de gestión de la entidad. Esto indica que *“Hay evidencia que el modelo de control que se soporta en puntos de control y otros mecanismos está en plena producción para sustentar la toma de decisiones, que es inherente al proceso, actualizado y socializado adecuadamente”*. (Información tomada resultado papel de trabajo).

Por lo anterior, la Dirección Territorial Magdalena Medio, 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 Magdalena Medio para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. El propósito es determinar si la Dirección Territorial auditada posee y reconoce un

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 34 de 110

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 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 110

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

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

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

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

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

Por su parte, la UARIV mediante la Resolución No. 2728 del 5 de octubre de 2021 “Por la cual se adopta el modelo integrado de planeación y gestión-MIPG (...)”; en el artículo 2 Objetivos del modelo el numeral 2 señala que se debe “Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la en la información, el control y la evaluación para la toma de decisiones y la mejora continua”. Esta es una tarea propia de dependencias y procesos, que se debe hacer desde el ejercicio de Direccionamiento Estratégico en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación y la línea estratégica de la

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 36 de 110

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 sistema de control interno – mejora o valor agregado, mediante correo electrónico del martes 8 de abril de 2025 a las 3:27 p.m. La Dirección Territorial auditada da respuesta mediante correo electrónico del viernes 2 de mayo de 2025 a las 4:53 p. m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de 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:

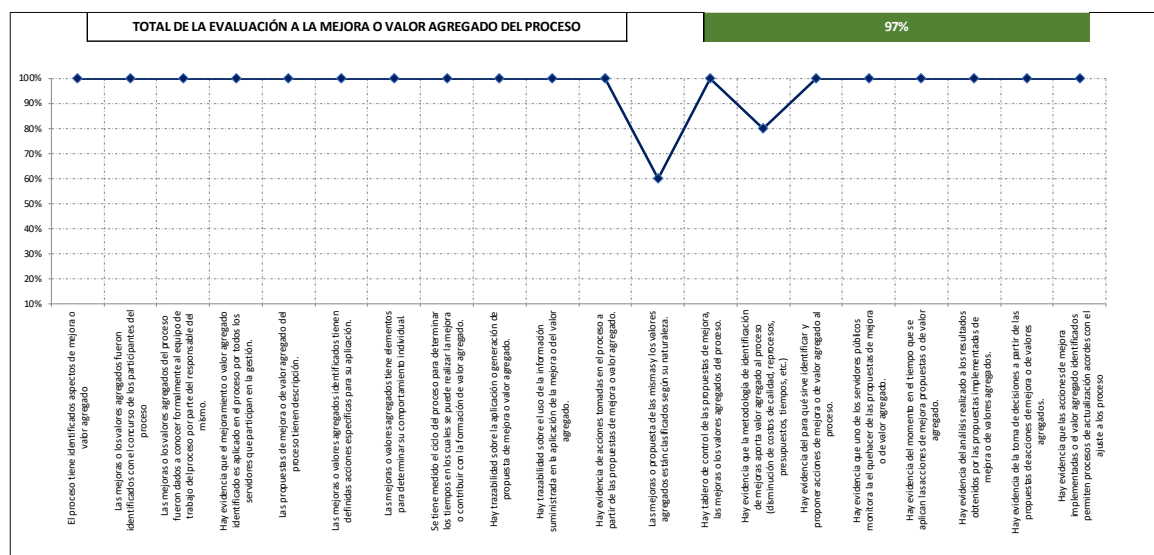
b) Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional; c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento 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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 37 de 110

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 Magdalena Medio.

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



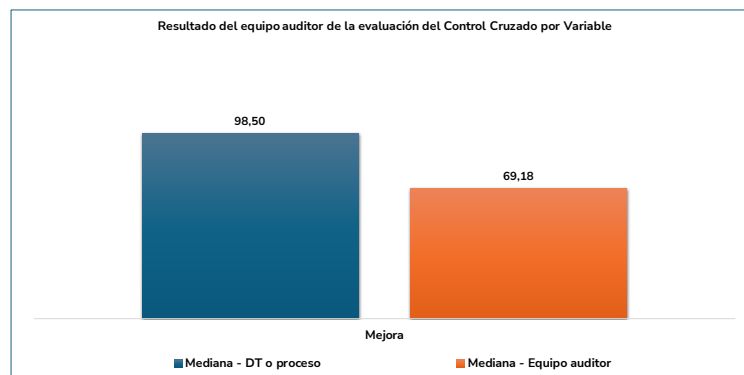
Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión. Fuente propia OCI

Como se observa, la calificación que se da la Dirección Territorial auditada corresponde a 97 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 – mejora o valor agregado corresponde a 63 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 34 puntos respecto de la calificación de la Dirección Territorial auditada y de 37 puntos del máximo posible (100 puntos).

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022 Página 38 de 110



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 Magdalena Medio 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 30,82 puntos en la variable “Mejora o Valor Agregado”, toda vez que el resultado de la valoración de la Dirección Territorial auditada es de 97 y la del Equipo Auditor de 69,18.

El Equipo Auditor analiza las evidencias del SCI y autoevaluación primer y segundo semestre que hacen parte del alcance de la auditoria, las cuales dan claridad del resultado de la valoración de las evidencias aportadas por la Dirección Territorial. Lo que significa que *“Hay evidencia de acciones de mejora propuestas y analizadas o de valores agregados alcanzados. No obstante, falta que este modelo de mejoramiento o agregación de valor sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones”*. (Información tomada resultado papel de trabajo).

Por lo anterior, la Dirección Territorial Magdalena Medio, en el análisis del modelo mejora o valor agregado correspondientes a la evaluación del Sistema de Control Interno, no presenta debilidad. No obstante, el equipo auditor recomienda que la Dirección territorial auditada debe fortalecer la implementación del modelo de mejoramiento o agregación de valor, asegurando su reconocimiento formal como una fuente válida y confiable de información para la toma de decisiones institucionales. Para ello, es necesario establecer mecanismos que garanticen la trazabilidad, validación y difusión de los resultados generados por dicho modelo, integrándolos en los procesos estratégicos, de evaluación y de gestión. Esta acción contribuirá a una gestión más efectiva y alineada con los objetivos institucionales, al proporcionar insumos oportunos y relevantes para la mejora de la entidad. Lo que está en línea con lo establecido por el Decreto 1499 de 2017, que actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), los cuales promueven la generación de valor público a través de la articulación entre los sistemas de gestión y control. Igualmente, responde a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, que señala la importancia del control interno como herramienta de apoyo a la dirección en la toma de decisiones, mediante la evaluación permanente del desempeño institucional. En este sentido, el uso estratégico

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 39 de 110

del modelo de mejora o valor agregado fortalece la eficiencia, eficacia y transparencia de la administración pública.

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 Magdalena Medio 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 lo dispuesto en el:

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 40 de 110

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 41 de 110

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

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

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

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

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

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

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

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:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 42 de 110

“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 martes 8 de abril de 2025 a las 3:27 p.m. La Dirección Territorial auditada da respuesta mediante correo electrónico del viernes 2 de mayo de 2025 a las 4:53 p. m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

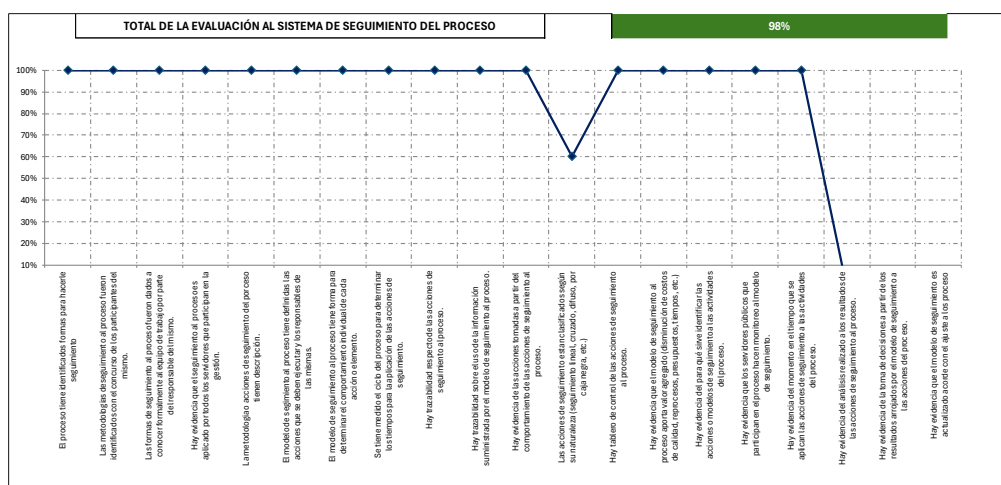
El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de seguimiento definidos en el artículo 2º de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales b), c), d), 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 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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 43 de 110

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 Magdalena Medio el papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – seguimiento el cual tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert⁶. La Dirección Territorial auditada responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz así:



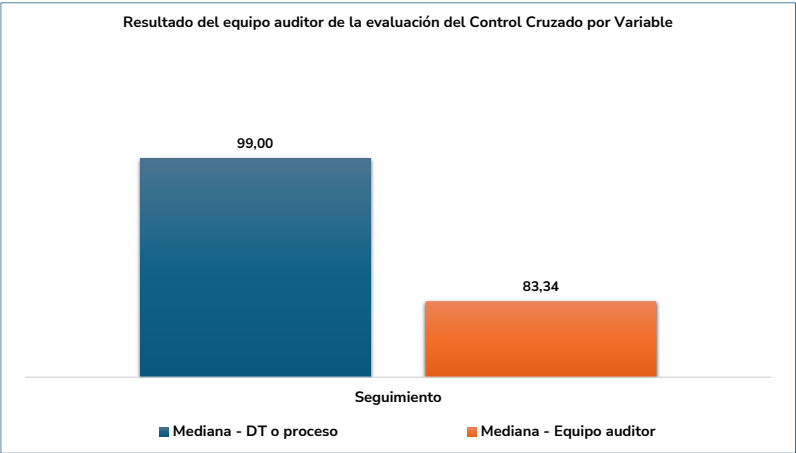
Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión. Fuente propia OCI

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

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – seguimiento corresponde a 83 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 15 puntos respecto de la calificación de la Dirección Territorial auditada y de 17 respecto del máximo posible (100 puntos).

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 44 de 110



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 Magdalena Medio 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 16.66 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 83.34. 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).

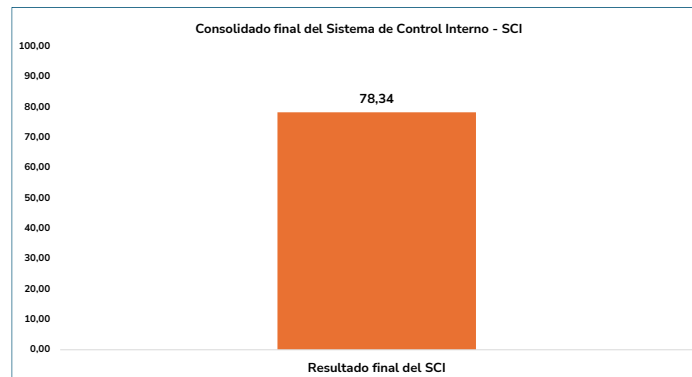
Por lo anterior, la Dirección Territorial Magdalena Medio en análisis del modelo de seguimiento correspondiente a evaluación del sistema de control Interno no presenta debilidad.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 45 de 110

5.2.6 Consolidado del Sistema de Control Interno Dirección Territorial Magdalena Medio.

En el marco de la auditoría realizada a la Dirección Territorial Magdalena Medio, la Oficina de Control Interno, en cumplimiento de su función de aseguramiento y conforme a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, así como en la aplicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas (NAGA), se llevó a cabo una verificación sistemática de la eficacia de los controles establecidos por el auditado. Esta evaluación se centra en medir el grado de cumplimiento de las cinco variables críticas: 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 Magdalena Medio 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 78.34%, 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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 46 de 110

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

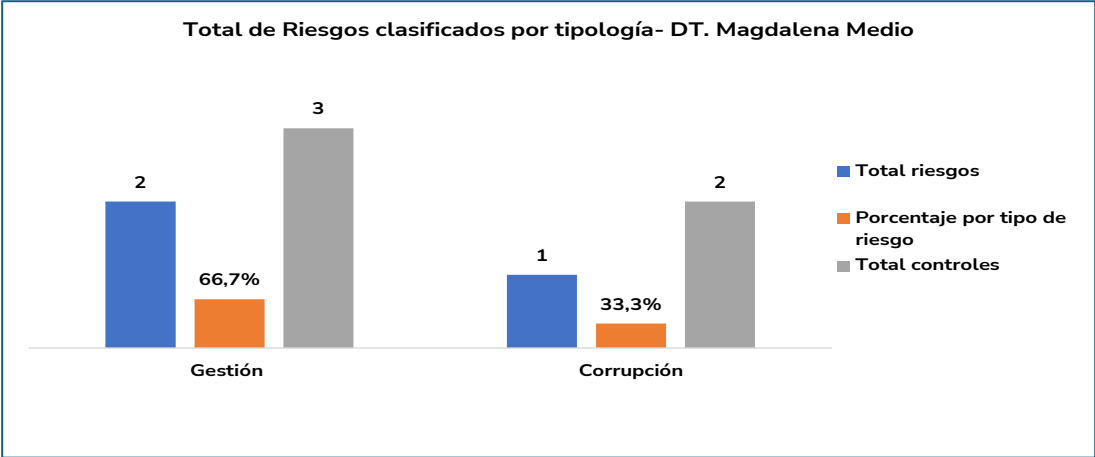
La Dirección Territorial Magdalena Medio, conforme al artículo 29 del Decreto 4802 de 2011, tiene como función ejecutar las políticas, planes y programas, así como coordinar la implementación de las estrategias de la entidad a nivel territorial. Esto con el fin de gestionar, fortalecer y hacer seguimiento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

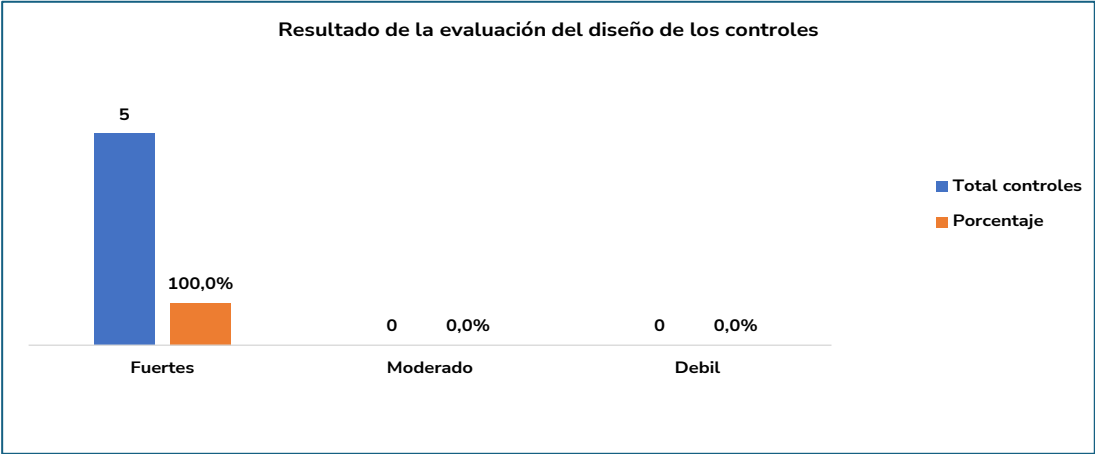
Es necesario señalar que el propósito de esta evaluación es determinar si la Dirección Territorial en mención diseña de manera adecuada y metodológicamente el control al riesgo y a su vez verifica si la evidencia cumple el propósito de la acción del control. El presente análisis del Equipo Auditor se 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 Magdalena Medio. 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 tres (3) controles, mientras que para el riesgo de corrupción se ha establecido dos (2) controles. *(Datos tomados de la matriz de riesgos estandarizada del año 2024).*



Fuente: Herramienta análisis de riesgos de la OCI

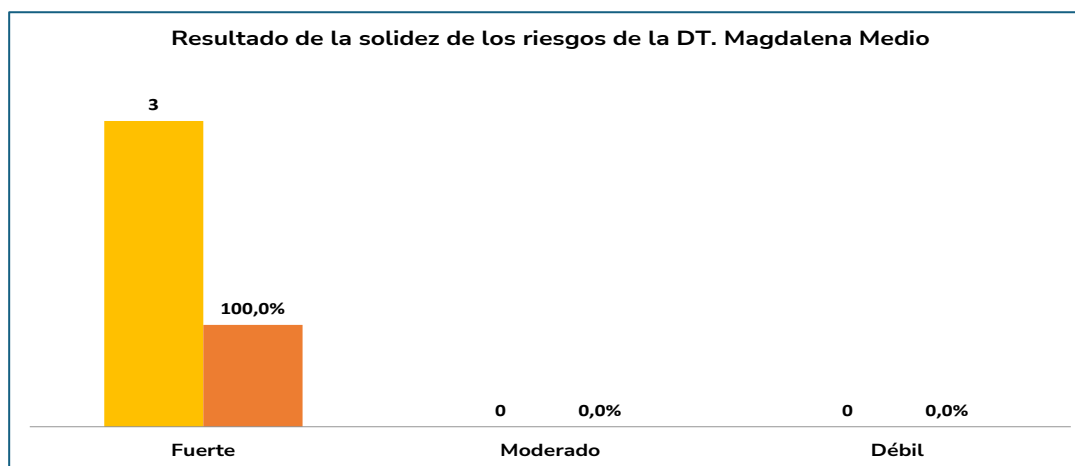
Concerniente a la evaluación del diseño de los controles adoptados para los dos (2) riesgos administrativos y el riesgo de corrupción, se identifica que los cinco (5) controles adoptados se encuentran en zona “fuerte”, con un cumplimiento del 100%. *(Información obtenida de la herramienta análisis de riesgos de la OCI – “resultado y zona – rango del control actual del diseño”).*



Fuente: Herramienta análisis de riesgos de la OCI

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 48 de 110

Con relación a la solidez del control integral entre el diseño y la ejecución se obtiene los siguientes resultados:



Fuente: Herramienta análisis de riesgos de la OCI

Al analizar las variables de la gráfica, se concluye que, el 100% equivalente a los tres (3) riesgos adoptados por la territorial se encuentran clasificados en el rango *"fuerte"*. Este resultado refleja la evaluación del cumplimiento de los lineamientos establecidos para la redacción de los controles, así como la efectividad en su ejecución con base en las evidencias disponibles.

