

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 1 de 113

INFORME FINAL DE AUDITORIA AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA DIRECCION DE REPARACIÓN INTEGRAL

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 del proceso auditor que se relaciona a continuación:

Nombre del Proceso:	Reparación Integral
Dependencia líder:	Dirección de Reparación Integral
Responsable del Proceso:	Zoraira Hernández Pedraza
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:	Gonzalo Eduardo Amortegui Jimenez - Auditor Líder Deisy Carolina Diaz Vargas – Auditor Maria Constanza Barco Perez – Auditor Juan Carlos Castellanos Mayorga -Auditor Willian Arturo Marquez Montero- Auditor Basco German Ricaurte Guerra – Auditor Jose de Jesús Gutierrez Villalba – Auditor Liliana Marcela Criales Rincón - auditora

1. OBJETIVO DE LA AUDITORIA

La auditoría tiene como objetivo evaluar la eficiencia, eficacia, efectividad y economía de los Sistemas de Control Interno asociados a los procesos con mayor injerencia de riesgos identificados de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, en el marco del Plan de Gobierno “Colombia potencia mundial de la vida”.

Para efectos de lograr el propósito se tienen como objetivos específicos: i) Verificar que las funciones asignadas se ejecuten mediante procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos u cualquier instrumento formalmente adoptado por la entidad; ii) Verificar que los líderes de los procedimientos implementen, ejecuten, controlen y hagan seguimiento a las herramientas básicas de control (batería de medición, mapa de riesgos, controles, seguimiento y mejoramiento); iii) Verificar que los líderes del proceso hagan seguimiento a la gestión delegada funcional u operativamente a los miembros de su equipo de trabajo y, iv) Verificar que los líderes de los procesos implementen,

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 2 de 113

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.

2. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Inicia con la formulación del programa de Auditoría para la Dirección de Reparación, con el fin de evaluar el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024 y finaliza con el seguimiento y evaluación de la eficacia de las acciones que hacen parte del plan de mejoramiento.

3. GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR

Durante el desarrollo del proceso auditor no se materializan los riesgos asociados a la gestión auditora identificados en el Programa de Auditoria para la vigencia 2024. En especial se debe resaltar que el acceso a las fuentes de información del proceso por parte del auditor se realiza de manera armónica y ello no genera ninguna perturbación a la gestión.

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

4. METODOLOGIA UTILIZADA

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

5. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

5.1. Caracterización del Proceso y Procedimientos

El Sistema de Control Interno contempla como mínimo la caracterización de procesos y procedimientos; mecanismos que materializan la gestión. El modelo de medición soportado en indicadores de gestión que dan cuenta de la evolución y logro de resultados del proceso. El mapa

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 3 de 113

de riesgos, donde se identifican y administran los eventos que puedan impedir el logro de los objetivos. El modelo de control que se constituye en la herramienta gerencial que pretende minimizar la ocurrencia de eventos negativos o administrarlos y el esquema de seguimiento que sustenta el monitoreo a las acciones, controles y decisiones que influyen en la gestión del proceso. Cuando los elementos del Sistema de Control Interno interactúan y se gestionan contribuyen al logro del objetivo definido por la Unidad para el Proceso de Reparación Integral donde interviene la Dirección de Reparación, el cual está dispuesto en la caracterización del proceso en su V12 del 23 de diciembre de 2024, en los siguientes términos:

“Contribuir con la reparación integral de las víctimas, individuales o colectivas, incluidas en el Registro Único de Víctimas por medio de la implementación de acciones dirigidas a garantizar el acceso a las medidas de satisfacción, restitución, rehabilitación, garantías de no repetición e indemnización, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 1448 de 2011, Ley 2078 de 2021, Ley 2421 de 2024, los Decretos Ley étnicos 4633, 4634 y 4635 de 2011 incluyendo la normatividad particular desarrollada en el marco de la Política Pública de atención, asistencia y reparación integral.”

El Gobierno Nacional, en el año 2015, actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (en adelante MIPG)¹ y lo define como:

“Artículo 2.2.22.3.2. Definición del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG. 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.”

