

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

INFORME FINAL DE AUDITORÍA A LA DIRECCIÓN TERRITORIAL MAGDALENA

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
Dependencia líder:	Dirección Territorial Magdalena
Responsable del Proceso:	Audes Estella Jiménez González
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:	John Dairo Bermeo Cuellar - Auditor Líder Liliana Marcela Críales Rincón - Auditora William Mahecha Hernandez - Auditor Isaías Lozano Vera - Auditor Basco German Ricaurte Guerra - Auditor Miguel Angel Espinosa Ruiz - Auditor Jose de Jesús Gutierrez Villalba - Auditor

1. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

La auditoría tiene como objetivo evaluar el sistema de control interno de la Dirección Territorial Magdalena 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 89

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 desde el 01 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.

3. GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR

Durante el desarrollo del proceso de auditoría, se identifica un riesgo relacionado con la entrega completa de la información para evaluar los procesos misionales, así como otras variables vinculadas al Sistema de Control Interno (SCI). Esta situación limita la adecuada valoración de la conformidad en la aplicación de las obligaciones asignadas a la Dirección Territorial. No obstante, es importante destacar que el Equipo Auditor mantiene un acceso a las fuentes de información de la Territorial, lo que permite llevar a cabo la auditoría sin generar impactos negativos en la gestión.

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

5. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

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 1º el control interno, así:

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 4 de 89

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 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.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

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	90%
Participación y Visibilización	Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas V1 Código:230,09,08-11	40%
Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez	Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4 Código: 310,03,08-17	58%
	Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas V1 Código:310,03,08-23	0%

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 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.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

Por lo tanto, mediante correo electrónico del 28 de abril de 2025 a las 11:19 a.m., el Equipo Auditor remite el documento para su diligenciamiento. Posteriormente, el Equipo Auditado da respuesta mediante correo electrónico del 5 de mayo de 2025 a las 4 :54 p.m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

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

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

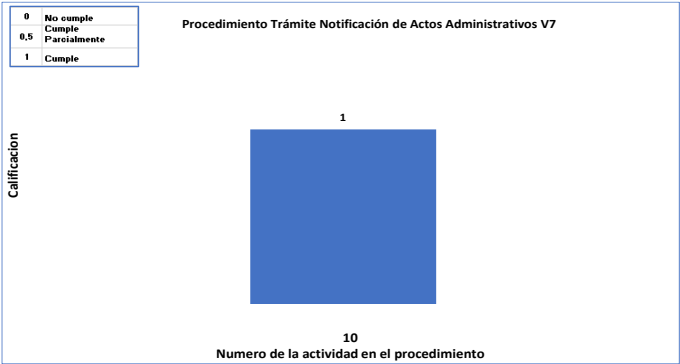
Del análisis correspondiente, el Equipo Auditor, mediante la técnica de confrontación documental y control cruzado, analiza si la evidencia de la actividad posee todos los aspectos referenciados en la estructura general de los procedimientos establecidos por la Entidad, en cuanto a las casillas denominadas: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

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

Producto de esta actividad se observa que, la Dirección Territorial cuenta con dos (2) procesos que dan como resultado cumplimiento total, el de Relación con el Ciudadano que cuenta con el procedimiento “Trámite Notificación de Actos Administrativos V7” equivalente al 100%, el de Reparación Integral con el de “Notificación de Indemnización Administrativa y Entrega del Mensaje Estatal de Reconocimiento y Dignificación V5 Código: 410.08.08-21”, equivalente al 90%, 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 58% y el “Procedimiento para la Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas V1” con el 0%, lo que da como resultado un nivel de cumplimiento conjunto del 29%, por último el proceso de Participación y Visibilización con el “Procedimiento para el Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas V1” alcanza un cumplimiento del 40%.

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

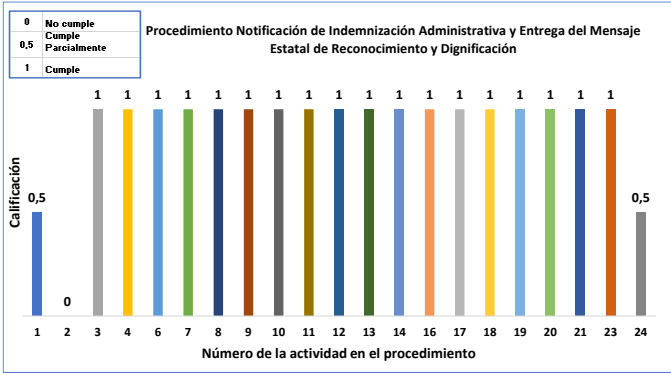
1. Proceso de Servicio al Ciudadano:



Fuente: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales - Propia OCI

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

2. Proceso de Reparación Integral



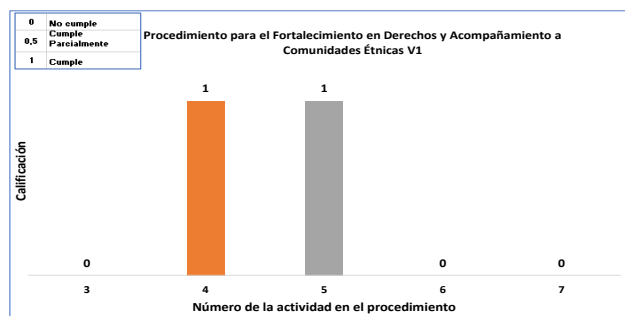
Fuente: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales - Propia OCI

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

proceso. En consecuencia, el análisis general del cumplimiento del proceso arroja un resultado que evidencia su cumplimiento, correspondiente a un 90%."

3. Proceso de Participación y Visibilización



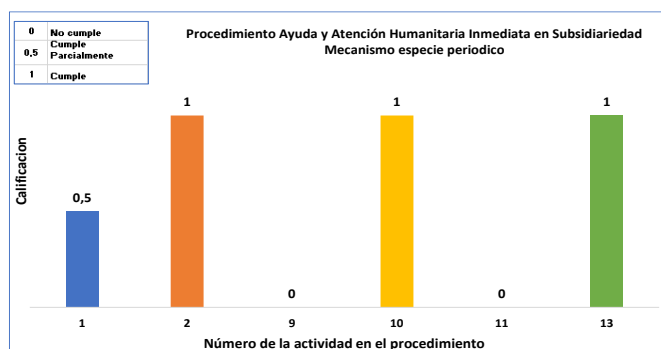
Fuente: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales - Propia OCI

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas, evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que respaldan cada una de las actividades incluidas en los procedimientos del proceso. A cada actividad se le asigna un valor individual, y el resultado obtenido es el siguiente: "El resultado holístico de las actividades del proceso corresponde a la sumatoria porcentual de cada actividad, en donde determina el nivel de cumplimiento del proceso. En consecuencia, el análisis general del cumplimiento del proceso arroja un resultado que evidencia el no cumplimiento. El porcentaje logrado es de 40%"

De lo anterior se concluye lo siguiente:

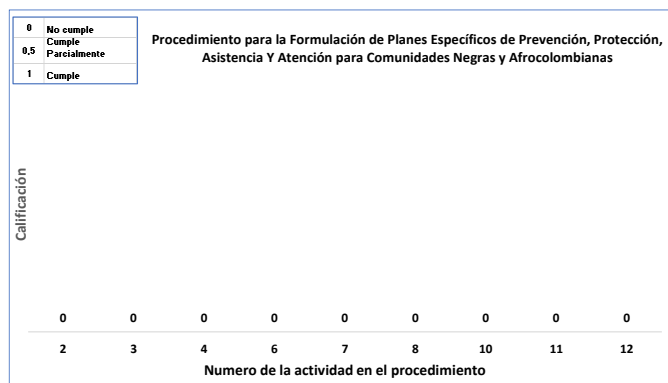
El procedimiento evidencia un incumplimiento significativo en las actividades tres (3), seis (6) y siete (7), debido a que el equipo auditado no proporciona evidencias para evaluar adecuadamente la gestión realizada en el territorio. Esta debilidad pone de manifiesto la necesidad de mejorar la documentación y la presentación de las pruebas relacionadas con la ejecución de las actividades, con el fin de fortalecer el cumplimiento y la transparencia del proceso.

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 9 de 89



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 el no cumplimiento. El porcentaje logrado es de 29%.*

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

Para el procedimiento *“Procedimiento Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico”*.

- En la actividad nueve (9) se observa (evidencia formato de solicitud del 06 de noviembre de 2024 cuya justificación fue *"brindar asistencia y atención humanitaria a las comunidades kogui, que sufrieron el confinamiento en la zona rural del corregimiento de Palmor de la sierra, municipio de ciénaga, la cual se realizara la entrega de 78 kits de alimentos y elementos de aseo personal"* el cual no cuenta con la aprobación del director de la DT y el subdirector de asistencia y atención humanitaria). Así mismo no se evidencia la *“Orden de Pedido Ayuda Humanitaria en Especie” /Acta de entrega de AH en especie al ente territorial/Remisión Operador firmada”,* como lo solicita el procedimiento.
- En la actividad once (11), no se evidencia el correo electrónico al nivel nacional con todos los soportes de la entrega Profesional de la Subdirección de Prevención y Atención de Emergencias de bases consolidadas. Solo se evidencia una presentación de atención con ayudas humanitaria inmediatas de entregadas a las familias de la etnia kogui y la lista de entrega de ayuda humanitaria.

Concerniente al procedimiento *“Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia Y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas V1”*.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

El equipo auditado no presenta evidencias de la gestión correspondiente a nueve (9) actividades clave, generando una falla 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. Además, se refleja en la evaluación que no se están cumpliendo los estándares requeridos para la formulación de planes específicos dirigidos a comunidades negras y afrocolombianas, lo que podría tener implicaciones negativas en la implementación de políticas públicas que garanticen la prevención, protección, asistencia y atención adecuadas a este grupo vulnerable.

Es indispensable que los líderes del procedimiento asuman con mayor responsabilidad 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 las comunidades afrocolombianas.

DEBILIDAD 1

De acuerdo con lo expuesto, se evidencia una debilidad en el sistema de control interno relacionada con la evaluación del proceso de Participación y Visibilización en su procedimiento *“Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas V1”* y el proceso de Reparación Integral en el procedimiento *“Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico”* en los cuales no se evidencia el total de los soportes correspondientes. Además, en el procedimiento *“formulación de planes específicos de prevención, protección, asistencia y atención para comunidades negras y afrocolombianas v1”*, no se registran evidencias de la gestión realizada bajo la responsabilidad de la Dirección Territorial. 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 (...)”* 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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

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 martes 13 de mayo de 2025 a las 11:14 a.m., donde se indica que “*cuenta con cinco días (5) hábiles contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones; es decir, la respuesta con sus respectivas aclaraciones por parte de la auditada se recibe hasta el martes 20 de mayo de 2025 a las 5:00 p.m.*”. Transcurrido el plazo otorgado, la Dirección Técnica (DT) no presentó consideraciones ni documentación adicional que sustentara una aclaración o justificación frente al hallazgo señalado. Por lo tanto, la debilidad identificada se mantiene en el informe final de auditoría.

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

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 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 (...)*”. (negrilla y cursiva 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 12 de 89

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.*

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.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

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 2024, dentro de la 2ª. Dimensión: Direccionamiento Estratégico y Planeación en el numeral 2.2 Política de Planeación Institucional en el punto en el cual hace referencia a los lineamientos generales para la implementación de la política, se tiene que:

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

actividades, o de desempeño de dichas actuaciones en las dimensiones de eficiencia, eficacia, calidad y economía

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

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

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

En términos generales, MIPG busca que la Evaluación de Resultados se aprecie en dos momentos: a través del seguimiento a la gestión institucional, y en la evaluación propiamente de los resultados 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:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de los indicadores de gestión, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – indicadores, mediante correo electrónico del viernes 28 de marzo de 2025 a las 8:23 a. m. El día 2 de abril de 2025, la Dirección Territorial auditada da respuesta mediante el cargue en SharePoint de la herramienta diligenciada con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

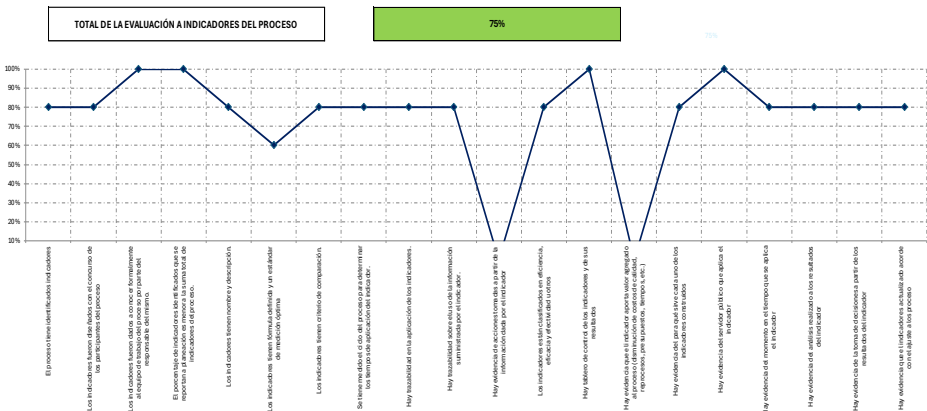
El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de indicadores definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los Objetivos del Sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales b), c), d),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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

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

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:



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 75 puntos de 100 posibles.