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 100.0% *"existe la evidencia y el control total"*, (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 conformidad a los lineamientos establecidos en la *"guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas"* emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 49 de 110

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, aunque existe por parte de la Dirección Territorial un cumplimiento en la redacción al diseño de los controles, así como con la efectividad en su ejecución evidenciada en los registros disponibles, se requiere fortalecer la identificación de los riesgos en relación con la totalidad de la operación misional que se lleva a cabo 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, alineados con las directrices establecidas a nivel nacional. Actualmente, solo se han identificado dos (2) riesgos de gestión: uno relacionado con “(...) el acompañamiento o asistencia técnica, formación e implementación de acciones y garantías de acceso a las medidas de satisfacción, rehabilitación y garantías de no repetición”, otro vinculado a las “(...) jornadas por la no realización de estas de atención móvil de orientación y comunicación”, y uno (1) de Corrupción relacionado con el “(...) pago por indemnización administrativa, por parte de los funcionarios o contratistas de la Unidad para obtener beneficio propio o de terceros”. No se evidencia riesgos asociados a los demás procesos y actividades misionales. Esta situación genera un 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*

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 50 de 110

inherente a los procedimientos. (subrayado fuera de texto).

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

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

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

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

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

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

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

Evaluar la gestión del riesgo en la entidad.

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 51 de 110

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

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

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

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

5.5. Acciones para abordar riesgos y oportunidades

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

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 52 de 110

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

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

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

A partir del marco normativo Ley 87 de 1993, 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; los lineamientos dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, 2023 V5, la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en entidades públicas V6, y la metodología administración de riesgos adoptada por la entidad, el Equipo Auditor establece que la Dirección Territorial requiere fortalecer la identificación de los riesgos en relación con la totalidad de la operación misional que se lleva a cabo en el territorio.

De acuerdo con lo expuesto, se evidencia una debilidad en el sistema de control interno relacionada con la necesidad de fortalecer la identificación de los 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 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 ausencia de un análisis del contexto global durante el proceso de identificación de riesgos, así como la no aplicación integral de estos. Esta situación podría derivar en la materialización de eventos adversos que comprometan el logro de los objetivos institucionales y la adecuada gestión del territorio.

Este aspecto fue comunicado al auditado el lunes 12 de mayo de 2025. En respuesta, mediante comunicación del miércoles 20 de mayo de 2025 y dentro de los plazos establecidos, el auditado presentó un informe detallado sobre las acciones ejecutadas frente a los tres (3) riesgos estandarizados y aprobados a nivel nacional por la Dirección Territorial, considerando en términos generales lo siguiente:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 53 de 110

“Riesgo 1: Posibilidad de pérdida reputacional ante las víctimas y entes territoriales, por incumplimiento y/o efectividad en el acompañamiento o Asistencia Técnica, formación e implementación de acciones y garantías de acceso a las medidas de satisfacción, rehabilitación y garantías de no repetición.

El anterior riesgo contempla varias actividades de diferentes procesos como se muestra a continuación:

- Brindar asistencia técnica para la actualización de planes de contingencia en la fase de formulación a entidades territoriales de interés estratégico y que son priorizadas a partir de estudio técnico. (proceso Prevención y Atención de Emergencias)
- Brindar acompañamiento en la formulación la formulación del Plan Operativo de Sistemas de Información - POSI, a las entidades territoriales que le corresponden a la Dirección Territorial. (proceso Red Nacional de Información)
- Implementar la estrategia de comunicación y formación masiva para víctimas organizadas y no organizadas en la política pública de víctimas (proceso Participación y Visibilización).
- Construir informes de articulación, gestión y seguimiento en el marco de los CTJT departamentales y municipales. (proceso Nación Territorio).
- Cartas de entendimiento o convenios suscritos con instituciones de educación superior – IES. (proceso SNARIV).
- Atender víctimas individuales en la medida de rehabilitación psicosocial. (proceso Grupo Psicosocial).
- Realizar seguimiento a los planes de retornos y reubicaciones aprobados y en actualización en el marco de los CTJT o subcomités. (proceso Grupo de Retornos y Reubicaciones)
- Formular y concertar planes de reparación colectiva con Sujetos de Reparación Colectiva. (proceso Reparación Colectiva).

Riesgo 2: Posibilidad de utilización de información de las víctimas o sistemas de información del pago por indemnización administrativa, por parte de los funcionarios o contratistas de la Unidad para obtener beneficio propio o de terceros.

- Efectuar la entrega de cartas de indemnización aptas para ser entregadas. (proceso Reparación Individual – Indemnizaciones).

Riesgo 3: Posibilidad de pérdida reputacional ante las víctimas y el solicitante de la jornada por la no realización de las jornadas de atención móvil de orientación y comunicación.

- Jornadas de Atención móviles de orientación y comunicación a las víctimas. (proceso Grupo del Servicio al Ciudadano).

De acuerdo con lo anterior se puede evidenciar que los riesgos identificados en la dirección territorial contemplaron nueve (9) procesos misionales que se desarrollan en el territorio. Lo anterior se puede evidenciar en las siguientes evidencias:

- Evidencia 1: acta 02 del 30 de enero del 2024
- Evidencia 2 Matriz de Riesgos DTMM Versión final
- Evidencias del control 1 del riesgo 1 esta última aportadas en el proceso de auditoría”.

Para determinar si las consideraciones presentadas por el auditado cuentan con el soporte suficiente que permita al Equipo Auditor modificar el concepto de la debilidad comunicada, se parte del hecho de que se allegó evidencia documental que podría desvirtuar el criterio inicialmente emitido. Dicha evidencia fue debidamente verificada y evaluada, y el Equipo Auditor considera procedente la

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 54 de 110

información aportada en relación con la matriz de riesgos y la efectividad de los controles implementados por la Dirección Territorial.

Como resultado de este análisis, el Equipo Auditor encuentra soporte suficiente para romper el escepticismo profesional y la incertidumbre respecto al estado del Sistema de Control Interno, específicamente en lo concerniente a la gestión de riesgos. En consecuencia, la debilidad inicialmente identificada sufre una variación en su concepto y es retirada del capítulo de debilidades.

No obstante, con el propósito de fortalecer aún más el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial en relación con el mapa de riesgos, se sugiere que dichos riesgos sean desagregados por cada uno de los procesos misionales y de apoyo. Esta medida permitirá un mayor control y seguimiento, contribuyendo a minimizar la probabilidad de materialización de riesgos en el desarrollo de la operación. Por consiguiente, se deja como observación.

5.4 ANÁLISIS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2024 DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL MAGDALENA MEDIO

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 55 de 110

Acción de que trata el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, deberán integrar los planes institucionales y estratégicos que se relacionan a continuación y publicarlos, en su respectiva página web, a más tardar el 31 de enero de cada año:

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

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

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

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

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 56 de 110

De igual manera, en la dimensión 4ª 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 extraen los lineamientos generales para la implementación, indicando que, se debe: *“Definir un área o servidor responsable del diseño, implementación y comunicación de los mecanismos de seguimiento y evaluación, revisar y actualizar los indicadores y demás mecanismos de seguimiento y evaluación establecidos en la entidad y por otras autoridades, Evaluar el logro de los resultados, 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 Magdalena Medio. 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 Magdalena Medio, 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.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 57 de 110

Para el efecto elabora y aplica un papel de trabajo que toma la información de manera directa del aplicativo SISPLAN+, el que a su vez es alimentado (mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral, semestral o anual) a través de reportes realizados por cada responsable de las acciones y actividades de acuerdo con el periodo de tiempo establecido en cada meta programada para cada vigencia.

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

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 Magdalena Medio tiene en total 41 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 39. En lo que compete al primer trimestre de 2024 no aplica reporte de avance en 26 de sus actividades. Por consiguiente, la muestra de trabajo es de 12 actividades que corresponden al 31% de la población, donde se evidencia que ocho (8) actividades programadas presentan estado óptimo del 100% y cuatro (4) estado superlativo del 108%, 150%, 200% y 289%.

En cuanto al segundo trimestre de 2024 la muestra de trabajo es de veintiuna (21) actividades, lo que equivale 55% de la población, en consecuencia, se describe el estado de avance en el periodo comprendido del 01 de abril de 2024 al 30 de junio de 2024, así:

Estado óptimo (100%): Las actividades reportadas en el segundo trimestre de 2024, y que en dicho periodo tiene el valor planeado, es decir se cumple lo planeado es de 14 actividades de las 21 posibles, lo que equivale al 66.67% 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 0 de las 21 posibles, lo que equivale al 0.00% de la muestra.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 58 de 110

Estado crítico (menor del 60%): Las actividades reportadas en el segundo trimestre de 2024, y que en dicho periodo tiene un menor valor a lo planeado, es decir no se cumple lo planeado es de 3 de las 21 posibles, lo que equivale al 14.29% 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 4 de las 21 posibles, lo que equivale al 19.04% de la muestra.

Respecto al tercer trimestre 2024, la muestra de trabajo es de veinticinco (25) actividades, equivalente el 66% de la población. De acuerdo con esta información el estado de avance obtenido del 01 de julio de 2024 al 30 de septiembre de 2024 es el siguiente:

Estado óptimo (100%): Las actividades reportadas en el tercer trimestre de 2024, y que en dicho periodo tiene el valor planeado, es decir se cumple lo planeado es de 12 actividades de las 25 posibles, lo que equivale al 48% 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 6 de las 25 posibles, lo que equivale al 24% 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 2 de las 25 posibles, lo que equivale al 8% 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 5 de las 25 posibles, lo que equivale al 20% de la muestra.

En lo referente al cuarto trimestre de 2024, el comportamiento de ejecución de las 39 actividades de la Dirección Territorial Magdalena Medio programadas para la vigencia 2024 presenta el nivel de cumplimiento que se relaciona a continuación:

Veintiuna (21) presentan estado óptimo del 100%, equivalente al 53.85%.

Seis (6) muestran estado medio del (60%, 67%, 79%, 80% y 2 con el 93%), equivalente al 15.38%.

Cinco (5) registran estado crítico (0%, 1%, 4%, 33% y 50%), equivalente al 12.82%.

Seis (6) presentan estado superlativo (113%, 124%, 133%, 200% y 2 con el 108%), equivalente al 15.38% del total de indicadores.

Una (1) no envían reporte único programado para diciembre de 2024 (código 84), equivalente al 2.56%.

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 Magdalena Medio (enero a diciembre de 2024), así como el comparativo del cumplimiento a dicho plan respecto a la evaluación efectuada por la Oficina de Control Interno y la Oficina Asesora de Planeación, así:

 Unidad para las Víctimas  DIRECCIÓN TERRITORIAL MAGDALENA MEDIO		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			Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento			Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento			
		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%	100	100	100	100%	100%
4	Abril	3	6	50	50%	3%		7	3	233,333	233%	33%		2	2	100	100%	10%	25	100	25	25%	25%
5	Mayo	11	11	100	100%	11%		9	6	150	150%	43%		8	5	160	160%	38%	300	100	300	300%	300%
6	Junio	17	17	100	100%	17%		11	9	122,222	122%	52%		18	11	163,64	164%	86%	100	100	100	100%	100%
7	Julio	100	100	100	0%	100%		16	12	133,333	133%	76%		26	13	200	200%	124%	100	100	100	100%	100%
8	Agosto	0	100	0	0%	0%		18	15	120	120%	86%		26	15	173,33	173%	124%	100	100	100	100%	100%
9	Septiembre	0	100	0	0%	0%		19	17	111,765	112%	90%		26	17	152,94	153%	124%	100	100	100	100%	100%
10	Octubre	0	100	0	0%	0%		19	19	100	100%	90%		26	19	136,84	137%	124%	125	100	125	125%	125%
11	Noviembre	0	100	0	0%	0%		21	21	100	100%	100%		26	21	123,81	124%	124%	100	100	100	100%	100%
12	Diciembre	0	100	0	0%	0%		0	21	0	0%	0%		0	21	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%
OCI					1%						100%					124%						100%	
OAP					1%						100%					124%						100%	

Fuente: Herramienta análisis de plan de acción - OCI

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. Jornadas de Atención de Servicio móviles de orientación y comunicación a las víctimas (Cód. 39)					8. Cartas de indemnización administrativa aptas, entregadas (Cód. 47).					9. Número de planes de reparación colectiva formulados y concertados con los sujetos. (Cód. 56)				
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	90	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
108,33	100	108,33	108%	108%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	97,28	90	108,09	108%	108%	0	1	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	12	12	100	100%	16%	0	90	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	12	0	0%	0%	98,7	90	109,57	110%	110%	0	1	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	12	0	0%	0%	0	90	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	34	34	100	100%	44%	96,31	90	107,01	107%	107%	0	1	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	34	0	0%	0%	0	90	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	34	0	0%	0%	0	90	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	57	58	98,276	98%	74%	98,41	90	109,34	109%	109%	0	1	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	58	0	0%	0%	94	90	104,44	104%	104%	0	1	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	58	0	0%	0%	0	90	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	77	77	100	100%	100%	100	90	111,11	111%	111%	0	1	0	0%	0%
									100%					100%					108,27%					0%
									100%					100%					108%					0%

Fuente: Herramienta análisis de plan de acción - OCI



Unidad para
las Víctimas

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

Código: 150,19,15-8

PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

Versión: 08

PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO

Fecha: 25/10/2022

Página 60 de 110

10. Planes de reparación colectiva en implementación (Cód. 57)					11. Planes de retornos y reubicaciones aprobados con seguimiento a la implementación de las acciones en el marco de los CTJT o subcomités (Cód. 74).					12. Solicitud a la sostenibilidad RR de los casos de retorno y reubicación viabilizados (Cód. 79).					13. Planes étnicos y no étnicos de retorno o reubicación formulados y aprobados (Cód. 84)					14. Víctimas individuales con rehabilitación psicosocial (Cód. 85)				
Periodo y % de Avance Programado					Periodo y % de Avance Programado					Periodo y % de Avance Programado					Periodo y % de Avance Programado					Periodo y % de Avance Programado				
Reporte	Meta	Avance	% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Reporte	Meta	Avance	% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Reporte	Meta	Avance	% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Reporte	Meta	Avance	% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Reporte	Meta	Avance	% de Avance	% de Cumplimiento 2024
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	100%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	72	360	20	20%	8%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	0	360	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	360	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	647	675	95,852	96%	72%
1	2	50	50%	33%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	675	0	0%	0%
0	2	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	4	0	0%	0%	0	675	0	0%	0%
1	3	33,333	33%	33%	1	1	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	1018	900	113,11	113%	113%
				33%					100%					100%					NER					113%
				33%					100%					100%					NER					113%

Fuente: Herramienta análisis de plan de acción - OCI

15. Acciones de acompañamiento psicosocial realizadas en el marco de la medida de rehabilitación en sujetos de reparación colectiva focalizados en ruta e implementación (Cód. 88)					16. Centros regionales de atención a víctimas en funcionamiento, con acompañamiento psicosocial (Cód. 90)					17. Comunidades con plan de retorno y reubicación con la estrategia de tejido social implementada. Comunidades que han recibido la estrategia de tejido social en el marco de los planes de retorno y reubicación (Cód. 93)					18. Número de actos simbólicos y de dignificación implementados (Cód. 95).					19. Víctimas atendidas diferencialmente por medio de las estrategias asociadas a medidas de satisfacción a nivel individual (Cód. 96)				
Periodo y % de Avance Programado					Periodo y % de Avance Programado					Periodo y % de Avance Programado					Periodo y % de Avance Programado					Periodo y % de Avance Programado				
Reporte	Meta	Avance	% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Reporte	Meta	Avance	% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Reporte	Meta	Avance	% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Reporte	Meta	Avance	% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Reporte	Meta	Avance	% de Avance	% de Cumplimiento 2024
0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	2	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	4	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
50	100	50	50%	50%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	5	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	3	2	150	150%	30%	0	1	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	3	4	75	75%	30%	0	1	0	0%	0%
100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	4	6	66,667	67%	40%	0	1	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	4	8	50	50%	40%	0	1	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	4	9	44,444	44%	40%	0	1	0	0%	0%
93,33	100	93,33	93%	93%	1	1	100	100%	100%	4	4	100	100%	100%	6	10	60	60%	60%	0	425	0	0%	0%
				93%					100%					100%					60%					
				93%					100%					100%					60%					