En el 2017², se actualiza el decreto único del sector función pública y allí el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, al regular la 3ª. Dimensión correspondiente a la Gestión con valores para resultados y en el marco de la Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos, bajo el título de trabajar por procesos lo define como *“la secuencia ordenada de actividades, interrelacionadas, para crear valor, deben tener en cuenta que el ciudadano es el eje fundamental de la gestión*

¹ Decreto 1083. (26, mayo, 2015). Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública. Diario Oficial. Bogotá D.C., No. 49.523 de 26 de mayo de 2015.

² Decreto 1499. (11, septiembre, 2017). Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2017 No.50.353. Artículo 2. Sustituir el Título 23 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, el cual quedará así: ARTÍCULO 2.2.23.2. Actualización del Modelo Estándar de Control Interno. La actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano - MECI, se efectuará a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, el cual será de obligatorio cumplimiento y aplicación para las entidades y organismos a que hace referencia el artículo 5º de la Ley 87 de 1993.

Parágrafo. El Gobierno Nacional a través del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), podrá realizar actualizaciones y modificaciones al Manual Técnico, con el fin de adecuarlo a las necesidades de fortalecimiento y a los cambios de los referentes internacionales, previa aprobación del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno.”

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 4 de 113

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”³.

Continuando la línea conductora normativa, el Decreto 1083 de 2015, (que recopila al Decreto 1537 de 2001 artículo 2º) 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.”

Por otra parte, el Departamento Administrativo de la Función Pública en la guía para la gestión por procesos en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión resalta que:

“Cabe señalar que los procesos de una entidad constituyen un punto de enlace no solo entre la planeación y operación de esta sino también un punto en el que varios elementos del modelo operan de manera articulada e integrada, siendo este el fin último de la implementación de este. Así mismo, el modelo retoma el enfoque de procesos del sistema de gestión de calidad y de la Carta Iberoamericana para la Calidad de 2008 de la gestión pública centrada en el servicio al ciudadano y para resultados, por ello, Función Pública define en su Marco general del sistema de gestión V2 (2018) que para la operación del MIPG:

*El modelo focaliza su atención en las organizaciones y sus servidores públicos, específicamente en las prácticas y procesos que adelantan para transformar insumos en resultados y en generar los impactos, es decir, su foco, es tanto la gestión y el desempeño organizacional como la satisfacción de los intereses generales de la sociedad (garantizar los derechos, resolver problemas sociales, satisfacer una necesidad de la sociedad, implementar programas concretos, entre otros). Atender su propósito fundamental es la esencia del trabajo de una entidad, lo que la debe llevar a generar un mejor bienestar general de la población, esto es, aportar en la creación de valor público”.*⁴

³ COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Manual Operativo. Sistema de Gestión, Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Bogotá, D.C., 2021 V4, p - 57

⁴ COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Guía para la gestión por procesos en el marco del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG). Bogotá, D.C., 2020 V1, p - 12

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 5 de 113

En 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, la cual tiene como fuente la Función Pública, Dirección de Gestión y Desempeño Institucional, 2017.



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.

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

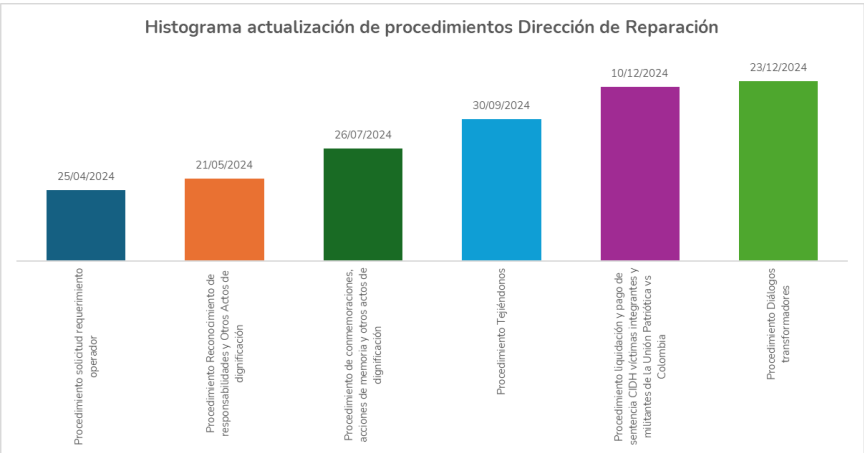
La importancia de los procesos depende de su descripción y como está detalla sus actividades, prácticas, criterios y métodos que conlleven a que tanto sus actividades y sus respectivos controles sean eficaces y efectivos en la gestión del proceso. Las prácticas que describen al proceso detallan la forma 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.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 6 de 113