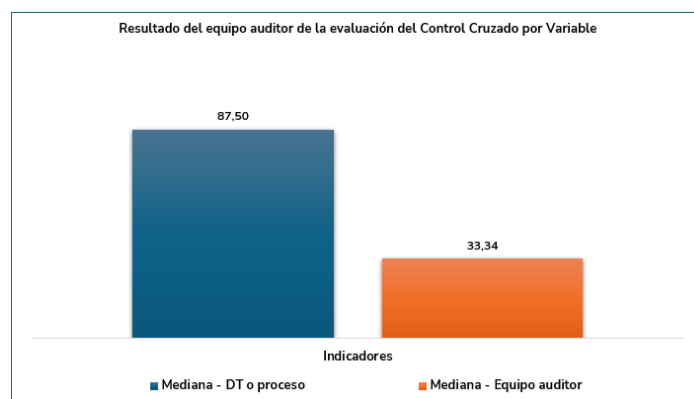
El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones. En este proceso se confronta la información y evidencias registradas en la herramienta de evaluación al SCI frente a los resultados de las autoevaluaciones de la Dirección Territorial Magdalena correspondientes al primer y segundo semestre de 2024. A partir de este, se realiza un análisis cruzado de los valores y porcentajes obtenidos en ambas herramientas, estableciendo la valoración mediante la aplicación de la mediana, ello implica una diferencia 54,16 puntos en la

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.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

variable “Indicadores”, toda vez que el resultado de la valoración de la DT auditada es de 87,50 mientras que el del equipo auditor es de 33,34. Esto se debe a que la Dirección Territorial no aporta las evidencias conducentes, pertinentes y necesarias que sustenten la valoración dada en el componente de indicadores diferentes al plan de acción en lo que respecta a la herramienta del SCI.

Por lo anterior, el equipo auditor observa que las evidencias generan incertidumbre aplicando los principios de escepticismo profesional, dado que no existe cumplimiento y se encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – indicadores corresponde a 33,34 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 54,16 puntos respecto de la calificación de la Dirección Territorial auditada y del máximo posible (100 puntos). En este caso se evidencia que “la variable indicadores logra un nivel de calificación bajo convirtiéndose en una debilidad del sistema de control interno de la Dirección Territorial”. (Información tomada del resultado del papel de trabajo).



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

De acuerdo con la Norma Internacional de Auditoría (NIA) 500 la evidencia de auditoría debe cumplir los siguientes parámetros, según lo señalado por el Instituto Nacional de Contadores:

La evidencia de auditoría es toda la información (documentos, confirmaciones, extractos, indagaciones, pruebas a controles, etc.) utilizada por el auditor para alcanzar las conclusiones en las que basa su opinión.

El auditor considerará la relevancia y la fiabilidad de la información que se utilizará como evidencia de auditoría. La evidencia de Auditoría es suficiente cuando el auditor considera que la cantidad de evidencia ha aportado lo requerido para sustentar su opinión, o que el riesgo de error existe, o por el contrario que no existe y que por lo tanto los estados financieros están libres de errores materiales y por lo tanto son razonables. La evidencia de Auditoría es adecuada o apropiada, cuando el auditor considera que es fiable, relevante y contundente”.

Observando la evidencia aportada por la Dirección Territorial Magdalena, se considera que no es relevante, suficiente, contundente, pertinente y adecuada para determinar un cumplimiento 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 18 de 89

variable “*indicadores*” puesto que solo aportar actas de seguimiento a compromisos adquiridos relacionados con el servicio al ciudadano y si bien se observa el seguimiento a algunos indicadores del Plan de Acción, esto no es suficiente para determinar pertinencia y adecuación de la evidencia frente a la variable evaluada, dado que lo evaluado son indicadores diferentes al plan de acción, la cual tiene su propia evaluación.

De otra parte, la inexistencia de evidencia que pueda determinar un modelo de medición (*indicadores*) robusto y diferente a los del plan de acción y el no reconocimiento de otros indicadores no reportados al equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, no está conforme con la Ley 87 de 1993 artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales b), c), d), e), g) y h), el Decreto 1083 de 2015 en el artículo 2.2.22.3.2; Guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión versión 4. Siendo una potencial causa el no tener en consideración de su gestión lo ordenado en normas que regulan y regentan la administración pública y la falta de liderazgo por parte del proceso responsable de coadyuvar en estos temas. Lo anterior conlleva a la posible materialización de eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales, dado que no se tiene una herramienta de gestión que brinde información del quehacer funcional del proceso en tiempo real y permita la toma de decisiones.

Por lo anteriormente enunciado, el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno califica como debilidad del sistema de control interno – Indicadores de la Dirección Territorial Magdalena.

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 los identificados en el mapa de riesgos institucional, así como la gestión implementada mediante la metodología institucional para el manejo y evaluación del Sistema de Control Interno (SCI), con el fin de establecer su nivel de madurez. Este análisis busca evidenciar la efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades ejecutadas por la Dirección Territorial Magdalena en el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. El propósito es determinar si la Dirección Territorial auditada posee y reconoce un modelo de riesgos, diferentes a los identificados en el mapa de riesgos que le permita tener otra herramienta gerencial de las actividades institucionales.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante indicar que, la entidad debe tener una política de riesgos, la cual, según lo estipulado por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAPF a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión 2023 V5, en la página 36, 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 20 de 89

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.

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:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

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*
- *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.*

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

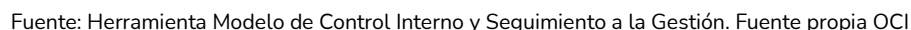
Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de la gestión del riesgo, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – riesgos, mediante correo electrónico del viernes 28 de marzo de 2025 a las 8:23 a. m. El día 2 de abril de 2025 la Dirección Territorial auditada da respuesta mediante el cargue en SharePoint de la herramienta diligenciada 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 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 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.

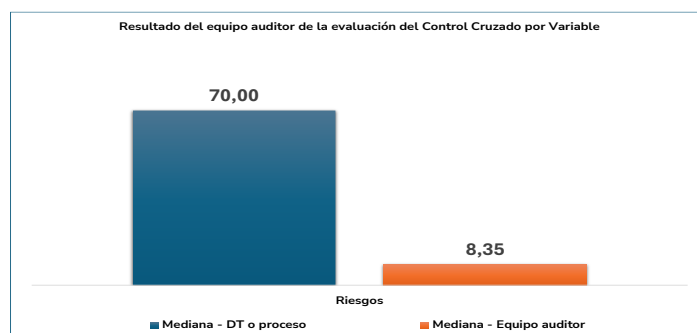


El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, confronta la información y evidencias registradas en la herramienta de evaluación al SCI frente a los resultados de las autoevaluaciones de la DT Magdalena 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 91,65 puntos en la variable “Riesgos”, toda vez que el resultado de la valoración de la DT auditada es de 40 y la del Equipo Auditor de 8,35, esto debido que la Dirección Territorial no aporta las evidencias conducentes, pertinentes y necesarias que sustenten la valoración dada del componente de riesgos en lo que respecta a la herramienta del SCI.

Así mismo, la Oficina de Control Interno expresa que, para un adecuado control de los riesgos adicionales al mapa de riesgos institucional contemplen la necesidad de crear instrumentos de seguimiento apropiados para la toma de decisiones, con el fin de mitigar la materialización de los riesgos detectados en la operación, esto a través de: evaluaciones exhaustiva internas con el grupo de trabajo sobre las actividades diarias que gestionan especialmente aquellas que tienen impacto en el territorio, lo que conlleva a identificar y analizar los riesgos emergentes y evaluar cómo podrían afectar la operación general, instrumentos (cuadros de mando) que proporcionen alertas

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

tempranas con información relevante, oportuna y confiable sobre la evolución de los riesgos y la recopilación de datos que facilite la toma de acciones correctivas o preventivas. Lo anterior busca fortalecer el control interno mediante la identificación proactiva de riesgos adicionales y la implementación de medidas adecuadas para gestionarlos, con el uso de herramientas de seguimiento efectivas y la capacidad de adaptar las acciones según la información disponible.



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

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 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(...).

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

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

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

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

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

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

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 26 de 89

procesos institucional, dado que en toda actividad se debe identificar los controles que le son pertinentes y el mecanismo de aplicación definido, de donde se colige que un sistema de control aborda campos diferentes y disímiles a los relacionados exclusivamente en los instrumentos de procesos o procedimientos.

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

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

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

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

“(...) una estructura de control de la gestión que especifique los elementos necesarios para construir y fortalecer el Sistema de Control Interno, a través de un modelo que determine los parámetros necesarios (autogestión) para que las entidades establezcan acciones, políticas, métodos, procedimientos, mecanismos de prevención, verificación y evaluación en procura de su mejoramiento 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 modelos de control de gestión, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – control, mediante correo electrónico del viernes 28 de marzo de 2025 a las 8:23 a. m. El día 2 de abril de 2025 la Dirección Territorial auditada da respuesta mediante cargue en SharePoint de la herramienta diligenciada 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

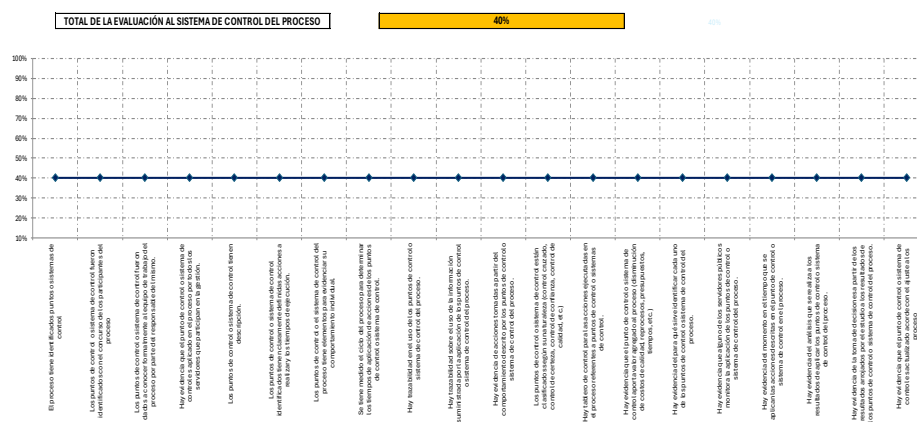
³ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, Manual Operativo MIPG, Bogotá, p-114.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 28 de 89

características del sistema de control interno definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema, el cual dispone en los literales b), c), d), e), g) y h) al señalar que se debe:

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

Por lo anterior, el Equipo Auditor aplica a la Dirección Territorial Magdalena 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 40 puntos de 100 posibles.

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 29 de 89

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, confronta la información y evidencias registradas en la herramienta de evaluación al SCI. Es importante señalar que la audita no aporta ninguna evidencia para la variable control respecto de los puntos solicitados por el Equipo Auditor, por lo tanto, la calificación será de cero y la confrontación de evidencias entre la herramienta dará paso a una debilidad del sistema de control interno.

Lo anterior hace imposible que el Equipo Auditor pueda aplicar el modelo de control cruzado, escenario expedito 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 100 puntos en la variable “Control”, toda vez que el resultado de la valoración de la DT auditada es de 40 y la del Equipo Auditor de 0,00, esto debido que la Dirección Territorial no aporta las evidencias conducentes, pertinentes y necesarias que sustenten la valoración dada del componente de control en lo que respecta a la herramienta del SCI.

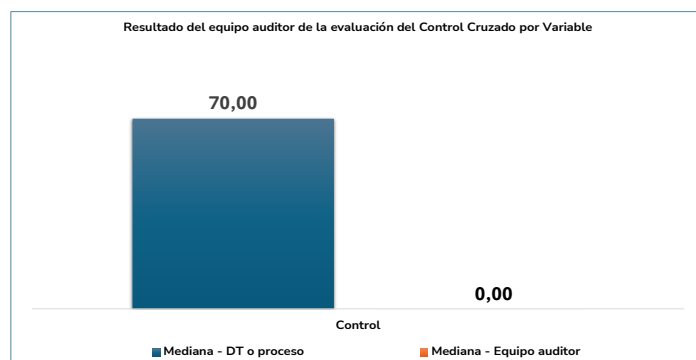
El equipo auditor observa que la ausencia de las evidencias genera incertidumbre aplicando los principios de escepticismo profesional, dado que no existe cumplimiento y se encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – control corresponde a 0,00 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 100 puntos respecto de la calificación de la Dirección Territorial auditada y del máximo posible (100 puntos). En este caso se evidencia que *“la variable control logra un nivel de calificación bajo convirtiéndose en una debilidad del sistema de control interno de la Dirección Territorial”*. (Información tomada resultado papel de trabajo).

La Dirección Territorial auditada solo aporta unos correos electrónicos y libros en Excel que no se constituyen en evidencias que den certeza sobre los controles aplicados y por lo tanto el escepticismo profesional obliga a calificar como debilidad del sistema de control interno. Aunado a lo anterior, la ausencia de evidencias solicitadas sobre la variable estudiada por parte de la auditada se tiene en su conjunto una ausencia real de soportes de la gestión del control por parte de la Dirección Territorial Magdalena.

Por consiguiente, es importante recordar que el control es un ejercicio analítico que determina la diferencia entre el deber ser y el ser. Para establecer esa distancia se utiliza un patrón que puede ser cualitativo o cuantitativo que permite demostrar si una gestión está acorde con lo planeado. Para el Equipo Auditor es de vital importancia que los controles a implementar por la Dirección Territorial coadyuven a minimizar y/o evitar la materialización de riesgos.

Por lo anterior, el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno califica como debilidad del sistema de control interno en el componente gestión de control de la Dirección Territorial auditada.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

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 para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. El propósito es determinar si la Dirección Territorial auditada posee y reconoce un modelo de mejora o valor agregado de sus actividades, decisiones y acciones que le permitan tener otra herramienta gerencial de las actividades institucionales.