Fuente: Herramienta análisis de plan de acción - OCI



Unidad para
las Víctimas

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

Código: 150,19,15-8

PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

Versión: 08

PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO

Fecha: 25/10/2022

Página 61 de 110

DIRECCIÓN TERRITORIAL MAGDALENA MEDIO																											
20. Número de víctimas que acceden a medidas de satisfacción a nivel individual (Cód. 98)				21. Número de comunidades étnicas con procesos de concertación para el acceso a las medidas contenidas en los decretos leyes en el marco al derecho a la autonomía y el gobierno propio y la participación efectiva finalizados (Cód. 101)				22. 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)				23. Número de acciones de fortalecimiento a nivel comunitario con enfoque de derechos, territorial y diferencial implementadas (Cód. 106)				24. Número de informes donde se evidencie la gestión, el acceso efectivo a oferta discriminado por cada uno de los derechos y el cargo de beneficiarios partir de los resultados de la medición de SSV correspondiente a la Dirección Territorial (Cód. 114)											
Periodo y % de Avance Programado				% de Cumplimiento o 2024	Periodo y % de Avance Programado				% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado				% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado				% de Cumplimiento o 2024	Periodo y % de Avance Programado				% de Cumplimiento 2024			
Reporte	Meta	Avance	% de Avance		Reporte	Meta	Avance	% de Avance		Reporte	Meta	Avance	% de Avance		Reporte	Meta	Avance	% de Avance		Reporte	Meta	Avance	% de 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%	3	2	150	150%	100%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	25%			
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	3	3	100	100%	100%	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	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	1	0	0%	0%	2	2	100	100%	50%			
5	50	10	10%	1%	0	2	0	0%	0%	0	3	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	2	0	0%	0%			
129	125	103,2	103%	30%	2	4	50	100%	33%	0	3	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	2	0	0%	0%			
258	200	129	129%	61%	4	6	66,6667	67%	67%	0	3	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	3	3	100	100%	75%			
291	300	97	97%	68%	0	6	0	0%	0%	0	3	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	0	3	0	0%	0%			
461	425	108,47	108%	108%	0	6	0	0%	0%	0	3	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	3	0	0%	0%			
0	425	0	0%	0%	0	6	0	0%	0%	0	3	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	4	4	100	100%	100%			
				108%					67%					100%					100%					100%			
				108%					67%					100%					100%					100%			

25. Cartas de entendimiento o convenios suscritos con instituciones de educación superior (Cód. 130)														26. Informes de la implementación de la ruta de definición de la situación militar (Cód. 131)					27. Número diagnósticos de necesidades para cada CRAV realizados (Cód. 134)					28. 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).					29. Número de informes de articulación, gestión y seguimiento en el marco de los CTJ departamentales y municipales (Cód. 144).				
Periodo y % de Avance Programado														Periodo y % de Avance Programado					Periodo y % de Avance Programado					Periodo y % de Avance Programado					Periodo y % de Avance Programado				
Reporte Meta Avance % de Avance % de Cumplimiento 2024														Reporte Meta Avance % de Avance % de Cumplimiento 2024					Reporte Meta Avance % de Avance % de Cumplimiento 2024					Reporte Meta Avance % de Avance % de Cumplimiento 2024					Reporte Meta Avance % de Avance % de Cumplimiento 2024				
0 1 0 0% 0%														1 1 100 100% 8%					0 1 0 0% 0%					0 1 0 0% 0%					0 1 0 0% 0%				
0 1 0 0% 0%														2 2 100 100% 17%					0 1 0 0% 0%					0 1 0 0% 0%					0 1 0 0% 0%				
0 1 0 0% 0%														3 3 100 100% 25%					1 1 100 100% 25%					0 1 0 0% 0%					1 1 100 100% 25%				
0 1 0 0% 0%														4 4 100 100% 33%					0 1 0 0% 0%					0 1 0 0% 0%					0 1 0 0% 0%				
0 1 0 0% 0%														5 5 100 100% 42%					0 1 0 0% 0%					0 1 0 0% 0%					0 1 0 0% 0%				
0 1 0 0% 0%														6 6 100 100% 50%					2 2 100 100% 50%					1 1 100 100% 100%					2 2 100 100% 50%				
0 1 0 0% 0%														7 7 100 100% 58%					0 2 0 0% 0%					0 1 0 0% 0%					0 2 0 0% 0%				
0 1 0 0% 0%														8 8 100 100% 67%					0 2 0 0% 0%					0 1 0 0% 0%					0 2 0 0% 0%				
0 1 0 0% 0%														9 9 100 100% 75%					3 3 100 100% 75%					0 1 0 0% 0%					3 3 100 100% 75%				
0 1 0 0% 0%														10 10 100 100% 83%					0 3 0 0% 0%					0 1 0 0% 0%					0 3 0 0% 0%				
0 1 0 0% 0%														11 11 100 100% 92%					0 3 0 0% 0%					0 1 0 0% 0%					0 3 0 0% 0%				
1 2 50 50% 50%														12 12 100 100% 100%					4 4 100 100% 100%					0 1 0 0% 0%					4 4 100 100% 100%				

Fuente: Herramienta análisis de plan de acción - OCI



Unidad para
las Víctimas

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

Código: 150,19,15-8

PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

Versión: 08

PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO

Fecha: 25/10/2022

Página 62 de 110

30. 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)						31. Número de víctimas organizadas y no organizadas capacitadas a partir de la estrategia de comunicación en la política pública de víctimas (Cód. 147)						32. Informes de espacios realizados de manera virtual y/o presencial con organizaciones de víctimas que realizan incidencia en diferentes procesos sociales (Cód. 149)						33. 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)						34. Porcentaje de proyectos por oferta viabilizados con coordinación de entrega elaborada (Cód. 154)					
Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024		Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024		Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024		Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024		Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	
Reporte	Meta	Avance				Reporte	Meta	Avance				Reporte	Meta	Avance				Reporte	Meta	Avance				Reporte	Meta	Avance			
0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%	
0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%	
0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%	
0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%	
0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%	
0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%	
0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		1	1	100	100%	50%		0	40	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%	
5	5	100	100%	50%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	40	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%	
0	5	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	40	0	0%	0%		0	20	0	0%	0%	
0	5	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	40	0	0%	0%		20	40	50	60%	20%	
0	5	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		3	1	300	300%	100%		40	60	66,6667	67%	40%	
0	5	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		3	2	150	150%	100%		60	80	75	80%	60%	
10	10	100	100%	100%		2	50	4	4%	4%		2	2	100	100%	100%		4	3	133,333	133%	133%		80	100	80	80%	80%	
			100%						4%						100%						133%							80%	
			100%						4%						100%						133%							80%	

Fuente: Herramienta análisis de plan de acción - OCI

35. Iniciativas o proyectos presentados por la Dirección Territorial a la cooperación internacional o aliado estratégico (Cód. 165)						36. Número de reportes del Plan de Implementación Institucional por parte de las Direcciones Territoriales (Cód. 189)						37. Porcentaje de avance en la implementación de Acciones territorializables para el fortalecimiento del modelo de operación de enfoque diferencial y de género (Cód. 209)						38. Número de víctimas con unidades productivas atendidas (Cód. 218)					
Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024		Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024		Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024		Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	
Reporte	Meta	Avance				Reporte	Meta	Avance				Reporte	Meta	Avance				Reporte	Meta	Avance			
0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%	
0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%	
2	1	200	200%	50%		0	1	0	0%	0%		0	25	0	0%	0%		1	1	100	100%	3%	
0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	25	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%	
0	1	0	0%	0%		1	1	100	100%	33%		0	25	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%	
3	2	150	150%	75%		0	2	0	0%	0%		75	50	150	150%	75%		12	12	100	100%	40%	
0	2	0	0%	0%		0	2	0	0%	0%		0	50	0	0%	0%		0	12	0	0%	0%	
0	2	0	0%	0%		2	2	100	100%	67%		0	50	0	0%	0%		0	12	0	0%	0%	
6	3	200	200%	150%		0	3	0	0%	0%		0	50	0	0%	0%		23	23	100	100%	77%	
0	3	0	0%	0%		0	3	0	0%	0%		0	75	0	0%	0%		0	23	0	0%	0%	
0	3	0	0%	0%		3	3	100	100%	100%		0	75	0	0%	0%		0	23	0	0%	0%	
8	4	200	200%	200%		0	3	0	0%	0%		100	100	100	100%	100%		30	30	100	100%	100%	
			200%						100%						100%						100%		
			200%						100%						100%						100%		

Fuente: Herramienta análisis de plan de acción - OCI

39. Número de víctimas con unidades productivas encadenadas (Cód. 219)					40. Solicitudes de retorno, reubicación e integración local asignados por medio de las bases SGV tramitadas (Cód. 228)					41. 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
Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance		
0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
1	1	100	100%	20%	288,89	100	288,89	289%	289%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	126,67	100	126,67	127%	127%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	152,63	100	152,63	153%	153%	100	100	100	100%	100%
2	2	100	100%	40%	0	100	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%
0	2	0	0%	0%	331,25	100	331,25	331%	331%	100	100	100	100%	100%
0	2	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	66,67	100	66,67	67%	67%
3	3	100	100%	60%	100	100	100	100%	100%	86,67	100	86,67	87%	87%
0	3	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%
0	3	0	0%	0%	120	100	120	120%	120%	100	100	100	100%	100%
5	5	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	84,62	100	84,62	85%	85%
				100%					79%					93%
				100%					79%					93%

Fuente: Herramienta análisis de plan de acción - OCI

Como se puede evidenciar, este análisis examina el movimiento de los reportes y variables en los tiempos para establecer el comportamiento general de las actividades asociadas al plan de acción 2024. Teniendo como horizonte el criterio que todo lo planeado se debe cumplir dentro del periodo pactado y en las cantidades asignadas, las actividades que no cumplen plenamente el mandato de la Oficina Asesora de Planeación (ya sea inferior o superior de lo programado) son desviaciones que deben ser estudiadas por la Dirección Territorial Magdalena Medio, 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 Magdalena Medio, 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 12 metas programadas (lo que corresponde al 33% del total de indicadores a 31 de marzo de 2024), toda vez que cuatro (4) actividades presentan un porcentaje de avance superior del 108%, 150%, 200% y 289%. Un escenario similar se presenta en los reportes de

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022 Página 64 de 110

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

Segundo trimestre: de 21 actividades, 4 presentan porcentajes de avance superior (107%, 122%, 150% y 164%) y 3 inferior (0%, 20% y 50%), equivalente al 33% del total de indicadores establecidos para este periodo.

Tercer trimestre: de 25 actividades, 5 registran porcentaje de avance superior (109%, 112%, 129%, 153% y 200%) y 8 inferior (50%, 87%, 96%, 98% y 2 con el 67%), equivalente al 52% del total de indicadores proyectados para dicho periodo.

Cuarto trimestre: de 39 actividades, 6 presentan porcentajes de ejecución superior (113%, 124%, 133%, 200% y 2 con el 108%) y 11 inferior (0%, 1%, 4%, 33%, 50%, 60%, 67%, 79%, 80% y 2 con el 93%), equivalente al 43.59% 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 84, equivalente al 2.56%.

Cabe aclarar que, a pesar de que 29 actividades se encuentran en nivel satisfactorio de ejecución vigencia 2024, seis (6) de éstas se encuentran por encima de la meta ideal del 100% (estado superlativo del 113%, 124%, 133%, 200% y 2 con el 108%) y 2 por debajo (estado medio, ambas con el 93%).

1	Satisfactorio		Entre 90% y 100%	29	76%
2	Aceptable		Entre 60 y 89%	4	11%
3	Insatisfactorio		Menor de 60%	5	13%
Total actividades Plan de Acción DT Magdalena Medio 2024				38	100%

Sumado a lo anterior, y de acuerdo con la meta establecida en el plan de acción DT Magdalena Medio 2024, las actividades denominadas “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, “Víctimas individuales con rehabilitación psicosocial” código 85, “Número de actos simbólicos y de dignificación implementados” código 95, “Número de víctimas que acceden a medidas de satisfacción a nivel individual” código 98, “Número de comunidades étnicas con procesos de concertación para el acceso a las medidas contenidas en los decretos leyes en el marco al derecho a la autonomía y el gobierno propio y la participación efectiva finalizados” código 101, “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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 65 de 110

oferta viabilizados con coordinación de entrega elaborada” código 154 e “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 56, 130, y 147 donde su única meta programada para la vigencia 2024 presenta porcentajes de cumplimiento en estado críticos del 0%, 50% y 4% respectivamente.

Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Dirección Territorial Magdalena Medio 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.

En atención a la respuesta emitida a la oficina de control interno mediante correo electrónico del 20 de mayo de 2025 por parte de la dirección territorial auditada, en lo concerniente a la comunicación del primer grupo de debilidades de la auditoria de gestión al sistema de control interno SCI de la Dirección Territorial Magdalena Medio, referente a la debilidad: *“Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Dirección Territorial Magdalena Medio 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:

“(…) La dirección territorial realiza aclaraciones en los siguientes párrafos del documento de debilidades:

“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 Magdalena Medio, el Equipo Auditor determina el nivel porcentual de avance y ejecución obtenido de acuerdo con la meta programada en cada periodo objeto de análisis”.

De acuerdo con el procedimiento Formulación, Aprobación y Seguimiento al Plan de Acción Institucional V14, el reporte en la herramienta SIPLAN+ está a cargo de los procesos misionales del nivel nacional y las direcciones territoriales validan y aprueban la información como se muestra a continuación:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 66 de 110

Indicadores del nivel territorial

Los enlaces del Plan de Acción del nivel nacional deberán realizar el reporte de avance de los indicadores territoriales en la herramienta tecnológica, los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente a la programación establecida. Los reportes de los indicadores deberán contener la misma información que han depositado en los distintos repositorios establecidos por las misionales del nivel nacional.

El reporte de avance debe ser validado por los (las) directores (as), subdirectores (as), jefes (as) de oficina y coordinadores (as) de las respectivas dependencias y grupos internos en máximo dos (2) días hábiles.

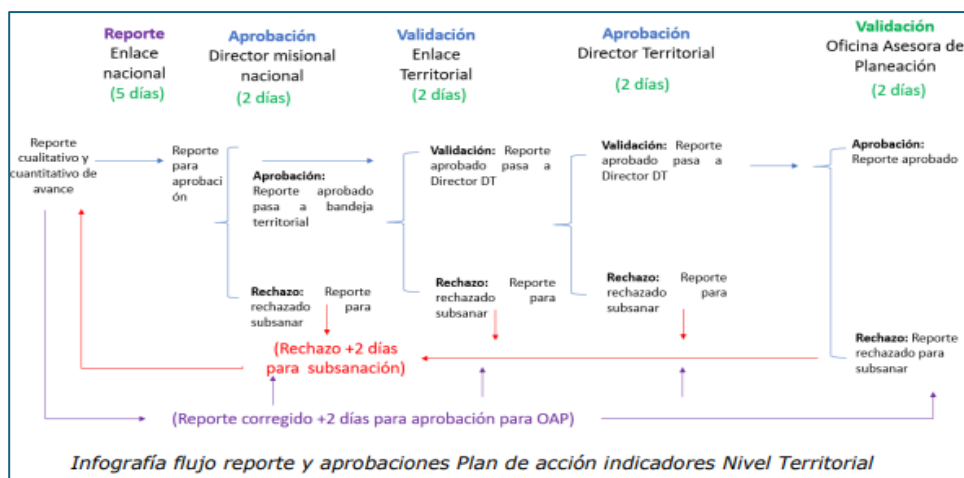
Posteriormente, el enlace territorial de planeación revisará la información reportada por la misional en máximo dos (2) días hábiles.

Una vez hecha la revisión por parte del enlace territorial de planeación, el (la) director(a) territorial realizará la correspondiente aprobación en máximo dos (2) días hábiles.

Finalmente, la OAP contará con dos (2) días hábiles para validar definitivamente el seguimiento presentado.

RECHAZOS: En los casos en que la Dirección Territorial (enlace de planeación o director(a) territorial) rechace el reporte de un indicador, el responsable del reporte a nivel misional deberá realizar las correcciones solicitadas y volver a presentar el indicador. Los tiempos para la corrección, validación y aprobación de los ajustes requeridos serán:

- Dos (2) días hábiles para que el respectivo responsable de reporte y subsanación, realice la corrección.
- Dos (2) días hábiles para que la Dirección Territorial revise y apruebe
- Dos (2) días hábiles para que la OAP valide definitivamente reporte de avance indicador. La herramienta cerrará los días veinte (20) de cada mes.



Teniendo en cuenta lo anterior, los procesos misionales son conocedores del avance de las direcciones territoriales.

Debilidad Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Dirección Territorial Magdalena Medio 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°

 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 110

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.