Examinada la página web institucional se evidencia que los procedimientos y manuales relacionados a la Dirección de Reparación – Proceso Reparación Integral son:

No	Nombre	No. Versión	Fecha de Versión
1	Procedimiento solicitud requerimiento operador	5	25/04/2024
2	Procedimiento Reconocimiento de responsabilidades y Otros Actos de dignificación	1	21/05/2024
3	Procedimiento de conmemoraciones, acciones de memoria y otros actos de dignificación	3	26/07/2024
4	Procedimiento Tejiéndonos	1	30/09/2024
5	Procedimiento liquidación y pago de sentencia CIDH víctimas integrantes y militantes de la Unión Patriótica vs Colombia	2	10/12/2024
6	Procedimiento Diálogos transformadores	2	23/12/2024

Esta información se puede consultar a corte 24 de junio de 2025 en el enlace <https://www.unidadvictimas.gov.co/reparacion-integral-2/>



Fuente propia

El Equipo Auditor verifica las fechas de actualización de los seis (6) procedimientos de la Dirección además de la fecha de actualización de la caracterización del proceso de Reparación Integral. Se evidencia que todos los documentos tienen una versión publicada con menos de dos años de actualización. Es relevante que la dependencia continúe fortaleciendo la información de los procedimientos que desarrolla buscando que los mismos puedan ser cartas de navegación claras para todos los funcionarios y contratistas, además que generen mayor confianza en el desarrollo de todas las actividades que realiza la dirección.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 7 de 113

5.2 Análisis de las variables del Sistema de Control Interno en la Dirección de Reparación

El Equipo Auditor mediante correo electrónico institucional del lunes 31 de marzo de 2025 a las 11:06 a.m. solicita el diligenciamiento y la entrega de las evidencias correspondientes relacionadas con la aplicación de la herramienta de Excel diseñada para determinar el nivel de madurez del sistema de control interno, aunado al artículo 2° de la Ley 87 de 1993 que determina los objetivos del Sistema de Control Interno.

La ley 87 de 1993 en su artículo 1° al definir el control interno determina que está:

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

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

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

Para el efecto, el grupo emite respuesta con las evidencia a través de correo electrónico institucional del servidor Carlos Ernesto López Mera, ernesto.lopez@unidadvictimas.gov.co el día lunes 7 de abril de 2025 a las 7:37 p.m., en el cuerpo del correo se encuentra el repositorio de las evidencias por cada ítem de los criterios de evaluación en el enlace [Evidencia Herramienta SCI](#)

5.2.1 Análisis Sistema de Control Interno por la variable modelo de medición de la Dirección de Reparación (indicadores diferentes al en el 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 el proceso

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 8 de 113

posee y reconoce un sistema de medición diferente a las metas del plan de acción y con ello le permita tener una herramienta gerencial de las actividades institucionales.

El Decreto 1083 de 2015 en el artículo 2.2.22.3.2 define el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) como el:

“Marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio.”