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

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

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

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:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

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

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

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

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

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

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

“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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

resultados. Por tanto, los resultados del seguimiento y evaluación permiten definir recomendaciones para la mejora en todos los procesos de gestión institucional y así maximizar el aprovechamiento de los recursos disponibles."

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

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

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

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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de los modelos de control 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, mediante correo electrónico del viernes 28 de marzo de 2025 a las 8:23 a. m. El día 2 de abril de 2025 la Dirección Territorial auditada da respuesta mediante el cargue en SharePoint de la herramienta diligenciada 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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

referente a los objetivos del sistema, el cual dispone en los literales b), c), d), e), g) y h) al señalar que se debe:

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

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 Magdalena pueda mejorar constantemente sus procesos y así ser más eficiente y tener un mayor rendimiento para el logro de sus proyectos, programas, metas, objetivos, estrategias, políticas y lineamientos formulados en el proceso de planeación, con el objeto de optimizar las actividades que generan valor agregado para las partes interesadas y eliminar las ineficiencias inherentes en la Dirección Territorial citada.

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:

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 34 de 89

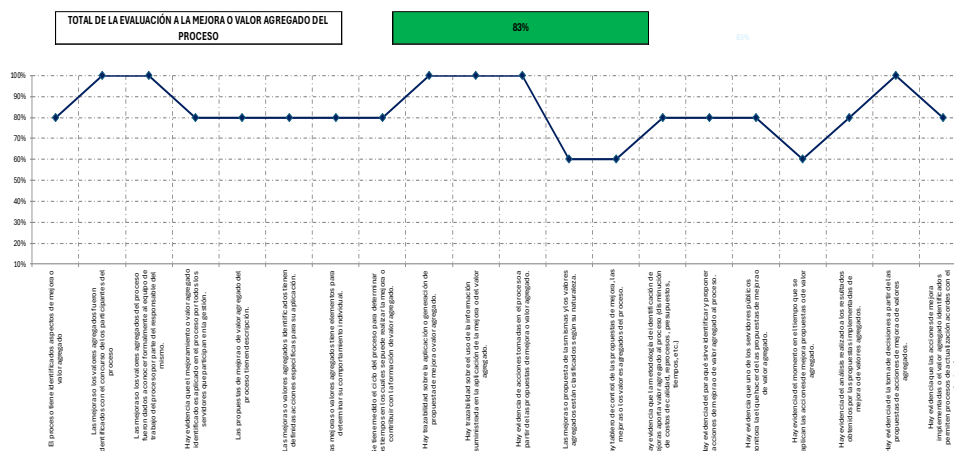
Unidad para
las **Víctimas**

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO

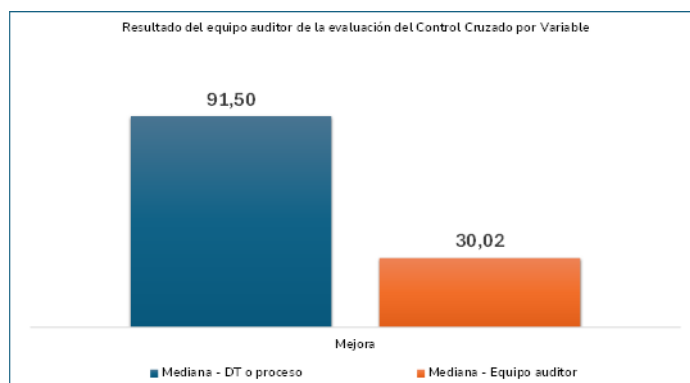
Página 34 de 89



83%

Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión. 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 35 de 89



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

Por lo anterior, el equipo auditor observa que las evidencias generan incertidumbre aplicando los principios de escepticismo profesional, dado que no existe cumplimiento y se encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – mejora corresponde a 30,02 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 69,98 puntos respecto de la calificación de la Dirección Territorial auditada y del máximo posible (100 puntos). En este caso se evidencia que “la variable mejora logra un nivel de calificación bajo convirtiéndose en una debilidad del sistema de control interno de la Dirección Territorial”. (Información tomada resultado papel de trabajo).

5.2.1. 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 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.”

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

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

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

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

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

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

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

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

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

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

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

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

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

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

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

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

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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de los indicadores de gestión, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – seguimiento, mediante correo electrónico del viernes 28 de marzo

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

de 2025 a las 8:23 a. m. El día 2 de abril de 2025, la Dirección Territorial auditada da respuesta mediante cargue en SharePoint de la herramienta diligenciada con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

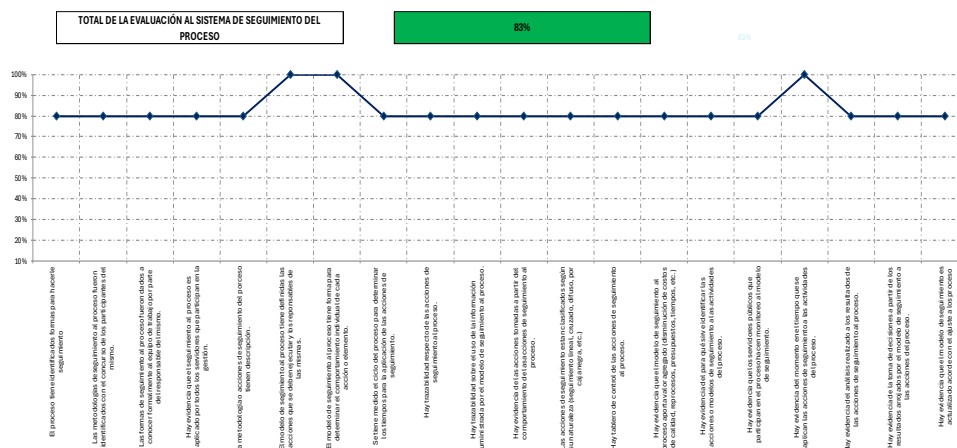
El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de seguimiento definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales b), c), d),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

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

Por lo anterior, el Equipo Auditor aplica a la Dirección Territorial Magdalena 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:

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.

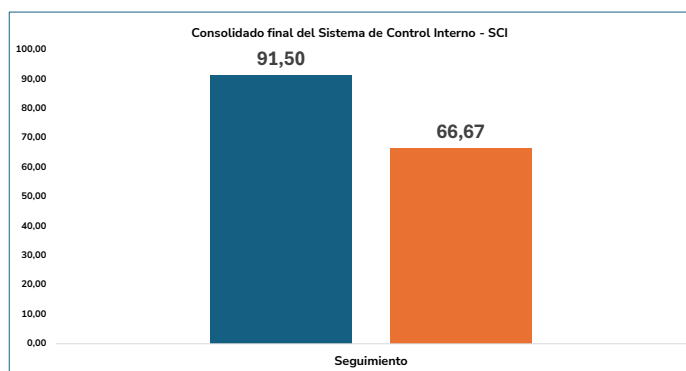
 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 40 de 89



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 83 puntos de 100 posibles.

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – seguimiento corresponde a 66,67 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 33.33 puntos respecto de la calificación de la Dirección Territorial auditada. En este caso se evidencia que *“la variable seguimiento logra un nivel de calificación adecuado que determina que no existe debilidad del sistema de control interno de la Dirección Territorial”*. (Información tomada resultado papel de trabajo).



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

Por lo anterior, el equipo auditor observa que las evidencias no generan incertidumbre y aplicando los principios de escepticismo profesional, se determina que existe cumplimiento por parte de la Dirección Territorial Magdalena. No obstante, el Equipo Auditor recomienda que hay espacio para que la auditada pueda realizar acciones de mejora que fortalezcan más el modelo de seguimiento.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

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).

El Equipo Auditor junto con el jefe de la Oficina de Control Interno determinan que el auditado solo cumple una de las variables del sistema de control interno y en consecuencia, considera pertinente realizar una sola debilidad del sistema de control interno que reúna los aspectos de indicadores, riesgos, control y mejora.

DEBILIDAD 2

Debilidad en el sistema de control interno de cuatro (4) componentes que lo conforman “*indicadores, riesgos, sistemas de control y mejora o valor agregado*”. Originada por la falta de conocimiento de los resultados de los procesos asociados a los componentes del sistema de control interno por parte de la Dirección Territorial auditada respecto a la estructura, finalidad y aplicación del sistema, así como la ausencia de evidencias o soportes documentales que demuestren su implementación, seguimiento, control y evaluación. Esta situación impide verificar la existencia de control, limita la efectividad en la gestión institucional y pone en riesgo el cumplimiento de los objetivos misionales de la entidad, situación que no está conforme con la Ley 87 de 1993 en el artículo 2º; Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017 que en los artículos 2.2.21.3.1, 2.2.22.3.2, 2.2.22.3.3 y 2.2.21.5.4; los lineamientos dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión 2023 V5, la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas Versión 6, y la metodología administración de riesgos, Código: 130.01.20 -1 versión 11 del 04/12/2023; Así mismo transgrede lo contemplado en la Dimensión 7 “Control Interno” de MIPG (Decreto 1499 de 2017) frente a asegurar la gestión del control, la implementación de actividades de monitoreo y supervisión continua en la Dirección Territorial. La causa potencial de la debilidad identificada se relaciona con el desconocimiento por parte de la Dirección Territorial de los lineamientos y políticas del manejo del Sistema de Control Interno (SCI), establecidos por la entidad en cumplimiento de la normativa vigente aplicable a la administración pública.

Esta situación se ve agravada por la ausencia de información, registros y evidencias que den cuenta de la implementación, seguimiento y evaluación del SCI en la Dirección Territorial. Lo anterior aumenta la posibilidad de materialización de riesgos institucionales, ya que impide verificar el funcionamiento efectivo del sistema, limita la capacidad de respuesta frente a requerimientos de entes de control internos y externos, y compromete la trazabilidad, transparencia y confiabilidad en la gestión, afectando negativamente el cumplimiento de los objetivos institucionales.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

Este aspecto fue comunicado al auditado el martes 20 de mayo de 2025 a las 2:55 p.m., donde se indica que *“cuenta con cinco días (5) hábiles contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones; es decir, la respuesta con sus respectivas aclaraciones por parte de la auditada se recibe hasta el martes 27 de mayo de 2025 a las 5:00 p.m.”*. Transcurrido el plazo otorgado, la Dirección Técnica (DT) no presentó consideraciones ni documentación adicional que sustentara una aclaración o justificación frente al hallazgo señalado. Por lo tanto, la debilidad identificada se mantiene en el informe final de auditoría.

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

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

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

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

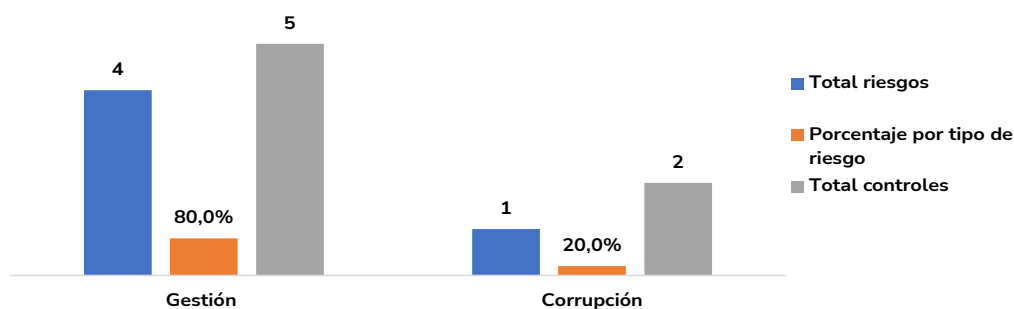
Es necesario señalar que el propósito de esta evaluación es determinar si la Dirección Territorial en mención diseña de manera adecuada y metodológicamente el control al riesgo y a su vez verifica si la evidencia cumple el propósito de la acción del control. El presente análisis del Equipo Auditor se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

En virtud del mapa de riesgos institucional de la vigencia 2024 el Equipo Auditor analiza los riesgos

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

asociados a la Dirección Territorial Magdalena. Como resultado de esta actividad, se identifican cinco (5) riesgos, de los cuales cuatro (4), equivalentes al 80%, corresponden a riesgos de gestión, y uno (1), equivalente al 20%, a un riesgo de corrupción. Para la gestión de los riesgos de índole administrativa, la Dirección Territorial ha implementado cinco (5) controles, mientras que para el riesgo de corrupción se han establecido dos (2) controles específicos.

