

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>1</b> de <b>92</b>

## INFORME FINAL DE AUDITORÍA A LA DIRECCIÓN TERRITORIAL META Y LLANOS ORIENTALES

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 Meta y Llanos Orientales
Dependencia líder:	Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales
Responsable del Proceso:	Fredy Hernan Pérez
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:	Liliana Marcela Críales Rincón - Auditora Líder John Dairo Bermeo Cuellar - Auditor 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 Meta y Llanos Orientales 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,

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>2</b> de <b>92</b>

formatos o cualquier instrumento formalmente adoptado por la entidad; vi) Verificar el sistema de control de la seguridad de la información.

## 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 Meta y Llanos Orientales 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 la evaluación de los procesos y 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.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>3</b> de <b>92</b>

## 5. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página <b>4</b> de <b>92</b>

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

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

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

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

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

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



Fuente: Guía de riesgos del DAFP

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

En cuanto al mapa de procesos, este refleja la identificación e interacción de los procesos de una entidad de manera gráfica permitiendo conocer la organización interna de los mismos. Se considera como un diagrama de valor que debe demostrar el engranaje entre cada proceso que lo conforma y

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página <b>5</b> de <b>92</b>

la importancia de cada uno de los mismos frente al funcionamiento y gestión de la entidad u organización. Trae consigo beneficios como: Alineación de objetivos y metas comunes entre los diferentes procesos establecidos; ayuda a definir estructuralmente a la entidad u organización; entender el quehacer de la entidad aumentando la calidad en la gestión y la eficiencia de tiempos; define roles, responsabilidades y autoridad; mejora la comunicación entre los procesos; identifica debilidades a mejorar, entre otros.

La importancia de los procesos depende de su descripción y como está detalla sus actividades, prácticas, criterios y métodos que 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	Procedimientos Evaluados	Calificación
Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez	Procedimiento Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4 Código: 310,03,08-17	83%
	Procedimiento para la Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia Y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas V1 Código:310,03,08-23	0%
Participación y Visibilización	Procedimiento para el Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas V1 Código:230,09,08-11	60%
Reparación Integral	Procedimiento Notificación de Indemnización Administrativa y Entrega del Mensaje Estatal de Reconocimiento y Dignificación V5	67%
Relación con el Ciudadano	Procedimiento Trámite Notificación de Actos Administrativos V7 Código: 740.04.08-14	100%

Fuente: Herramienta OCI

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>6</b> de <b>92</b>

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

Por lo tanto, mediante correo electrónico del 28 de abril de 2025 a las 14:05 p.m., el Equipo Auditor remite el documento para su diligenciamiento. Posteriormente, el Equipo Auditado da respuesta mediante correo electrónico del 6 de mayo de 2025 a las 14 :04 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.*

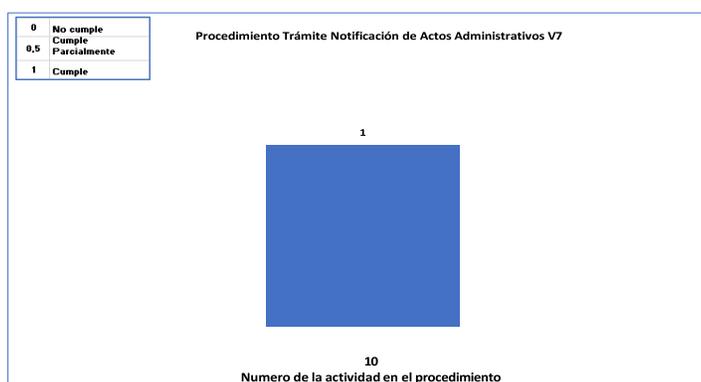
Producto de esta actividad se observa que, la Dirección Territorial cuenta con un procedimiento que da como resultado cumplimiento total, el de Relación con el Ciudadano que cuenta con el procedimiento “Trámite Notificación de Actos Administrativos V7” equivalente al 100%. Tres (3) procedimientos cumplen parcialmente como el caso de “Procedimiento Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4” 83%; “Procedimiento para el Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas V1” 60%; “Procedimiento Notificación de Indemnización Administrativa y Entrega del Mensaje Estatal de

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>7</b> de <b>92</b>

Reconocimiento y Dignificación V5” 67%; Un procedimiento no se cumple “Procedimiento para la Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia Y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas V1” 0,00%.

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

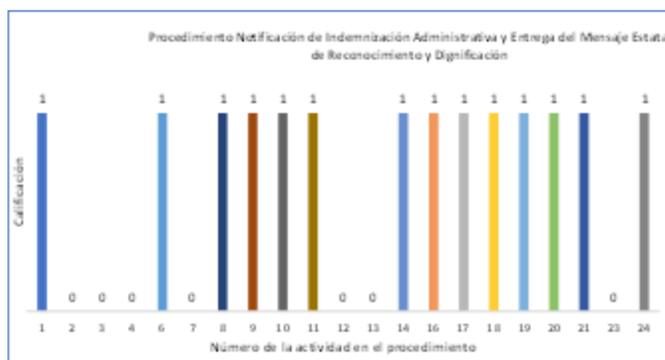
**1. Proceso de Servicio al Ciudadano:**



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

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

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, evalúa con técnicas de auditoria generalmente aceptadas cada una de las actividades incluidas en los procedimientos del proceso y les da un valor individual. El resultado holístico de las actividades del proceso corresponde a la sumatoria porcentual de cada actividad, en donde determina el nivel de cumplimiento del proceso.

En consecuencia, el análisis general del cumplimiento del proceso arroja un resultado que evidencia el cumplimiento parcial. El porcentaje logrado es de 67%.

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

- a) Para las actividades 2,4, y veintitrés (23) no se observa evidencia relacionada con la actividad por cuanto la misma auditada argumenta actividades no realizadas:

Actividad 3: *“justificar que no se realizó o revisar el acta o validar con ludi”*

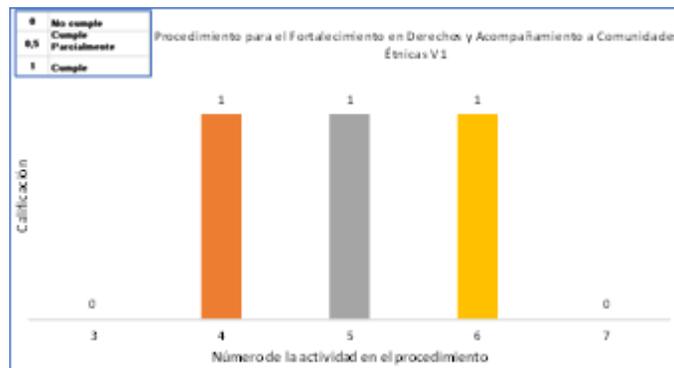
Actividad 4. *“Durante el periodo 2024 la subdirección de reparación individual no solicito apoyo o articulación en la realización de las jornadas de notificación con servicio al ciudadano”.*

Actividad 23 *“evidencia de reunión de seguimiento (con base en lo conversado con Laura justificar que no se realizó)”*

- b) Para las actividades 3, 7, doce (12) y (13) no se observa evidencia relacionada con la actividad por cuanto la misma auditada argumenta que *“No se encontraron estas evidencias”*

Por lo tanto, el resultado de la evaluación de las anteriores actividades es no cumplida.

### 3. Proceso de Participación y Visibilización



Fuente: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales - Propia OCI

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, evalúa con técnicas de auditoria generalmente aceptadas cada una de las actividades incluidas en el procedimiento y les da un valor individual. El

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>9</b> de <b>92</b>

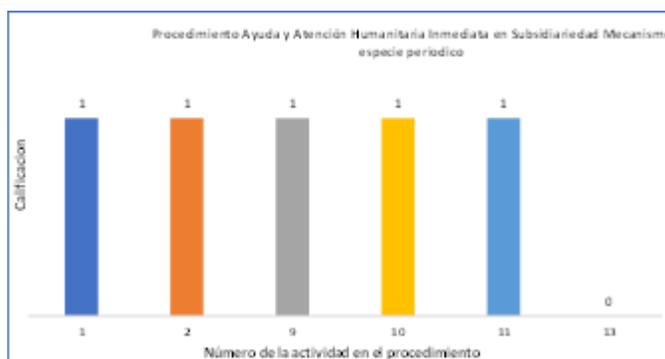
resultado holístico de las actividades del procedimiento que corresponde a la sumatoria porcentual de cada actividad determina el nivel de cumplimiento del procedimiento.

En consecuencia, el análisis general del cumplimiento de las actividades no genera un aceptable nivel de certeza que desvirtúa el principio de escepticismo profesional y por lo tanto se evidencia un cumplimiento parcial. El porcentaje logrado es de 60%

De lo anterior se concluye lo siguiente:

El procedimiento evidencia un incumplimiento significativo en las actividades 3 y 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

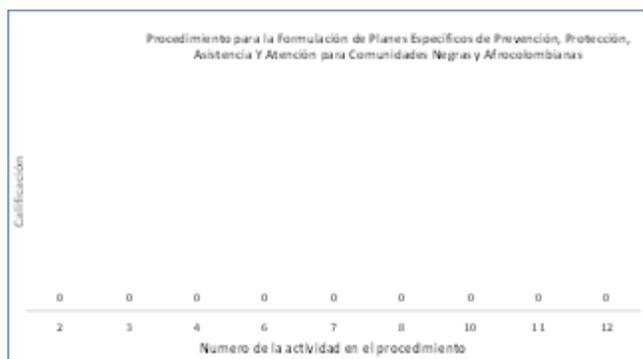
El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas, evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que respaldan cada una de las actividades incluidas en los procedimientos del proceso.

En cuanto al procedimiento "Procedimiento Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4" se le asigna a cada actividad un valor individual, y el resultado obtenido es el siguiente: "El resultado holístico de las actividades del proceso corresponde a la sumatoria porcentual de cada actividad, en donde determina el nivel de cumplimiento del proceso. En consecuencia, el análisis general del cumplimiento del proceso arroja un resultado que evidencia su cumplimiento parcial, correspondiente a un 83%."

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

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

En la actividad trece (13), no se aporta evidencia que permita concluir un nivel de certeza respecto de los criterios mínimos del principio de escepticismo profesional y por lo tanto se da como no cumplida. No se anexa “Acta de seguimiento a la entidad territorial”. La misma DT afirma en la relación de evidencia lo siguiente: “No cumple, ya que no se entregó la Ayuda Humanitaria en Especie a la Entidad Territorial, se anexa informe de cierre del desplazamiento Masivo”



Fuente: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales - Propia OCI

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

El equipo auditado no presenta evidencias de la gestión correspondiente a nueve (9) actividades claves, generando una debilidad significativa en términos de incumplimiento del procedimiento establecido. Esta falta de soporte refleja una debilidad en el control y seguimiento por parte de la Dirección Territorial, lo que evidencia un impacto negativo en el flujo de información procedimental que se requiere en la gestión operativa del territorio. Como resultado, la ausencia de documentación adecuada impide verificar la implementación y efectividad de las acciones planificadas, afectando la transparencia y la rendición de cuentas del proceso. 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 responsables del procedimiento asuman una mayor responsabilidad en la supervisión y control de las actividades, implementando acciones correctivas inmediatas para asegurar la correcta ejecución de los planes y la entrega de resultados verificables. Se recomienda la revisión y mejora de los mecanismos de seguimiento y control, así como la capacitación del personal encargado, a fin de garantizar la efectividad y el cumplimiento de las disposiciones legales y operativas establecidas para las comunidades afrocolombianas.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>11</b> de <b>92</b>

## DEBILIDAD 1

De acuerdo con lo expuesto, se evidencia una debilidad en el sistema de control interno relacionada con la evaluación del proceso Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez en su “Procedimiento Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4”; el proceso de Participación y Visibilización en su procedimiento “Procedimiento para el Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas V1”; el proceso de Reparación Integral en el procedimiento “Procedimiento Notificación de Indemnización Administrativa y Entrega del Mensaje Estatal de Reconocimiento y Dignificación V5” 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 y (...)”, respecto al cumplimiento a los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad y el Decreto 943 de 2014 “Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI)”, particularmente en el componente Direccionamiento Estratégico en lo relacionado con el control del Modelo de Operación por Procesos “Mediante el control ejercido a través de la puesta en marcha de este elemento, las entidades podrán contar con una estandarización de las actividades necesarias para dar cumplimiento a su misión y objetivos, lo cual permite, que su operación se realice de manera continua, garantizando la generación de productos o servicios (...)”. El Equipo Auditor establece como potencial causa el desconocimiento por parte de los servidores públicos de 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 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.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>12</b> de <b>92</b>

Este aspecto fue comunicado al auditado el viernes 30 de mayo de 2025 a las 11:20 a.m., donde se indica que *“cuenta con cinco (5) días hábiles contados dos a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones; no obstante, a esto, la OCl dará tres (3) días más para presentar la respuesta. Por lo anterior, la respuesta con sus respectivas aclaraciones por parte de la auditada se recibe hasta el jueves 12 de junio 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 META Y LLANOS ORIENTALES

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 Meta y Llanos Orientales 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).