Frente a la debilidad manifestamos que la dirección territorial inicialmente socializa el plan de acción de la vigencia a funcionarios y contratistas en el marco de las reuniones de equipo y de manera mensual en dichas reuniones en la agenda del espacio se realiza la socialización de avances de indicadores y seguimiento a los indicadores.

Evidencias: actas de reunión de equipo

Frente al siguiente párrafo del comunicado:

“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 Magdalena Medio, 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”.

La dirección territorial de acuerdo con los lineamientos de la Oficina Asesora de Planeación realizó la solicitud de ajustes a los procesos misionales y a la OAP vía correo electrónico con el formato establecido de los indicadores 000154, 00085, 00057. Evidencias: correos electrónicos solicitud ajustes, formato de solicitud, respuestas de los procesos

- 27 de junio del 2024: correo electrónico asunto: propuesta de cambio indicador 00154. (proceso del Grupo de Proyectos).
- 27 de junio del 2024: correo electrónico asunto: propuesta cambio indicador 00085 DTMM. (proceso Grupo Psicosocial).
- 27 de junio del 2024: correo electrónico asunto: ajuste indicador 00057 indicador de Reparación colectiva.
- Formatos de solicitud.
- Respuestas de los procesos

Párrafo del comunicado:

“Cuarto trimestre: de 39 actividades, 6 presentan porcentajes de ejecución superior (113%, 124%, 133%, 200% y 2 con el 108%) y 11 inferior (0%, 1%, 4%, 33%, 50%, 60%, 67%, 79%, 80% y 2 con el 93%), equivalente al 43.59% 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 84, equivalente al 2.56%.”

El indicador 84 “Planes étnicos y no étnicos de retornos y reubicaciones formulados y aprobado” no estuvo designado para la dirección territorial en la vigencia 2024. (evidencia: pantallazo de la herramienta SIPLAN+)

Unidad para las Víctimas

Código: 00084

Proyecto: Plan de acción 2024

Dependencia Principal: DIRECCIÓN REPARACIÓN

Grupo de Retornos y Reubicaciones

Objetivo Estratégico: Asistencia integral de personas víctimas, desplazadas y reintegradas

Componente / Unidad: Gestión de valores para la reintegración

Actividad Estratégica: Asistir a personas de retorno y reubicación étnica y no étnica

Nombre del indicador: Planes étnicos y no étnicos de retorno y reubicación formulados y aprobados

Unidad de intervención: Comunidades en proceso de retorno y reubicación

Periodicidad de reporte: Mensual

Forma del indicador: Porcentaje de planes étnicos y no étnicos de retorno y reubicación formulados y aprobados

Descripción del indicador: Este indicador mide los planes de retorno y reubicación de las comunidades no étnicas y no reubicadas por medio de la aprobación en el COT.

Tipo de Medición: Porcentaje

Linea Base: 0

Tipo Indicador: Proceso

Meta Anual: 65

Origen Indicador:

- ☐ CONPEL AGO
- ☐ PND
- ☐ PROYECTOS DE INICIATIVA
- ☐ PND
- ☐ PND
- ☒ Otros

Metodología para establecer la meta del indicador: Este indicador solo aplica para las direcciones territoriales, las reubicadas la meta según la cantidad de:

Entregables y Diferenciales:

- ☐ ENTREGABLES
- ☐ DIFERENCIALES
- ☐ SERVO
- ☐ IDENTIFICACIÓN DE GÉNERO
- ☐ IDENTIFICACIÓN DE GÉNERO
- ☐ IDENTIFICACIÓN
- ☐ IDENTIFICACIÓN

PROGRAMACIÓN METAS POR PERÍODO

Evidencia/Soporte: Informe de Planes étnicos formulados y aprobados

¿Meta por Departamentos? ☐ ¿Aplica rol de la DT? ☒ ¿Es para indicador asociado? ☐

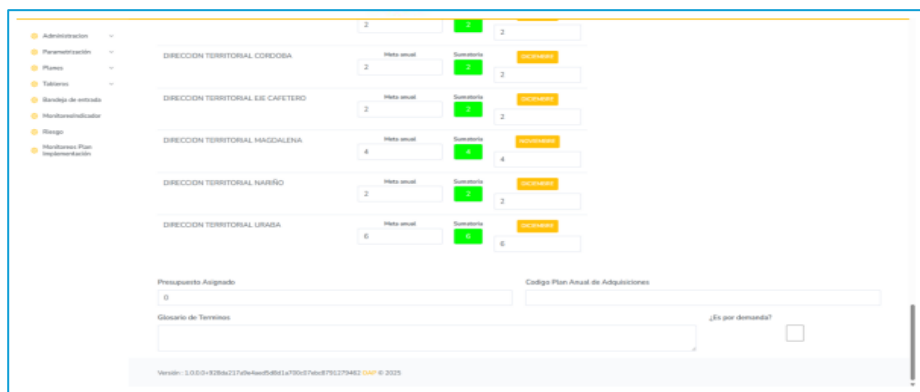
Rol de la DT: Aprobación planes de retorno y reubicación étnica y no étnica

SEGÚN FRECUENCIA POR DIRECCIÓN TERRITORIAL

DIRECCIÓN TERRITORIAL	Meta anual	Semanal	Quincenal	Mensual	Trimestral	Semestral	Anual
DIRECCIÓN TERRITORIAL SANTANDER	2	1	1	1	1	1	1
DIRECCIÓN TERRITORIAL SUCRE	1	1	1	1	1	1	1
DIRECCIÓN TERRITORIAL VALLE	2	1	1	1	1	1	1
DIRECCIÓN TERRITORIAL CAQUETA Y HUILA	3	1	1	1	1	1	1
DIRECCIÓN TERRITORIAL META Y LLANOS ORIENTALES	8	1	1	1	1	1	1
DIRECCIÓN TERRITORIAL NORTE DE SANTANDER Y ARAUCA	4	1	1	1	1	1	1
DIRECCIÓN TERRITORIAL PUTUMAYO	4	1	1	1	1	1	1
DIRECCIÓN TERRITORIAL ANTIOQUIA	2	1	1	1	1	1	1
DIRECCIÓN TERRITORIAL ATLÁNTICO	2	1	1	1	1	1	1
DIRECCIÓN TERRITORIAL BOLÍVAR SAN ANDRÉS	4	1	1	1	1	1	1
DIRECCIÓN TERRITORIAL CAUCA	2	1	1	1	1	1	1
DIRECCIÓN TERRITORIAL CENTRAL	2	1	1	1	1	1	1
DIRECCIÓN TERRITORIAL CÉSAR Y GUAYARA	3	1	1	1	1	1	1
DIRECCIÓN TERRITORIAL CHOCÓ	2	1	1	1	1	1	1

Definición: Unidad para las Víctimas
Se le asigna a cada DT una meta

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 69 de 110



The screenshot shows a web application interface. On the left is a sidebar menu with categories like 'Administración', 'Planificación', 'Planes', 'Técnicos', 'Servicio de atención', 'Monitoreo y evaluación', 'Riesgo', and 'Herramientas Plan Implementación'. The main area displays a dashboard with several cards for different territorial directions: DIRECCIÓN TERRITORIAL CORDOBA, DIRECCIÓN TERRITORIAL S.E. CAJETERO, DIRECCIÓN TERRITORIAL MAGDALENA, DIRECCIÓN TERRITORIAL NAUÑO, and DIRECCIÓN TERRITORIAL URABÁ. Each card shows a 'Meta anual' (annual goal) and a 'Cumplimiento' (completion) percentage. For example, CORDOBA has a goal of 2 and 0% completion. At the bottom, there are input fields for 'Presupuesto Asignado' (Assigned Budget) and 'Código Plan Anual de Adquisiciones' (Annual Acquisition Plan Code), along with a checkbox for '¿En proceso?' (In process?).

Párrafo del comunicado:

“De igual manera, en 3 actividades identificadas con los códigos 56, 130, y 147 donde su única meta programada para la vigencia 2024 presenta porcentajes de cumplimiento en estado críticos del 0%, 50% y 4% respectivamente”.

El indicador 56: Número de planes de Reparación Colectiva formulados y concertados con los sujetos: La dirección territorial con el acompañamiento de la Enlace nacional designada para la formulación durante la vigencia 2024 realizó acompañamiento al sujeto de reparación colectiva la Asociación Campesina del Valle del Rio Cimitarra - ACVC en las siguientes acciones:

- Socialización y validación del diagnóstico del daño - 29 de junio del 2024
- Primera y segunda jornada de diseño y formulación del PIRC 27 y 28 de agosto del 2024.
- Tercera y cuarta jornada de diseño y formulación del PIRC 17 y 18 de septiembre del 2024.
- El 05 de noviembre se realizó reunión con SNARIV local
- El equipo de reparación colectiva del nivel nacional realizó jornada interinstitucional con el SNARIV el 15 de noviembre del 2024 en las instalaciones del complejo San Cayetano en Bogotá para articular con las entidades del orden nacional con competencias frente a las medidas reparadoras solicitadas por el sujeto (ACVC).

Teniendo en cuenta lo anterior para el cumplimiento del indicador se dio cumplimiento con todas las fases de la ruta, pero la Junta Directiva de la Asociación tomó la decisión de no validar el Plan teniendo en cuenta que debían sacar medidas reparadoras entre ellas el restablecimiento de las cooperativas que fueron afectadas por el conflicto armado, ya que las líneas de inversión de reparación colectiva no contemplan este tipo de medidas.

Evidencias:

- Actas de jornadas de trabajo con el sujeto.
- Correo electrónico a la dirección general 27/11/2024
- Informe ACVC

Indicador 130: Cartas de entendimiento o convenios suscritos con instituciones de educación superior.

En el marco del cumplimiento del indicador: “Cartas de entendimiento o convenios suscritos con instituciones de educación superior (programación: 02)” del plan de acción, desde la territorial Magdalena Medio nos permitimos informar que de la meta se suscribió una de las dos (02) programadas, con el Instituto Universitario de la Paz- UNIPAZ el 10 de mayo del 2024, con el cumplimiento del 50 % en el indicador,

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 70 de 110

referente a la segunda, desde el mes de marzo se adelantaron gestiones con la universidad UNIMINUTO – regional oriente, pese a que cuenta con la aprobación de vicerrectoría académica se encuentra en revisión por parte del equipo jurídico de la institución.

A continuación, las acciones realizadas por la territorial:

- El 20 de febrero del 2024 se realizó el primer acercamiento con el coordinador de UNIMINUTO - sede Barrancabermeja, presentando las ocho (08) líneas de intervención de la Unidad, y la voluntad de generar una alianza estrategia que favorezca a la población víctima del conflicto armado.
- En el mes de marzo por solicitud de la universidad, se remitió la siguiente documentación: copia del RUT de la Unidad, acta de posesión del director territorial y Documento que faculta al representante legal para suscribir convenio o actos jurídicos.
- En el mes de mayo se realizó nuevamente acercamiento con la institución, en aras de conocer los avances frente a la voluntad de suscribir la carta de entendimiento con la Unidad.
- En junio, desde la institución manifestaron que por temas internos tenían parado los convenios.
- El 23 de agosto, se realizó reunión con el rector de la regional Oriente de UNIMINUTO, quien reiteró la voluntad de la institución para suscribir la carta de entendimiento, y que iban a revisar internamente para establecer el porcentaje % de descuentos y beneficios para la población víctima del conflicto armado.
- En el mes de noviembre nuevamente por solicitud de la institución, se remitió la siguiente documentación: certificado de existencia y representación legal o el documento que haga sus veces, fotocopia del RUT, fotocopia del documento de identificación del Representante legal o persona natural, fotocopia del acta de posesión, autorización del ente encargado si lo requiere el representante legal para suscribir el contrato y/o convenio.
- El 16 de diciembre desde la institución manifestaron que debido al alto flujo de tareas que enfrenta el equipo jurídico, aún no han podido revisar y firmar la carta. Esto no significa que el proceso se haya detenido, ya que se cuenta con la aprobación de la Vicerrectoría Académica.

Que una vez uno de los abogados de la institución asuma el proceso, se e procederá al envío de los documentos y la carta firmada por nuestro Rector de Oriente.

A continuación, pantallazo enviado por la Universidad mediante correo electrónico que valida el estado actual del proceso:



Nombre	Documento	Propietario	Estado
✓ Adjuntar Documentación de Solicitud	Documentos de Solicitud de Contrato	JEISSON FABIAN SANCHEZ ÁLVAREZ	Finalizada
✓ Aprobación Solicitud de Contrato	Convenio UNIMINTO y UNIDAD DE VICTIMAS	JEISSON FABIAN SANCHEZ ÁLVAREZ	Aprobado
✓ Selección de Abogado Responsable		Área Jurídica	Finalizada
⌚ Aprobación de la solicitud de contrato por Abogado Responsable	Documentos de Solicitud de Contrato	Abogado Responsable	No iniciado

De igual manera en el mes de marzo se realizaron acercamiento con las Unidades Tecnológicas de Santander-UTS, quienes manifestaron que conforme la política de matrícula cero del Gobierno Nacional, el 95 % aproximadamente de los estudiantes cuenta con beca del 100 %, sin restricciones de la edad.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 71 de 110

Página **71** de **110**

Julio
Reporte de Avances por Mes

SIPPLAN >

- Administración
- Parametrización
- Planes
- Tarjetas
- Evidencia de entrada
- Muestreo Indicador
- Riego
- Muestreo Plan Implementación

Histórico

Avance: 3 Evidencia Aprobado

Fecha	Usuario	Paso	Observación
2024-08-28 17:21	sotome.opera@unidadesvicinas.gov.co	Aprobado/Finalizado	
2024-08-22 20:43	agueda.plata@unidadesvicinas.gov.co	Aprobada avance OAP	
2024-08-22 17:42	carlos.urzula@unidadesvicinas.gov.co	Aprobada avance Director Territorial	Se valida información de avances reportados.
2024-08-22 09:31	lila.nodriguez@unidadesvicinas.gov.co	Validar avance Enlace Territorial	
2024-08-21 17:18	yuri.garcia@unidadesvicinas.gov.co	Aprobar avance Director Nacional	N/A

MAGDALENA MEDIO

		2	2	2	2	1	1
--	--	---	---	---	---	---	---

DIRECCION TERRITORIAL META Y LLANOS ORIENTALES

Meta anual	Cumulative	AGRO	MEDIO	ORIENTALES	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
10	10	2	2	2	2	1	1

Agosto
Reporte de Avances por Mes

SIPPLAN >

- Administración
- Parametrización
- Planes
- Tarjetas
- Evidencia de entrada
- Muestreo Indicador
- Riego
- Muestreo Plan Implementación

Histórico

Avance: 1 Evidencia Rechazado

Fecha	Usuario	Paso	Observación
2024-08-19 15:32	yuri.garcia@unidadesvicinas.gov.co	Aprobar avance Director Nacional	Se devuelve el indicador manteniendo el reporte, dado que el proceso de carga y aprobación de los comentarios se dio fuera de tiempo, por lo que ante el reporte de esas dos comunicaciones pendientes se vendió rechazado en el reporte de septiembre.
2024-08-18 18:21	omar.fernandezdiazm@unidadesvicinas.gov.co	Registrar Avances	Se rechaza la fuente de verificación correspondiente a Mayo, no al periodo de agosto, como corresponde, ampliar información en la fuente.
2024-08-16 09:48	mario.leonidas@unidadesvicinas.gov.co	Aprobar avance Director Territorial	se rechaza el indicador ya que la información no coincide con lo reportado por el profesional de la DF que a la fecha lleva 0 comentarios.
2024-08-16 09:07	lila.nodriguez@unidadesvicinas.gov.co	Validar avance Enlace Territorial	
2024-08-13 07:42	yuri.garcia@unidadesvicinas.gov.co	Aprobar avance Director Nacional	Aunque para el mes de agosto la meta de reporte eran 2 Actos simbólicos y conmemoraciones y solo se está reportando 1 conmemoración, es importante destacar que al observar el porcentaje acumulado, se evidencia un avance significativo en nuestro progreso general, presentando un 100% en el avance acumulado de la meta a corte del mes de agosto. Esto refleja el esfuerzo continuo y el compromiso desde la Dirección Territorial.