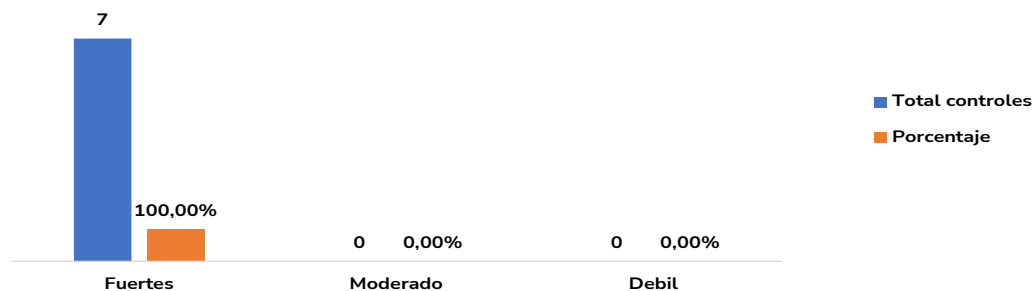
Total de Riesgos clasificados por tipología- DT. Magdalena



Fuente: Herramienta análisis de riesgos de la OCI

Concerniente a la evaluación del diseño de los controles adoptados para los cuatro (4) riesgos administrativos y el riesgo de corrupción, se identifica que los siete (7) controles adoptados se encuentran en zona “fuerte”, con un cumplimiento del 100%. *(Información obtenida de la herramienta análisis de riesgos de la OCI – “resultado y zona – rango del control actual del diseño”).*

Resultado de la evaluación del diseño de los controles

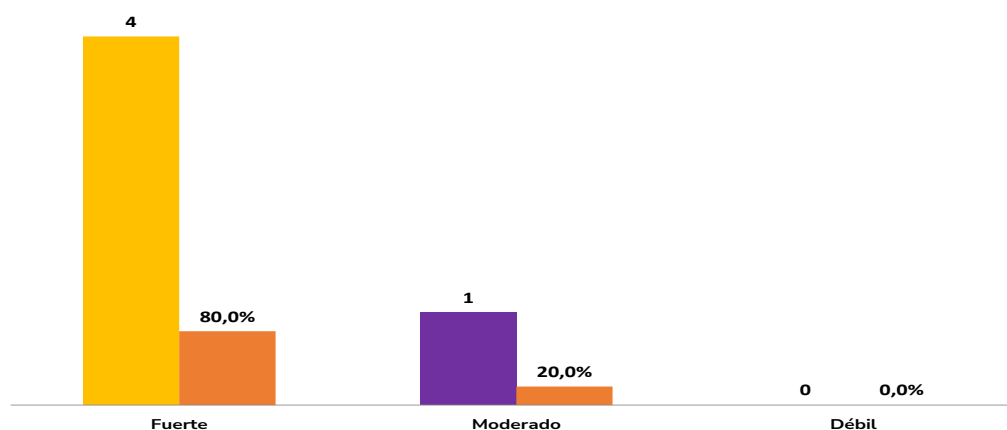


Fuente: Herramienta análisis de riesgos de la OCI

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 44 de 89

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



Fuente: Herramienta análisis de riesgos de la OCI

Al analizar las variables de la gráfica, se concluye que el 80% de los riesgos (4 en total) se encuentran clasificados en el rango denominado "fuerte", y el 20% restante (1 riesgo) en el rango "moderado". 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. Este análisis corresponde a los riesgos evaluados por la Dirección Territorial Magdalena mediante la herramienta institucional aplicada.

Respecto a las evidencias de la ejecución del control, entendidas como la información que da certidumbre sobre la aplicación y resultados sin importar el soporte material, son evaluadas por el Equipo Auditor encontrando que al momento de la auditoria se contó con el acopio de ellas. Una vez recibida, se evalúa con los criterios de auditoria generalmente aceptados y se establece que la Dirección Territorial en la efectividad de ejecución del control tiene como resultado que el 85.71% "existe la evidencia y el control total" y el 14.29% la evidencia "no existe la evidencia y/o control", (Información tomada resultado papel de trabajo).

Con respecto al resultado de "no existe la evidencia y/o control", en la efectividad de la ejecución del control, se identificó esta situación en el riesgo: "Uso indebido o inadecuado de la información de los aplicativos de la Unidad para las Víctimas con fines ilegales por parte de funcionarios o contratistas de la DT con el objetivo de obtener un beneficio propio o beneficiar a un tercero.", En particular, en el control 2, "Socializar por parte del funcionario encargado de la RNI el lineamiento de confidencialidad anualmente a las entidades del SNARIV para generar compromisos individuales en el cumplimiento de las condiciones de seguridad para garantizar la confidencialidad de la información. En caso de no realizarse la socialización en forma presencial se realizará en forma virtual o escrita. queda como evidencia acta de socialización, correo electrónico", donde no se encontraron evidencias que acrediten la ejecución de este control. En este sentido se recomienda que la DT reevalúe esta situación y analice junto con los responsables el cumplimiento de esta medida, con el propósito de asegurar la efectividad de los controles, prevenir riesgos potenciales y evitar impactos negativos en la operación con entes externos.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

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

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

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

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

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

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

acciones efectivas, representadas en actividades de control, acordadas entre los responsables de las áreas o procesos y las oficinas de control interno e integradas de manera inherente a los procedimientos. (subrayado fuera de texto).

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

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

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

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

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

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

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

Evaluar la gestión del riesgo en la entidad.

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 47 de 89

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

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

“El presente documento establece los lineamientos para la identificación, análisis, valoración, evaluación, tratamiento, respuesta a los riesgos integrales de la Unidad que puedan afectar la misión, el cumplimiento de los objetivos estratégicos y la gestión de los procesos, proyectos y planes institucionales, tomando como referencia las directrices del Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG, la responsabilidad de las líneas de defensa definidas en el Modelo Estándar de Control Interno – MECI, los requerimientos de la Guía para la administración del riesgo de FP, la Secretaria de Transparencia de la Presidencia de la República, el Ministerio de Tecnologías de la información y Comunicaciones, la Resolución 3783 de 2021 de la Unidad y las normas GNTC 45:2012, NTC 14001: 2015, NTC 27001: 2013”.

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

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

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

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

5.4 ANÁLISIS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2023 DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL MAGDALENA

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

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

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información y 12. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.

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

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

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

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

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

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 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

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 tiene en total 44 actividades en el Plan de Acción 2024 de las cuales, 1 fue eliminada, identificada con el código 30, razón por la cual la totalidad de actividades a evaluar para la vigencia 2024 es de 43. En lo que compete al primer trimestre de 2024 no aplica reporte de avance en 33 de sus actividades. Por consiguiente, la muestra de trabajo es de 11 actividades que corresponden al 26% de la población, donde se evidencia que nueve (9) actividades programadas presentan estado óptimo del 100% y dos (2) estado superlativo del 104% y 175%.

En cuanto al segundo trimestre de 2024 la muestra de trabajo es de veinte (20) actividades, lo que equivale 47% de la población, en consecuencia, se describe el estado de avance en el periodo comprendido del 01 de abril de 2024 al 30 de junio de 2024, así:

Estado óptimo (100%): Las actividades reportadas en el segundo trimestre de 2024, y que en dicho periodo tiene el valor planeado, es decir se cumple lo planeado es de 15 actividades de las 20 posibles, lo que equivale al 75% 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 1 de las 20 posibles, lo que equivale al 5% de la muestra.

Estado crítico (menor del 60%): Las actividades reportadas en el segundo trimestre de 2024, y que en dicho periodo tiene un menor valor a lo planeado, es decir no se cumple lo planeado es de 2 de las 20 posibles, lo que equivale al 10% 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 53 de 89

Estado superlativo (Mayor al 100%): Las actividades reportadas en el segundo trimestre de 2024, y que en dicho periodo tiene un mayor valor a lo planeado, es decir se excede a lo planeado, es de 2 de las 20 posibles, lo que equivale al 10% de la muestra.

Respecto al tercer trimestre 2024, la muestra de trabajo es de veintisiete (27) actividades, equivalente el 63% 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 18 actividades de las 27 posibles, lo que equivale al 66.67% 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 4 de las 27 posibles, lo que equivale al 14.81% 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 27 posibles, lo que equivale al 7.41% 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 3 de las 27 posibles, lo que equivale al 11.11% de la muestra.

En lo referente al cuarto trimestre de 2024, el comportamiento de ejecución de las 43 actividades de la Dirección Territorial Magdalena programadas para la vigencia 2024 presenta el nivel de cumplimiento que se relaciona a continuación:

Veinticinco (25) presentan estado óptimo del 100%, equivalente al 58.15%. Seis (6) muestran estado medio (60%, 67%, 71%, 77% y 2 con el 90%), equivalente al 13.95%. Ocho (8) registran estado crítico (17%, 25%, 40%, 2 con el 20% y 3 con el 0%), equivalente al 18.60%. Cuatro (4) presentan estado superlativo (101%, 104%, 132% y 150%), equivalente al 9.30% del total de indicadores.

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 (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

SISTEMA 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 89

 Unidad para las Víctimas DIRECCIÓN TERRITORIAL MAGDALENA		1. Entidades territoriales formadas en temas relacionados con los componentes del RUV y Gestión de la Información, incorporando los enfoques diferenciales y de género (Cód.10) (Cód.243)						2. Entidades territoriales acompañadas de la dirección territorial para la formulación del Plan Operativo de Sistemas de Información - POSI (Cód.19)						3. Entidades territoriales acompañadas desde las direcciones territoriales para el cargue o remisión de las Fuentes de información que cumplen con los criterios establecidos por la SRNI enviadas al nivel nacional (Cód.20)						4. Índice de emergencias humanitarias masivas (Confinamiento, desplazamiento forzado y actos terroristas) apoyadas en coordinación para la atención de emergencias hasta su cierre (Cód. 29)					
		Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024				
		Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance						
1	Enero	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%				
2	Febrero	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%				
3	Marzo	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%				
4	Abril	6	1	600	600%	6%	30	10	300	300%	97%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%				
5	Mayo	12	12	100	100%	12%	0	10	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%				
6	Junio	13	13	100	100%	13%	0	10	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%				
7	Julio	100	100	100	100%	100%	30	20	150	150%	97%	0	10	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%				
8	Agosto	100	100	100	100%	100%	0	20	0	0%	0%	21	8	262,5	263%	68%	100	100	100	100%	100%				
9	Septiembre	100	100	100	100%	100%	31	31	100	100%	100%	21	11	190,91	191%	68%	100	100	100	100%	100%				
10	Octubre	100	100	100	100%	100%	0	31	0	0%	0%	24	20	120	120%	77%	100	100	100	100%	100%				
11	Noviembre	100	100	100	100%	100%	0	31	0	0%	0%	41	31	132,26	132%	132%	100	100	100	100%	100%				
12	Diciembre	0	100	0	0%	0%	0	31	0	0%	0%	0	31	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%				
OCI						17%					100%					132%					100%				
OAP						17%					100%					132%					100%				

5. Índice de Hechos victimizantes o situaciones de riesgo de victimización en el territorio verificados de acuerdo con lo establecido en el protocolo que han sido identificados en la Bitácora Diaria de Eventos-BDE (Cód. 30).	6. Porcentaje de avance en el fortalecimiento de competencias de entidades territoriales y departamentales, que además, son priorizadas por ser de interés estratégico en la atención de emergencias frente a la metodología de actualización de planes de contingencia a partir de asistencias técnicas en la etapa de formulación, incluyendo recomendaciones de enfoque diferencial y de género. (Cód.31)										7. Porcentaje de cumplimiento en el seguimiento a compromisos establecidos en las mesas técnicas realizadas frente al inicio a la estrategia de corresponsabilidad en subsidiariedad de Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata con las gobernaciones pertenecientes a su dirección territorial (Cód.32)										8. Jornadas de Atención de Servicio móviles de orientación y comunicación a las víctimas (Cód.39)										9. Cartas de indemnización administrativa aptas, entregadas (Cód. 47).									
	Periodo y % de Avance Programado				% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado				% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado				% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado				% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado				% de Avance	% de Cumplimiento 2024										
	Reporte	Meta	Avance				Reporte	Meta	Avance				Reporte	Meta	Avance				Reporte	Meta	Avance				Reporte	Meta	Avance													
	100	100	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	90	0	0%	0%	89,94	90	99,933	100%	100%										
	100	100	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	13	13	100	100%	24%	0	90	0	0%	0%	89,88	90	99,867	100%	100%										
	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	90	0	0%	0%	89,88	90	99,867	100%	100%										
	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	25	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	90	0	0%	0%	89,88	90	99,867	100%	100%										
	0	100	0	0%	0%	80	100	80	80%	80%	0	25	0	0%	0%	29	29	100	100%	53%	91,12	90	101,24	101%	101%	91,12	90	101,24	101%	101%										
	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	0	90	0	0%	0%	90,28	90	100,31	100%	100%										
	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	50	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	90	0	0%	0%	90,28	90	100,31	100%	100%										
	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	50	0	0%	0%	43	43	100	100%	78%	92,6	90	102,89	103%	103%	92,6	90	102,89	103%	103%										
	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	0	91,96	90	102,18	102%	102%	91,96	90	102,18	102%	102%									
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	75	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	90	0	0%	0%	90,28	90	100,31	100%	100%											
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	55	55	100	100%	100%	90,28	90	100,31	100%	100%	90,28	90	100,31	100%	100%											



Código: 150,19,15-8

Versión: 08

Fecha: 25/10/2022

Página **55** de **89**

15. Planes étnicos y no étnicos de retorno o reubicación formulados y aprobados. (Cód.84)						16. Víctimas individuales con rehabilitación psicosocial. (Cód.85)						17. Acciones de acompañamiento psicosocial realizadas en el marco de la medida de rehabilitación en sujetos de reparación colectiva focalizados en ruta e implementación. (Cód.88)						18. Centros regionales de atención a víctimas en funcionamiento, con acompañamiento psicosocial. (Cód.90)						19. Comunidades que han recibido la estrategia de tejido social en el marco de los planes de retorno y reubicación. (Cód.93)					
Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024					
Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance							
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%					
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%					
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%					
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%					
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%					
0	1	0	0%	0%	213	520	40,9615	41%	16%	93,33	100	93,33	93%	93%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%					
0	1	0	0%	0%	0	520	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%					
0	1	0	0%	0%	0	520	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%					
0	1	0	0%	0%	1005	975	103,077	103%	77%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%					
0	1	0	0%	0%	0	975	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%					
0	4	0	0%	0%	0	975	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%					
0	4	0	0%	0%	1356	1300	104,308	104%	104%	100	100	100	100%	100%	1	1	100	100%	100%	2	2	100	100%	100%					
				0%				104%					100%					100%					100%						
				0%				104%					100%					100%					100%						