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.*

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>13</b> de <b>92</b>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>14</b> de <b>92</b>

Dentro del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional en su versión 5, vigente para la anualidad 2024, dentro de la 2ª. Dimensión: Direccionamiento Estratégico y Planeación en el numeral 2.2 Política de Planeación Institucional en el punto en el cual hace referencia a los lineamientos generales para la implementación de la política, se tiene que:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>16</b> de <b>92</b>

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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de los indicadores de gestión, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – indicadores, mediante correo electrónico del 28 de marzo de 2025 a las 11:40 a.m., el Equipo Auditor remite el documento para su diligenciamiento. Posteriormente, el Equipo Auditado da respuesta mediante correo electrónico del 12 de abril de 2025 a las 16: 48 p.m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

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

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

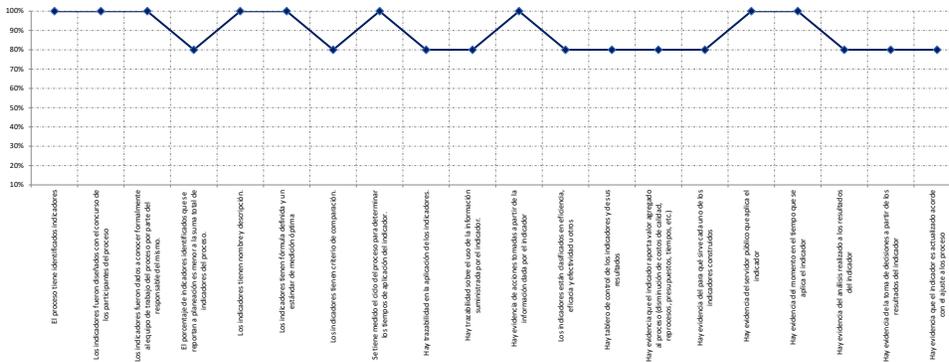
El papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – indicadores tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert<sup>1</sup>. La Dirección

---

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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página <b>17</b> de <b>92</b>

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



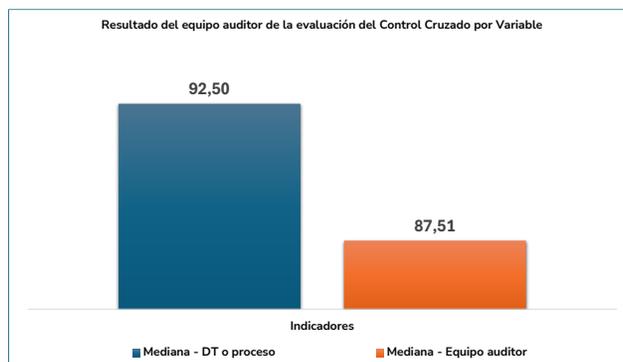
Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión. Fuente propia OCI

Como se observa, la calificación que se da la Dirección Territorial auditada corresponde a 89 puntos de 100 posibles.

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones. 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 Meta y Llanos Orientales 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 1,5 puntos en la variable "Indicadores", toda vez que el resultado de la valoración de la DT auditada es de 89 mientras que el del equipo auditor es de 87,5. Esto se debe a que la Dirección Territorial 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 no generan incertidumbre aplicando los principios de escepticismo profesional, dado que existe cumplimiento y se encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – indicadores corresponde a 87,5 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 1.5 puntos respecto de la calificación de la Dirección Territorial auditada y del máximo posible (100 puntos). En este caso se evidencia que "Hay evidencia de un sistema de medición en plena producción que la toma sustenta la toma de decisiones, que es inherente al proceso, actualizado y socializado adecuadamente". (Información tomada del resultado del papel de trabajo).

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>18</b> de <b>92</b>



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 Meta y Llanos Orientales, se considera que es relevante, suficiente, contundente, pertinente y adecuada para determinar un cumplimiento de la variable “indicadores” esto 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.

Por lo anteriormente enunciado, el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno califica la conformidad del sistema de control interno – Indicadores de la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales.

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

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

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

Meta y Llanos Orientales para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. El propósito es determinar si la Dirección Territorial auditada posee y reconoce un modelo de riesgos, diferentes a los identificados en el mapa de riesgos que le permita tener otra herramienta gerencial de las actividades institucionales

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

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

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*

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>20</b> de <b>92</b>

*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:

*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.*

 <p>Unidad para las <b>Víctimas</b></p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>21</b> de <b>92</b>

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

*Formular las metas de largo plazo, tangibles, medibles, audaces y coherentes con los problemas y necesidades que deben atender o satisfacer, evitando proposiciones genéricas que no permitan su cuantificación y definiendo los posibles riesgos asociados al cumplimiento de las prioridades. Analizar el contexto interno y externo de la entidad para la identificación de los riesgos y sus posibles causas, así como retos, tendencias y oportunidades de mejora e innovación en la gestión.*

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

*Con la política se fortalecen las capacidades de las múltiples partes interesadas para identificar, gestionar, tratar y mitigar los riesgos de seguridad digital en sus actividades socioeconómicas en el entorno digital, así como en la creación e implementación de instrumentos de resiliencia, recuperación y respuesta nacional en un marco de Dirección: Carrera 85D No. 46A-65 Bogotá, Colombia Conmutador: +57 (601) 796 5150 Línea Gratuita: (+57) 01 8000 911119 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.*

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>22</b> de <b>92</b>

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.

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 11:40 a. m. El día 12 de abril de 2025 a las 16:48 p.m., mediante correo electrónico, la Dirección Territorial auditada da respuesta 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.*

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página <b>23</b> de <b>92</b>

Por lo anterior, el Equipo Auditor aplica a la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales el papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – riesgos el cual tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert<sup>2</sup>. La Dirección Territorial auditada responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz así:



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

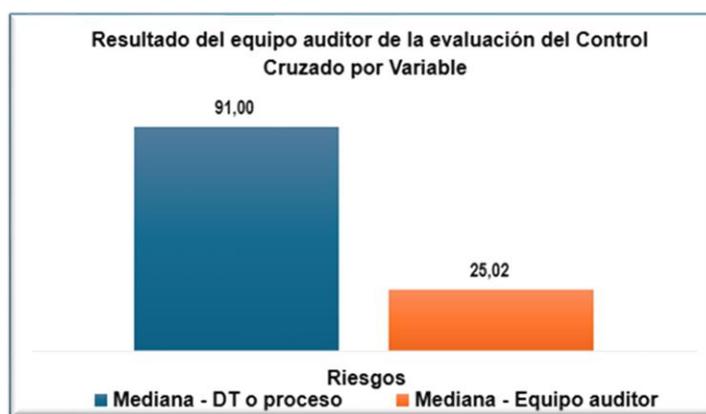
Como se observa, la calificación que se da la Dirección Territorial auditada corresponde a 88 puntos de 100 posibles.

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, confronta la información y evidencias registradas en la herramienta de evaluación al SCI frente a los resultados de las autoevaluaciones de la DT Meta y Llanos Orientales 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 63 puntos en la variable “Riesgos”, toda vez que el resultado de la valoración de la DT auditada es de 88 y la del Equipo Auditor de 25, 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.

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

 Unidad para las Víctimas	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>24</b> de <b>92</b>

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 – riesgos corresponde a 25,02 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 74,98 puntos respecto de la calificación de la Dirección Territorial auditada y del máximo posible (100 puntos). En este caso se evidencia que “la variable riesgos logra un nivel de calificación bajo de 25% convirtiéndose en una 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

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 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.

### 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

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

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 Meta y Llanos Orientales en el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>26</b> de <b>92</b>

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 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 Dirección Estratégico, en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación. En este sentido, es fundamental

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>27</b> de <b>92</b>

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”.*

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 (...)”.*

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>28</b> de <b>92</b>

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).”<sup>3</sup>*

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 11:40 a. m. El día 12 de abril de 2025 a las 16:48 p.m. 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 características del sistema de control interno definidos en el artículo 2º de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema, el cual dispone en los literales b), c), d), e), g) y h) al señalar que se debe:

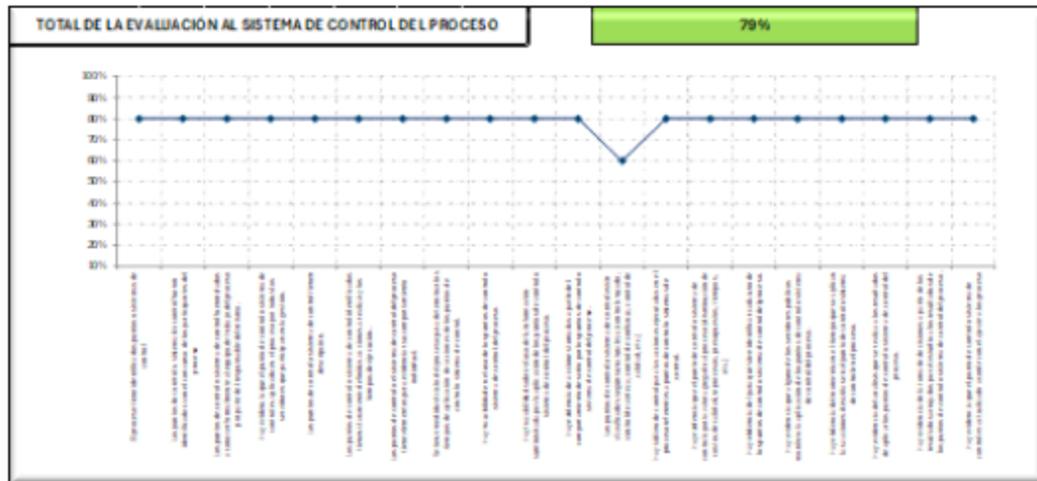
*a) Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional; c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento 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 3º literales a) El Sistema de Control Interno forma parte integrante de los sistemas contables, financieros, de planeación, de información y operacionales de la respectiva entidad; y c) En cada área de la organización, el funcionario encargado de dirigirla es responsable por control interno ante su jefe inmediato de acuerdo con los niveles de autoridad establecidos en cada entidad.*

Por lo anterior, el Equipo Auditor aplica a la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales el papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – control, el cual tiene veinte (20)

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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página <b>29</b> de <b>92</b>

afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert<sup>4</sup>. La Dirección Territorial auditada responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz así:



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 79 puntos de 100 posibles.

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, 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 79 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.

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

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>30</b> de <b>92</b>

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).



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

La falta 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 Meta y Llanos Orientales.

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.

#### 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 Meta 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

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>31</b> de <b>92</b>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Consecuencia de lo anterior, la entidad debe tener un Sistema de Control Interno que se articule con el MIPG, según lo estipulado por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>32</b> de <b>92</b>

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 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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>33</b> de <b>92</b>

propia de dependencias y procesos, que se debe hacer desde el ejercicio de Direcccionamiento 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 11:40 a. m. El día 12 de abril de 2025 a las 16:48 p.m., mediante correo electrónico, la Dirección Territorial auditada da respuesta de la herramienta diligenciada con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

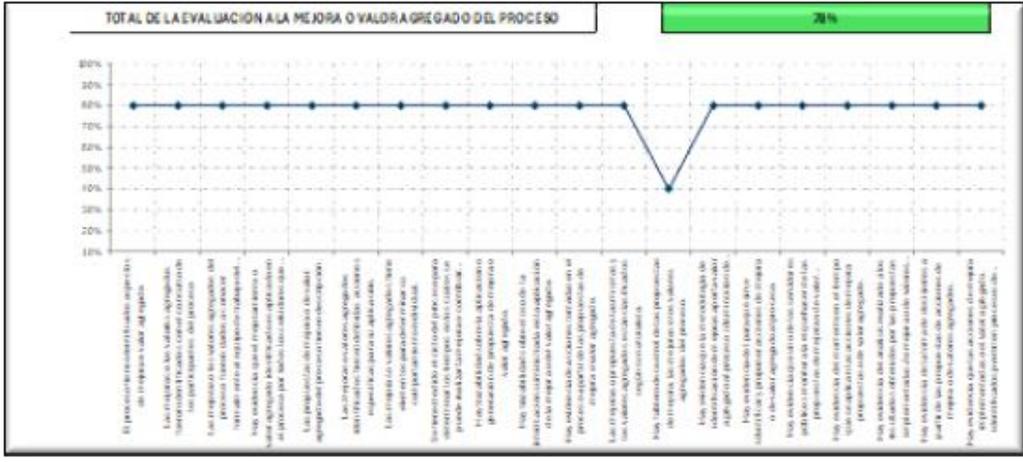
El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de mejora o valor agregado en concordancia con las características del sistema de control interno definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos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

 <p>Unidad para las <b>Víctimas</b></p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página <b>34</b> de <b>92</b>

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 Meta y Llanos Orientales 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 Likert<sup>5</sup>. La Dirección Territorial auditada responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz así:



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

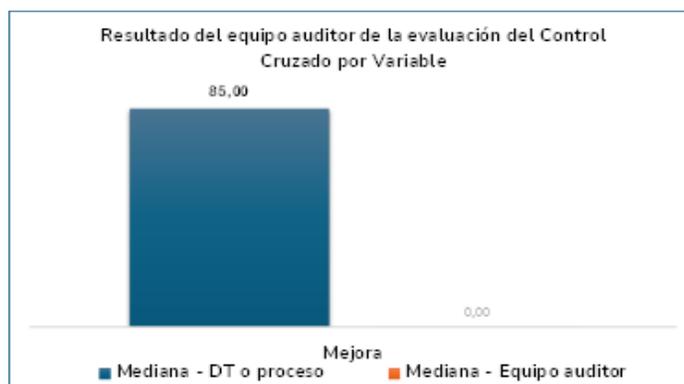
Como se observa, la calificación que se da la Dirección Territorial auditada corresponde a 78 puntos de 100 posibles.