Septiembre
Reporte de Avances por Mes



Unidad para
las Víctimas

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

Código: 150,19,15-8

PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

Versión: 08

PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO

Fecha: 25/10/2022

Página **72** de **110**

Historico		Evidencia Completar	
Fecha	Usuario	Paso	Observación
2024-10-29 12:22	rolome.lopez@unidadvictimas.gov.co	Aprobado/Finalizado	
2024-10-29 10:55	omar.fernandezm@unidadvictimas.gov.co	Aprobado avance GAP	
2024-10-29 10:44	carlos.urzola@unidadvictimas.gov.co	Aprobado avance Director Territorial	se valida la informacion reportada
2024-10-29 10:19	lilaandriguez@unidadvictimas.gov.co	Validar avance Enlace Territorial	
2024-10-25 21:18	yuri.garcia@unidadvictimas.gov.co	Aprobar avance Director Misión Nacional	Reporte Extemporáneo Agente

TERRITORIAL MAGDALENA MEDIO	Metas anual	10	10	2	2	2	2	1	1
DIRECCION TERRITORIAL META Y LLANOS	Metas anual	10	10	2	2	2	2	1	1

Octubre:

Historico		Evidencia Completar	
Fecha	Usuario	Paso	Observación
2024-11-20 18:18	rolome.lopez@unidadvictimas.gov.co	Aprobado/Finalizado	
2024-11-20 17:53	isac.jimenez@unidadvictimas.gov.co	Aprobado avance GAP	Se aprueba informacion de avance
2024-11-20 11:03	carlos.urzola@unidadvictimas.gov.co	Aprobado avance Director Territorial	Se valida la informacion, sin embargo, el reporte cualitativo debe ajustarse de acuerdo con lo reportado por la profesional de la direccion territorial, como se describe a continuacion: No habian programados actos conmemorativos y/o conmemoraciones de acuerdo con la planeacion de la filia Técnica del Nivel Nacional.
2024-11-19 17:11	corale.hernandez1@unidadvictimas.gov.co	Validar avance Enlace Territorial	
2024-11-19 08:23	yuri.garcia@unidadvictimas.gov.co	Aprobar avance Director Misión Nacional	Durante este periodo no se organizaron o aprobaron acciones referentes a Actos simbólicos y de divulgación implementados en la herramienta de informacion masari.

Noviembre

Historico		Evidencia Completar	
Fecha	Usuario	Paso	Observación
2024-12-20 20:34	yuri.garcia@unidadvictimas.gov.co	Aprobar avance Director Misión Nacional	Se aprueba el reporte con el cambio de la acción que por error se había registrado la conmemoración de docentes
2024-12-20 17:49	isac.jimenez@unidadvictimas.gov.co	Registrar Avances	Se rechaza la informacion cualitativa, ya que el reporte de la profesional de la DT es el siguiente: Se realizó 1 conmemoración 1 Día internacional de la eliminación de la violencia contra las mujeres, realizada en el municipio de Puerto Parra el 20 de noviembre, en ella participaron 260 personas, 100 de ellas víctimas.
2024-12-20 17:49	carlos.urzola@unidadvictimas.gov.co	Aprobado avance Director Territorial	Se rechaza la informacion cualitativa, ya que el reporte de la profesional de la DT es el siguiente: Se realizó 1 conmemoración 1 Día internacional de la eliminación de la violencia contra las mujeres, realizada en el municipio de Puerto Parra el 20 de noviembre, en ella participaron 260 personas, 100 de ellas víctimas.
2024-12-20 14:18	corale.hernandez1@unidadvictimas.gov.co	Validar avance Enlace Territorial	
2024-12-20 07:17	yuri.garcia@unidadvictimas.gov.co	Aprobar avance Director Misión Nacional	

Diciembre

Historico		Evidencia Completar	
Fecha	Usuario	Paso	Observación
2025-01-22 14:56	jaramba.romero@unidadvictimas.gov.co	Aprobado/Finalizado	Acorda a la informacion presentada de avance del indicador este cumple con los requisitos mínimos del reporte frente al periodo presentado.
2025-01-22 13:23	elena.bustamantem@unidadvictimas.gov.co	Aprobado avance GAP	Se aprueba el informe de los actos realizados durante los meses de noviembre y diciembre
2025-01-21 08:52	carlos.urzola@unidadvictimas.gov.co	Aprobado avance Director Territorial	Se valida la informacion reportada
2025-01-20 08:28	corale.hernandez1@unidadvictimas.gov.co	Validar avance Enlace Territorial	
2025-01-19 23:21	yuri.garcia@unidadvictimas.gov.co	Aprobar avance Director Misión Nacional	

DIRECCION TERRITORIAL MAGDALENA MEDIO	Metas anual	10	10	2	2	2	2	1	1
DIRECCION TERRITORIAL META Y LLANOS ORIENTALES	Metas anual	10	10	2	2	2	2	1	1
DIRECCION TERRITORIAL	Metas anual	10	10	2	2	2	2	1	1

El proceso a nivel nacional no cumplió con ciclo del reporte, lo que afectó a la dirección territorial, en el mes de julio, el reporte no llegó a las bandejas de la dirección territorial.

Julio

SIPLAN

ADMINISTRACIONES

PARAMETRIZACION

PLANES

TABLAS

ESTADO DE ENTIDAD

HISTORIAL DE LA ENTIDAD

REPOSICION

HISTORIAL PLAN DE IMPLEMENTACION

Historico

Avance 2

Evidencia [Consultar](#)

Fecha	Usuario	Paso	Observación
2014-08-22 15:08	aneste.perafan@jundadsvictimas.gov.co	Validar avance Enlace Territorial	
2014-08-22 13:51	andrea.galindo@jundadsvictimas.gov.co	Aprobar avance Director Mixial Nacional	

DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CAPIERO

Meta anual	Cumplimiento	Observación
2	0	0

DIRECCIÓN TERRITORIAL MAGDALENA

Meta anual	Cumplimiento	Observación
2	0	0

DIRECCIÓN TERRITORIAL MAGDALENA MEDIO

Meta anual	Cumplimiento	Observación
6	0	0

DIRECCIÓN TERRITORIAL META Y LLANOS ORIENTALES

Meta anual	Cumplimiento	Observación
13	0	0

Agosto: La dirección territorial realizó rechazo y no regresó a las bandejas de la territorial, lo aprobaron en el nivel nacional.

[illegible]

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 74 de 110

El código 239: Porcentaje de gestión de los reportes validados en el plan de acción institucional por parte de las Direcciones Territoriales.

El no cumplimiento en dos meses se dio a que los procesos a nivel nacional no cargaron la información de indicadores programados lo que perjudicó el avance de las direcciones territoriales.

Ajustes indicadores de la Dirección de Registros y Gestión de la Información

Los ajustes de los indicadores del plan de acción y complementarios los realizaba el proceso a nivel nacional. A continuación, se relacionan las evidencias enviadas por el nivel nacional de los indicadores ajustados:

- Formato solicitud de cambio – plan de acción 00010
- Hojas de vida indicadores Plan de Acción 2024 10 DRGI
- HV Indicadores convocatoria SRNI
- Correo programación indicadores DRGI julio 2024
- Correo HV de indicadores
- Solicitud de cambios – indicador CO250
- Socialización indicadores julio DT Magdalena Medio (...).

El Equipo Auditor comunica a través de este informe a la Dirección Territorial Magdalena Medio 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 (superiores e inferior a la meta ideal del 100%) en los reportes mensuales de acuerdo con la meta programada en 14 de los 39 indicadores que le fueron asignados en la vigencia 2024, identificados con los códigos 20 (124%), 47 (108%), 56 (0%), 57 (33%), 85 (113%), 95 (60%), 98 (108%), 101 (67%), 130 (50%), 147 (4%), 152 (133%), 154 (80%), 165 (200%) y 243 (1%). 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 Magdalena Medio cumple al 100% en 21 de las 39 metas programadas (equivalente al 21.85% 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.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 75 de 110

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno sugiere a la Dirección Territorial Magdalena Medio 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. La debilidad se mantiene en el capítulo 6 del presente informe.

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 Magdalena Medio contenidas en el artículo 29 del Decreto 4802 de 2011 y las políticas del MIPG incluidas en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión adoptado por el Decreto 1499 de 2017 que agrupa las políticas de gestión y desempeño institucional.

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

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

1. Planeación Institucional
2. Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público
3. Talento humano
4. Integridad
5. Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción
6. Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos
7. Servicio al ciudadano
8. Participación ciudadana en la gestión pública
9. Racionalización de trámites
10. Gestión documental
11. Gobierno Digital, antes Gobierno en Línea
12. Seguridad Digital

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 76 de 110

13. Defensa jurídica
14. Gestión del conocimiento y la innovación
15. Control interno
16. Seguimiento y evaluación del desempeño institucional
17. Mejora Normativa (Numeral 17, adicionado por el Decreto 1299 de 2018, art. 2)
18. Gestión de la Información Estadística (Numeral 18 adicionado por el Art. 1 del Decreto 454 de 2020)
19. Compras y Contratación Pública (Numeral 19, adicionado por el Art. 1 del Decreto 742 de 2021).

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

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

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

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 77 de 110

ante su jefe inmediato de acuerdo con los niveles de autoridad establecidos en cada entidad.

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

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

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

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

b. Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando 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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 78 de 110

auditada la matriz de evaluación de funciones y políticas del MIPG, mediante correo electrónico del martes 8 de abril de 2025 a las 16:08 p.m., donde la Dirección Territorial emite respuesta mediante correo electrónico enviado el día viernes 2 de mayo 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 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.

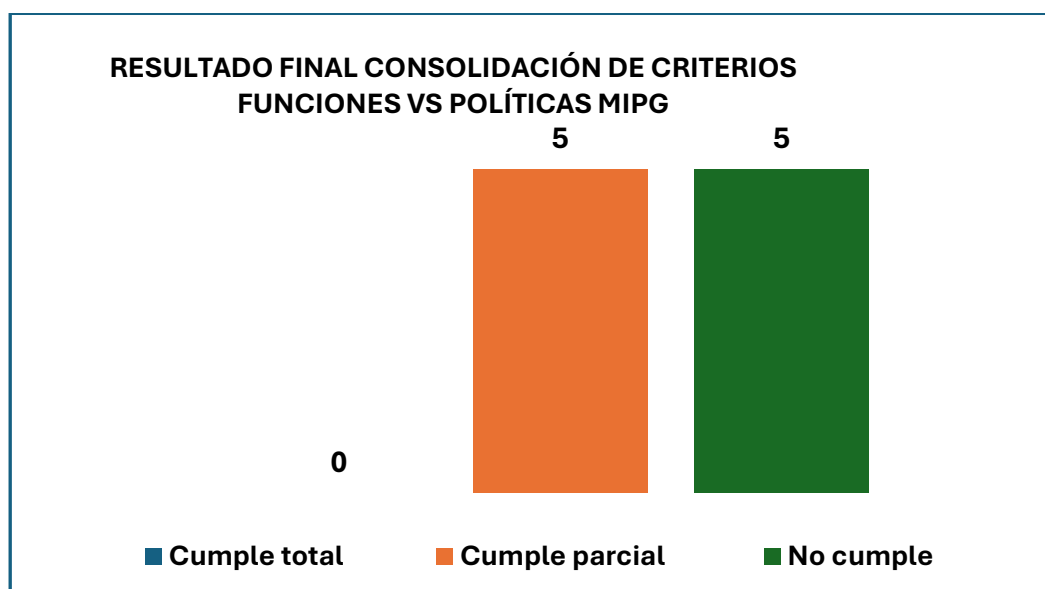
En caso contrario, cumplidas las funciones y las políticas de MIPG, el Equipo Auditor tiene la certeza suficiente que supera los limitantes del principio del escepticismo profesional y de la prudencia y dará como resultado el cumplimiento de la función.

Una vez analizada y evaluada las evidencias remitidas por la Dirección Territorial Magdalena Medio relacionada con el cumplimiento de las funciones y las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y aplicando los criterios de auditoria generalmente aceptadas obtiene como resultado que, “*las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial*” (resultado tomado de la herramienta papel de trabajo), este resultado se presenta en las 10 funciones evaluadas en donde se evidencia la falta de interacción y cumplimiento de los lineamientos de las

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 79 de 110

políticas MIPG establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP; así mismo se hace necesario que el Sistema de Control Interno de la DT y su interrelación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión que las funciones contribuyan con las políticas de gestión y desempeño las cuales son adoptadas por el nivel nacional, a continuación se muestra en la gráfica:

Gráfica Resultados de Interacción de Funciones Vs Política MIPG



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

Así mismo, se muestra el resumen de los resultados de la evaluación del impacto de relación directa entre las Funciones VS Políticas de Gestión y Desempeño en el marco de las siete (7) dimensiones del MIPG:

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

FUNCIONES DIRECCIONES TERRITORIALES		DIMENSIONES							D1	D2		D3										D4	D5		D6	D7	TOTAL		
									POLITICAS																				
		1ª Dimensión: Talento Humano	2ª Dimensión: Dirección Estratégico y Planeación	3ª Dimensión: Gestión con valores para resultados	4ª Dimensión: Evaluación de Resultados	5ª Dimensión: Información y Comunicación	6ª Dimensión: Gestión del Conocimiento y la Innovación	7ª Dimensión: Control Interno	1. Política de Gestión Estratégica del Talento Humano	2. Política de Integridad	3. Política de Planeación Institucional	4. Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público	5. Política de Compras y Contratación Pública	6. Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos	7. Política Gobierno Digital	8. Política de Seguridad Digital	9. Política de Defensa Jurídica	10. Política Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	11. Política de Mejora normativa	12. Política de Servicio al ciudadano	13. Política de racionalización de trámites	14. Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública	15. Política Seguimiento y evaluación del desempeño institucional	16. Política de Gestión documental	17. Política de Gestión de la Información Estadística	18. Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación	19. Política de Control Interno	DIMENSION	POLITICAS
F1	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.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	82,5	46,9	84,4	NO	NO	NO	45,8	87,5	NO	75,0	NO	87,5	NO	NO	87,5	87,5	NO	50,0	87,5	7	11
F2	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.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	82,5	46,9	84,4	NO	NO	NO	45,8	87,5	NO	75,0	NO	87,5	56,3	87,5	NO	87,5	NO	50,0	87,5	7	12
F3	Adelantar el seguimiento y evaluación de los planes, programas y proyectos que desarrolle en su jurisdicción, conforme a los lineamientos de las dependencias correspondientes.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	82,5	46,9	84,4	NO	NO	NO	NO	NO	NO	75,0	NO	87,5	NO	NO	87,5	87,5	NO	NO	87,5	7	8
F4	Participar en los Comités Territoriales de Justicia Transicional, bajo las directrices del Director General de la Unidad.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	46,9	84,4	NO	NO	NO	NO	NO	90,6	75,0	NO	NO	NO	87,5	NO	87,5	NO	NO	87,5	7	7
F5	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.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	82,5	NO	84,4	68,8	81,3	30,0	45,8	87,5	NO	75,0	NO	87,5	56,3	87,5	87,5	87,5	NO	50,0	87,5	7	15

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

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

FUNCIONES DIRECCIONES TERRITORIALES		DIMENSIONES							D1	D2		D3						D4	D5	D6	D7	TOTAL							
									POLITICAS																				
		1ª Dimensión: Talento Humano	2ª Dimensión: Direccionamiento Estratégico y Planeación	3ª Dimensión: Gestión con valores para resultados	4ª Dimensión: Evaluación de Resultados	5ª Dimensión: Información y Comunicación	6ª Dimensión: Gestión del Conocimiento y la Innovación	7ª Dimensión: Control Interno	1. Política de Gestión Estratégica del Talento Humano	2. Política de Integridad	3. Política de Planeación Institucional	4. Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público	5. Política de Compras y Contratación Pública	6. Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos	7. Política Gobierno Digital	8. Política de Seguridad Digital	9. Política de Defensa Jurídica	10. Política Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	11. Política de Mejora normativa	12. Política de Servicio al ciudadano	13. Política de racionalización de tramites	14. Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública	15. Política Seguimiento y evaluación del desempeño institucional	16. Política de Gestión documental	17. Política de Gestión de la Información Estadística	18. Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación	19. Política de Control Interno	DIMENSION	POLITICAS
F6	Celebración de los contratos y convenios que permitan el desarrollo de las funciones institucionales en el territorio de su competencia, para los cuales haya sido delegado.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	82,5	46,9	84,4	68,8	81,3	NO	NO	NO	NO	75,0	NO	87,5	56,3	87,5	NO	87,5	NO	NO	87,5	7	11
F7	Administrar los bienes y elementos destinados a la prestación de los servicios y el funcionamiento de la sede territorial.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	46,9	NO	NO	NO	30,0	45,8	87,5	NO	75,0	NO	87,5	NO	87,5	NO	87,5	62,5	NO	87,5	7	10
F8	Responder por la atención a los ciudadanos que demanden los servicios de la entidad en su respectiva jurisdicción .	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	82,5	46,9	NO	NO	NO	30,0	45,8	87,5	NO	75,0	NO	87,5	NO	87,5	87,5	87,5	NO	NO	87,5	7	11
F9	Rendir los informes requeridos por los órganos competentes, sobre las actividades desarrolladas y el funcionamiento general de la dirección territorial, en coordinación con las dependencias correspondientes	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	46,9	84,4	68,8	81,3	30,0	45,8	87,5	NO	75,0	NO	87,5	NO	87,5	87,5	87,5	62,5	50,0	87,5	7	15
F10	Promover y desarrollar la implementación, mantenimiento y mejora del Sistema Integrado de Gestión de la dependencia.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	82,5	46,9	84,4	NO	NO	30,0	45,8	87,5	NO	75,0	NO	87,5	56,3	87,5	87,5	87,5	62,5	50,0	87,5	7	15

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 82 de 110

Los anteriores resultados se tipifican de la siguiente manera:

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

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

- Función 1 “Ejecutar las políticas, planes, programas y proyectos de competencia de la entidad en su correspondiente jurisdicción, de conformidad con los lineamientos y delegaciones señalados por la Dirección General y adelantar el seguimiento y evaluación de los mismos”. Con una contribución de 11 políticas con el 75% de las cuales (8 de cumplimiento parcial y 3 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (**Política de Servicio al Ciudadano 87,5%, Política de integridad con 46,9%, Política de Gobierno Digital 45,8%, Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación 50,%** y la Política de Planeación Institucional 84,4%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 8 políticas y no cumplimiento de 3 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.
- Función 2: “Participar en la formulación de planes y programas con el objeto de garantizar la articulación institucional y de las organizaciones públicas, privadas y sociales involucradas en el proceso ayuda, atención, asistencia y reparación de las víctimas, objeto de la Unidad”. Con una contribución de 12 políticas con el 73% de las cuales (9 de cumplimiento parcial y 3 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (**Política de Servicio al Ciudadano 87,5%, Política de integridad con 46,9%, Política de Gobierno Digital 45,8%, Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación 50,%** y la Política de Planeación Institucional 84,4%); 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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 83 de 110

certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 9 políticas y no cumplimiento de 3 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

- *Función 3: “Adelantar el seguimiento y evaluación de los planes, programas y proyectos que desarrolle en su jurisdicción, conforme a los lineamientos de las dependencias correspondientes”. Con una contribución de 8 políticas con el 80% de las cuales (7 de cumplimiento parcial y 1 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Servicio al Ciudadano 87,5%, **Política de integridad con 46,9%**, y la Política de Planeación Institucional 84,4%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 7 políticas y no cumplimiento de 1 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.*
- *Función 4 “Participar en los Comités Territoriales de Justicia Transicional, bajo las directrices del Director General de la Unidad”. Con una contribución de 7 políticas con el 80% de las cuales (6 de cumplimiento parcial y 1 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Defensa Jurídica 90,6%, **Política de integridad con 46,9%**, 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 de 6 políticas y no cumplimiento de 1 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.*
- *Función 5 “Apoyar la coordinación para la creación, fortalecimiento, implementación y gerencia de los Centros Regionales de Atención y Reparación que considere pertinentes para el desarrollo de sus funciones, conforme lo determine la Dirección General.”. Con una contribución de 15 políticas con el 73% de las cuales (12 de cumplimiento parcial y 3 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Servicio al Ciudadano 87,5%, **Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos 30%**, **Política de Gobierno Digital 45,8%**, **Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación 50%** y la Política de Planeación Institucional 84,4%) con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias*

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 84 de 110

aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 12 políticas y no cumplimiento de 3 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

- *Función 6 “Celebración de los contratos y convenios que permitan el desarrollo de las funciones institucionales en el territorio de su competencia, para los cuales haya sido delegado.” Con una contribución de 11 políticas con el 77% de las cuales (10 de cumplimiento parcial y 1 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos (Política de Servicio al Ciudadano 87,5%, **Política de Integridad 46,9%**, y la Política de Planeación Institucional 84,4%) “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 10 política s y no cumplimiento de 1 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.*
- *Función 7 “Administrar los bienes y elementos destinados a la prestación de los servicios y el funcionamiento de la sede territorial.” Con una contribución de 10 políticas con el 70% de las cuales (7 de cumplimiento parcial y 3 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e (Política de Servicio al Ciudadano 87,5%, **Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos 30%**, **Política de Gobierno Digital 45,8%**, **Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación 50,%** y la Política de Transparencia y Acceso a la información Pública y Lucha contra la Corrupción 75%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 7 política s y no cumplimiento de 3 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.*
- *Función 8 “Responder por la atención a los ciudadanos que demanden los servicios de la entidad en su respectiva jurisdicción.” Con una contribución de 11 políticas con el 73% de las cuales (8 de cumplimiento parcial y 3 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Servicio al Ciudadano 87,5%, **Política de Integridad 46,9%**, **Política de Fortalecimiento Organizacional***

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 85 de 110

y Simplificación de Procesos 30%, Política de Gobierno Digital 45,8 y la Política de Gestión Estratégica del Talento Humano 82,5%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 7 política s y no cumplimiento de 4 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

- Función 9 “Rendir los informes requeridos por los órganos competentes, sobre las actividades desarrolladas y el funcionamiento general de la dirección territorial, en coordinación con las dependencias correspondientes”. Con una contribución de 15 políticas con el 71% de las cuales (11 de cumplimiento parcial y 4 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Servicio al Ciudadano 87,5%, **Política de Integridad 46,9%, Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos 30%, Política de Gobierno Digital 45,8%, Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación 50,%** y la Política de Planeación Institucional 84,4%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 11 políticas y no cumplimiento de 4 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.
- Función 10 “Promover y desarrollar la implementación, mantenimiento y mejora del Sistema Integrado de Gestión de la dependencia”. Con una contribución de 15 políticas con el 71% de las cuales (11 de cumplimiento parcial y 4 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Servicio al Ciudadano 87,5%, **Política de Integridad 46,9%, Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos 30%, Política de Gobierno Digital 45,8%, Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación 50,%** y la Política de Planeación Institucional 84,4%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 11 política s y no cumplimiento de 4 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 86 de 110

De acuerdo con lo expuesto, se evidencia una debilidad en el sistema de control interno relacionada con la necesidad de fortalecer el cumplimiento de la interacción de las funciones establecidas en el artículo 29 del Decreto 4802 de 2011 y la contribución en los procesos de implementación y sostenibilidad de las políticas del MIPG incluidas en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión adoptado por el Decreto 1499 de 2017 que agrupa las políticas de gestión y desempeño institucional. De igual manera, el Decreto 1083 de 2015 en el artículo 2.2.22.3.2 define el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) como el: *“marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio”*

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

- Política de integridad: *“Contar con el liderazgo del equipo directivo y la coordinación de las áreas de gestión humana”, Llevar a cabo permanentemente ejercicios participativos para la divulgación y apropiación de los valores y principios propuestos en el Código de Integridad”, “Establecer un sistema de seguimiento y evaluación de la implementación del Código para garantizar su cumplimiento por parte de los servidores en el ejercicio de las funciones”, “Promover que el contacto de los servidores con el Código sea experiencial de tal manera que surjan en ellas reflexiones acerca de su quehacer y rol como servidores públicos que eventualmente conduzcan a cambios en su comportamiento”, “Adoptar y apropiar el Código de Integridad, y de conformidad con las particularidades y autonomía de cada entidad pública, adicionar principios de acción (“lo que hago” “lo que no hago”) a los cinco valores establecidos en el Código e incluir hasta dos valores adicionales”.*
- Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación: *“Primer Eje: Generación y producción del conocimiento (...)”, “Segundo Eje: Herramientas para uso y apropiación (...)”, “Tercer eje: Análisis institucional (...)”, “Cuarto eje: Cultura de compartir y difundir (...)”.*
- Política de Mejora Normativa: *“La PMN tiene como objetivo promover el uso de herramientas y buenas prácticas regulatorias, con el fin de lograr que las autoridades encargadas de expedir regulaciones, tanto en el nivel nacional como en el territorial, tengan en cuenta los parámetros de calidad técnica y jurídica y resulten eficaces, eficientes, transparentes, coherentes y simples, en aras de fortalecer la seguridad jurídica y un marco regulatorio que facilite el emprendimiento, la competencia, la productividad, el desarrollo económico y el bienestar social (DNP, 2022). De esta manera, el objetivo de la PMN no es otro que el de construir sociedades capaces de utilizar mejor sus recursos y generar mayor bienestar social para sus habitantes. (...)”.*
- Política de Gobierno Digital: *“Seguridad de la Información: Busca que las entidades públicas incorporen la seguridad de la información en todos sus procesos, trámites, servicios, sistemas de información, infraestructura y en general, en todos los activos de información de las entidades del Estado, con el fin de preservar la confidencialidad, integridad, disponibilidad y privacidad de los datos.*

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 87 de 110

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

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

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

- **Política de Fortalecimiento Institucional y Simplificación de Procesos:** *“El propósito de esta política es fortalecer las capacidades organizacionales mediante la alineación entre la estrategia institucional y el modelo de operación por procesos, la estructura y la planta de personal, de manera que contribuyan a la generación de mayor valor público en la prestación de bienes y servicios, aumentando la productividad estatal”.*
“La política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos debe ser resultado del ejercicio de Direccionamiento Estratégico y Planeación, así como de los resultados obtenidos por la entidad. Se trata de entender e interiorizar que todas las dimensiones de MIPG son piezas fundamentales e integrales en un proceso de análisis para el fortalecimiento organizacional (...)”.

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

Este aspecto fue comunicado al auditado el viernes 23 de mayo de 2025. En respuesta, mediante comunicación del viernes 30 de junio de 2025 y dentro de los plazos establecidos, el auditado presentó un informe detallado reiterando el contexto y la debilidad anteriormente mencionada; manifestando la siguiente respuesta:

“Equipo auditor, teniendo en cuenta el tercer comunicado de debilidades en la auditoria de gestión al SCI en la dirección territorial Magdalena Medio manifestamos lo siguiente: Si bien, la dirección territorial desarrolla sus actividades de acuerdo con las funciones establecidas en el artículo 29 del Decreto 4802 de 2011 y las políticas del MIPG incluidas en el Manual Operativo de Modelo Integrado de Gestión, dichas actividades se realizan de acuerdo con los lineamientos y procedimientos establecidos por el nivel nacional para el cumplimiento de los objetivo institucionales. Esto nos permitió aportar las evidencias de las actividades realizadas durante la vigencia 2024 por cada uno de los procesos misionales y de las actividades administrativas y contractuales. Se realizó revisión del análisis realizado por el equipo auditor a cada una de las funciones, donde nos informan que la dirección territorial contribuyó en políticas con porcentajes de avances, cumplimiento parcial y de no cumplimiento como se muestra a continuación:

Función 1: *Ejecutar las políticas, planes, programas y proyectos de competencia de la entidad en su correspondiente jurisdicción, de conformidad con los lineamientos y delegaciones señalados por la Dirección General y adelantar el seguimiento y evaluación de los mismos”. Con una contribución de 11 políticas con*

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 88 de 110

el 75% de las cuales (8 de cumplimiento parcial y 3 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Servicio al Ciudadano 87,5%, Política de integridad con 46,9%, Política de Gobierno Digital 45,8%, Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación 50,% y la Política de Planeación Institucional 84,4%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 8 políticas y no cumplimiento de 3 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

Función 2: “Participar en la formulación de planes y programas con el objeto de garantizar la articulación institucional y de las organizaciones públicas, privadas y sociales involucradas en el proceso ayuda, atención, asistencia y reparación de las víctimas, objeto de la Unidad”. Con una contribución de 12 políticas con el 73% de las cuales (9 de cumplimiento parcial y 3 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Servicio al Ciudadano 87,5%, Política de integridad con 46,9%, Política de Gobierno Digital 45,8%, Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación 50,% y la Política de Planeación Institucional 84,4%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 9 políticas y no cumplimiento de 3 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

Función 3: “Adelantar el seguimiento y evaluación de los planes, programas y proyectos que desarrolle en su jurisdicción, conforme a los lineamientos de las dependencias correspondientes”. Con una contribución de 8 políticas con el 80% de las cuales (7 de cumplimiento parcial y 1 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Servicio al Ciudadano 87,5%, Política de integridad con 46,9%, y la Política de Planeación Institucional 84,4%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 7 políticas y no cumplimiento de 1 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

Función 4: “Participar en los Comités Territoriales de Justicia Transicional, bajo las directrices del Director General de la Unidad”. Con una contribución de 7 políticas con el 80% de las cuales (6 de cumplimiento parcial y 1 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Defensa Jurídica 90,6%, Política de integridad con 46,9%, 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 de 6 políticas y no cumplimiento de 1 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 89 de 110

Función 5: “Apoyar la coordinación para la creación, fortalecimiento, implementación y gerencia de los Centros Regionales de Atención y Reparación que considere pertinentes para el desarrollo de sus funciones, conforme lo determine la Dirección General.” Con una contribución de 15 políticas con el 73% de las cuales (12 de cumplimiento parcial y 3 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Servicio al Ciudadano 87,5%, Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos 30%, Política de Gobierno Digital 45,8%, Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación 50,% y la Política de Planeación Institucional 84,4%) con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 12 políticas y no cumplimiento de 3 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

Función 6: “Celebración de los contratos y convenios que permitan el desarrollo de las funciones institucionales en el territorio de su competencia, para los cuales haya sido delegado.”. Con una contribución de 11 políticas con el 77% de las cuales (10 de cumplimiento parcial y 1 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos (Política de Servicio al Ciudadano 87,5%, Política de Integridad 46,9%, y la Política de Planeación Institucional 84,4%) “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 10 política s y no cumplimiento de 1 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

Función 7: “Administrar los bienes y elementos destinados a la prestación de los servicios y el funcionamiento de la sede territorial.”. Con una contribución de 10 políticas con el 70% de las cuales (7 de cumplimiento parcial y 3 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e (Política de Servicio al Ciudadano 87,5%, Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos 30%, Política de Gobierno Digital 45,8%, Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación 50,% y la Política de Transparencia y Acceso a la información Pública y Lucha contra la Corrupción 75%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 7 política s y no cumplimiento de 3 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

Función 8: “Responder por la atención a los ciudadanos que demanden los servicios de la entidad en su respectiva jurisdicción.” Con una contribución de 11 políticas con el 73% de las cuales (8 de cumplimiento parcial y 3 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Servicio al Ciudadano 87,5%, Política de Integridad 46,9%, Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos 30%, Política de Gobierno Digital 45,8 y la Política de Gestión Estratégica del Talento Humano 82,5%); 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,

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 90 de 110

dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 7 políticas y no cumplimiento de 4 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

Función 9: “Rendir los informes requeridos por los órganos competentes, sobre las actividades desarrolladas y el funcionamiento general de la dirección territorial, en coordinación con las dependencias correspondientes”. Con una contribución de 15 políticas con el 71% de las cuales (11 de cumplimiento parcial y 4 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Servicio al Ciudadano 87,5%, Política de Integridad 46,9%, Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos 30%, Política de Gobierno Digital 45,8%, Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación 50,% y la Política de Planeación Institucional 84,4%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 11 políticas y no cumplimiento de 4 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

Función 10: “Promover y desarrollar la implementación, mantenimiento y mejora del Sistema Integrado de Gestión de la dependencia”. Con una contribución de 15 políticas con el 71% de las cuales (11 de cumplimiento parcial y 4 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Servicio al Ciudadano 87,5%, Política de Integridad 46,9%, Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos 30%, Política de Gobierno Digital 45,8%, Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación 50,% y la Política de Planeación Institucional 84,4%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 11 políticas y no cumplimiento de 4 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

Sí bien se establecen el número de las políticas que tienen cumplimiento parcial y a su vez las que no se evidencia el cumplimiento y además, se hace referencia al cumplimiento de algunas políticas con porcentajes (como lo anteriormente citado), desde la dirección territorial se espera que se origine un reporte adicional por parte del equipo auditor, en el que se pueda identificar con precisión y especificidad las políticas mencionadas (parcialmente cumplidas y las no cumplidas en cada una de las funciones mencionadas en el tercer comunicado de debilidades de la auditoría) logrando con esto que el equipo auditado tenga claridad y pueda realizar el análisis de las evidencias aportadas y poder en caso de que aplique subsanar, para así evitar la calificación que se da de escepticismo profesional y den plena certeza al cumplimiento de las funciones”.

El Equipo Auditor comunica a través de este informe a la Dirección Territorial Magdalena Medio que revisada la solicitud se relaciona la pertinencia del valor porcentual de cada una de las políticas MIPG en interacción en cumplimiento con el artículo 29 del Decreto 4802 de 2011 y la contribución en los procesos de implementación y sostenibilidad de las políticas del MIPG incluidas en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión adoptado por el Decreto 1499 de 2017

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 91 de 110

que agrupa las políticas de gestión y desempeño institucional. El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa la respuesta efectuada por la Dirección Territorial y considera que los argumentos planteados no son suficientes para romper el principio de escepticismo y no da la plena certeza al auditor del cumplimiento; así mismo se comunica que se mantiene la debilidad registrada, toda vez que la Oficina de Control Interno relacionada con la evaluación de las evidencias que contribuyan a la implementación y sostenibilidad de las políticas de integridad, Gestión del Conocimiento y la Innovación, Gobierno Digital, Mejora Normativa y Fortalecimiento Institucional y Simplificación de Procesos.

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

5.6 ANÁLISIS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN RELACIÓN AL CUMPLIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

El Equipo Auditor examina las evidencias aportadas y cargadas en el SharePoint por el equipo auditado el viernes 02 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 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*

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 92 de 110

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:

Se entiende por control interno el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 93 de 110

las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos. (subrayado fuera de texto).