SISTEMA 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 89

DIRECCIÓN TERRITORIAL MAGDALENA																													
20. Número de actos simbólicos y de dignificación implementados (Cód. 95).						21. Número de víctimas que acceden a medidas de satisfacción a nivel individual (Cód. 98)						22. 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)						23. 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)						24. Número de acciones de fortalecimiento a nivel comunitario con enfoque de derechos, territorial y diferencial implementadas (Cód. 106)					
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	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%	7	4	175	175%	100%	0	1	0	0%	0%					
0	2	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	7	7	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%					
0	4	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	7	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%					
0	5	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	7	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%					
4	2	200	200%	40%	0	50	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	7	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%					
4	4	100	100%	40%	0	150	0	0%	0%	1	2	50	50%	67%	0	7	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%					
4	6	66,6667	67%	40%	101	300	33,667	34%	20%	2	3	66,6667	67%	67%	0	7	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%					
4	8	50	50%	40%	101	410	24,634	25%	20%	0	3	0	0%	0%	0	7	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%					
8	9	88,8889	89%	80%	101	510	19,804	20%	20%	0	3	0	0%	0%	0	7	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%					
9	10	90	90%	90%	0	510	0	0%	0%	0	3	0	0%	0%	0	7	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%					
			90%					20%					67%					100%					100%						
			90%					10%					67%					100%					100%						

25. Realizar el seguimiento a la implementación de la Medida de Indemnización Colectiva otorgada a los sujetos colectivos étnicos (Cód. 110)					26. Número de informes donde se evidencie la gestión, el acceso efectivo a oferta discriminado por cada uno de los derechos y el cargue de beneficiarios partir de los resultados de la medición de SSV correspondiente a la Dirección Territorial (Cód. 114)					27. Cartas de entendimiento o convenios suscritos con instituciones de educación superior (Cód. 130)					28. Informes de la implementación de la ruta de definición de la situación militar (Cód. 131)					29. Número diagnósticos de necesidades para cada CRAV realizados (Cód. 134)				
Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024
Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance		
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	8%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	2	2	100	100%	17%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	25%	0	1	0	0%	0%	3	3	100	100%	25%	1	1	100	100%	25%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	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%	2	2	100	100%	50%	0	1	0	0%	0%	6	6	100	100%	50%	2	2	100	100%	50%
0	1	0	0%	0%	0	2	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	7	7	100	100%	58%	0	2	0	0%	0%
1	1	100	100%	50%	0	2	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	8	8	100	100%	67%	0	2	0	0%	0%
2	2	100	100%	100%	3	3	100	100%	75%	0	1	0	0%	0%	9	9	100	100%	75%	3	3	100	100%	75%
0	2	0	0%	0%	0	3	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	10	10	100	100%	83%	0	3	0	0%	0%
0	2	0	0%	0%	0	3	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	11	11	100	100%	92%	0	3	0	0%	0%
0	2	0	0%	0%	4	4	100	100%	100%	2	2	100	100%	100%	12	12	100	100%	100%	4	4	100	100%	100%
			100%					100%					100%					100%					100%	
			100%					100%					100%					100%					100%	



Unidad para
las Víctimas

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

Código: 150,19,15-8

PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

Versión: 08

PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO

Fecha: 25/10/2022

Página 57 de 89

30. 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)						31. Número de informes de articulación, gestión y seguimiento en el marco de los CTJT departamentales y municipales (Cód. 144).						32. 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).						33. Número de víctimas organizadas y no organizadas capacitadas a partir de la estrategia de comunicación en la política pública de víctimas (Cód. 147)						34. Informes de espacios realizados de manera virtual y/o presencial con organizaciones de víctimas que realizan incidencia en diferentes procesos sociales (Cód. 149)					
Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024		Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024		Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024		Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024		Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	
Reporte	Meta	Avance				Reporte	Meta	Avance				Reporte	Meta	Avance				Reporte	Meta	Avance				Reporte	Meta	Avance			
0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%	
0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%	
0	1	0	0%	0%		1	1	100	100%	25%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%	
0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%	
0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%	
1	1	100	100%	100%		2	2	100	100%	50%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		1	1	100	100%	50%	
0	1	0	0%	0%		0	2	0	0%	0%		5	5	100	100%	50%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%	
0	1	0	0%	0%		0	2	0	0%	0%		0	5	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%	
0	1	0	0%	0%		3	3	100	100%	75%		0	5	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%	
0	1	0	0%	0%		0	3	0	0%	0%		0	5	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%	
0	1	0	0%	0%		0	3	0	0%	0%		0	5	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%	
0	1	0	0%	0%		4	4	100	100%	100%		10	10	100	100%	100%		0	50	0	0%	0%		2	2	100	100%	100%	
				100%						100%						100%						0%						100%	
				100%						100%						100%						0%						100%	

35. Número de asistencias técnicas a las mesas de participación efectiva de víctimas a nivel departamental y distrital (Cód. 150)						36. 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)						37. Porcentaje de proyectos por oferta viabilizados con coordinación de entrega elaborada (Cód. 154)						38. Iniciativas o proyectos presentados por la Dirección Territorial a la cooperación internacional o aliado estratégico (Cód. 165)						39. Número de reportes del Plan de Implementación Institucional por parte de las Direcciones Territoriales (Cód. 189)					
Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024		Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024		Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024		Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024		Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	
Reporte	Meta	Avance				Reporte	Meta	Avance				Reporte	Meta	Avance				Reporte	Meta	Avance				Reporte	Meta	Avance			
0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%	
0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%	
0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		1	1	100	100%	25%		0	1	0	0%	0%	
0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%	
0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		1	1	100	100%	33%	
0	1	0	0%	0%		0	40	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		2	2	100	100%	50%		0	2	0	0%	0%	
0	1	0	0%	0%		0	40	0	0%	0%		0	1	0	0%	0%		0	2	0	0%	0%		0	2	0	0%	0%	
0	1	0	0%	0%		0	40	0	0%	0%		0	20	0	0%	0%		0	2	0	0%	0%		2	2	100	100%	67%	
0	1	0	0%	0%		0	40	0	0%	0%		0	40	0	0%	0%		3	3	100	100%	75%		0	3	0	0%	0%	
0	1	0	0%	0%		1	1	100	100%	25%		20	60	33,333	33%	20%		0	3	0	0%	0%		0	3	0	0%	0%	
0	1	0	0%	0%		3	2	150	75%	75%		0	80	0	0%	0%		0	3	0	0%	0%		3	3	100	100%	100%	
1	1	100	100%	100%		4	4	100	100%	100%		40	100	40	40%	40%		4	4	100	100%	100%		0	3	0	0%	0%	
				100%						100%						40%						100%						100%	
				100%						100%						40%						100%						100%	

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 59 de 89

Segundo trimestre: de 20 actividades, 2 presentan porcentajes de avance superior (101% y 300%) y 3 inferior (41%, 50% y 80%), equivalente al 25% del total de indicadores establecidos para este periodo.

Tercer trimestre: de 27 actividades, 3 registran porcentaje de avance superior (191% y 2 con el 103%) y 6 inferior (0%, 34%, 75%, 80% y 2 con el 67%), equivalente al 33% del total de indicadores proyectados para dicho periodo.

Cuarto trimestre: de 43 actividades, 4 presentan porcentajes de ejecución superior (101%, 104%, 132% y 150%) y 14 inferior (17%, 25%, 40%, 60%, 67%, 71%, 77%, 2 con el 20%, 2 con el 90% y 3 con el 0%), equivalente al 42% del total de indicadores programados para la vigencia 2024.

Cabe aclarar que, a pesar de que 31 de las 43 actividades se encuentran en nivel satisfactorio de ejecución vigencia 2024, cuatro (4) de éstas se encuentran por encima de la meta ideal del 100% (estado superlativo del 101%, 104%, 132% y 150%) y 2 por debajo (estado medio, 2 con el 90%).

1	Satisfactorio		Entre 90% y 100%	31	72%
2	Aceptable		Entre 60 y 89%	4	9%
3	Insatisfactorio		Menor de 60%	8	19%
Total actividades Plan de Acción DT Magdalena 2024				43	100%

Fuente: Herramienta análisis del plan de acción de la OCI

Sumado a lo anterior, y de acuerdo con la meta establecida en el plan de acción DT Magdalena 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, “Planes de retornos y reubicaciones aprobados con seguimiento a la implementación de las acciones en el marco de los CTJT o subcomités” código 74, “Víctimas individuales con rehabilitación psicosocial” código 85, “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, “Porcentaje de proyectos por oferta viabilizados con coordinación de entrega elaborada” y código 154, en todos los reportes registrados muestran porcentajes de avance inferior o superior a la meta establecida para cada mes.

De igual manera, en 5 indicadores identificados con los códigos 56, 57, 84, 147 y 209 donde su única meta programada para la vigencia 2024 presenta porcentajes de cumplimiento en estado crítico (25% y 3 con el 0%) y estado medio del 60%.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

Debilidad 3

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

Este aspecto fue comunicado al auditado el martes 13 de mayo de 2025 a las 11:14 a.m., donde se indica que *“cuenta con cinco días (5) hábiles contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones; es decir, la respuesta con sus respectivas aclaraciones por parte de la auditada se recibe hasta el martes 20 de mayo de 2025 a las 5:00 p.m”*. Transcurrido el plazo otorgado, la Dirección Técnica (DT) no presentó consideraciones ni documentación adicional que sustentara una aclaración o justificación frente al hallazgo señalado. Por lo tanto, la debilidad identificada se mantiene en el informe final de auditoría.

5.5 ANÁLISIS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN RELACIÓN CON LAS FUNCIONES Y 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 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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

y comprenderán, entre otras, las siguientes:

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

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

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 62 de 89

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

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

La Oficina de Control Interno diseña un instrumento que relaciona las funciones legalmente asignadas a 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.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 63 de 89

Adelante, en el artículo 2.2.23.1 se dice que:

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

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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de las funciones y políticas del MIPG, la Oficina de Control Interno - OCI a través del Equipo Auditor remite a la Dirección Territorial auditada la matriz de evaluación de funciones y políticas del MIPG, mediante correo electrónico del miércoles 8 de abril de 2025 a las 13:57 p.m., donde la Dirección Territorial emite respuesta mediante correo electrónico enviado el día viernes 25 de abril de 2025; donde manifiesta el diligenciamiento de la matriz respectiva así como también el cargue de los soportes que quiere hacer valer en el ejercicio auditor.

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

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

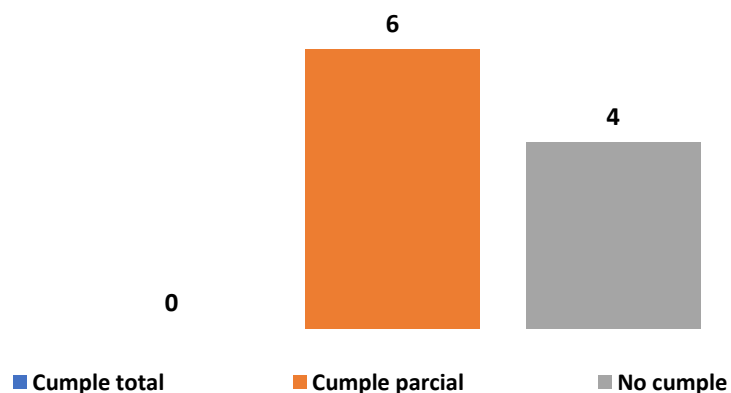
 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 64 de 89

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 relacionada con el cumplimiento de las funciones y las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y aplicando los criterios de auditoría generalmente aceptadas obtiene como resultado que, *“las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial” (resultado tomado de la herramienta papel de trabajo)*. Este resultado se presenta en las 10 funciones evaluadas en donde se evidencia la falta de interacción y cumplimiento de los lineamientos de las políticas MIPG establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP; Así mismo, es necesario que el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial y su interrelación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión contribuyan al cumplimiento de las políticas de gestión y desempeño adoptadas a nivel nacional. A continuación, se presenta la siguiente gráfica:

RESULTADO FINAL CONSOLIDACIÓN DE CRITERIOS FUNCIONES VS POLÍTICAS MIPG



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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

- 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, así como adelantar el seguimiento y evaluación de los mismos”*. En el marco de esta función, se identificó una contribución de 11 políticas equivalente al 63%, de las cuales ocho (8) presentan un cumplimiento parcial y tres (3) registran un incumplimiento, evidenciando un desempeño por debajo de los criterios establecidos. Los resultados presentan tanto valores extremos como intermedios en las siguientes políticas: *“Política de Gestión Documental (90%), Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación (28,1%), Política de Integridad (40%), Política de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha contra la Corrupción (40,6%) y Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional (72,55%)”*, obteniendo 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”*. Se identifica una contribución de 12 políticas correspondiente al 63%, de las cuales nueve (9) presentan un cumplimiento parcial y tres (3) no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos, evidenciando un desempeño por debajo de los criterios establecidos. Los resultados presentan tanto valores extremos como intermedios en las siguientes políticas: *“Política de Gestión Documental 90%, Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación 28,1%, Política de integridad con 40%, Política de Transparencia acceso a la información pública y lucha contra la corrupción 40,6% y la Política de Servicio al Ciudadano 72,55%”*; 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”*. Se identifica una contribución de ocho (8) políticas con el 67%, de las cuales seis (6) presenta un cumplimiento parcial y dos (2) registran un incumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos. Los resultados presentan tanto valores extremos como intermedios en las siguientes políticas: *“Política de Gestión Documental 90%, Política de integridad con 40%, Política de Transparencia acceso a la información pública y lucha contra la corrupción 40,6% y la Política de Planeación Institucional 77,5%”*; con el siguiente concepto auditor *“Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros*

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 6 políticas y no cumplimiento de 2 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

- Función 4 “Participar en los Comités Territoriales de Justicia Transicional, bajo las directrices del Director General de la Unidad”. Se identifica una contribución de siete (7) políticas con el 68%, de las cuales cinco (5) presentan cumplimiento parcial y dos (2) incumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos. Los resultados presentan tanto valores extremos como intermedios en las siguientes políticas: “Política de Gestión Documental 90%, Política de integridad con 40%, Política de Transparencia acceso a la información pública y lucha contra la corrupción 40,6% y la Política de Defensa Jurídica 81,3%; con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 5 políticas y no cumplimiento de 2 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial”.
- Función 5 “Apoyar la coordinación para la creación, fortalecimiento, implementación y gerencia de los Centros Regionales de Atención y Reparación que considere pertinentes para el desarrollo de sus funciones, conforme lo determine la Dirección General.”. Se identifica una contribución de 15 políticas con el 65%, de las cuales 12 presentan un cumplimiento parcial y tres (3) registran no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos. Los resultados presentan tanto valores extremos como intermedios en las siguientes políticas: “Política de Gestión Documental 90%, Política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos con 40,6%, Política de Transparencia acceso a la información pública y lucha contra la corrupción 40,6%, Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación 28,1% y la Política de Defensa Jurídica 81,3%”; con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 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.”. Se identifica una contribución de 11 políticas con el 68%, de las cuales nueve (9) son de cumplimiento parcial y dos (2) no cumplen con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos. Los resultados presentan tanto valores extremos como intermedios en las siguientes políticas: “Política de Gestión Documental 90%, Política de Integridad 40%, Política de Transparencia acceso a la información pública y lucha contra la corrupción 40,6%, y la Política de Participación Ciudadana en

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 67 de 89

la Gestión Publica 81,3%"; con el siguiente concepto auditor "Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 9 política s y no cumplimiento de 2 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial".