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, confronta la información y evidencias registradas en la herramienta de evaluación al SCI frente a los resultados de las autoevaluaciones de la DT Meta y Llanos Orientales correspondientes al primer y

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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>35</b> de <b>92</b>

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 100 puntos en la variable “Mejora”, toda vez que el resultado de la valoración de la DT auditada es de 78 y la del Equipo Auditor de 00,00 esto debido que la Dirección Territorial no aporta las evidencias conducentes, pertinentes y necesarias que sustenten la valoración dada del componente de mejora en lo que respecta a la herramienta del SCI.



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

Por lo anterior, el equipo auditor no observa evidencias generando 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 00,00 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 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).

## DEBILIDAD 2

Debilidad en el sistema de control interno de tres (3) componentes que lo conforman “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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>36</b> de <b>92</b>

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.

Este aspecto fue comunicado al auditado el viernes 30 de mayo de 2025 a las 11:20 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 lunes 9 de junio 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.

### **5.2.5 Análisis del Modelo de Seguimiento**

El Equipo Auditor examina el modelo de seguimiento que aplica la Dirección Territorial en la gestión desplegada y con ello evalúa el sistema de control interno (SCI), para establecer su nivel de madurez, efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales 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*

 <p>Unidad para las <b>Víctimas</b></p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>37</b> de <b>92</b>

información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua” y que “Utilizar y aprovechar los resultados de los seguimientos y evaluaciones para la mejora continua.”

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

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

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

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*

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>38</b> de <b>92</b>

*se debe medir en los diferentes momentos o etapas de su desarrollo, para garantizar el logro de los resultados previstos, e identificar con mayor precisión las oportunidades de mejora que se deban emprender.”*

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

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

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

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

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

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

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

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>39</b> de <b>92</b>

*Ley 87 de 1993. En este sentido, el MECI es el Modelo que deberán seguir implementando tanto las entidades objeto de MIPG, como aquellas a las que no les aplica dicho modelo integralmente; por lo tanto, los lineamientos para su implementación se enmarcan esta séptima Dimensión.*

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

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

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

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

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

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

*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.*

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>40</b> de <b>92</b>

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de los indicadores de gestión, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – seguimiento, mediante correo electrónico del viernes 28 de marzo de 2025 a las 11:40 a. m. El día 12 de abril de 2025 a las 16:48 p.m, 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.

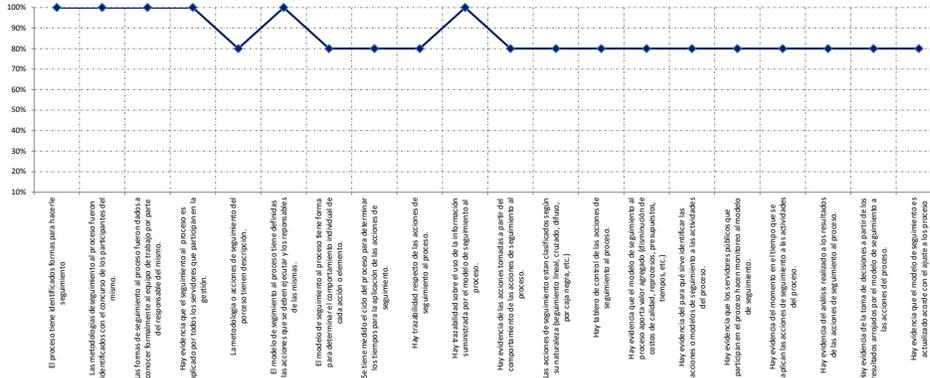
El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de seguimiento definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales b), c), d), 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 Meta y Llanos Orientales el papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – seguimiento el cual tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert<sup>6</sup>. La Dirección Territorial auditada responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz así:

---

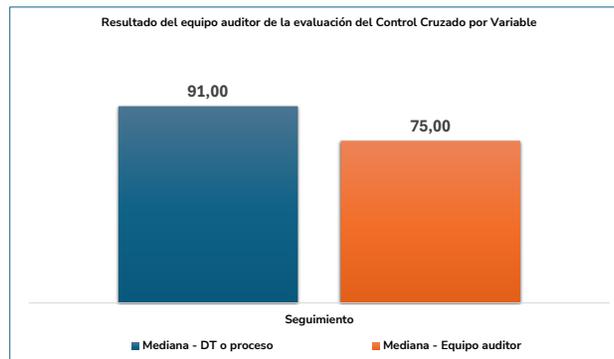
<sup>6</sup> La escala de Likert es una de las escalas más utilizadas en investigación en ciencias sociales. Ofrecen un sistema de clasificación simple que es común a las encuestas de todo tipo. La escala se llama así por el psicólogo que lo creó, Rensis Likert. Un uso común de la escala de Likert es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



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 86 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 75,00 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 11,00 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 Meta y Llanos Orientales. 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.

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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>42</b> de <b>92</b>

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).

### **5.3 ANÁLISIS DEL DISEÑO Y EFECTIVIDAD DEL CONTROL DEL RIESGO EN LA DIRECCIÓN TERRITORIAL META Y LLANOS ORIENTALES**

La Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales, conforme al artículo 29 del Decreto 4802 de 2011, tiene como función ejecutar las políticas, planes y programas, así como coordinar la implementación de las estrategias de la entidad a nivel territorial. Esto con el fin de gestionar, fortalecer y hacer seguimiento a las acciones desarrolladas en su jurisdicción, orientadas a la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

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

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

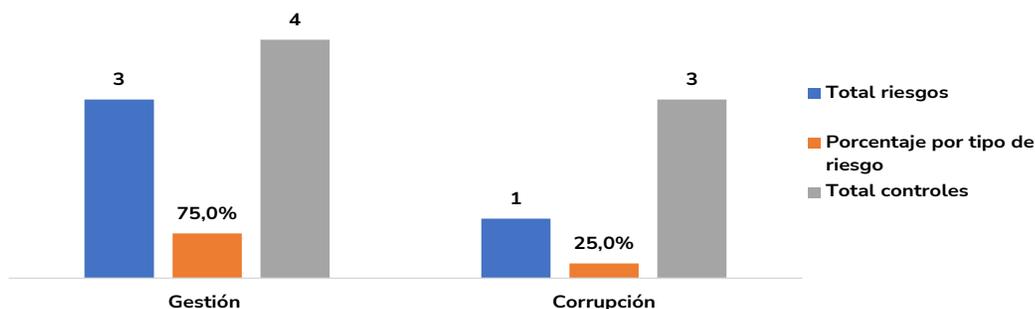
Es necesario señalar que el propósito de esta evaluación es determinar si la Dirección Territorial en mención diseña de manera adecuada y metodológicamente el control al riesgo y a su vez verifica si la evidencia cumple el propósito de la acción del control. El presente análisis del Equipo Auditor se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

En virtud del mapa de riesgos institucional de la vigencia 2024 el Equipo Auditor analiza los riesgos asociados a la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales. Como resultado de esta actividad, se identifican cuatro (4) riesgos, de los cuales tres (3), equivalentes al 75%, corresponden a riesgos de gestión, y uno (1), equivalente al 25%, a un riesgo de corrupción. Para la gestión de los riesgos de

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>43</b> de <b>92</b>

índole administrativa, la Dirección Territorial ha implementado cuatro (4) controles, mientras que para el riesgo de corrupción se han establecido tres (3) controles.

**Total de Riesgos clasificados por tipología - DT. Meta y Llanos Orientales**

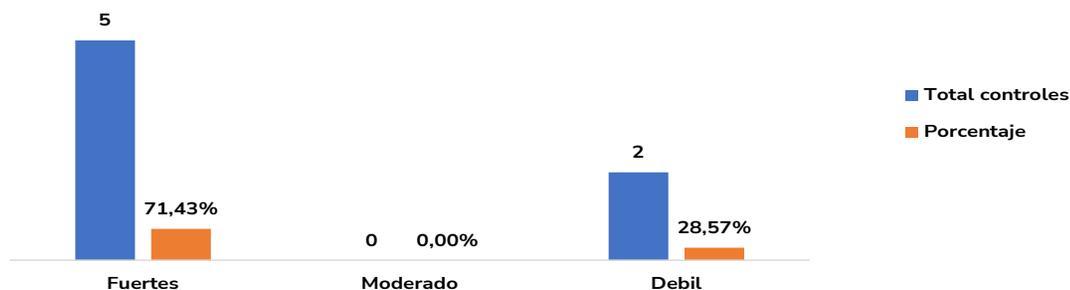


Fuente: Herramienta análisis de riesgos de la OCI

Concerniente a la evaluación del diseño de los controles adoptados para los tres (3) riesgos administrativos y el riesgo de corrupción, se identifica que de los siete (7) controles adoptados, cinco (5) se encuentran en zona “fuerte”, con un cumplimiento del 71.43% y dos (2) se encuentran en zona “débil” con el 28.57%. (Información obtenida de la herramienta análisis de riesgos de la OCI – “resultado y zona – rango del control actual del diseño”).

Con relación al resultado de la zona “débil” se identifica en el riesgo “Posibilidad de pérdida reputacional ante las víctimas, entidades territoriales y organismos de control, al no lograr hacer entrega de la medida de indemnización a víctimas a quienes ya se le asignaron y giraron los recursos en el proceso de reparación individual (...)”, que en los controles estandarizados no hay claridad en el cumplimiento de los lineamientos de redacción del control.

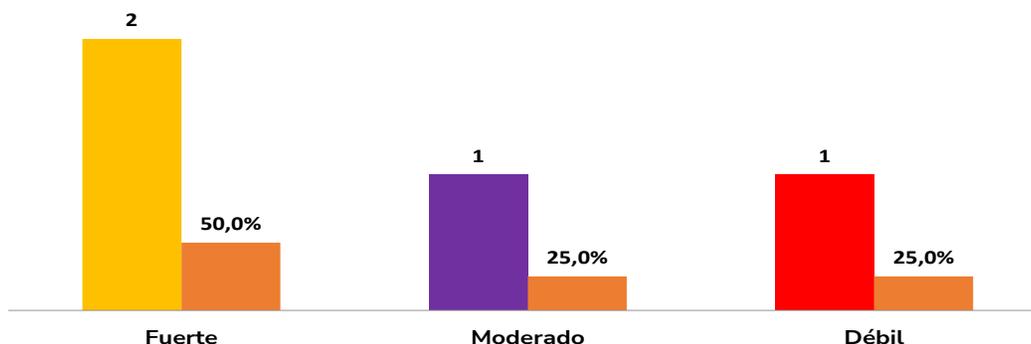
**Resultado de la evaluación del diseño de los controles**



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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>44</b> de <b>92</b>

**Resultado de la solidez de los riesgos de la DT. Meta y Llanos Orientales**



Fuente: Herramienta análisis de riesgos de la OCI

Al analizar las variables de la gráfica, se concluye que, el 50% equivalente a dos (2) riesgos se encuentran clasificados en el rango "fuerte", uno (1) con el 25 % es "moderado" y el 25% corresponde a un (1) riesgos ubicados como "débil", este último debido a la redacción de los controles que no es efectivo. Muestra control 1 "El profesional de reparación individual valida la base de datos descargada de indemniza, de acuerdo a la municipalización, para corroborar los datos de contacto de la población a notificar, en caso de encontrar inconsistencias se hace la búsqueda en las diferentes herramientas SGV e INDEMNIZA, o en el RUV a través de su núcleo familiar, como evidencia se cuenta con la Matriz base de notificación con información en detalle, ubicada en carpeta compartida en OneDrive con los profesionales que apoyan el proceso en cada departamento de la DT." del riesgo "Posibilidad de pérdida reputacional ante las víctimas, entidades territoriales y organismos de control, al no lograr hacer entrega de la medida de indemnización a víctimas a quienes ya se le asignaron y giraron los recursos en el proceso de reparación individual" no se encuentra definida claramente la periodicidad, etc.