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

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

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

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

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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de las variables anteriormente indicada, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remitió al auditado la matriz de evaluación de las tecnologías de la información y las comunicaciones mediante correo electrónico del miércoles 09 abril de 2025 a las 12:43 p.m. La Dirección Territorial del Magdalena Medio a través de sus delegados remite respuesta mediante correo electrónico del viernes 02 de mayo de 2025 a las 16:52 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 UARIV los cuales están definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales a), b), c), d), e), f), g) y h) que la administración del aseguramiento propende por:

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 94 de 110

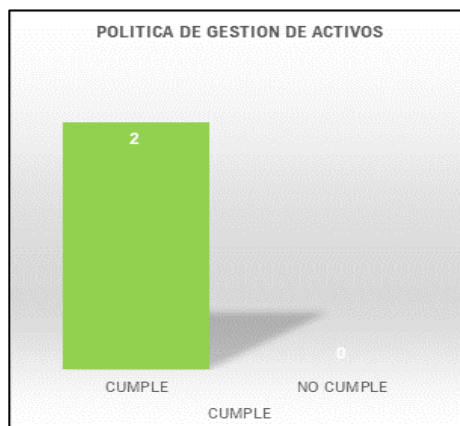
presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos; g) Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación; y h) Velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características, y en artículo 3° literales a) El Sistema de Control Interno forma parte integrante de los sistemas contables, financieros, de planeación, de información y operacionales de la respectiva entidad; y c) En cada área de la organización, el funcionario encargado de dirigirla es responsable por control interno ante su jefe inmediato de acuerdo con los niveles de autoridad establecidos en cada entidad. (subrayado fuera de texto)

El papel de trabajo, matriz de evaluación del cumplimiento de las políticas de seguridad de la información cuenta con 16 lineamientos indicados en las diferentes políticas descritas en la resolución 03157 del 2021, 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 se realizaron de conformidad y, por lo tanto, se tiene como cumplida la gestión. Sin embargo, es necesario recomendar que las actas y demás soportes que están asociadas con las devoluciones y reasignaciones este alineados al inventario de los equipos tecnológicos que maneja la Dirección Territorial versus la información que gestiona la Oficina de Tecnologías de la Información.

Resultado – Política de Gestión de Activos:



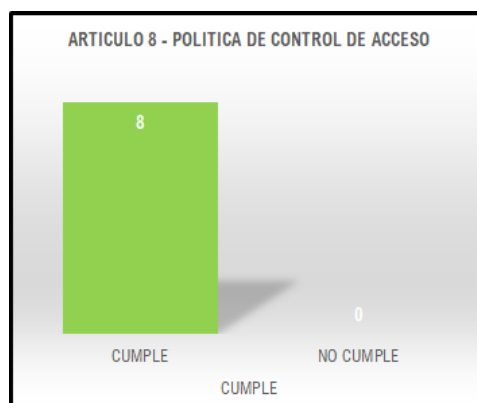
Fuente: Herramienta Papel de Trabajo Cumplimiento de Políticas de Seguridad de la Información

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 95 de 110

ARTICULO 8 - POLITICA DE CONTROL DE ACCESO

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

Resultado Política de control de acceso:



Fuente: Herramienta Papel de Trabajo Cumplimiento de Políticas de Seguridad de la Información

ARTICULO No. 11 - POLITICA DE SEGURIDAD DE LAS OPERACIONES

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

Resultado de Seguridad de las Operaciones:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 96 de 110

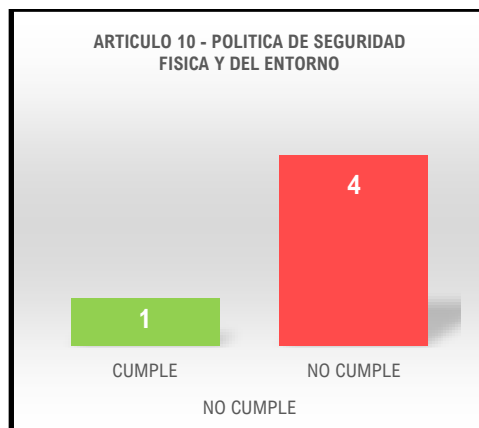


Fuente: Herramienta Papel de Trabajo Cumplimiento de Políticas de Seguridad de la Información

ARTICULO 10 - POLITICA DE SEGURIDAD FISICA Y DEL ENTORNO

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

Resultado de Seguridad Física y del Entorno:



Fuente: Herramienta Papel de Trabajo Cumplimiento de Políticas de Seguridad de la Información

El Equipo Auditor de Control Interno evalúa, con normas de auditoria generalmente aceptadas, los soportes suministrados por el auditado, donde se evidencia que los controles implementados no cumplen con las características necesarias para lo pertinente con los numerales asociados a la política de seguridad física y del entorno, que permitan garantizar la seguridad de la información y de los elementos que están asociados a la infraestructura tecnológica de la Dirección Territorial, lo cual representa un alto riesgo de fuga, perdida o manipulación de la información que gestiona la Dirección Territorial auditada a través de sus elementos tecnológicos asignados y los sistemas de información asociados.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 97 de 110

La ausencia de un nivel de certeza que rompa el principio del escepticismo profesional donde se describan los métodos y las mejores estrategias en cuanto a seguridad del entorno y disponibilidad de la información, no está conforme con lo dispuesto en los literales a), c), d) y e) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993, en concordancia con lo expuesto en las normativas y regulaciones expedidas por el Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones, en su modelo de seguridad y privacidad de la Información y la Norma ISO 27001 de Seguridad de la Información en numeral A.11. y el cumplimiento del artículo No. 10 de la política de Seguridad Física y del Entorno como lo indica la resolución No. 03157 del 10 de noviembre del 2021 expedida por la Unidad de Víctimas. Donde se adjunta los siguientes archivos:

- Solicitudes paz y salvos
- Informe visita Barrancabermeja

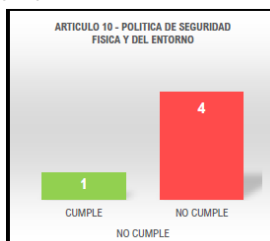
Donde manifiesta que:

a. "Equipo auditor, teniendo en cuenta el segundo comunicado de debilidades en la auditoria de gestión al SCI en la dirección territorial Magdalena Medio nos permitimos dar respuesta y aclaración a los hallazgos (subrayado fuera de texto).

ARTICULO 10 - POLITICA DE SEGURIDAD FISICA Y DEL ENTORNO

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

Resultado de Seguridad Física y del Entorno



DEBILIDAD

El Equipo Auditor de Control Interno evalúa, con normas de auditoria generalmente aceptadas, los soportes suministrados por el auditado, donde se evidencia que los controles implementados no cumplen con las características necesarias para lo pertinente con los numerales asociados a la política de seguridad física y del entorno, que permitan garantizar la seguridad de la información y de los elementos que están asociados a la infraestructura tecnológica de la Dirección Territorial, lo cual representa un alto riesgo de fuga, perdida o manipulación de la información que gestiona la Dirección Territorial auditada a través de sus elementos tecnológicos asignados y los sistemas de información asociados. La ausencia de un nivel de certeza que rompa el principio del escepticismo profesional donde se describan los métodos y las mejores estrategias en cuanto a seguridad del entorno y disponibilidad de la información, no está conforme con lo dispuesto en los literales a), c), d) y e) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993, en concordancia con lo expuesto en las normativas y regulaciones expedidas por el Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones, en su modelo de seguridad y privacidad de la Información y la Norma ISO 27001 de Seguridad de la Información en numeral A.11. y el cumplimiento del artículo No. 10 de la Política de Seguridad Física y del Entorno como lo indica la resolución No. 03157 del 10 de noviembre del 2021 expedida por la Unidad de Víctimas".

"Respuesta

En conversación vía teams con el auditor, donde se realizó aclaración de las debilidades, ya que en el comunicado no se describe por numeral dichas debilidades.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 98 de 110

El proceso de Gestión Administrativa debe hacer seguimiento 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 de procesamiento de información o centro de cableados. (subrayado fuera de texto).

La dirección territorial cuenta con el centro de cableado (RACK) que fue instalado por el operador de acuerdo con lineamientos de los arquitectos y personas del Grupo de Gestión Administrativa del nivel nacional.

Este espacio cuenta con lo siguiente:

- *Un aire acondicionado de 12 mil BTU, el cual su finalidad es mantener la temperatura ambiente a 22 grados y se supervisa por medio del control del airea condicionado. Además, cuenta con sensor de humo.*
- *Los mantenimientos al centro cableado son programados por la Oficina de Tecnología de la Información y Gestión Administrativa del nivel nacional.*
- *De lo anterior en las evidencias se cargaron la orden de servicio del mantenimiento de fecha 2 de marzo del 2024, orden de servicio del cambio de baterías de UPS de fecha del 10 de abril del 2024 con los siguientes nombres de archivo:*
 - *Mantenimiento del RACK y mobiliario*
 - *Cambio de Baterías UPS*

En el centro de cableado de la dirección territorial a la fecha no ha sido instalado, ni recibido el equipo de medición de temperatura y humedad y tampoco se ha recibido lineamiento de registro del control de medición".

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa la respuesta dada por la Dirección Territorial Magdalena Medio y considera que los argumentos expuestos en su comunicación no desvirtúan las causas que sustenta la debilidad, en virtud de que, no se aportaron las evidencias que soporten el cumplimiento del lineamiento de la política de seguridad evaluada donde se pueda evidenciar que la Dirección Territorial realice a través de algún instrumento donde se pueda dejar trazas de los seguimientos que se realizan en lo toma de mediciones de manera frecuente que permitan concluir o determinar que existen variaciones o alertas donde se pueden ver afectados las condiciones eléctricas y ambientales del centro de cableado y poder tomar los correctivos necesarios, por lo tanto la debilidad se mantiene con el propósito de facilitar el proceso de implementación de un plan de mejoramiento.

b. "El cableado de energía eléctrica y datos debe estar debidamente protegido para evitar la interceptación, interferencia o daño, por medio de canaletas o bandejas definidas para tal fin. Es responsabilidad de todos los funcionarios, contratistas y colaboradores informar el incumplimiento de este numeral. (subrayado fuera de texto)

La dirección territorial no objeta este hallazgo, sin embargo, es importante que el equipo auditor tenga en cuenta que las instalaciones del mobiliario, equipos y cableado lo realizó el operador con los lineamientos que brindó la Oficina de Tecnología de la Información y Grupo de Gestión Administrativa desde el año 2012.

En el año 2022, el profesional del Grupo de Gestión del Talento Humano realizó inspección y capacitación de la sede administrativa, el punto de atención y el CRAV de la DT Magdalena Medio – Barrancabermeja y se llevó el informe al nivel nacional de los hallazgos encontrados.

Por lo cual, consideramos que el hallazgo sea para los procesos mencionados.

Adjuntamos acta de informe de visita del 7 y 8 de marzo del 2022".

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa la respuesta dada por la Dirección Territorial Magdalena Medio 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 del cumplimiento del lineamiento que soporten los controles de la política de seguridad

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 99 de 110

física y del entorno en cuanto al cableado estructurado no permiten evidenciar la eficiencia que debe regir a la protección no solamente de los equipos de cómputo sino también a los equipos activos de red con los que la Dirección Territorial 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 DT a través de elementos indicados en el lineamiento pero que cumplan con los estándares técnicos que garanticen una operabilidad eficiente.

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.

c. "9a. Es responsabilidad de los funcionarios, contratistas y colaboradores (subrayado fuera de texto):

- Contar con un inventario detallado del Hardware del Software presente en los equipos de computo

*La dirección territorial en el proceso de auditoria adjuntó el inventario de la sede Barrancabermeja, donde tiene como usuario asignado a Águeda Plata Gómez directora territorial que estuvo en el periodo: (noviembre del 2022 a agosto del 2024), en el proceso de desvinculación de la entidad se solicitó cambio de usuario asignado, ya que se contó con director encargado al Subdirector General Omar Fernández del periodo 4 de septiembre al 31 de octubre del 2024 y desde el 01 de noviembre del 2024 al 20 de enero del 2025 se contó con el director territorial Isaac Jiménez Vergara, donde igualmente se solicitó cambio de usuario asignado pero el nivel nacional no lo realizó. Por lo anterior, el inventario aportado cuenta con usuario asignado a la directora territorial Águeda Plata Gómez que de acuerdo con los lineamientos del nivel nacional el inventario es responsabilidad el director territorial. **Se adjunta correos de solicitud de cambio de usuario asignado".***

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa la respuesta dada por la Dirección Territorial Magdalena Medio 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 a la Dirección Territorial efectuar un seguimiento y control.

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.

"d. 10. la OTI debe programar actividades de mantenimiento periódico en los equipos de modalidad de arrendamiento (subrayado fuera de texto).

- 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. (subrayado fuera de texto).

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 100 de 110

- El usuario debe notificar a la OTI o a la mesa de servicio tecnológicos en caso de presentar informidad o daño de los elementos o el servicio.
- La dirección territorial en la vigencia 2024 contó con servicio de mantenimiento de los equipos como impresoras, RACK, donde se adjuntaron las actas de visita y de los equipos de cómputo el soporte lo realiza el técnico a través de una APP y ellos lo envían al nivel nacional”.

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa la respuesta efectuada por la Dirección Territorial y considera que los argumentos planteados no son suficientes para romper el principio de escepticismo y no da la plena certeza al auditor del cumplimiento de los controles que se deben ejercer conforme a los lineamientos indicados en la política de seguridad de la información establecidos en la resolución 03157 del 10 de noviembre de 2021, por lo tanto, la debilidad se mantiene con el propósito de facilitar el proceso de implementación de un plan de mejoramiento.

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

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

DEBILIDAD No. 1

Se evidencia una debilidad en el sistema de control interno relacionada con la evaluación del proceso Participación y Visibilización en su procedimiento “*Procedimiento para el Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas V1*”; no se registran evidencias pertinentes que den certeza de la gestión realizada bajo la responsabilidad de la Dirección Territorial Magdalena Medio. 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 potencial causa el desconocimiento por parte de los servidores públicos de

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 101 de 110

las normativas que regulan y rigen la administración pública en cuanto a la entrega de información, según lo dispuesto en el Decreto 403 de 2020, inciso 2 del artículo 1° y artículo 151, el cual establece el “*deber de entrega de información para el ejercicio de las funciones de la unidad u oficina de control interno*”. Esto impide la eficiencia en el control interno debido a que, esta oficina no puede realizar un análisis adecuado de la situación de la operatividad de la Dirección Territorial, limitando su capacidad para identificar riesgos y proponer mejoras, así mismo, los funcionarios responsables de la no entrega de información puede acarrear sanciones administrativas y penales, afectando no solo a los responsables, sino también a la entidad en su conjunto. La correcta implementación de un sistema de control interno requiere el compromiso de todos los niveles de la entidad para garantizar la transparencia y la eficacia en la gestión pública. Es esencial que la Dirección Territorial tome acciones concretas para asegurar el suministro adecuado de información a los entes evaluadores (OCI), protegiendo así la integridad del sistema y evitando posibles sanciones que puedan comprometer la veracidad y exactitud de la información gestionada por la Dirección Territorial a nivel nacional.

DEBILIDAD No. 2

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

DEBILIDAD No. 3

De acuerdo con lo expuesto, se evidencia una debilidad en el sistema de control interno relacionada con la necesidad de fortalecer el cumplimiento de la interacción de las funciones establecidas en el artículo 29 del Decreto 4802 de 2011 y la contribución en los procesos de implementación y sostenibilidad de las políticas del MIPG incluidas en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión adoptado por el Decreto 1499 de 2017 que agrupa las políticas de gestión y desempeño institucional. De igual manera, el Decreto 1083 de 2015 en el artículo 2.2.22.3.2 define el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) como el: “*marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los*

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 102 de 110

ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio"

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

- *Política de integridad: "Contar con el liderazgo del equipo directivo y la coordinación de las áreas de gestión humana", Llevar a cabo permanentemente ejercicios participativos para la divulgación y apropiación de los valores y principios propuestos en el Código de Integridad", "Establecer un sistema de seguimiento y evaluación de la implementación del Código para garantizar su cumplimiento por parte de los servidores en el ejercicio de las funciones", "Promover que el contacto de los servidores con el Código sea experiencial de tal manera que surjan en ellas reflexiones acerca de su quehacer y rol como servidores públicos que eventualmente conduzcan a cambios en su comportamiento", "Adoptar y apropiar el Código de Integridad, y de conformidad con las particularidades y autonomía de cada entidad pública, adicionar principios de acción ("lo que hago" "lo que no hago") a los cinco valores establecidos en el Código e incluir hasta dos valores adicionales".*
- *Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación: "Primer Eje: Generación y producción del conocimiento (...)", "Segundo Eje: Herramientas para uso y apropiación (...)", "Tercer eje: Analítica institucional (...)", "Cuarto eje: Cultura de compartir y difundir (...).*
- *Política de Mejora Normativa: "La PMN tiene como objetivo promover el uso de herramientas y buenas prácticas regulatorias, con el fin de lograr que las autoridades encargadas de expedir regulaciones, tanto en el nivel nacional como en el territorial, tengan en cuenta los parámetros de calidad técnica y jurídica y resulten eficaces, eficientes, transparentes, coherentes y simples, en aras de fortalecer la seguridad jurídica y un marco regulatorio que facilite el emprendimiento, la competencia, la productividad, el desarrollo económico y el bienestar social (DNP, 2022). De esta manera, el objetivo de la PMN no es otro que el de construir sociedades capaces de utilizar mejor sus recursos y generar mayor bienestar social para sus habitantes. (...)"*
- *Política de Gobierno Digital: "Seguridad de la Información: Busca que las entidades públicas incorporen la seguridad de la información en todos sus procesos, trámites, servicios, sistemas de información, infraestructura y en general, en todos los activos de información de las entidades del Estado, con el fin de preservar la confidencialidad, integridad, disponibilidad y privacidad de los datos. Este habilitador se desarrolla a través del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información, que orienta la gestión e implementación de la seguridad de la información en el Estado".
"Arquitectura: busca que las entidades públicas apliquen en su gestión, un enfoque de Arquitectura Empresarial para el fortalecimiento de sus capacidades institucionales y de gestión de TI, aplicando los lineamientos, estándares y mejores prácticas contenidos en el Marco de Referencia de Arquitectura Empresarial del Estado".
"Servicios Ciudadanos Digitales: busca que los servicios ciudadanos digitales sean integrados a los procesos, servicios digitales, trámites digitales, sistemas de información y demás que lo requieran, buscando racionalizar recursos, estandarizar y armonizar la administración pública en pro de mejorar los servicios del Estado".*
- *Política de Fortalecimiento Institucional y Simplificación de Procesos: "El propósito de esta política es fortalecer las capacidades organizacionales mediante la alineación entre la estrategia institucional y el modelo de operación por procesos, la estructura y la planta de personal, de manera*

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 103 de 110

que contribuyan a la generación de mayor valor público en la prestación de bienes y servicios, aumentando la productividad estatal".