- Función 7 "Administrar los bienes y elementos destinados a la prestación de los servicios y el funcionamiento de la sede territorial.". Se identifica una contribución de 11 políticas con el 64%, de las cuales ocho (8) presenta cumplimiento parcial y tres (3) incumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos. Los resultados presentan tanto valores extremos como intermedios en las siguientes políticas: "Política de Gestión Documental 90%, Política de Integridad 40%, Política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos con 42,5% Política de Transparencia acceso a la información pública y lucha contra la corrupción 40,6%, y la Política de Participación Ciudadana en la Gestión Publica 81,3%"; con el siguiente concepto auditor "Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 8 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." Se identifica una contribución de 11 políticas con el 64%, de las cuales ocho (8) presenta cumplimiento parcial y tres (3) no cumplen con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos. Los resultados presentan tanto valores extremos como intermedios en las siguientes políticas: "Política de Gestión Documental 90%, Política de Integridad 40%, Política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos con 42,5% Política de Transparencia acceso a la información pública y lucha contra la corrupción 40,6%, y la Política de Participación Ciudadana en la Gestión Publica 81,3%"; con el siguiente concepto auditor "Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 8 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 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". Se identifica una contribución de 15 políticas con el 63%, de las cuales 11 presenta un cumplimiento parcial y cuatro (4) no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos. Los resultados presentan tanto valores extremos como intermedios en las siguientes políticas: "Política de Gestión Documental 90%,

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 68 de 89

Política de Integridad 40%, Política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos con 42,5%, Política de Transparencia acceso a la información pública y lucha contra la corrupción 40,6%, Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación 28,1% y la Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública 81,3%"; con el siguiente concepto auditor "Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 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".

- Función 10 "Promover y desarrollar la implementación, mantenimiento y mejora del Sistema Integrado de Gestión de la dependencia". Se identifica una contribución de 15 políticas con el 62%, de las cuales 11 de cumplimiento parcial y cuatro (4) de no cumplimiento equivalente a un porcentaje por debajo de los criterios establecidos. Los resultados presentan tanto valores extremos como intermedios en las siguientes políticas: "Política de Gestión Documental 90%, Política de Integridad 40%, Política de fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos con 42,5%, Política de Transparencia acceso a la información pública y lucha contra la corrupción 40,6%, Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación 28,1% y la Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública 81,3%"; con el siguiente concepto auditor "Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 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".

DEBILIDAD 4

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. En este contexto, el Equipo Auditor identifica como principales causas del no cumplimiento de los lineamientos y criterios diferenciales

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

de las políticas de gestión y desempeño establecidos por el DAFP y adoptados por la UARIV las siguientes:

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

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

Este aspecto fue comunicado al auditado el martes 13 de mayo de 2025 a las 11:14 a.m., donde se indica que *“cuenta con cinco días (5) hábiles contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones; es decir, la respuesta con sus respectivas aclaraciones por*

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

parte de la auditada se recibe hasta el martes 20 de mayo de 2025 a las 5:00 p.m”. Transcurrido el plazo otorgado, la Dirección Técnica (DT) no presentó consideraciones ni documentación adicional que sustentara una aclaración o justificación frente al hallazgo señalado. Por lo tanto, la debilidad identificada se mantiene en el informe final de auditoría.

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

El Equipo Auditor examina las evidencias aportadas y cargadas en el SharePoint por el equipo auditado el 12 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 el 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 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:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

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 planeación y gestión”.

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

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

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

Por su parte, la Ley 87 de 1993, norma regulatoria del control interno dispone que en el artículo 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 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 2º 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 3º literal c) y 6º de la Ley en comento disponen 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 72 de 89

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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de las variables anteriormente indicadas, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remitió al auditado la matriz de evaluación de las tecnologías de la información y las comunicaciones mediante correo electrónico del martes 6 mayo 2025 a las 2:40 p.m. La Dirección Territorial del Magdalena a través de sus delegados remite respuesta mediante correo electrónico del lunes 12 de mayo de 2025., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

El Equipo Auditor, a través de la matriz “Herramienta Auditoria TI” 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 2º de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales a), b), c), d), e), f), g) y h) que la administración del aseguramiento propende por:

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

Y en artículo 3º Características del Control Interno literales a y c dispone que:

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 73 de 89

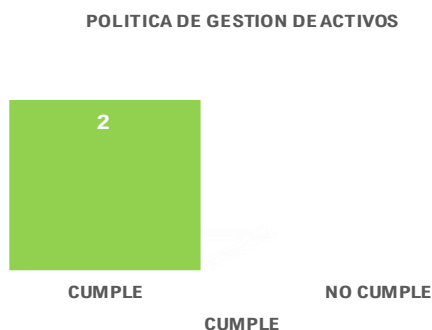
El papel de trabajo elaborado por la Oficina de Control Interno, matriz “Herramienta Auditoria TI” cuenta con 16 lineamientos indicados en las diferentes políticas descritas en la resolución 03157 del 2021, los cuales permiten de manera integral evaluar los controles y seguimientos que se efectúan en la Dirección Territorial a los servicios e infraestructura tecnológica, comunicaciones y seguridad de la información con la cual se cumple la operación de su misionalidad según las metas de la Entidad.

De la evaluación realizada se obtiene los siguientes resultados:

a) Política de Gestión de Activos – (Artículo No. 7)

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, por lo cual se considera cumplida la gestión. Sin embargo, es necesario que la DT implemente actividades de seguimiento a las alertas reportadas por la Oficina de Tecnologías de la Información (OTI) sobre el uso de OneDrive, en cuanto al consumo de recursos. Para ello se debe solicitar acompañamiento de la Oficina de Tecnologías de la Información, con el fin de evaluar los volúmenes de almacenamiento más altos y optimizar el uso del espacio asignado a la Dirección Territorial.

• **Resultado Gestión de Activos**



Fuente: Herramienta Papel de Trabajo Tecnología de la información de la OCI

b) Política de Control de Acceso – (Artículo No. 8)

Del análisis y evaluación realizado por el Equipo Auditor, aplicando normas de auditoria generalmente aceptadas sobre las evidencias suministradas por el auditado, se identifica que, la implementación de las acciones y controles necesarios para garantizar el cumplimiento del artículo 8° de la “política de control de acceso” la cual determina la efectividad en la gestión de la seguridad de la información, no cumplen con los requerimientos y lineamiento establecidos en dicha política. Por lo tanto, es necesario revisar integralmente todos los aspectos que se deben cumplir para mitigar las posibles situaciones que puedan afectar no solo la integridad y confidencialidad 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 74 de 89

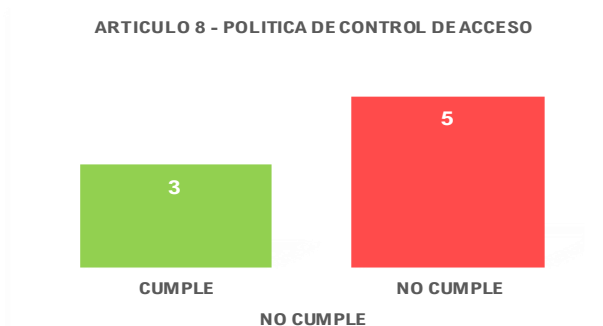
información y los datos de la entidad, sino también la continuidad operativa de la Dirección Territorial en el cumplimiento de sus funciones y metas institucionales.

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

Lineamiento	Observación	Resultado
El personal que tiene privilegio de acceso a los sistemas de información debe contar con vinculación laboral o contractual vigente con la Unidad para las Víctimas o con terceros que tengan contrato actual con la Entidad y autorización de acceso al activo.	Las evidencias aportadas, no garantizan el cumplimiento del lineamiento, dado que la totalidad de los contratista y funcionarios tienen acceso a los recursos tecnológicos de la Entidad, es necesario evidenciar la totalidad de los contratos del personal por prestación de servicios (OPS) y aportar el listado de los funcionarios según su vinculación (carrera administrativa o provisional)	No cumple
Los usuarios no deben acceder a la información de la Entidad sin firma previa del acuerdo o compromiso de confidencialidad.	Las evidencias aportadas por el auditado no dan certeza de cumplimiento del lineamiento de la política de seguridad de la información, dado que es necesario que se aporten la totalidad de los acuerdos de confidencialidad tanto de los contratistas por OPS como de los funcionarios para la vigencia 2024, adicional a esto los soportes aportados presentan inconsistencias como: no tiene firma autorizada por el supervisor o director de la DT, no tiene vigencia de terminación.	No cumple
Las credenciales de acceso a los sistemas de información de la Entidad deben ser individuales y es responsabilidad de los usuarios no compartirlas.	Las evidencias aportadas por el auditado no dan certeza de cumplimiento del lineamiento de la política de seguridad de la información, dado que es necesario que se aporten soportes que evidencien temas como: - Listado de funcionarios y Contratistas que tengan acceso a los sistemas de información de la Entidad. - Listados de asistencia de Capacitación donde se evidencie la participación de los funcionarios o contratistas de la DT gestionadas por la OTI en la vigencia 2024 que estén asociadas a el manejo de credenciales asignadas o seguridad de la información.	No cumple
Las contraseñas de los usuarios deben cumplir con los siguientes parámetros: - Deben tener una longitud mínima de 8 caracteres alfanuméricos. - Deben contener al menos un número, una letra minúscula, una mayúscula y un carácter especial "\$%()!". - Las contraseñas son de uso personal y por ningún motivo se deben divulgar a otros usuarios. - Se deben cambiar una vez se notifique la creación o asignación de credenciales de acceso genéricas. - Posteriormente deben cambiarse mínimo 2 meses.	Las evidencias aportadas por el auditado no dan certeza de cumplimiento del lineamiento de la política de seguridad de la información, dado que es necesario que se aporten soportes que evidencien temas como: - Listado de funcionarios y contratistas que tengan acceso a los recursos tecnológicos de la Entidad. - Listados de asistencia a capacitaciones donde se evidencie la participación de los funcionarios o contratistas de la DT que hayan sido programadas o gestionadas por la OTI en la vigencia 2024 que estén asociadas a la seguridad de la Información. Adicional a esto se aportan correo de restableciendo de las contraseñas con fecha de mayo del 2025.	No cumple
Los usuarios no deben acceder a la información de la Entidad sin firma previa del acuerdo o compromiso de confidencialidad.	Las evidencias aportadas por el auditado no dan certeza de cumplimiento del lineamiento de la política de seguridad de la información, dado que es necesario que se aporten la totalidad de los acuerdos de confidencialidad tanto de los contratistas por OPS como de los funcionarios para la vigencia 2024, adicional a esto los soportes aportados presentan inconsistencias como: no tiene firma autorizada por el supervisor o director de la DT, no tiene vigencia de terminación.	No cumple

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 75 de 89

- **Resultado Control de Acceso**



Fuente: Herramienta Papel de Trabajo Tecnología de la información de la OCI

DEBILIDAD 5

Se evidencia falta de seguimiento y control sobre los documentos que soportan el cumplimiento de la política que deben ser gestionados y administrados por la Dirección Territorial para garantizar que la información y los datos estén debidamente protegidos. Esta situación representa un alto riesgo de fuga de información y accesos no autorizados a los sistemas de información administrados por la Entidad. La ausencia de un marco técnico regulado que establezca de manera clara el cumplimiento de los lineamientos, métodos y mejores prácticas en materia de controles de acceso a la información, no está conforme con lo dispuesto en los literales a), c), d) y e) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993, en concordancia con la resolución No. 01357 del 10 de noviembre del 2021 mediante la cual se definen las políticas de seguridad de la UARIV, así como en las normativas y regulaciones emitidas 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.