Este resultado indica que, si bien se realiza una evaluación del cumplimiento de los lineamientos establecidos para la redacción de controles, así como de su efectividad con base en las evidencias disponibles, la existencia de riesgos moderados y débiles, particularmente asociados a la calidad en la redacción, es fundamental revisar y fortalecer la redacción de los controles para minimizar la clasificación de riesgos en el rango "débil" y garantizar una protección más robusta frente a posibles amenazas. Este análisis corresponde a los riesgos evaluados por la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales mediante la herramienta institucional aplicada.

Respecto al análisis de las evidencias de la ejecución del control, entendidas como la información que da certidumbre sobre la aplicación y resultados sin importar el soporte material, son evaluadas por el Equipo Auditor encontrando que al momento de la auditoria se contó con el acopio de ellas. Una vez recibida, se evalúa con los criterios de auditoria generalmente aceptados y se establece que la Dirección Territorial en la efectividad de ejecución del control tiene como resultado que el 85.71% "existe la evidencia y el control total" y el 14.29% la evidencia "La evidencia y/o control es parcial", (Información tomada resultado papel de trabajo).

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>45</b> de <b>92</b>

Concerniente al resultado *“la evidencia y/o control es parcial”* en la efectividad de la ejecución del control, está se identifica en el riesgo: *“Posibilidad de pérdida económica y reputacional ante los sujetos de reparación colectiva, al no realizar la implementación de las acciones o estrategias definidas”*, donde se evidencia documentación incompleta y sin registrar. Ejemplo muestra (formato de planeación de requerimientos – faltan planillas, en la planeación del año 2024 falto evidencia de los meses mayo, junio, julio, agosto y octubre, etc). En este sentido se recomienda que la DT reevalúe esta situación para futuros requerimientos, con el propósito de asegurar la efectividad de la ejecución de los controles, prevenir riesgos potenciales y mitigar posibles impactos negativos en la operación con entes internos y externos.

Una vez evaluada la gestión de riesgos del mapa institucional de la Dirección Territorial, se evidencia la necesidad de fortalecer la interpretación de 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. Este fortalecimiento busca asegurar una adecuada identificación, valoración y tratamiento de los riesgos institucionales adoptados en toda la operación territorial, promoviendo una gestión más eficaz, transparente y alineada con las buenas prácticas del sector público.

Así mismo, 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),

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:

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>46</b> de <b>92</b>

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

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

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

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

- *La política de administración de riesgos es la declaración de dirección y las intenciones 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).*

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>47</b> de <b>92</b>

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).*

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*

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>48</b> de <b>92</b>

*la ley 1448 del 2011, con el fin de aumentar su eficacia y eficiencia a través de la identificación, análisis y valoración de riesgos que permita tomar acciones para evitar su materialización”.*

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

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

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

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

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

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

A partir del marco normativo Ley 87 de 1993 en el artículo 2º literales a) y f); Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017 que en el artículo 2.2.21.3.1; Decreto 1083 de 2015 artículo 2.2.21.5.4; los lineamientos dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, 2023 V5, la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en entidades públicas V6, y la metodología administración de riesgos adoptada por la entidad. El Equipo Auditor señala que la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales requiere fortalecer la interpretación de los lineamientos, esto comprende reforzar la identificación de los riesgos que incluya todos los procesos operacionales, una redacción clara y precisa de los controles definidos, así como un tratamiento apropiado y eficaz

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>49</b> de <b>92</b>

que garantice la cobertura integral de toda la operación territorial, sustentado en los respectivos soportes documentales.

### DEBILIDAD 3

De acuerdo con lo expuesto, se evidencia una debilidad en el sistema de control interno, relacionada con la necesidad de fortalecer la identificación de los riesgos que comprenda integralmente toda la operación del territorio en el marco de la interacción de los procesos misionales, así como la formulación de controles que incorporen adecuadamente los lineamientos de redacción y que garanticen su efectividad en la aplicación, seguimiento y documentación que respalde su gestión. Esta situación no está conforme a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2° literales a) y f); el Decreto 1083 de 2015, artículo 2.2.21.5.4; el Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017, artículo 2.2.21.3.1; así como 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 identificó como causas principales la ausencia de una adecuada interpretación e implementación de los lineamientos para la redacción de controles idóneos y eficaces, la debilidad en el ejercicio de identificación de riesgos que contemple toda la operación territorial, y la incorrecta selección de soportes que respalden de manera adecuada cada control establecido. Lo anterior conlleva a la posible materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales.

Este aspecto fue comunicado al auditado el viernes 30 de mayo de 2025 a las 10:57 a. m., donde se indica que *“cuenta con cinco (5) días hábiles contados dos a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones; no obstante, a esto, la OCI dará tres (3) días más para presentar la respuesta. Por lo anterior, la respuesta con sus respectivas aclaraciones por parte de la auditada se recibe hasta el jueves 12 de junio 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.

#### 5.4 ANÁLISIS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2023 DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL META Y LLANOS ORIENTALES

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>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>50</b> de <b>92</b>

b) Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional; c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad; d) Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional; e) Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros; g) Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación; y h) Velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características.

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

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

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

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

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

*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*

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>51</b> de <b>92</b>

*de los organismos públicos de todo orden a los que se aplica esta Ley preparará su correspondiente plan de acción. En la elaboración del plan de acción y en la programación del gasto se tendrán en cuenta los principios a que se refiere el artículo 3° de la presente Ley, así como las disposiciones constitucionales y legales pertinentes.*

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

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

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

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

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

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

 <p>Unidad para las <b>Víctimas</b></p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>52</b> de <b>92</b>

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 Meta y Llanos Orientales. 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 Meta y Llanos Orientales, 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.

La Oficina Asesora de Planeación dentro de su fuero, ámbito normativo y operativo estudia el comportamiento de las metas pactadas con la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales 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.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>53</b> de <b>92</b>

## Plan de Acción 2024 Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales

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 Meta y Llanos Orientales tiene en total 46 actividades en el Plan de Acción 2024 de las cuales, dos (2) fueron eliminadas, identificadas con los códigos 30 y 96. Sumado a esto, una (1) no presenta reporte de avance y ejecución por ser un indicador por demanda, de la cual no se presentó actividad en las vigencia 2024 relacionada con “Índice de emergencias humanitarias masivas (Confinamiento, desplazamiento forzado y actos terroristas) apoyadas en coordinación para la atención de emergencias hasta su cierre”, 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 30 de sus actividades. Por consiguiente, la muestra de trabajo es de 13 actividades que corresponden al 30% de la población, donde se evidencia que siete (7) actividades programadas presentan estado óptimo del 100%, dos (2) en estado crítico del 0%, una (1) estado medio del 88% y tres (3) estado superlativo del 105%, 114, y 190%.

En cuanto al segundo trimestre de 2024 la muestra de trabajo es de veintiuno (21) actividades, lo que equivale 49% de la población, en consecuencia, se describe el estado de avance en el periodo comprendido del 01 de abril de 2024 al 30 de junio de 2024, así:

**Estado óptimo (100%):** Las actividades reportadas en el segundo trimestre de 2024, y que en dicho periodo tiene el valor planeado, es decir se cumple lo planeado es de 15 actividades de las 21 posibles, lo que equivale al 71.43% de la muestra.

**Estado Medio (entre el 60% y 99%):** Las actividades reportadas en el segundo trimestre de 2024, y que dicho periodo no cumple con lo planeado, pero si hay reporte de avance significativo de las actividades, es de 3 de las 21 posibles, lo que equivale al 14.29% 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 21 posibles, lo que equivale al 9.52% de la muestra.

**Estado superlativo (Mayor al 100%):** Las actividades reportadas en el segundo trimestre de 2024, y que en dicho periodo tiene un mayor valor a lo planeado, es decir se excede a lo planeado, es de 1 de las 21 posibles, lo que equivale al 4.76% de la muestra.

Respecto al tercer trimestre 2024, la muestra de trabajo es de treinta (30) actividades, equivalente el 70% de la población. De acuerdo con esta información el estado de avance obtenido del 01 de julio de 2024 al 30 de septiembre de 2024 es el siguiente:

 <p>Unidad para las <b>Víctimas</b></p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>54</b> de <b>92</b>

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 10 actividades de las 30 posibles, lo que equivale al 33.33% 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 8 de las 30 posibles, lo que equivale al 26.67% 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 8 de las 30 posibles, lo que equivale al 26.67% de la muestra.

Estado superlativo (Mayor al 100%): Las actividades reportadas en el tercer trimestre de 2024, y que en dicho periodo tiene un mayor valor a lo planeado, es decir se excede a lo planeado, es de 4 de las 30 posibles, lo que equivale al 13.33% de la muestra.

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

- Veinte (20) presentan estado óptimo del 100%, equivalente al 46.51%.
- Ocho (8) muestran estado medio (71%, 74%, 75%, 80%, 84%, 88%, 95% y 98%), equivalente al 18.60%.
- Ocho (8) registran estado crítico (4%, 18%, 36%, 38%, 45% y 3 con el 0%), equivalente al 18.60%
- Siete (7) presentan estado superlativo (101%, 104%, 108%, 120%, 124%, 130% y 150%), equivalente al 16.29% 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 Meta y Llanos Orientales (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 57 de 92

DIRECCIÓN TERRITORIAL META Y LLANOS ORIENTALES																								
20. Comunidades que han recibido la estrategia de tejido social en el marco de los planes de retorno y reubicación (Cód. 93)					21. Número de actos simbólicos y de dignificación implementados (Cód. 95).					22. Víctimas atendidas diferencialmente por medio de las estrategias asociadas a medidas de satisfacción a nivel individual (Cód. 96).					23. Número de víctimas que acceden a medidas de satisfacción a nivel individual (Cód. 98)					24. 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)				
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%	1	1	100	100%	10%	0	1	0	0%	0%	0	12	0	0%	0%					
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%					
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%					
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%					
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%					
0	1	0	0%	0%	1	3	33,333	33%	10%	0	1	0	0%	0%	0	237	0	0%	0%					
0	1	0	0%	0%	1	5	20	20%	10%	0	1	0	0%	0%	0	487	0	0%	0%					
0	1	0	0%	0%	3	7	42,857	43%	30%	0	1	0	0%	0%	49	737	6,64858	7%	4%					
0	1	0	0%	0%	3	9	33,333	33%	30%	0	1	0	0%	0%	49	987	4,98454	5%	4%					
0	3	0	0%	0%	0	9	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	49	1235	3,96761	4%	4%					
0	6	0	0%	0%	10	10	100	100%	100%	0	1285	0	0%	0%	0	1235	0	0%	0%					
			0%					100%										4%		38%				
			0%					100%										3%		38%				

DIRECCIÓN TERRITORIAL META Y LLANOS ORIENTALES																								
25. Asistir técnicamente a las entidades territoriales en la implementación de los Decretos Ley para la inclusión del enfoque diferencial en los instrumentos de planeación territorial (Cód. 105)					26. Número de acciones de fortalecimiento a nivel comunitario con enfoque de derechos, territorial y diferencial implementadas(Cód. 106)					27. Realizar el seguimiento a la implementación de la Medida de Indemnización Colectiva otorgada a los sujetos colectivos étnicos (Cód.110)					28. Número de informes donde se evidencie la gestión, el acceso efectivo a oferta discriminado por cada uno de los derechos y el cargo de beneficiarios partir de los resultados de la medición de SSV correspondiente a la Dirección Territorial (Cód. 114)					29. Cartas de entendimiento o convenios suscritos con instituciones de educación superior (Cod.130)				
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%					
21	11	190,909	190%	100%	0	1	0	0%	0%	0	2	0	0%	0%	1	1	100	100%	25%					
21	21	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	0	4	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%					
0	21	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	6	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%					
0	21	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	2	3	66,667	67%	11%	2	2	100	100%	50%					
0	21	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	2	6	33,333	33%	11%	0	2	0	0%	0%					
0	21	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	9	9	100	100%	47%	0	2	0	0%	0%					
0	21	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	11	12	91,667	92%	58%	3	3	100	100%	75%					
0	21	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	15	16	93,75	94%	79%	0	3	0	0%	0%					
0	21	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	16	19	84,2105	84%	84%	0	3	0	0%	0%					
0	21	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	19	0	0%	0%	4	4	100	100%	100%					
				100%				0%					84%					100%		100%				
				100%				0%					84%					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 58 de 92