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

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

DEBILIDAD No. 4

El Equipo Auditor de Control Interno evalúa, con normas de auditoria generalmente aceptadas, los soportes suministrados por el auditado, donde se evidencia que los controles implementados no cumplen con las características necesarias para lo pertinente con los numerales asociados a la política de seguridad física y del entorno, que permitan garantizar la seguridad de la información y de los elementos que están asociados a la infraestructura tecnológica de la Dirección Territorial, lo cual representa un alto riesgo de fuga, perdida o manipulación de la información que gestiona la Dirección Territorial auditada a través de sus elementos tecnológicos asignados y los sistemas de información asociados.

La ausencia de un nivel de certeza que rompa el principio del escepticismo profesional donde se describan los métodos y las mejores estrategias en cuanto a seguridad del entorno y disponibilidad de la información, no está conforme con lo dispuesto en los literales a), c), d) y e) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993, en concordancia con lo expuesto en las normativas y regulaciones expedidas por del Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones, en su modelo de seguridad y privacidad de la Información y la Norma ISO 27001 de Seguridad de la Información en numeral A.11. y el cumplimiento del artículo No. 10 de la política de Seguridad Física y del Entorno como lo indica la resolución No. 03157 del 10 de noviembre del 2021 expedida por la Unidad de Víctimas.

7. ASPECTOS SOBRESALIENTES

El Equipo Auditor ha evidenciado como aspectos positivos de la Dirección Territorial Magdalena Medio lo siguiente:

De acuerdo con los principios de auditoria generalmente aceptadas, se examinó la información aportada por la dirección territorial y sus evidencias que las soportan, se encuentra que su presentación está en el orden de acuerdo con los criterios de calidad de la información, donde no

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 104 de 110

genera incertidumbre al Equipo Auditor respecto al escepticismo profesional, razón por la cual se cumple lo determinado en el artículo 2 de la Ley 87 de 1993 en el literal e) “*Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros*” entendiendo por registros todas las evidencias de la información aportadas, por consiguiente, se resalta la calidad y pertinencia de las evidencias, lo que muestra un trabajo coordinado con calidez y prontitud.

Se identifica durante la auditoría realizada por el Equipo Auditor disposición de la Directora Territorial y su equipo de trabajo, así como el funcionario/enlace asignado para atender las pruebas de recorridos virtuales a través de una adecuada comunicación, planificación y cumplimiento de los tiempos de entrega de las evidencias solicitadas; situación que facilita la ejecución de la evaluación para obtener resultados que contribuyen a la mejora continua de la dirección territorial auditada.

El liderazgo y compromiso por parte de la Directora Territorial en el cumplimiento de los planes, programas, proyectos y procesos que hacen parte de su jurisdicción, denotan buena actitud en la coordinación, comunicación y planificación de las actividades con su equipo de trabajo, demostrando conocimiento de los temas abordados en el ejercicio auditor, producto de lo anterior se destaca los comités territoriales de seguimiento por medio de los cuales se analizan los avances de los procesos misionales, administrativos y se establecen compromisos de la gestión de la territorial.

Se resalta el uso de los aplicativos y herramientas tecnológicas que permite realizar la ejecución de las actividades misionales, el seguimiento y cargue de la información de acuerdo con las necesidades y expectativas de las partes interesadas tanto internas como externas, lo cual coadyuva al logro de la misionalidad y contribución a los objetivos institucionales todo en el marco de los sistemas de gestión (calidad y seguridad de la información).

Comunicación permanente con los procesos misionales del nivel nacional para verificar el avance y seguimiento del plan de acción, con el fin de evaluar los resultados alcanzados y establecer los compromisos para lograr las metas planteadas.

En términos generales, la Dirección Territorial Magdalena Medio tiene aspectos sobresalientes en materia organizacional y funcional que pueden dar a conocer a otras dependencias y procesos y además pueden constituirse en buenas prácticas institucionales.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 105 de 110

8. RESULTADOS DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.

8.1 Plan de Mejoramiento Auditoría de Gestión⁷

En la vigencia 2020 se realizó auditoria de gestión a la Dirección Territorial Magdalena Medio, en esa oportunidad, la Oficina de Control Interno comunicó mediante el Informe Final con fecha de publicación del 19 de diciembre de 2020, cuatro (4) debilidades del sistema de control las cuales tres (3) debilidades están abiertas y sin reportar información y a la vigencia del año 2024 no han sido cerradas.

9. RESULTADOS DE LOS LOGROS DE GESTIÓN

El resultado de la gestión de la Dirección Territorial Magdalena Medio, dentro de la evaluación por dependencias, obtuvo un logro del 9.16 /10.00 para la vigencia 2024.

10. CONCEPTO DE AUDITORIA

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

La Dirección Territorial Magdalena Medio ejecuta un modelo de control interno en aras de cumplir con las funciones establecidas en el Decreto 4802 de 2011 artículo 29 y la ley 87 del 1993, artículo 2º literal b) “ *Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional*”, con el fin de lograr los objetivos que le han sido asignados y contribuir con aquellos que le corresponde a nivel nacional. Durante el ejercicio auditor se identificaron elementos de controles fuertes y débiles que pretenden dar información oportuna para la toma de decisiones en el mejoramiento continuo en la gestión de la dirección territorial, así como también se identifican fortalezas relevantes en la gestión examinadas por el Equipo Auditor en el marco del cumplimiento del Decreto 1499 de 2017 que actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG, las cuales deben ser potencializadas al interior de la Dirección Territorial y armonizadas para el cumplimiento de las diecinueve (19) políticas del MIPG en interacción con las siete (7) dimensiones

⁷ Informe de seguimiento a planes de mejoramiento de las auditorias OCl; fecha de publicación del 30 de abril de 2025.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 106 de 110

y los sistemas de gestión de la UARIV (calidad, ambiental, seguridad y salud en el trabajo, seguridad de la información).

El Modelo de Control Interno determinado por la UARIV; donde establece la aplicación de las siguientes variables: ejecución e interacción de los procedimientos misionales, medición a través de cualquier metodología incluidos los indicadores de gestión, riesgos que trasciende como herramienta gerencial al mapa de riesgos y que responde a la identificación del contexto estratégico en el cual desarrolla su gestión la Dirección Territorial, control que permita la toma decisiones y sirve como herramienta en la ejecución de las actividades, seguimiento y mejora como expresiones gerenciales que contribuyan a optimizar los recursos maximizando de esta manera los beneficios, ejecución del plan de acción, control del cumplimiento de las funciones vs políticas de MIPG y la evaluación de las tecnologías y seguridad de la información. Estos aspectos básicos del Sistema de Control Interno son objeto de evaluación por parte del Equipo Auditor a través de papeles de trabajo diseñados para establecer el nivel de madurez, aplicación y cumplimiento de ellos.

El sistema de control interno de cualquier proceso inicia con la caracterización y procedimientos asociados que permitan operacionalizar las actividades que conducen al cumplimiento de las funciones constitucionales y legales, que son instrumentos para la gestión de las Direcciones Territoriales. Teniendo esto en cuenta la evaluación de la DT Magdalena Medio para este elemento de control en su interacción con los procesos misionales de Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez con un promedio del 63%, Reparación Integral con el 100% , Relación con el Ciudadano del 100% y Participación y Visibilización del 0% (Procedimiento para el Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas V1 Código:230,09,08-11); generando un bajo impacto en este último proceso se eleva a categoría de debilidad; es necesario que la dirección territorial fortalezca e implemente acciones de mejora para que los procedimientos y actividades se cumplan de acuerdo con el flujograma que se establece a través de los procesos misionales desde el nivel nacional. Así mismo, se recomienda un trabajo en conjunto con estos procesos para que las actividades y evidencias requeridas estén totalmente claras y correspondan a lo instaurado en cada uno de los procedimientos y los criterios que allí se citan. Frente el análisis de la ejecución realizada por el Equipo Auditor a los procedimientos misionales se enfatiza tener en cuenta el acápite donde se detalla las observaciones de los resultados obtenidos con el fin establecer acciones internas de mejora.

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

- i. Con relación a los indicadores de gestión diferente al plan de acción se evidencia un sistema de medición con una mediana de la autoevaluación de la DT del 99,50% y una mediana del análisis cruzado del equipo auditor del 78,34%; en plena producción que da pertinencia a la

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 107 de 110

- toma de decisiones, que es inherente al proceso, actualizado y socializado adecuadamente que sustenta la competencia que recae en la Dirección Territorial.
- ii. En la evaluación del componente de riesgos se evidencia un elemento de control con una mediana de la autoevaluación de la DT del 98,50% y un mediana del análisis cruzado del equipo auditor del 74,18%; esto identifica la ausencia de un mapa de riesgos integral y robusto que recoja no solo lo identificado en el instrumento institucional sino aquellas situaciones que en territorio pueden afectar el logro de los objetivos y el no reconocer aquellos que se desprenden de normas aplicables a la gestión. Por consiguiente, se debe examinar en conjunto con los servidores de la Dirección Territorial un proceso de implementación gerencial de manera integral y articulada para prevenir la materialización de estos.
 - iii. Respecto al componente de control este elemento tiene una mediana de la autoevaluación de la DT del 98,50% y una mediana del análisis cruzado del equipo auditor del 86,67%; se evidencia la gestión del equipo de trabajo de la Dirección Territorial en la identificación, concientización, implementación y aplicación de puntos de control de las actividades diferentes a las descritas en los procedimientos, lo cual puede generar la materialización de los riesgos.
 - iv. En cuanto al componente de mejora y/o valor agregado se evidencia un sistema de medición con una mediana de la autoevaluación de la DT del 99,50% y una mediana del análisis cruzado del equipo auditor del 69,18%; el cual requiere fortalecer los mecanismos e instrumentos de mejora que constituyan a la gestión e interrelación con los sistemas de gestión y el MIPG.
 - v. En el componente de seguimiento se observa que el elemento de control con una mediana de la autoevaluación de la DT del 99% y una mediana del análisis cruzado del equipo auditor del 83,34%; el cual evidencia que el modelo de gestión está implementado, actualizado y socializado adecuadamente, esto permite sustentar la toma de decisiones, que son inherentes a la Dirección Territorial Magdalena Medio, con el fin de corregir situaciones negativas en la gestión cuando de presenten.

De acuerdo con lo anterior para las 5 variables auditadas, el Sistema de Control Interno de la presentan oportunidades de mejora que pueden fortalecer con el trabajo del equipo de la Dirección Territorial y la colaboración de los procesos, especialmente el papel de la Oficina Asesora de Planeación es de vital importancia.

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 108 de 110

En esta línea el Equipo Auditor examina el mapa de riesgos y evidencia que los tres (3) riesgos con un 100% de resultados de la solidez del control integral entre el diseño y su efectividad; se recomienda que se debe fortalecer este componente en el sistema de control interno por la cual se requiere ajustar a un modelo robusto para la gestión de la Dirección Territorial Magdalena Medio; así mismo fortalecer la identificación de controles, y oportunidades de mejora para la aplicabilidad y seguimiento en la totalidad de estos. Es importante señalar que, la dirección territorial no posee un proceso o procedimiento que le sea propio a su gestión, por lo que el mapa de riesgos responde a las funcionalidades gerenciales desplegadas en el Territorio y que para tener un panorama integro debe recoger los riesgos identificados en cada uno de los procesos que ejecuta en su jurisdicción. El equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, recomienda a la Dirección Territorial establecer un mapa de riesgos que acopie de manera integral los efectos que se causan sobre las actividades a desarrollar en el territorio, debido a eventos potenciales previsibles que no han sido identificados por los responsables de la gestión y claridad en la definición de los controles, lo anterior en conjunto con la Oficina Asesora de Planeación responsable como segunda línea de defensa de asesorar la implementación del presente instrumento.

La Directriz dada por la Dirección General en relación con la programación de las actividades en cuanto a metas y tiempos a través de la Oficina Asesora de Planeación, es de cumplir a cabalidad lo pactado como unidad de meta en los tiempos previstos. El Equipo Auditor aplica papel de trabajo que examina la trazabilidad y aplicación de la directriz señalada encontrando que, la dirección territorial presenta debilidad del sistema de control interno por incumplimiento de lo planeado frente a lo ejecutado en el plan de acción. Se examina el comportamiento de los reportes de avance y ejecución de las metas del plan de acción 2024 asignadas a la Dirección Territorial Magdalena Medio, teniendo como parámetro de evaluación que tanto los reportes de avance como de ejecución deben corresponder al 100% de lo planeado. Este aspecto si bien tiene su impacto en la gestión, se puede superar con un sistema de planeación más dinámico y flexible donde la territorial tenga la posibilidad de reaccionar frente a las externalidades y recibir el apoyo necesario de la Oficina Asesora de planeación para lograrlo.

Respecto a la evaluación de las “*funciones Vs políticas del MIPG*” para determinar la pertinencia y conducencia que demuestren el cabal cumplimiento del Decreto 4802 de 2011 y las políticas del MIPG dispuestas en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión adoptado en el Decreto 1499 de 2017; donde el cruce de la información permita evidenciar que los métodos o actuaciones funcionales de los servidores y contratistas de la dirección territorial corresponden con los dispuestos en el ordenamiento legal. El Equipo Auditor establece que la Dirección Territorial Magdalena Medio cumple con la gestión de sus funciones pero no cumple en la interacción y contribución de la implementación de cinco (5) políticas (Política de integridad, Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación, Política de Mejora Normativa, Política de Gobierno Digital y la Política de Fortalecimiento Institucional y Simplificación de Procesos) de MIPG dispuesto en el marco normativo; por consiguiente, se evidencia un sistema de control interno presenta debilidad. Frente al análisis del Equipo Auditor se enfatiza tener en cuenta el contenido donde se detalla las

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 109 de 110

observaciones de los resultados obtenidos con el fin establecer acciones internas de mejora para todas aquellas políticas que están por debajo de los criterios diferenciales y lineamientos establecidos por el DAFP.

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo denominado “*herramienta auditoria para el cumplimiento de las Políticas de Seguridad de la Información*”; la cual establece 16 lineamientos indicados en las diferentes políticas descritas en la resolución 03157 del 2021. Es así que para la Política de Gestión de Activos cumple los 2 lineamientos evaluados; para la Política de Control de Accesos cumple los 8 lineamientos; para la Política de Seguridad de las Operación cumple con 1 lineamiento evaluado; para la Política de Seguridad Física y del Entorno de los 5 lineamientos evaluados da cumplimiento a 1 y 4 de no cumplimiento generando una debilidad al sistema de control Interno lo cual representa un alto riesgo de fuga, perdida o manipulación de la información que gestiona la Dirección Territorial auditada a través de sus elementos tecnológicos asignados y los sistemas de información asociados.

Por lo anterior, es necesario que la dirección territorial establezca e identifiquen las causas de las debilidades presentadas, para garantizar el óptimo funcionamiento en la seguridad y operatividad de los servicios y los elementos de infraestructura tecnológica.

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

El Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial Magdalena Medio se establece en la evaluación un nivel de debilidad en los anteriores elementos de control que puede ser superado con acciones de mejora y la aplicación de herramientas gerenciales donde se analice el entorno interno y externo en el cual se encuentra.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor recomienda a la Dirección General solicitar a la Directora de la Dirección Territorial la elaboración de un Plan de Mejoramiento del Sistema de Control Interno, donde se incluya el tratamiento a las debilidades evidenciadas en este informe.



CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboro: William Mahecha Hernández – Auditor Líder

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

Versión	Fecha	Descripción de la modificación
1	30/04/2014	Se crea formato
2	24/02/2015	Se incluye el ítem de número de informe. Se elimina el ítem 4.2 oportunidades de mejora.
3	21/07/2015	Se incluye la opción tipo de informe, con el fin de poder entregar un informe preliminar o final.
4	15/04/2016	Se incluye cuadro elaboró, revisó y aprobó. Se incluyen numerales 4.4 Sobre indicadores, 4.5 Verificación de riesgos y 4.6 verificación de controles Se incluye cuadro responsable de la auditoria
5	05/06/2017	Se modifica formato, se adiciona aprobación Jefe Oficina de Control Interno.
6	Abril /2018	Se modifica formato de acuerdo 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.