Este aspecto fue comunicado al auditado el martes 20 de mayo de 2025 a las 2:55 p.m., donde se indica que *“cuenta con cinco días (5) hábiles contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones; es decir, la respuesta con sus respectivas aclaraciones por parte de la auditada se recibe hasta el martes 27 de mayo de 2025 a las 5:00 p.m”*. Transcurrido el plazo otorgado, la Dirección Técnica (DT) no presentó consideraciones ni documentación adicional que sustentara una aclaración o justificación frente al hallazgo señalado. Por lo tanto, la debilidad identificada se mantiene en el informe final de auditoría.

c) **Política de Seguridad Física y del Entorno - (Artículo 10)**

Con respecto al cumplimiento de la Política de Seguridad Física 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 a los lineamientos establecidos, por lo tanto, se tiene como no cumplida. Esto representa un riesgo para

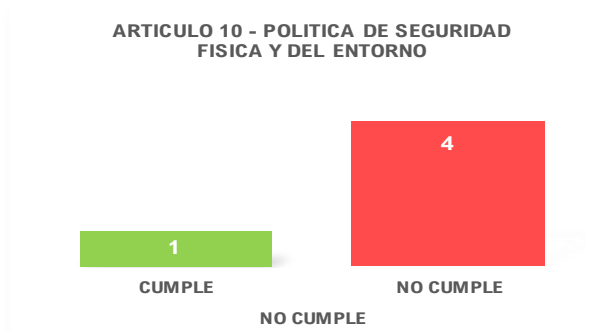
 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 76 de 89

la seguridad física de los activos institucionales y la protección del entorno donde operan los sistemas de información, comprometiendo la integridad, disponibilidad y confidencialidad de los datos, así como la continuidad operativa de la Dirección Territorial.

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

Lineamiento	Observación	Resultado
El Proceso de Gestión Administrativa debe hacer el seguimiento de las condiciones de las condiciones requeridas de suministro eléctrico y condiciones ambientales tales como: temperatura y humedad para determinar los escenarios que puedan afectar negativamente la operación de las instalaciones del procesamiento de información o centros de cableado	La evidencia aportada no determina el cumplimiento del requerimiento, es necesario soportar que el centro de cableado cuente con elementos de medición de la temperatura y humedad como un termohigrómetro, así como también el seguimiento y control a través de bitácoras que permitan evidenciar el comportamiento de la temperatura y la humedad del centro de cableado.	No cumple
El cableado de energía eléctrica y datos debe estar debidamente protegido para evitar la interceptación, interferencia o daño, por medio de canaletas o bandejas definidas para tal fin.	La evidencia aportada no determina el cumplimiento del requerimiento, es necesario soportar como está compuesto el cableado estructurado (canaletas) en los puestos de trabajo de la Dirección Territorial y en cada punto lógico y eléctrico en funcionamiento.	No cumple
Es responsabilidad de los funcionarios, contratistas y colaboradores: - Registrar las fallas y mantenimientos correctivos, como evidencia de la gestión	La evidencia aportada no determina el cumplimiento del requerimiento, es necesario soportar los mantenimientos correctivos (formatos de prestación de los servicios) en donde se evidencie el cambio de partes efectuadas a los equipos de cómputo o tecnológicos que presentan fallas y que es necesario el cambio de partes	No cumple

• Resultado de Seguridad Física y del Entorno



Fuente: Herramienta Papel de Trabajo Tecnología de la información de la OCI

DEBILIDAD 6

Del análisis realizado por parte de los auditores de control interno y con base a los soportes suministrados por el auditado, se evidencia que los controles implementados no cumplen con las características requeridas por la política de seguridad de la información en lo referente a la seguridad física y del entorno conforme a lo indicado en la Resolución 01357 del 10 de noviembre

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

del 2021, que permitan garantizar la seguridad de los elementos que están asociados a la infraestructura tecnológica de la Dirección Territorial, lo que representa un alto riesgo de fuga, perdida o manipulación de la información que gestiona a través de sus elementos tecnológicos asignados y los sistemas de información asociados. La ausencia de un marco técnico regulado que defina de manera clara y precisa los lineamientos, métodos y mejores prácticas relacionados con la seguridad física y del entorno, no está conforme con lo dispuesto en los literales a), c), d) y e) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993, en concordancia con lo expuesto en las normativas y regulaciones expedidas por del Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones en su modelo de seguridad y privacidad de la Información y la Norma ISO 27001 de Seguridad de la Información.

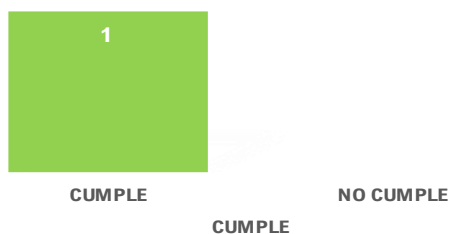
Este aspecto fue comunicado al auditado el martes 20 de mayo de 2025 a las 2:55 p.m., donde se indica que *“cuenta con cinco días (5) hábiles contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones; es decir, la respuesta con sus respectivas aclaraciones por parte de la auditada se recibe hasta el martes 27 de mayo de 2025 a las 5:00 p.m.”*. Transcurrido el plazo otorgado, la Dirección Técnica (DT) no presentó consideraciones ni documentación adicional que sustentara una aclaración o justificación frente al hallazgo señalado. Por lo tanto, la debilidad identificada se mantiene en el informe final de auditoría.

d) Política de Seguridad de las Operaciones – (Artículo No. 11)

Concerniente a la Política 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 debe gestionar la Dirección Territorial se realizaron de conformidad con los lineamientos establecidos y, por lo tanto, se tiene como cumplida la gestión.

- **Resultado de Seguridad de las Operaciones**

ARTICULO No. 11 - POLITICA DE SEGURIDAD DE LAS OPERACIONES



Fuente: Herramienta Papel de Trabajo Tecnología de la información 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 78 de 89

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

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

DEBILIDAD No. 1

De acuerdo con lo expuesto, se evidencia una debilidad en el sistema de control interno relacionada con la evaluación del proceso de Participación y Visibilización en su procedimiento “Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas V1” y el proceso de Reparación Integral en el procedimiento “Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico” en los cuales no se evidencia el total de los soportes correspondientes. Además, en el procedimiento “formulación de planes específicos de prevención, protección, asistencia y atención para comunidades negras y afrocolombianas v1”, no se registran evidencias de la gestión realizada bajo la responsabilidad de la Dirección Territorial. 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 (...)” 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 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 1º 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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

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

Debilidad en el sistema de control interno de cuatro (4) componentes que lo conforman “*indicadores, riesgos, sistemas de control y mejora o valor agregado*”. Originada por la falta de conocimiento de los resultados de los procesos asociados a los componentes del sistema de control interno por parte de la Dirección Territorial auditada respecto a la estructura, finalidad y aplicación del sistema, así como la ausencia de evidencias o soportes documentales que demuestren su implementación, seguimiento, control y evaluación. Esta situación impide verificar la existencia de control, limita la efectividad en la gestión institucional y pone en riesgo el cumplimiento de los objetivos misionales de la entidad, situación que no está conforme con la Ley 87 de 1993 en el artículo 2º; Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017 que en los artículos 2.2.21.3.1, 2.2.22.3.2, 2.2.22.3.3 y 2.2.21.5.4; los lineamientos dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión 2023 V5, la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas Versión 6, y la metodología administración de riesgos, Código: 130.01.20 -1 versión 11 del 04/12/2023; Así mismo transgrede lo contemplado en la Dimensión 7 “*Control Interno*” de MIPG (Decreto 1499 de 2017) frente a asegurar la gestión del control, la implementación de actividades de monitoreo y supervisión continua en la Dirección Territorial. La causa potencial de la debilidad identificada se relaciona con el desconocimiento por parte de la Dirección Territorial de los lineamientos y políticas del manejo del Sistema de Control Interno (SCI), establecidos por la entidad en cumplimiento de la normativa vigente aplicable a la administración pública.

Esta situación se ve agravada por la ausencia de información, registros y evidencias que den cuenta de la implementación, seguimiento y evaluación del SCI en la Dirección Territorial. Lo anterior aumenta la posibilidad de materialización de riesgos institucionales, ya que impide verificar el funcionamiento efectivo del sistema, limita la capacidad de respuesta frente a requerimientos de entes de control internos y externos, y compromete la trazabilidad, transparencia y confiabilidad en la gestión, afectando negativamente el cumplimiento de los objetivos institucionales.

DEBILIDAD No. 3

Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Dirección Territorial Magdalena 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 2º literales b) y d), 4º literal c), i) y j) y 6º de la Ley 87 de 1993 y la Ley 152 de 1994 artículo 3º literal k). Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 4.1. El Equipo Auditor establece como potenciales causas falta de conocimiento en la planeación apropiada de la programación de las metas a

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 80 de 89

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. 4

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. En este contexto, el Equipo Auditor identifica como principales causas del no cumplimiento de los lineamientos y criterios diferenciales de las políticas de gestión y desempeño establecidos por el DAFP y adoptados por la UARIV las siguientes:

- Política de integridad: *“Contar con el liderazgo del equipo directivo y la coordinación de las áreas de gestión humana”, Llevar a cabo permanentemente ejercicios participativos para la divulgación y apropiación de los valores y principios propuestos en el Código de Integridad”, “Establecer un sistema de seguimiento y evaluación de la implementación del Código para garantizar su cumplimiento por parte de los servidores en el ejercicio de las funciones”, “Promover que el contacto de los servidores con el Código sea experiencial de tal manera que surjan en ellas reflexiones acerca de su quehacer y rol como servidores públicos que eventualmente conduzcan a cambios en su comportamiento”, “Adoptar y apropiar el Código de Integridad, y de conformidad con las particularidades y autonomía de cada entidad pública, adicionar principios de acción (“lo que hago” “lo que no hago”) a los cinco valores establecidos en el Código e incluir hasta dos valores adicionales”*.
- Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción: *“Tenga en cuenta que, respecto a la publicación de información de manera proactiva, el derecho de acceso a la información no radica únicamente en la obligación de dar respuesta a las peticiones, sino también en el deber de publicar y divulgar documentos y archivos de valor para el ciudadano y que constituyen un aporte en la construcción de una cultura de transparencia”, “Propicie ejercicios que determinen qué otra información pública debe generar y asocie la misma a su actividad misional, consultando con sus*

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 81 de 89

grupos de valor los tipos de información y la utilidad pública de la misma”, “Desarrolle ejercicios de caracterización de usuarios, así como de sus intereses y necesidades para identificar información de interés que deba ser publicada para los ciudadanos” “(...)”.

- Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación: *“Primer Eje: Generación y producción del conocimiento (...)”, “Segundo Eje: Herramientas para uso y apropiación (...)”, “Tercer eje: Analítica institucional (...)”, “Cuarto eje: Cultura de compartir y difundir (...)”.*
- Política de Racionalización de Trámites: *“Esta política tiene como propósito reducir los costos de transacción en la interacción de los ciudadanos con el Estado, a través de la racionalización, simplificación y automatización de los trámites; de modo que los ciudadanos accedan a sus derechos, cumplan obligaciones y desarrollen actividades comerciales o económicas de manera ágil y efectiva frente al Estado (...)”.*

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

DEBILIDAD NO. 5

Se evidencia falta de seguimiento y control sobre los documentos que soportan el cumplimiento de la política que deben ser gestionados y administrados por la Dirección Territorial para garantizar que la información y los datos estén debidamente protegidos. Esta situación representa un alto riesgo de fuga de información y accesos no autorizados a los sistemas de información administrados por la Entidad. La ausencia de un marco técnico regulado que establezca de manera clara el cumplimiento de los lineamientos, métodos y mejores prácticas en materia de controles de acceso a la información, no está conforme con lo dispuesto en los literales a), c), d) y e) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993, en concordancia con la resolución No. 01357 del 10 de noviembre del 2021 mediante la cual se definen las políticas de seguridad de la UARIV, así como en las normativas y regulaciones emitidas 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.

DEBILIDAD NO. 6

Del análisis realizado por parte de los auditores de control interno y con base a los soportes suministrados por el auditado, se evidencia que los controles implementados no cumplen con las características requeridas por la política de seguridad de la información en lo referente a la seguridad física y del entorno conforme a lo indicado en la Resolución 01357 del 10 de noviembre del 2021, que permitan garantizar la seguridad de los elementos que están asociados a la

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

infraestructura tecnológica de la Dirección Territorial, lo que representa un alto riesgo de fuga, pérdida o manipulación de la información que gestiona a través de sus elementos tecnológicos asignados y los sistemas de información asociados. La ausencia de un marco técnico regulado que defina de manera clara y precisa los lineamientos, métodos y mejores prácticas relacionados con la seguridad física y del entorno, no está conforme con lo dispuesto en los literales a), c), d) y e) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993, en concordancia con lo expuesto en las normativas y regulaciones expedidas por 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.

7. ASPECTOS SOBRESALIENTES

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

De acuerdo con los principios de auditoría generalmente aceptadas, se examinó la información aportada por la Dirección Territorial, así como las evidencias que la respaldan. Tras este análisis se concluye que, en relación con los resultados de la variable de “seguimiento” del Sistema de Control Interno (SCI), se identifica el cumplimiento de los criterios establecidos. Este resultado evidencia la existencia de mecanismos de seguimiento y evaluación, lo que fortalece la capacidad institucional y respalda la toma de decisiones orientadas a una gestión eficiente y efectiva por parte del territorio.