30. Informes de la implementación de la ruta de definición de la situación militar (Cód. 131)					31. Número diagnósticos de necesidades para cada CRAV realizados (Cód. 134).					32. 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)					33. Número de informes de articulación, gestión y seguimiento en el marco de los CTJT departamentales y municipales (Cód. 144).					34. 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).								
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						
1	1	100	100%	8%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%				
2	2	100	100%	17%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%				
3	3	100	100%	25%	2	2	100	100%	25%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	25%	0	1	0	0%	0%				
4	4	100	100%	33%	0	2	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%				
5	5	100	100%	42%	0	2	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%				
6	6	100	100%	50%	4	4	100	100%	50%	1	1	100	100%	100%	2	2	100	100%	50%	0	1	0	0%	0%				
7	7	100	100%	58%	0	4	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	2	0	0%	0%	5	5	100	100%	50%				
8	8	100	100%	67%	0	4	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	2	0	0%	0%	0	5	0	0%	0%				
9	9	100	100%	75%	6	6	100	100%	75%	0	1	0	0%	0%	3	3	100	100%	75%	0	5	0	0%	0%				
10	10	100	100%	83%	0	6	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	3	0	0%	0%	0	5	0	0%	0%				
11	11	100	100%	92%	0	6	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	3	0	0%	0%	0	5	0	0%	0%				
12	12	100	100%	100%	8	8	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	4	4	100	100%	100%	10	10	100	100%	100%				
			100%					100%					100%					100%					100%					100%
			100%					100%					100%					100%					100%					100%

35. Número de víctimas organizadas y no organizadas capacitadas a partir de la estrategia de comunicación en la política pública de víctimas (Cód. 147).					36. Informes de espacios realizados de manera virtual y/o presencial con organizaciones de víctimas que realizan incidencia en diferentes procesos sociales (Cód. 149)					37. Número de asistencias técnicas a las mesas de participación efectiva de víctimas a nivel departamental y distrital (Cód. 150).					38. Socialización del protocolo de participación de la niñez víctima en las mesas municipales de participación efectiva de víctimas, conforme a lo establecido en la Batería de Indicadores (Cód. 152)													
Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024									
Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance						
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%				
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%				
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%				
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%				
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%				
0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	50%	0	1	0	0%	0%	0	40	0	0%	0%	0	40	0	0%	0%				
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	40	0	0%	0%	0	40	0	0%	0%				
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	40	0	0%	0%	0	40	0	0%	0%				
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	2	3	66,667	67%	20%	0	6	0	0%	0%				
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	6	6	100	100%	60%	0	6	100	100%	60%				
18	50	36	36%	36%	2	2	100	100%	100%	7	7	100	100%	100%	10	10	100	100%	100%	10	10	100	100%	100%				
			36%					100%					100%					100%					100%					100%
			36%					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 59 de 92

39. Porcentaje de proyectos por oferta viabilizados con coordinación de entrega elaborada (Cód. 154)					40. Iniciativas o proyectos presentados por la Dirección Territorial a la cooperación internacional o aliado estratégico (Cód. 165)					41. Número de reportes del Plan de Implementación Institucional por parte de las Direcciones Territoriales (Cód. 189)					42. Porcentaje de avance en la implementación de Acciones territorializables para el fortalecimiento del modelo de operación de enfoque diferencial y de género (Cód. 209)				
Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024
Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance		
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%	4	4	100	100%	25%	0	1	0	0%	0%	0	25	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	4	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	25	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	4	0	0%	0%	1	1	100	100%	33%	0	25	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	8	8	100	100%	50%	0	2	0	0%	0%	0	50	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	8	0	0%	0%	0	2	0	0%	0%	0	50	0	0%	0%
20	20	100	100%	20%	0	8	0	0%	0%	2	2	100	100%	67%	0	50	0	0%	0%
20	40	50	60%	20%	12	12	100	100%	75%	0	3	0	0%	0%	100	50	200	200%	100%
40	60	66,667	67%	40%	0	12	0	0%	0%	0	3	0	0%	0%	0	75	0	0%	0%
60	80	75	75%	60%	0	12	0	0%	0%	3	3	100	100%	100%	0	75	0	0%	0%
80	100	80	80%	80%	16	16	100	100%	100%	0	3	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%
				80%					100%					100%					100%
				80%					100%					100%					100%

43. Número de víctimas con unidades productivas atendidas (Cód. 218)					44. Número de víctimas con unidades productivas encadenadas (Cód. 219)					45. Solicitudes de retorno, reubicación e integración local asignados por medio de las bases SGV tramitadas (Cód. 228)					46. Porcentaje de gestión de los reportes validados en el plan de acción institucional por parte de las Direcciones Territoriales (Cód. 239)				
Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024
Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance		
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	51,22	100	51,22	51%	51%	0	1	0	0%	0%
14	14	100	100%	24%	0	1	0	0%	0%	113,64	100	113,64	114%	114%	0	1	0	0%	0%
0	14	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	80	100	80	80%	80%	0	1	0	0%	0%
0	14	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	101,69	100	101,69	102%	102%	100	100	100	100%	100%
27	27	100	100%	46%	3	3	100	100%	23%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%
0	27	0	0%	0%	0	3	0	0%	0%	136,96	100	136,96	137%	137%	100	100	100	100%	100%
0	27	0	0%	0%	0	3	0	0%	0%	59,32	100	59,32	59%	59%	46,67	100	46,67	47%	47%
34	45	75,556	76%	58%	10	10	100	100%	77%	136,96	100	136,96	137%	137%	73,33	100	73,33	73%	73%
0	45	0	0%	0%	0	10	0	0%	0%	175	100	175	175%	175%	100	100	100	100%	100%
0	45	0	0%	0%	0	10	0	0%	0%	134,62	100	134,62	135%	135%	100	100	100	100%	100%
73	59	123,73	124%	124%	14	13	107,69	108%	108%	100	100	100	100%	100%	76,92	100	76,92	77%	77%
				124%					108%					98%					88%
				124%					108%					98%					88%

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>60</b> de <b>92</b>

Como se puede evidenciar, este análisis examina el movimiento de los reportes y variables en los tiempos para establecer el comportamiento general de las actividades asociadas al plan de acción 2024. Teniendo como horizonte el criterio que todo lo planeado se debe cumplir dentro del periodo pactado y en las cantidades asignadas, las actividades que no cumplen plenamente el mandato de la Oficina Asesora de Planeación (ya sea inferior o superior de lo programado) son desviaciones que deben ser estudiadas por la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales, para ello cuentan con la facultad de solicitar la modificación (debidamente justificada) mediante las actas correspondientes, la cual es analizada por la OAP para su aprobación.

Debido a lo anterior, se colige que, hay debilidad del sistema de control interno por incumplimiento de lo planeado frente a lo ejecutado en el plan de acción. El equipo auditor examina el comportamiento de los reportes de avance y ejecución de las metas del plan de acción 2024 asignadas a la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales, teniendo como parámetro de evaluación que tanto los reportes de avance como de ejecución deben corresponder al 100% de lo planeado.

Por consiguiente, se tiene que para el primer trimestre de 2024 el parámetro en mención no se cumple en 6 de las 13 metas programadas (lo que corresponde al 46% del total de indicadores a 31 de marzo de 2024), toda vez que en 3 actividades presenta un porcentaje de avance superior (105%, 114% y 190%) y 3 inferiores (88% y 2 con el 0%). Un escenario similar se presenta en los reportes de avance del segundo, tercer trimestre, así como de ejecución (cumplimiento) del cuarto trimestre, los cuales se relacionan a continuación:

Segundo trimestre: de 21 actividades, 1 presenta porcentaje de avance superior (187%) y 5 inferior (8%, 28%, 67%, 82% y 98%), equivalente al 29% del total de indicadores establecidos para este periodo.

Tercer trimestre: de 30 actividades, 4 registran porcentaje de avance superior (102%, 130%, 137% y 200%) y 16 inferior (7%, 43%, 50%, 55%, 56%, 73%, 79%, 82%, 84%, 92%, 95%, 2 con el 76% y 3 con el 0%), equivalente al 67% del total de indicadores proyectados para dicho periodo.

Cuarto trimestre: de 43 actividades, 7 presentan porcentajes de ejecución superior (101%, 104%, 108%, 120%, 124%, 130% y 150%) y 16 inferior (4%, 18%, 36%, 38%, 45%, 71%, 74%, 75%, 80%, 84%, 88%, 95%, 98% y 3 con el 0%), equivalente al 53% del total de indicadores programados para la vigencia 2024.

Cabe aclarar que, a pesar de que 29 de las 43 actividades se encuentran en nivel satisfactorio de ejecución vigencia 2024, siete (7) de éstas se encuentran por encima de la meta ideal del 100% (estado superlativo del 101%, 104%, 108%, 120%, 124%, 130% y 150%) y 2 por debajo (estado medio 95% y 98%).

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página <b>61</b> de <b>92</b>

1	Satisfactorio		Entre 90% y 100%	29	67%
2	Aceptable		Entre 60 y 89%	6	14%
3	Insatisfactorio		Menor de 60%	8	19%
<b>Total actividades Plan de Acción DT Meta y Llanos O. 2024</b>				<b>43</b>	<b>100%</b>

Sumado a lo anterior, y de acuerdo con la meta establecida en el plan de acción DT Meta y Llanos Orientales 2024, las actividades denominadas “Entidades territoriales acompañadas de la dirección territorial para la formulación del Plan Operativo de Sistemas de Información - POSI” código 19, “Entidades territoriales acompañadas desde las direcciones territoriales para el cargue o remisión de las Fuentes de información que cumplen con los criterios establecidos por la SRNI enviadas al nivel nacional” código 20, “Jornadas de Atención de Servicio móviles de orientación y comunicación a las víctimas” código 39, “Planes de retornos y reubicaciones aprobados con seguimiento a la implementación de las acciones en el marco de los CTJT o subcomités” código 74, “Planes étnicos y no étnicos de retorno o reubicación formulados y aprobados” código 84, “Acciones de acompañamiento psicosocial realizadas en el marco de la medida de rehabilitación en sujetos de reparación colectiva focalizados en ruta e implementación” código 88, “Número de víctimas que acceden a medidas de satisfacción a nivel 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, “Realizar el seguimiento a la implementación de la Medida de Indemnización Colectiva otorgada a los sujetos colectivos étnicos” código 110 y “Porcentaje de proyectos por oferta viabilizados con coordinación de entrega elaborada” 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 4 indicadores identificados con los códigos 56, 70, 106, y 147 donde su única meta programada para la vigencia 2024 presenta porcentajes de cumplimiento en estado crítico (18%, 36 y 2 con el 0%).

#### **DEBILIDAD 4**

Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales 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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>62</b> de <b>92</b>

de los objetivos institucionales.

Este aspecto fue comunicado al auditado el viernes 30 de mayo de 2025 a las 11:20 a.m., donde se indica que “cuenta con cinco (5) días hábiles contados dos a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones; no obstante, a esto, la OCl dará tres (3) días más para presentar la respuesta. Por lo anterior, la respuesta con sus respectivas aclaraciones por parte de la auditada se recibe hasta el jueves 12 de junio 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 Meta y Llanos Orientales contenidas en el artículo 29 del Decreto 4802 de 2011 y las políticas del MIPG incluidas en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión adoptado por el Decreto 1499 de 2017 que agrupa las políticas de gestión y desempeño institucional.

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

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

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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>63</b> de <b>92</b>

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.*

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

 <p>Unidad para las <b>Víctimas</b></p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>64</b> de <b>92</b>

*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.*

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.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>65</b> de <b>92</b>

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 lunes 21 de abril de 2025 a las 10:51 a.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 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.