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

Dentro del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, Consejo para la Gestión y desempeño institucional en su versión 5, vigente para la anualidad 2023, dentro de la 2ª. Dimensión; Direccionamiento Estratégico y Planeación en el numeral 2.2 Política de Planeación institucional, en el numeral 4º de los lineamientos generales para la implementación de la política, se tiene que:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 9 de 113

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

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

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

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

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

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

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

“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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 10 de 113

medir el desempeño de las entidades. Estos indicadores se diseñan en la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación, y dada la importancia que tienen, deben enfocarse en los criterios, directrices y normas que orientan la gestión, y en los productos, resultados e impactos derivados de ésta.”

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

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

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

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

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

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

En consecuencia, según el DANE (2005) una adecuada medición debe ser: (i) Pertinente, esto significa que las mediciones que se lleven a cabo sean relevantes y útiles en el tiempo para facilitar las decisiones que serán tomadas sobre la base de tales mediciones; (ii) Precisa, debe reflejar –fielmente la magnitud que se quiere analizar, lo cual puede conseguirse a través de una buena definición de las características de las unidades a medir y una adecuada elección del instrumento de medición; (iii) Oportuna, que los resultados de la medición estén disponibles en el tiempo en que la información es

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 11 de 113

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.”

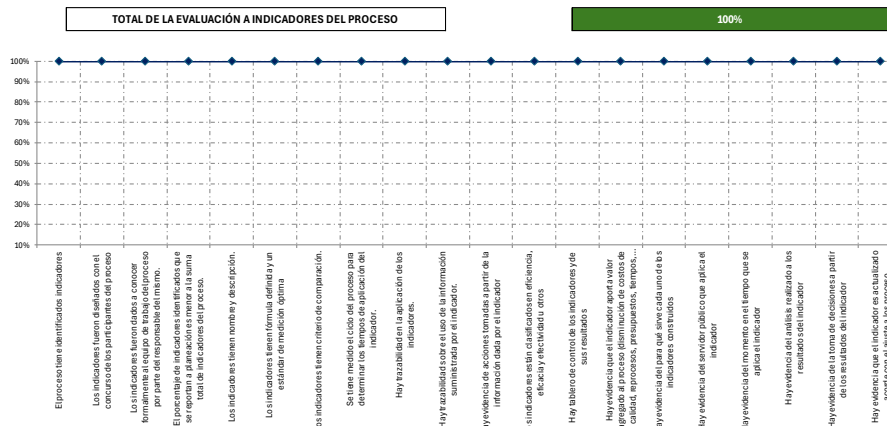
Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de los indicadores de gestión, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – indicadores, mediante correo electrónico del lunes 31 de marzo de 2025 a las 11:06 a.m. La auditada da respuesta mediante correo electrónico del lunes 7 de abril de 2025 a las 7:38 p. m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

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

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

El papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – indicadores tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert⁵. La auditada responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz para el proceso auditado es el siguiente

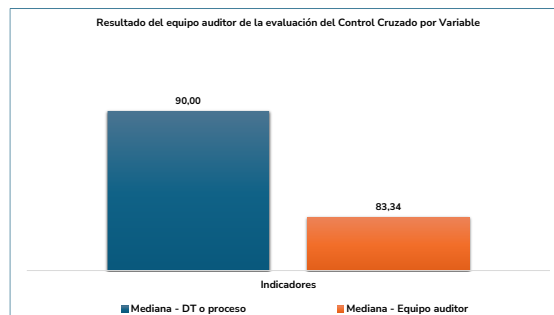
⁵ La escala de Likert es una de las escalas más utilizadas en investigación en ciencias sociales. Ofrecen un sistema de clasificación simple que es común a las encuestas de todo tipo. La escala se llama así por el psicólogo que lo creó, Rensis Likert. Un uso común de la escala de Likert es una encuesta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



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

Como se observa, la calificación que se da la auditada corresponde a 100% 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 y encuentra que, la evaluación real del sistema de control interno – indicadores corresponde a 67 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 33 puntos respecto de la calificación del proceso auditado y de 33 respecto del máximo posible (100 puntos).