En lo que respecta al mapa de riesgos institucional, específicamente lo relacionado con el diseño de controles y la efectividad de la gestión, se resalta el cumplimiento de las directrices establecidas para su redacción. Asimismo, se destaca la identificación en su totalidad los riesgos y las acciones que involucran la interacción de los procesos misionales, lo que permite un seguimiento detallado y completo de la operación. Además, se evidencia un compromiso institucional con el monitoreo y la supervisión de los riesgos asociados a los sistemas de gestión. Aunque el equipo auditor enfoca su análisis en los riesgos de gestión y corrupción, el equipo auditado presenta evidencias complementarias relacionadas con los Sistemas Integrados de Gestión (SIG), en particular los componentes de Ambiente y de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Finalmente, se resalta el ambiente de cooperación y apertura evidenciado durante el desarrollo del proceso auditor, a pesar de haberse identificado un riesgo relacionado con la entrega completa de información en algunos de los componentes de las variables evaluadas (SCI, riesgos institucionales y procedimientos), se destacan los siguientes aspectos:

- Acceso oportuno a la información:* El auditor logra consultar los soportes registrados sin que ello afectara el normal desarrollo de la gestión por parte de la Dirección Territorial a pesar del riesgo evidenciado por falta de información en algunos componentes.
- Coordinación efectiva y claridad en las actividades:* La auditoría se desarrolló de manera fluida y conforme a los plazos establecidos en el programa de auditoría.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 83 de 89

- c) *Acompañamiento y compromiso del enlace designado:* Su conocimiento del proceso y su disposición facilitadora contribuyen a generar un clima de confianza, respeto mutuo y colaboración entre el equipo auditor y el auditado.

8. RESULTADOS DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.

8.1 Plan de Mejoramiento Auditoría de Gestión

En la vigencia 2020 se realizó auditoria de gestión a la Dirección Territorial Magdalena, en esa oportunidad, la Oficina de Control Interno comunicó 6 debilidades del sistema de control. En la vigencia 2022 se realiza seguimiento con el objetivo de *“Verificar la efectividad de las actividades propuestas por los responsables de la Dirección Territorial Magdalena para superar las debilidades del Sistema de Control Interno de la auditoria de gestión vigencia 2020”*. Como resultado del seguimiento de la auditoría en mención el Equipo Auditor dio por cumplidas las actividades de las debilidades 1, 3, 4 y 5. Con relación a la debilidad 2 *“incumplimiento de lo planeado contra lo ejecutado, evaluación plan de acción (...)”* actividad *“correo electrónico al Nivel nacional por intermedio del director territorial (semestralmente) a la OAP solicitando capacitación en la elaboración de indicadores, formulación y metas de las actividades”,* identifica que: *“de acuerdo a la evaluación efectúa a la forma como se desarrolla la planeación evidenciada y atendiendo el marco jurídico, se establece que la Dirección Territorial Magdalena no superó las debilidades identificadas en la auditoria efectuada y se mantiene abierta la acción, por lo que se debe reformular las actividades que permitan superar las debilidades del sistema de control interno asociado a la planeación y ejecución del plan de acción y planes administrativos o gerenciales (...)”*.

En cuanto a la debilidad 6 *“aspectos administrativos”,* el Equipo Auditor en la actividad *“El profesional administrativo realizará semestralmente un inventario interno dentro de la Dirección Territorial separando que elementos pertenece a la OTI y que pertenecen a la Unidad de víctimas enviando el mismo por correo electrónico al nivel nacional, esto permitirá que en la DT magdalena el inventario permanezca actualizado”*. Indica que, *“Si bien el auditado remite documentos relacionados con gestión de inventarios, es necesario señalar que las evidencias que se desean valer deben ser pertinentes y conducentes. En este sentido si son correos electrónicos se deben remitir los correos y no pantallazos de estos, dado que así se pierde la trazabilidad y originalidad de los mismo y por ende no pueden ser aceptados. De otra parte, existe un único formato de inventarios que es dado por el proceso de gestión administrativa o de la OTI, cada uno en lo que corresponde, que da cuenta oficial de los inventarios actualizado (...)”*. Por lo anterior y en virtud de que la evidencia no cumple con los requisitos no es posible dar por cerrada la actividad y por el contrario, se recomienda a la Dirección Territorial reformular las acciones que den cuenta de la salvaguarda de todos los bienes de esa dependencia y su definición en cabeza de quien está cada responsabilidad de conservación, cuidado y custodia.

Desde la Oficina de Control Interno a través del profesional asignado, se realiza un seguimiento a los planes de mejoramiento de la (OCI) que presentan actividades abiertas. En este sentido, el 14 de febrero de 2025 por medio de correo electrónico se reitera la solicitud del envío de la información correspondiente a las actividades abiertas, con el fin de proceder con el proceso de evaluación 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 84 de 89

lograr el cierre de estas. Sin embargo, no se recibe respuesta a dicha solicitud por parte de la Dirección Territorial.

Debido a lo expuesto, el Equipo Auditor encargado de realizar la auditoría de gestión al Sistema de Control Interno (SCI) para la vigencia 2025 considera fundamental atender de manera oportuna y adecuada las solicitudes realizadas por los entes evaluadores, en este caso la Oficina de Control Interno (OCI). En virtud de dichas solicitudes, el Equipo Auditor se ve limitado en la aplicación de los parámetros establecidos en las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas, lo que impide verificar la certeza sobre el cumplimiento de las acciones orientadas a la eliminación de las causas identificadas y a la prevención de su reincidencia en la gestión territorial, debido a la ausencia de evidencias que respalden dichas acciones.

Por lo anterior, se comunica dar cumplimiento al seguimiento y cierre de las actividades pendientes, con el fin de asegurar la mejora continua del SCI, evitar observaciones recurrentes y prevenir posibles sanciones de carácter administrativo.

8.2 Plan de Mejoramiento Institucional CGR

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

9. RESULTADOS DE LOS LOGROS DE GESTIÓN

El resultado de la gestión de la Dirección Territorial Magdalena, dentro de la evaluación por dependencias, obtuvo un logro del 9.44 /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 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 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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

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 identifican aspectos de controles fuertes y débiles que pretenden dar información oportuna para la toma de decisiones en el mejoramiento continuo en la gestión, así como también se identifican fortalezas relevantes en los controles ejercidos en el monitoreo de las actividades desarrolladas en pro del cumplimiento de la misionalidad en el territorio.

El modelo de Control Interno determinado por la entidad establece la aplicación de las siguientes variables: *ejecución de los procedimientos misionales, medición a través de cualquier metodología incluidos los indicadores de gestión, riesgos que trasciende como herramienta gerencial al mapa de riesgos que responde a la identificación del entorno específico en el cual desarrolla su gestión, control que permite la toma decisiones y sirve como herramienta en la ejecución de las actividades, seguimiento y mejora como expresiones gerenciales que contribuyen 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.

Respecto a la ejecución de los procedimientos misionales, se señala que el sistema de control interno de cualquier proceso inicia con la caracterización y procedimientos asociados, los cuales permiten operacionalizar las actividades orientadas al cumplimiento de las funciones constitucionales y legales. Estos procedimientos constituyen instrumentos fundamentales para la gestión de las Direcciones Territoriales. En este contexto, y de acuerdo con la evaluación realizada por el equipo auditor se identifica debilidad en los procesos de Reparación Integral y Participación y Visibilización, En dichos procesos se evidencia soportes parciales y, en algunos casos, ausencia total de evidencias por parte del auditado. Esta situación refleja un desconocimiento por parte de los servidores públicos de las normativas que regulan la administración pública en cuanto a la entrega de información, según lo dispuesto en el Decreto 403 de 2020, en su 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*”. Ante esto, es necesario establecer medidas concretas que permitan prevenir sanciones administrativas y penales, las cuales no solo afectan a los funcionarios responsables, sino también a la entidad territorial en su conjunto.

En relación con el Sistema de Control Interno evaluado por el Equipo Auditor mediante el uso del papel de trabajo diseñado para determinar el nivel de madurez de las cinco (5) variables: indicadores, riesgos, control, mejora y seguimiento, se presentan los siguientes resultados.

- I. En lo que respecta a los indicadores de gestión diferente al plan de acción, se evidencia un bajo nivel de calificación, lo que constituye una limitación en el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial. Esta situación aumenta el riesgo de ocurrencia de eventos adversos y, por ende, afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales. La falta de 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 86 de 89

instrumento de gestión interna que brinde información actualizada y en tiempo real sobre el desempeño funcional de la operación territorial limita la capacidad de los responsables para tomar decisiones oportunas.

- II. En el análisis del componente de riesgos, el Equipo Auditor determina que, para asegurar un control efectivo de los riesgos adicionales a los del mapa de riesgos institucional, es esencial diseñar mecanismos internos de seguimiento que apoyen la toma de decisiones y contribuyan a reducir la probabilidad de que dichos riesgos se materialicen durante la operación. Este objetivo puede alcanzarse mediante revisiones internas detalladas con el equipo de trabajo, enfocándose en las labores cotidianas, especialmente aquellas con impacto directo en el territorio. Este enfoque permitirá detectar y examinar riesgos emergentes, así como valorar sus posibles repercusiones en el funcionamiento general. Estas acciones buscan robustecer el sistema de control interno mediante la identificación temprana de riesgos adicionales y la aplicación de estrategias adecuadas para su manejo.

- III. Respecto al componente de control se observa ausencia real de soportes de la gestión del control donde existen algunos documentos que no se constituyen evidencias que den certeza sobre los controles aplicados y por lo tanto el escepticismo profesional obliga a calificar como debilidad del sistema de control interno por parte de la Dirección Territorial Magdalena, esto conlleva a una falta de gestión 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 la Dirección Territorial obtiene el siguiente resultado *“la variable mejora logra un nivel de calificación bajo convirtiéndose en una debilidad del sistema de control interno de la Dirección Territorial”*. Esto debido que las evidencias aportadas no dan cuenta ni permite inferir certeza de unas propuestas de mejora del proceso o de la gestión.

- V. En el componente de seguimiento se determina que la Dirección Territorial cumple con los requerimientos establecidos. No obstante, el Equipo Auditor recomienda implementar acciones de mejora que fortalezcan aún más el modelo de seguimiento.

Concerniente al mapa de riesgos institucional respecto al diseño y efectividad de los controles, no se evidencian debilidades ni se identificaron deficiencias en su estructura o contenido. No obstante, el Equipo Auditor recomienda fortalecer el proceso mediante la entrega completa de los soportes documentales que evidencien la gestión realizada por la Dirección Territorial. Esta acción contribuirá a garantizar la trazabilidad, efectividad y el control de las actividades operativas, así como fortalecer la transparencia y solidez del modelo de gestión de riesgos.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 87 de 89

En cuanto al plan de acción el Equipo Auditor señalada que, se presenta debilidad del sistema de control interno por incumplimiento de lo planeado frente a lo ejecutado. Se analizó el comportamiento de los reportes de avance y ejecución de las metas asignadas a la Dirección Territorial Magdalena vigencia 2024, teniendo como parámetro de evaluación que tanto los reportes de avance como de ejecución deben corresponder al 100% de lo planeado. Si bien este aspecto impacto la gestión, se puede superar mediante la implementación de un sistema de planeación más dinámico y flexible que le permita a la Dirección Territorial reaccionar de manera oportuna ante factores externos e internos. Asimismo, se resalta la importancia del acompañamiento por parte de la Oficina Asesora de Planeación, con el fin de optimizar los procesos de formulación, seguimiento y ajuste, y así garantizar una ejecución más eficiente y coherente con lo planeado.

En relación con la evaluación de las *“funciones y políticas del MIPG”* orientada a determinar la pertinencia y efectividad en el cumplimiento del Decreto 4802 de 2011 y las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), conforme al Manual Operativo adoptado en el Decreto 1499 de 2017, se identifica una debilidad relacionada con la necesidad de fortalecer la articulación entre las funciones y la implementación de dichas políticas. Esta situación evidencia una baja integración funcional que limita el aporte efectivo de la Dirección Territorial a la implementación y sostenibilidad de estas. Cabe resaltar que esta integralidad y coherencia entre funciones y políticas constituye un elemento esencial del Sistema de Control Interno y, por tanto, es de obligatorio cumplimiento. En este sentido, se recomienda diseñar e implementar estrategias de articulación funcional que promueva la integración efectiva de las funciones con las políticas del MIPG. Esto puede lograrse mediante jornadas de capacitación orientadas al fortalecimiento del conocimiento y apropiación del modelo, con el acompañamiento de la segunda línea de defensa donde se proporcione claridad sobre el rol que desempeñan las Direcciones Territoriales en el desarrollo y sostenibilidad de las políticas.

En lo que corresponde a las políticas de tecnología de la información, se han identificado debilidades en el ejercicio de auditoría, lo que evidencia la necesidad de que la Dirección Territorial analice e identifique las causas raíz de dichas falencias. Para ello, se requiere el acompañamiento del nivel nacional, especialmente de los líderes implementadores, con el fin de definir e implementar acciones correctivas y preventivas. Esto permite garantizar el adecuado funcionamiento de la Política de control de acceso y de seguridad física y del entorno. Lo anterior debe ir acompañado de una mejora en la articulación entre el nivel territorial y nacional, con el objetivo de asegurar una implementación homogénea y alineada con los lineamientos institucionales. Asimismo, se hace necesaria la formación continua en seguridad de la información dirigida al personal del territorio, con un enfoque en el cumplimiento de los lineamientos establecidos en las políticas.

Para finalizar, los resultados presentados por el Equipo Auditor van encaminados a la toma de decisiones sustentadas en herramientas que generen certeza al gestor público y, por ende, brinden a los usuarios de la Entidad la tranquilidad de recibir bienes o servicios que respondan a sus necesidades y expectativas dentro del marco de las externalidades propias de la gestión 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 88 de 89

Dirección Territorial. De igual manera, estos resultados permiten identificar oportunidades de mejora continua y fortalecimiento institucional (territorio), promoviendo una administración más eficiente, transparente y alineada al cumplimiento de los objetivos misionales de la Entidad.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor recomienda a la Dirección General solicitar a 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.

Cordialmente,



CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboro: John Dairo Bermeo Cuellar – Auditor líder 

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 89

		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.