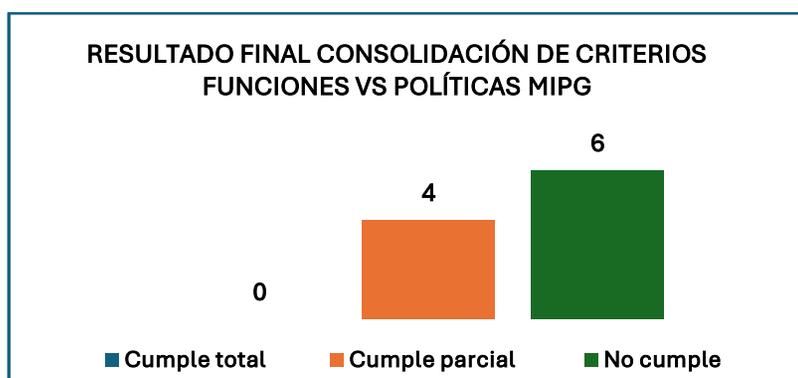
En caso contrario, cumplidas las funciones y las políticas de MIPG, el Equipo Auditor tiene la certeza suficiente que supera los limitantes del principio del escepticismo profesional y de la prudencia y dará como resultado el cumplimiento de la función.

Una vez analizada y evaluada las evidencias remitidas por la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales relacionada con el cumplimiento de las funciones y las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y aplicando los criterios de auditoria generalmente aceptadas obtiene como resultado que, “*las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo*

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>66</b> de <b>92</b>

profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial” (resultado tomado de la herramienta papel de trabajo), este resultado se presenta en las 10 funciones evaluadas en donde se evidencia la falta de interacción y cumplimiento de los lineamientos de las políticas MIPG establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP; así mismo se hace necesario que el Sistema de Control Interno de la DT y su interrelación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión que las funciones contribuyan con las políticas de gestión y desempeño las cuales son adoptadas por el nivel nacional, a continuación se muestra en la gráfica:

### Gráfica Resultados de Interacción de Funciones Vs Política MIPG



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

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

- Función 1 “Ejecutar las políticas, planes, programas y proyectos de competencia de la entidad en su correspondiente jurisdicción, de conformidad con los lineamientos y delegaciones señalados por la Dirección General y adelantar el seguimiento y evaluación de los mismos”. Con una contribución de 11 políticas con el 68% de las cuales (8 de cumplimiento parcial y 3 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (**Política de Gestión Estratégica del Talento Humano 90%, Política de integridad con 45,8%, Política de Gobierno Digital 50,0%, Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación 40,%** y la Política de Planeación Institucional 60%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 8 políticas y no cumplimiento de 3 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>67</b> de <b>92</b>

- Función 2: “Participar en la formulación de planes y programas con el objeto de garantizar la articulación institucional y de las organizaciones públicas, privadas y sociales involucradas en el proceso ayuda, atención, asistencia y reparación de las víctimas, objeto de la Unidad”. Con una contribución de 12 políticas con el 67% de las cuales (8 de cumplimiento parcial y 4 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Gestión Estratégica del Talento Humano 90%, **Política de integridad con 45,8%**, **Política de Gobierno Digital 50,0%**, **Política de Racionalización de Trámites 37,5%**, **Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación 40,%** y la Política de Planeación Institucional 60%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 8 políticas y no cumplimiento de 4 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.
- Función 3: “Adelantar el seguimiento y evaluación de los planes, programas y proyectos que desarrolle en su jurisdicción, conforme a los lineamientos de las dependencias correspondientes”. Con una contribución de 8 políticas con el 73% de las cuales (7 de cumplimiento parcial y 1 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Gestión Estratégica del Talento Humano 90%, **Política de integridad con 45,8%** y la Política de Planeación Institucional 60%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 7 políticas y no cumplimiento de 1 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.
- Función 4 “Participar en los Comités Territoriales de Justicia Transicional, bajo las directrices del Director General de la Unidad”. Con una contribución de 7 políticas con el 70% de las cuales (6 de cumplimiento parcial y 1 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de participación ciudadana en la gestión pública 84,4%, **Política de integridad con 45,8%** y la Política de Planeación Institucional 60%); 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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>68</b> de <b>92</b>

prueba que determinan el cumplimiento parcial de 6 políticas y no cumplimiento de 1 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

- *Función 5 “Apoyar la coordinación para la creación, fortalecimiento, implementación y gerencia de los Centros Regionales de Atención y Reparación que considere pertinentes para el desarrollo de sus funciones, conforme lo determine la Dirección General.”. Con una contribución de 15 políticas con el 68% de las cuales (11 de cumplimiento parcial y 4 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Gestión Estratégica del Talento Humano 90%, **Política de Fortalecimiento Organizacional y simplificación de procesos 50%**, **Política de Gobierno Digital 50,0%**, **Política de Racionalización de Trámites 37,5%**, **Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación 40%** y la Política de Planeación Institucional 60%) con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 11 políticas y no cumplimiento de 4 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.*
- *Función 6 “Celebración de los contratos y convenios que permitan el desarrollo de las funciones institucionales en el territorio de su competencia, para los cuales haya sido delegado.”. Con una contribución de 11 políticas con el 72% de las cuales (9 de cumplimiento parcial y 2 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e (Política de Gestión Estratégica del Talento Humano 90%, **Política de integridad con 45,8%**, **Política de Racionalización de Trámites 37,5%**, y la Política de Planeación Institucional 60%) 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 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.”. Con una contribución de 10 políticas con el 68% de las cuales (7 de cumplimiento parcial y 3 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e (Política de participación ciudadana en la gestión pública 84,4%, **Política de integridad con 45,8%**, **Política de Gobierno Digital***

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>69</b> de <b>92</b>

**50,0%, Política de Fortalecimiento Organizacional y simplificación de procesos 50%**, y la Política de Transparencia y Acceso a la Información Pública 65,6%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 7 política s y no cumplimiento de 3 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

- Función 8 “Responder por la atención a los ciudadanos que demanden los servicios de la entidad en su respectiva jurisdicción.” Con una contribución de 11 políticas con el 71% de las cuales (8 de cumplimiento parcial y 3 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Gestión Estratégica del Talento Humano 90%, **Política de integridad con 45,8%, Política de Gobierno Digital 50,0%, Política de Fortalecimiento Organizacional y simplificación de procesos 50%**, y la Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional 62,5%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 7 política s y no cumplimiento de 4 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.
- Función 9 “Rendir los informes requeridos por los órganos competentes, sobre las actividades desarrolladas y el funcionamiento general de la dirección territorial, en coordinación con las dependencias correspondientes”. Con una contribución de 15 políticas con el 67% de las cuales (11 de cumplimiento parcial y 4 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de participación Ciudadana en la Gestión Publica 84,4%, **Política de integridad con 45,8%, Política de Gobierno Digital 50,0%, Política de Fortalecimiento Organizacional y simplificación de procesos 50%, Política de Racionalización de Tramites 37,5%** y la Política de planeación Institucional 60%); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 11 políticas y no cumplimiento de 4 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>70</b> de <b>92</b>

- *Función 10 “Promover y desarrollar la implementación, mantenimiento y mejora del Sistema Integrado de Gestión de la dependencia”. Con una contribución de 15 políticas con el 65% de las cuales (10 de cumplimiento parcial y 5 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado con valores extremos e intermedios (Política de Gestión Estratégica del Talento Humano 90%, **Política de integridad con 45,8%, Política de Gobierno Digital 50,0%, Política de Fortalecimiento Organizacional y simplificación de procesos 50%, Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación 40%, Política de racionalización de trámites 37,5%** y la Política de planeación Institucional 60%)); con el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 10 políticas y no cumplimiento de 5 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.*

## DEBILIDAD 5

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

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

- Política de integridad: “Contar con el liderazgo del equipo directivo y la coordinación de las áreas de gestión humana”, Llevar a cabo permanentemente ejercicios participativos para la divulgación y apropiación de los valores y principios propuestos en el Código de Integridad”, “Establecer un sistema de seguimiento y evaluación de la implementación del Código para garantizar su cumplimiento por parte de los servidores en el ejercicio de las funciones”, “Promover que el contacto de los servidores con el Código sea experiencial de tal manera que surjan en ellas reflexiones acerca de su quehacer y rol como servidores públicos que eventualmente conduzcan a cambios en su comportamiento”, “Adoptar y apropiar el Código de Integridad, y de conformidad con las

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>71</b> de <b>92</b>

particularidades y autonomía de cada entidad pública, adicionar principios de acción (“lo que hago” “lo que no hago”) a los cinco valores establecidos en el Código e incluir hasta dos valores adicionales”.

- Política de Mejora Normativa: “La PMN tiene como objetivo promover el uso de herramientas y buenas prácticas regulatorias, con el fin de lograr que las autoridades encargadas de expedir regulaciones, tanto en el nivel nacional como en el territorial, tengan en cuenta los parámetros de calidad técnica y jurídica y resulten eficaces, eficientes, transparentes, coherentes y simples, en aras de fortalecer la seguridad jurídica y un marco regulatorio que facilite el emprendimiento, la competencia, la productividad, el desarrollo económico y el bienestar social (DNP, 2022). De esta manera, el objetivo de la PMN no es otro que el de construir sociedades capaces de utilizar mejor sus recursos y generar mayor bienestar social para sus habitantes. (...)”.

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

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

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

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

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

- Política de Fortalecimiento Institucional y Simplificación de Procesos: “El propósito de esta política es fortalecer las capacidades organizacionales mediante la alineación entre la estrategia institucional y el modelo de operación por procesos, la estructura y la planta de personal, de manera que contribuyan a la generación de mayor valor público en la prestación de bienes y servicios,

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>72</b> de <b>92</b>

*umentando la productividad estatal”.*

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

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

Este aspecto fue comunicado al auditado el viernes 30 de mayo de 2025 a las 11:20 a.m., donde se indica que *“cuenta con cinco (5) días hábiles contados dos a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones; no obstante, a esto, la OCI dará tres (3) días más para presentar la respuesta. Por lo anterior, la respuesta con sus respectivas aclaraciones por parte de la auditada se recibe hasta el jueves 12 de junio 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 viernes 16 de mayo de 2025. El propósito es determinar si la Dirección Territorial aplica las acciones necesarias para garantizar el cumplimiento de las Políticas de Seguridad de la Información descritas en la resolución 03157 del 10 de noviembre del 2021 que estén asociadas directamente a la gestión en Territorio, esto teniendo en cuenta el marco del principio del enfoque basado por procesos del sistema integrado de gestión de la UARIV, el cual establece el desarrollo e implementación de controles y de acciones que puedan afectar el sistema de control interno cuando exista un flujo de información e interacción entre sus actividades del nivel nacional como del nivel territorial que permitan y garanticen una operación normal y un aseguramiento de la información y los datos que se gestionan a través de la Dirección Territorial

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

 <p>Unidad para las <b>Víctimas</b></p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>73</b> de <b>92</b>

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

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

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

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

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

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

 <p>Unidad para las <b>Víctimas</b></p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>74</b> de <b>92</b>

y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos. (subrayado fuera de texto)

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

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

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

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

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

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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de las variables anteriormente indicada, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remitió al auditado la matriz de evaluación de las tecnologías de la información y las comunicaciones mediante correo electrónico del viernes, 9 de mayo de 2025 a las 11:10 am.

La Dirección Territorial del Meta y Llanos Orientales a través de sus delegados remite respuesta mediante correo electrónico del viernes 16 de mayo de 2025 a las 04:39 pm., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

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

*a) Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten; b) Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones*

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>75</b> de <b>92</b>

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

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

#### **ARTICULO No. 7 - POLITICA DE GESTION DE ACTIVOS**

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

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

Lineamiento	Observación	Resultado
Los dispositivos removibles asignados a los funcionarios, contratistas y colaboradores de la Entidad deben ser devueltos en los términos y condiciones definidas al momento de la asignación.	'Las evidencias aportadas por el auditado no dan certeza de cumplimiento del lineamiento de la política de seguridad de la información, dado que es necesario que se aporten las debidas actas o documentos de control que soporten la devolución de equipos o elementos tecnológicos, adicionalmente, las evidencias como paz y salvos presentan inconsistencias faltando completitud en el formato.	No cumple

Resultado – Política de Gestión de Activos

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página <b>76</b> de <b>92</b>



Fuente: Propia - Herramienta de Evaluación TI OCI

## ARTICULO 8 - POLITICA DE CONTROL DE ACCESO

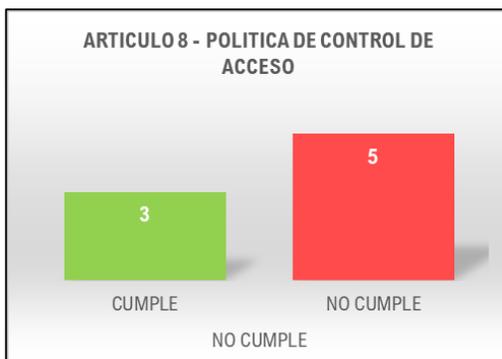
El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, evalúa los soportes presentados por el auditado y concluye que las acciones que debía gestionar la Dirección Territorial no se realizaron de conformidad y, por lo tanto, se tiene como No cumplida.