Así mismo, se confronta la información y evidencias registradas en la herramienta de evaluación al SCI frente a los resultados de las autoevaluaciones del proceso Reparación Integral 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 6.66 puntos en la variable “Indicador”, toda vez que el resultado de la valoración del auditado es de 90 y la del Equipo Auditor de 83.34. Lo que significa que: “Hay evidencia de un modelo de medición en formación. No obstante, falta que este sistema sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones”. (Información tomada resultado papel de trabajo de la OCI).



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 13 de 113

En esta línea también se encuentran los indicadores que se construyen para hacer seguimiento a los acuerdos de gestión, base para la evaluación de estos. Teniendo en cuenta lo reportado por la Dirección de Reparación, existen indicadores complementarios diferentes a los reportados en SISGESTION 2.0 de los cuales se evidencia gestión en *“Informe de seguimiento indicadores plan de acción y complementarios proceso reparación integral 2024”* que muestra el seguimiento de los indicadores por parte de la Dirección de Reparación.

Por lo anterior, la Dirección de Reparación en el análisis de los indicadores correspondiente a evaluación del sistema de control Interno no presenta debilidad. Sin embargo, se expresa que, para una adecuada gestión de los indicadores complementarios se determine la necesidad de fortalecer los instrumentos de seguimiento con el fin de contar con información apropiada para la toma de decisiones.

5.2.2 Análisis Sistema de Control Interno por la variable modelo de Riesgos de la Dirección de Reparación (adicionales al mapa de riesgos institucional)

El Equipo Auditor examina los riesgos adicionales a aquellos identificados en el mapa de riesgos institucional y la gestión desplegada en la aplicación de la metodología institucional para el manejo de los riesgos y con ello evaluar el sistema de control interno (SCI), para establecer su nivel de madurez, evidenciando la efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta la Dirección de Reparación para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. El propósito es determinar si el auditado 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 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. 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.”

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 14 de 113

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

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

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

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

“Artículo 2.2.21.5.4 Administración de riesgos. Como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas las autoridades correspondientes establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo. Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y las oficinas de control interno o quien haga sus veces, evaluando los aspectos tanto internos como externos que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos organizacionales (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:

“Esta es una tarea propia del equipo directivo y se debe hacer desde el ejercicio de Dirección 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:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 15 de 113

- *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 tiene que se debe:

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

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

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

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

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 16 de 113

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

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

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

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

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

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

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

- *Apoyo a la toma de decisiones.*
- *Garantizar la operación normal de la organización.*
- *Minimizar la probabilidad e impacto de los riesgos.*
- *Mejoramiento en la calidad de procesos y sus servidores (calidad va de la mano con riesgos).*
- *Fortalecimiento de la cultura de control de la organización.*
- *Incrementa la capacidad de la entidad para alcanzar sus objetivos.*
- *Dota a la entidad de herramientas y controles para hacer una administración más eficaz y eficiente.”*

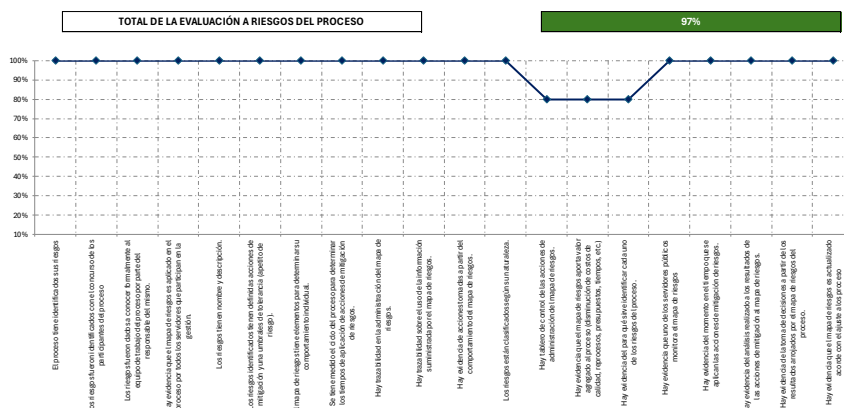
Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de la gestión del riesgo, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – riesgos, mediante correo electrónico del lunes 31 de marzo de 2025 a las 11:06 a.m. La auditada da respuesta mediante correo electrónico del lunes 7 de abril de 2025 a las 7:38 p. m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 17 de 113

El Equipo Auditor, a través de la 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.”