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

Lineamiento	Observación	Resultado
El personal que tiene privilegio de acceso a los sistemas de información debe contar con vinculación laboral o contractual vigente con la Unidad para las Víctimas o con terceros que tengan contrato actual con la Entidad y autorización de acceso al activo.	Las evidencias aportadas no determinan el cumplimiento del requerimiento, es necesario aportar los documentos soportes como las OPS de los contratistas y el listado de los funcionarios adscritos a la DT, adicionalmente los acuerdos de confidencialidad cargados como evidencia, son de fecha de los últimos meses de la vigencia 2024.	No cumple
El acceso a los sistemas de información de los usuarios que son contratados a través de terceros (contratistas de la entidad o entidades externas) requiere diligenciar la correspondiente autorización o acuerdo de confidencialidad.	Las evidencias aportadas no determinan el cumplimiento del requerimiento, es necesario aportar la totalidad de los acuerdos de confidencialidad de los contratistas y funcionarios que intervinieron en la gestión de la DT en la vigencia 2024.	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 no determinan el cumplimiento del requerimiento, es necesario aportar las listas de asistencia de las capacitaciones en seguridad de la información en donde específicamente se indiquen los recursos de la DT que participaron en cada una de estas.	No cumple
Los usuarios no deben acceder a la información de la Entidad sin firma previa del acuerdo o compromiso de confidencialidad.	Por parte del auditado no se aportan evidencias que soporten el cumplimiento del lineamiento de la política de seguridad de la información.	No cumple
Los equipos se deben proteger contra fallas de energía y otras interrupciones causadas por fallas en los servicios de suministro.	Por parte del auditado no se aportan evidencias que soporten el cumplimiento del lineamiento de la política de seguridad de la información.	No cumple

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>77</b> de <b>92</b>

## Resultado Política de control de acceso



Fuente: Propia - Herramienta de Evaluación TI OCI

## DEBILIDAD 6

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

Este aspecto fue comunicado al auditado el viernes 30 de mayo de 2025 a las 11:20 a.m., donde se indica que *“cuenta con cinco (5) días hábiles contados dos a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones; no obstante, a esto, la OCI dará tres (3) días más para presentar la respuesta. Por lo anterior, la respuesta con sus respectivas aclaraciones por parte de la auditada se recibe hasta el jueves 12 de junio 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

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

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, evalúa los soportes presentados por el auditado y concluye que las acciones que debía gestionar la Dirección Territorial no se realizaron de

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>78</b> de <b>92</b>

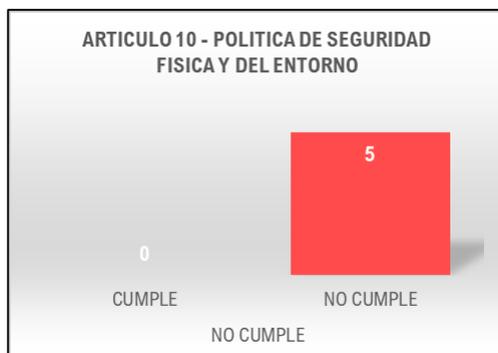
conformidad, por lo tanto, se tiene como No cumplida.

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

Lineamiento	Observación	Resultado
El Proceso de Gestión Administrativa debe hacer el seguimiento de las condiciones de las condiciones requeridas de suministro eléctrico y condiciones ambientales tales como: temperatura y humedad para determinar los escenarios que puedan afectar negativamente la operación de las instalaciones del procesamiento de información o centros de cableado	Por parte del auditado no se aportan evidencias que soporten el cumplimiento del lineamiento requerido, es necesario implementar elementos de medición de temperatura y humedad en los centros de cableado como un termohigrometro que permitan un seguimiento a estas condiciones ambientales.	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.	Por parte del auditado no se aportan evidencias que soporten el cumplimiento del lineamiento de la política de seguridad de la información, es necesario evidenciar como está compuesto el cableado estructurado de la DT y sus regionales tanto lógico como eléctrico.	No cumple
Es responsabilidad de los funcionarios, contratistas y colaboradores:  - Registrar las fallas y mantenimientos correctivos, como evidencia de la gestión	Por parte del auditado no se aportan evidencias que soporten el cumplimiento del lineamiento de la política de seguridad de la información, es necesario soportar los mantenimientos correctivos (cambios de partes) que se hayan realizado a los elementos tecnológicos o equipos de cómputo de la Dirección Territorial.	No cumple
Es responsabilidad de los funcionarios, contratistas y colaboradores:  - Contar con un inventario detallado del Hardware y del Software presente en los equipos de cómputo	El Inventario Aportado por la Dirección Territorial presenta inconsistencias de información en sus diferentes características versus el entregado por la Oficina de Tecnologías de la Información.	No cumple
La OTI debe programar actividades de mantenimiento periódico en los equipos en modalidad de arrendamiento.  - El usuario deberá validar el correcto funcionamiento de los equipos al finalizar el mantenimiento. Los usuarios procederán a firmar el reporte que entrega el técnico siempre y cuando el equipo se encuentre en óptimas condiciones.  - El usuario debe notificar a la OTI o a la mesa de servicios tecnológicos en caso de presentar inconformidad o daño de los elementos o el servicio.	La evidencia aportada no determina el cumplimiento del requerimiento, es necesario aportar las actas de los mantenimientos preventivos o documentos de control en donde se evidencie la realización de la actividad a los diferentes equipos de cómputo pertenecientes a la DT en la vigencia 2024.	No cumple

## Resultado de Seguridad Física y del Entorno

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>79</b> de <b>92</b>



## DEBILIDAD 7

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

Este aspecto fue comunicado al auditado el viernes 30 de mayo de 2025 a las 11:20 a.m., donde se indica que *“cuenta con cinco (5) días hábiles contados dos a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones; no obstante, a esto, la OCI dará tres (3) días más para presentar la respuesta. Por lo anterior, la respuesta con sus respectivas aclaraciones por parte de la auditada se recibe hasta el jueves 12 de junio 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

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

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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>80</b> de <b>92</b>

## Resultado de Seguridad de las Operaciones



## 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 1

De acuerdo con lo expuesto, se evidencia una debilidad en el sistema de control interno relacionada con la evaluación del proceso Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez en su "Procedimiento Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4"; el proceso de Participación y Visibilización en su procedimiento "Procedimiento para el Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas V1"; el proceso de Reparación Integral en el procedimiento "Procedimiento Notificación de Indemnización Administrativa y Entrega del Mensaje Estatal de Reconocimiento y Dignificación V5" 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 y (...)", respecto al cumplimiento a los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad y el Decreto 943 de 2014 "Por el cual se

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>81</b> de <b>92</b>

actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI)”, particularmente en el componente Direccionamiento Estratégico en lo relacionado con el control del Modelo de Operación por Procesos “Mediante el control ejercido a través de la puesta en marcha de este elemento, las entidades podrán contar con una estandarización de las actividades necesarias para dar cumplimiento a su misión y objetivos, lo cual permite, que su operación se realice de manera continua, garantizando la generación de productos o servicios (...)”. El Equipo Auditor establece como potencial causa el desconocimiento por parte de los servidores públicos de las normativas que regulan y rigen la administración pública en cuanto a la entrega de información, según lo dispuesto en el Decreto 403 de 2020, inciso 2 del artículo 1° y artículo 151, el cual establece el “deber de entrega de información para el ejercicio de las funciones de la unidad u oficina de control interno”. Esto impide la eficiencia en el control interno debido a que, esta oficina no puede realizar un análisis adecuado de la situación de la operatividad de la Dirección Territorial, limitando su capacidad para identificar riesgos y proponer mejoras, así mismo, los funcionarios responsables de la no entrega de información puede acarrear sanciones administrativas y penales, afectando no solo a los responsables, sino también a la entidad en su conjunto. La correcta implementación de un sistema de control interno requiere el compromiso de todos los niveles de la entidad para garantizar la transparencia y la eficacia en la gestión pública. Es esencial que la Dirección Territorial tome acciones concretas para asegurar el suministro adecuado de información a los entes evaluadores (OCI), protegiendo así la integridad del sistema y evitando posibles sanciones que puedan comprometer la veracidad y exactitud de la información gestionada por la Dirección Territorial a nivel nacional.

## DEBILIDAD 2

Debilidad en el sistema de control interno de tres (3) componentes que lo conforman “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 2°; 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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>82</b> de <b>92</b>

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 3**

De acuerdo con lo expuesto, se evidencia una debilidad en el sistema de control interno, relacionada con la necesidad de fortalecer la identificación de los riesgos que comprenda integralmente toda la operación del territorio en el marco de la interacción de los procesos misionales, así como la formulación de controles que incorporen adecuadamente los lineamientos de redacción y que garanticen su efectividad en la aplicación, seguimiento y documentación que respalde su gestión. Esta situación no está conforme a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2° literales a) y f); el Decreto 1083 de 2015, artículo 2.2.21.5.4; el Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017, artículo 2.2.21.3.1; así como 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 identificó como causas principales la ausencia de una adecuada interpretación e implementación de los lineamientos para la redacción de controles idóneos y eficaces, la debilidad en el ejercicio de identificación de riesgos que contemple toda la operación territorial, y la incorrecta selección de soportes que respalden de manera adecuada cada control establecido. Lo anterior conlleva a la posible materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales.

### **DEBILIDAD 4**

Se evidencia debilidad en la gestión de la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales 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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>83</b> de <b>92</b>

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 5

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

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

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

- Política de Mejora Normativa: *“La PMN tiene como objetivo promover el uso de herramientas y buenas prácticas regulatorias, con el fin de lograr que las autoridades encargadas de expedir regulaciones, tanto en el nivel nacional como en el territorial, tengan en cuenta los parámetros de calidad técnica y jurídica y resulten eficaces, eficientes, transparentes, coherentes y simples, en aras de fortalecer la seguridad jurídica y un marco regulatorio que facilite el emprendimiento, la competencia, la productividad, el desarrollo económico y el bienestar social (DNP, 2022). De esta manera, el objetivo de la PMN no es otro que el de construir sociedades capaces de utilizar mejor sus recursos y generar mayor bienestar social para sus habitantes.(...)”.*

 <p>Unidad para las <b>Víctimas</b></p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>84</b> de <b>92</b>

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

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

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

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

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

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

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

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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>85</b> de <b>92</b>

(FURAG).

## DEBILIDAD 6

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

## DEBILIDAD 7

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

## 7. ASPECTOS SOBRESALIENTES

El Equipo Auditor ha evidenciado como aspectos positivos de la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales, lo siguiente:

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>86</b> de <b>92</b>

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. El suministro de esta información es relevante para el proceso auditor, es la oportunidad de la DT de dar a conocer sus múltiples gestiones y mostrar el escenario de cotidianidad, con el propósito de mostrar al auditor el desarrollo del sistema de control interno que aplican y los resultados obtenidos. Este aspecto es positivo, además, de las externalidades que en la vigencia 2024 se presentaron en materia administrativa y específicamente en temas de talento humano.

Si bien existen situaciones que deben ser abordadas con planes de mejoramiento, para el Equipo Auditor, se vislumbra una Dirección Territorial comprometida con el control que les corresponde, con la aplicación de modelos y tecnologías que los apoyan y con el trabajo de todos los servidores bajo el liderazgo del Director Territorial.

El Equipo Auditor tiene claro que el trabajo de la dirección territorial depende, en buena medida, de la gestión que se realice desde el orden nacional. Es así como los impactos de estas últimas generan una reacción en territorio. Se vislumbra algunas situaciones donde el Director Territorial hace las consideraciones pertinentes a los responsables de los procesos en el orden nacional, no obstante, los tiempos de respuesta o las ausencias de las mismas, afectan la toma de decisiones del Director Territorial. Punto en el cual se recomienda realizar las gestiones con el orden nacional y ser insistentes en obtener las respuestas solicitadas.