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



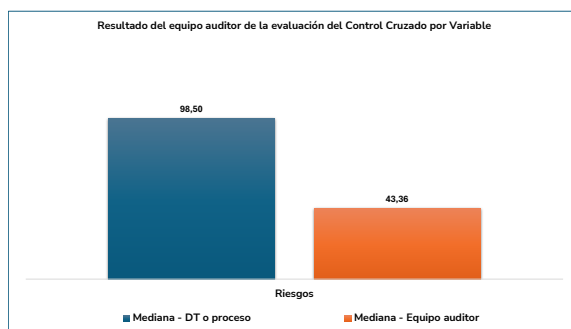
Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión. Fuente propia OCI

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 18 de 113

Como se observa, la calificación que se da la auditada corresponde al 97% de 100% posibles. El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – riesgos corresponde a 37 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 60 puntos respecto de la calificación del auditado y de 67 respecto del máximo posible (100 puntos).

Así mismo, se confronta la información y evidencias registradas en la herramienta de evaluación al SCI frente a los resultados de las autoevaluaciones del proceso Reparación Integral correspondientes al primer y segundo semestre de 2024, donde se realiza un análisis cruzado de los valores y porcentajes obtenidos en ambas herramientas, en la cual se establece la valoración a través de la aplicación de la mediana, ello implica una diferencia 55.14 puntos en la variable “Riesgos”, toda vez que el resultado de la valoración del auditado es de 98.50 y la del Equipo Auditor de 43.36. Lo anterior dado que el auditado aportó evidencias con respecto de los riesgos que están contenidos en el mapa de riesgos dejando de reconocer y evidenciar otros riesgos presentes en la gestión institucional como los citados expresamente en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y sus políticas asociadas e incluso aquellos que de cotidiano se presentan como temas de sustracción, seguridad de la información, incumplimiento de funciones, los riesgos fiscales, dado que la DT tiene recursos que pueden ser ejercidos como antieconómicos, lo que genera potenciales hallazgos del ente de control con incidencia disciplinaria e incluso pena, por solo citar algunos ejemplos. La falta de un mapeo de riesgo robusto a nivel de la Dirección de Reparación y el solo reconocimiento de los expresados en el mapa institucional se constituye en una debilidad del sistema de control interno.



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

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 riesgos del auditado de la siguiente manera:

Debilidad No. 1

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 19 de 113

La ausencia de un mapa de riesgos integral y robusto que consolide no solo los identificado en el instrumento institucional sino aquellas situaciones que pueden afectar el logro de los objetivos y el no reconocer aquellos que se desprenden de normas aplicables a la gestión no está conforme con 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) y f), el Decreto 1083 de 2015 en los artículos 2.2.21.3.1 y 2.2.21.5.4, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión en las dimensiones señaladas en este acápite del informe y lo dispuesto en lo pertinente en la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6. Lo anterior conlleva a la posible materialización de eventos adversos y, por lo tanto, la materialización del riesgo negativo que tiene un impacto en el logro de los objetivos institucionales, dado que no se tiene una herramienta de gestión que brinde información del quehacer funcional del proceso en tiempo real y que permita la toma de decisiones informada.

Esta debilidad fue comunicada a la Dra. Zoraida Hernández Pedraza Zoraida.Hernandez@unidadvictimas.gov.co Directora de Reparación en su calidad de auditado, mediante correo electrónico el martes 13 de mayo de 2025 a las 10:15 a. m., suscrito por el líder de la auditoria el profesional especializado Gonzalo Eduardo Amortegui Jimenez funcionario de la Oficina de Control Interno, en donde se le indico al auditado un plazo hasta el 20 de mayo para aportar sus comentarios y evidencias.