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

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

La Oficina de Control Interno en la vigencia 2019 auditó a la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales. Una vez realizado el seguimiento respectivo y a partir de la información que tiene depurada la OCI, se concluye que la auditada tiene tres debilidades en las siguientes condiciones:

*Debilidad del Sistema de Control Interno por ausencia de Indicadores Gerenciales. No se evidencian uso de indicadores gerenciales por parte de la Dirección Territorial. El Equipo Auditor durante la visita efectuada a la Dirección Territorial Meta Llanos Orientales solicita las evidencias que sustentan el uso de otros indicadores adicionales al plan de acción, como herramienta gerencial. Lo anterior no permite evidenciar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 48 de la Ley 190 de 1995 y se constituyen en una debilidad del Sistema de Control Interno al incumplir lo establecido en los artículos 2° literales b), e) y g); 3° literales a) y d); 4° literales c) y e) y 6° de la Ley 87 de 1993. El Equipo Auditor considera como potenciales causas la falta de utilización de otras herramientas gerenciales y el conocimiento de las ventajas administrativas que se obtienen a partir de la aplicación de modelos de medición y de indicadores.*

Según las evidencias remitidas y los resultados del proceso auditor en relación con esta debilidad se tiene que: De acuerdo con las evidencias aportadas por la Dirección Territorial Meta y Llanos

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>87</b> de <b>92</b>

Orientales, se puede establecer que la Dirección optó por diseñar y realizar seguimiento a partir de los comités territoriales, tableros de control establecidos para el seguimiento a los indicadores. De acuerdo con lo anterior, se considera viable cerrar la debilidad, dejando la recomendación de que en un próximo ejercicio de auditoría o como resultado de este seguimiento, se realice una revisión en lo relacionado a los indicadores y seguimientos realizados por la DT.

*Debilidad del Sistema de Control Interno en cuanto al componente de mejora. El Equipo Auditor durante la visita efectuada a la Dirección Territorial Meta Llanos Orientales solicita las evidencias que sustentaran las acciones de mejora continua o que generan valor agregado en la operación de la Dirección Territorial, al no contar con estas el Equipo Auditor no supera la incertidumbre sobre la ejecución, documentación o sistematización de prácticas de mejora aunque la DT las esté desarrollando, lo que impide evidenciar el cumplimiento de lo establecido en la Ley 87 de 1993 artículos 2° literales d) y f); 4° literales i), j y 6° y lo establecido en el Decreto 1499 de 2017, Dimensiones 4 y 5 de MIPG. Debilidad identificada del numeral 5.2.4 modelos de los elementos de mejora o valor agregado.”*

Según las evidencias remitidas y los resultados del proceso auditor se tiene que en relación con esta debilidad se debe mantener abierta, dado que en el presente ejercicio se evidencia como debilidad del sistema de control interno la variable mejora o valor agregado, por lo tanto, en el plan de mejoramiento de este informe deberá incluirse en una sola debilidad el tema de la mejora o valor agregado.

*Debilidad del sistema de control interno relacionado con el manejo y control de la gestión administrativa. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2° literales a), b), c) y e), 4° literal e) y 6° de la Ley 87 de 1993. Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 3.2.1.1 gestionar recursos físicos y servicios internos, aumentando los riesgos asociados a incumplimiento de deberes y obligaciones legales y contractuales del interventor y el contratista, de acuerdo con los artículos 3, 4, 23 y 26 de la Ley 80 de 1993 y leyes complementarias de la contratación estatal colombiana. En esta debilidad se agrupan todas aquellas que se muestran en los literales del a) al f), como ejemplarizantes en el numeral 5.6 y deberá hacerse plan de mejora para cada una de ellas.”*

La gestión desplegada por la dirección territorial en aspectos administrativo no evidencia debilidad del sistema de control interno. Si bien dentro de la administración se encuentra el control a los aspectos físicos de los sistemas de información, por unidad de materia se dejan fuera del campo administrativo y se le otorga un espacio especial. Por lo anterior es viable el cierre de la debilidad.

En termino generales, el avance del plan de mejoramiento entregado por la dirección territorial en la anterior auditoria tiene un avance del 66,66%. Lo anterior implica que la auditada deber incorporar la debilidad no cerrada en el nuevo plan de mejoramiento y replantear las actividades de mejora a la luz de la nueva debilidad en el mismo tema comunicada en este ejercicio auditor.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>88</b> de <b>92</b>

## 8.2 Plan de Mejoramiento Institucional CGR

El Equipo Auditor verifica el Plan de Mejoramiento Institucional suscrito 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 al respecto en este informe.

## 9. RESULTADOS DE LOS LOGROS DE GESTIÓN

El resultado de la gestión de la Dirección Territorial Meta y Llanos Orientales, dentro de la evaluación por dependencias, obtuvo un logro del 8,56 /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 Meta y Llanos Orientales 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 Meta y Llanos Orientales presenta un sistema de control interno que se puede calificar de aceptable, dado que existen debilidades que deben ser superadas para que el sistema se pueda calificar como efectivo. La ejecución de las actividades de control, desde la dirección de la dependencia y pasando por cada uno de los servidores se hace de manera intrínseca atendiendo el principio de economía. El equipo Auditor no encontró evidencias de controles más costosos que la gestión misma y evidenció un compromiso por las actividades de control en los integrantes de la dirección territorial.

Del análisis del sistema de control interno se encuentra que la Dirección Territorial no tiene un procedimiento que le sea propio (como para ninguna dirección territorial), lo que implica que su gestión no se puede realizar por procesos, no se pueden identificar riesgos, indicadores de medición de la gestión, entre otros varios. Los que se tiene es que la dirección territorial contribuye a realizar los procesos del orden nacional, lo que de alguna manera la deja subordinada a este orden y limita las actuaciones que puede desplegar en la jurisdicción que le corresponde, entre otras cosas, la más grande a nivel de territoriales que tiene la UARIV.

Los apartes de los procedimientos seleccionados para el proceso auditor que realiza la dirección territorial se cumplen en promedio en un 63,8%, guarismo que se ve afectado por las actividades del procedimiento para la formulación de planes específicos de prevención, protección, asistencia y atención para las comunidades negras y afrocolombianas, dado que el líder del proceso no gestiona

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>89</b> de <b>92</b>

lo pertinente. En este caso la responsabilidad recae sobre el proceso, no obstante, la dirección territorial debe tener un inventario de todas las actividades que debe realizar en todos los procesos y procedimientos institucionales, para con ello establecer cuales procesos le han generado actividades y cuales no, con ello solicitar al responsable del proceso el otorgamiento de actividades a nivel territorial.

Para el efecto se trae a colación lo dispuesto por el Departamento Administrativo de la Función pública:

*Antes de proceder con la descripción de qué es la gestión por procesos, es importante formular las siguientes preguntas: ¿Por qué gestión por procesos? ¿Cuál es la importancia de llevar a cabo una gestión por procesos?*

*Para dar respuesta a estas preguntas, cabe señalar que la gestión por procesos resulta ser fundamental para alcanzar los objetivos estratégicos de una entidad y la misión de esta. Esto se debe, principalmente, a que cuando una entidad trabaja sobre procesos y no sobre áreas funcionales, se enfoca en los resultados que estos producen, en la forma en que se producen, las necesidades que buscan suplir y en la necesidad de trabajar en equipo para poder alcanzarlos. Por esta razón, tanto la gestión por resultados como la gestión por procesos se encuentran directamente relacionadas entre sí y se fundamentan en la cadena de valor*

El proceso auditor evalúa las variables del sistema de control interno a nivel institucional que corresponde a 5 (indicadores, riesgos, sistema de control, mejora o valor agregado y sistema de seguimiento), evidenciando debilidad en tres de los componentes a saber: riesgos, controles intrínsecos y mejora o valor agregado. En este punto el Equipo Auditor considera que los riesgos identificados por la dirección territorial no son todos aquellos previsibles que pueden afectar el logro de los objetivos de la DT, y de la entidad en su conjunto. En efecto la ausencia de riesgos como los fiscales por potenciales manejos antieconómicos debería estar presente, porque la dirección territorial es un agente que tiene responsabilidad fiscal por el manejo, de alguna manera, de los recursos de la entidad. Riesgos asociados a los sistemas de información, tanto desde la vista física como del manejo de la información, lo que implica que la custodia de los elementos como el punto de centro de cómputo, los equipos y periféricos y el tráfico de la información relacionada específicamente con las cotidianidades de la dirección territorial no se encuentran en el mapa de riesgos, peligros por sustracción o desaparición de elementos y en fin, otros riesgos no están en el mapa, aun cuando todos ellos son previsibles.

No se evidencia fortaleza en los controles que le son propios a los procedimientos que ejecuta o a la gestión que despliega. Este punto es de especial importancia dado que se constituye en el centro del sistema de control interno que le sea propio a la dirección territorial. El Equipo Auditor no expresa que haya ausencia, sino que se requiere mayor fortaleza en los controles para que se constituyan en fuente de alertas tempranas o de toma de decisiones informadas.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>90</b> de <b>92</b>

La variable mejora o valor agregado hace referencia a la canalización de las experiencias propias de la DT en el territorio que pueden enriquecer la gestión de los procesos o procedimientos a cargo del responsable de cada dependencia de la entidad. La cotidianidad lleva a que se replanteen mecanismos de mejora o valor agregado en la gestión, como la eliminación de formatos, la reducción de algunos requisitos, la ventaja de incorporar sistemas de información, etc., son situaciones que consuetudinariamente se le presentan a la dirección territorial y que le obligan a tomar acciones de mejora. Estas son las que no se evidenciaron en el sentido de ser comunicadas al nivel nacional, para que desde los procesos se estudien y se determinen la viabilidad de incorporarlas y con ello contribuir a tener procesos y procedimientos dinámicos y acordes con el día a día de la gestión en los territorios.

Consecuencia de lo anterior, la Oficina de Control Interno recomienda que en el plan de mejoramiento se establezcan acciones que propendan por superar estas debilidades, las cuales deben ser permanentes en el tiempo y estar actualizándolas en los momentos que se requieran para fortalecer el sistema de control interno de la dirección territorial.

En materia de información se evidencia dos debilidades asociadas a los controles de acceso y controles de aplicación de políticas de seguridad de la información. Estos dos aspectos que identifican a partir de las normas sobre el tema expedidas por el Ministerio de las Tecnologías de Información. La debilidad radica en controles que no son efectivos para los temas expuestos, donde la Oficina de Control Interno recomienda que, con el apoyo de la Oficina de Tecnologías de la Información, la dirección territorial pueda replantear los controles de manera técnica y se puedan ejecutar de la manera que minimice la materialización de los riesgos asociados a la gestión de la información en la DT.

El Equipo Auditor considera que el sistema de control interno que aplica la dirección territorial está presente, con aspectos de eficiencia y debilidades que requieren un plan de mejoramiento para superar las causas que los originan. En este sentido el sistema responde con limitación a los requerimientos de un sistema de control interno fuerte, pero ello no implica que se pueda llegar allí. No se evidencia acciones o situaciones que se encuentren fuera del marco legal y cuando en este informe el Equipo Auditor señala que no está conforme con la ley implica el uso de un modismo técnico que implica solo una debilidad.

El Equipo Auditor y la Oficina de Control Interno invita a la dirección territorial a continuar con los ejercicios de control que de cotidiano realizan en la gestión, hagan los ajustes de mejora y se propendan tener una gestión de excelencia.

Las otras dos variables (indicadores diferentes al plan de acción y seguimiento) presentan valores que le permite al Equipo de Auditoría calificarlos como efectivos y se recomienda continuar con este nivel y de ser posible, superar el valor que están presentando.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>91</b> de <b>92</b>

En cuanto a la aplicación metodológica de identificación y control de los riesgos, el Equipo Auditor evidencia una debilidad en relación con la redacción y realización de los controles. Este es un aspecto formal que se debe complementar con la identificación de los riesgos que no están incluidos en el mapa de riesgos de la dirección territorial. En este sentido la Oficina de Control Interno recomienda que la dirección territorial solicite el acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación en la aplicación estricta de la metodología de identificación y tratamiento de riesgos. Teniendo como parámetros de elaboración la guía que para el efecto expide el Departamento Administrativo de la Función Pública, lo cual garantiza que la adecuada identificación permite que los controles asociados se realicen de la mejor manera y así contribuye a la no materialización de los riesgos.

Las metas asociadas a la gestión de la dirección territorial tienen fuente en los procesos misionales, que en reuniones de planeación se las asignan y aquellas que pueden ser propias de la DT. Tanto las primeras como la segundas, el compromiso es lograr cumplirlas en los términos inicialmente concertados y no con valores que superen el 100% ni con aquellos que estén por debajo del mismo valor. El Equipo Auditor evidencia debilidad en cuanto los reportes que se encuentran en el sistema de la Oficina de Planeación. En este escenario se entiende que hay eventos en los cuales existen externalidades que impiden la consecución de la meta primigenia y se requiere replanteamientos. Lo que se identifica como debilidad es que la dirección territorial no realizó en los términos institucionales los ajustes pertinentes.

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: Liliana Marcela Criales Rincon – 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 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.