De acuerdo con lo establecido en la actividad 9 del procedimiento: “Auditorías Internas al Sistema de Control Interno – Versión 8”. La Dirección de Reparación mediante correo electrónico del martes 20 de mayo de 2025 a las 5:19 p. m., remite respuesta a la Oficina de Control Interno, en los siguientes términos:

Respuesta de la auditada:

“En relación con la observación sobre la ausencia de un mapa de riesgos integral y robusto que consolide no solo los identificados en el Instrumento Institucional, sino también aquellos que pueden afectar el logro de los objetivos, es importante precisar lo siguiente:

La Unidad ha venido trabajando un modelo de gestión por procesos para mejorar la eficiencia y eficacia, al enfocar la gestión en procesos misionales, estratégicos y de apoyo y no en dependencias; lo cual facilita la optimización de los flujos de trabajo, la identificación de los cuellos de botella y la mejora continua a través de la medición y el análisis integral de estos procesos, como es el caso del proceso de Reparación Integral que está conformado por la Dirección de Reparación, dos Subdirecciones(SRI, SRC), Coordinaciones(GEP, FRV, RyR) y equipos internos de trabajo.

El proceso de Reparación Integral, como proceso misional cumple los objetivos Estratégicos Institucionales, en especial el objetivo Estratégico 1”Adelantar acciones integrales de prevención, atención, asistencia humanitaria, retornos, reubicaciones sostenibles y reparación transformadora de

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 20 de 113

las víctimas individuales y colectivas, con enfoque territorial, diferencial y de centralidad en las víctimas, disminuyendo los rezagos históricos, promoviendo su fortalecimiento comunitario, estabilidad socioeconómica y autonomía, para lograr el acceso efectivo y pleno de sus derechos y la reconstrucción de sus proyectos de vida”.

El proceso de Reparación Integral de reparación está alineado con los 5 componentes de la Estructura del Modelo de control interno-MECI y la dimensión 7 de MIPG se articulando las diferentes líneas de defensa para la evaluación y seguimiento del sistema de control interno fundamentada en la información, el control, evaluación y toma de decisiones a través de los indicadores de gestión del plan de acción, el mapa de riesgos institucional, la medición de salidas no conformes y puntos de control operacionales entre otros. En ese sentido, desde la Dirección de Reparación se evidenció el reporte de periódico del Plan de Acción e Indicadores, el seguimiento a Mapa de Riesgos, seguimiento y reportes de Salidas No Conformes, entre otros para el periodo auditado, de conformidad con las políticas institucionales establecidas.

En el marco del MIPG la gestión de riesgos debe centrarse en identificar y atender los riesgos realmente significativos, alineados con los objetivos institucionales y los lineamientos del MIPG, evitando saturar los sistemas con registros innecesarios.

El proceso de Reparación Integral cuenta con una matriz de riesgos institucional vigente desde el año 2024 de acuerdo con las políticas institucionales. Esta fue aprobada en 2023 con el visto bueno de la Oficina Asesora de Planeación y la Oficina de Tecnología de la Información. La matriz fue elaborada conforme a la Metodología de Administración de Riesgos (código 130.01.20-1), publicada el 4 de diciembre de 2023 en la página web de la entidad, en articulación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

Los riesgos incluidos en dicha matriz fueron identificados a través de diversas mesas de trabajo con participación de todas las áreas (DR, SRI, SRC, GEP, FRV, RyR). En estas sesiones se definieron los riesgos relevantes y los controles necesarios según la operación del proceso. Además, es importante destacar que en los procedimientos y documentos asociados al proceso también se contemplan controles pertinentes para su adecuada ejecución.

Por otro lado, al revisar la normatividad mencionada en la observación de la Oficina de Control Interno (OCI), se concluye que no aplica el señalamiento sobre el supuesto incumplimiento por la ausencia de un mapa de riesgos integral y robusto. La normatividad citada —Ley 87 de 1993 (artículo 2º, literales a) y f)) y el Decreto 1083 de 2015 (artículos 2.2.21.3.1 y 2.2.21.5.4)— establece únicamente las funciones del sistema de control interno en relación con la metodología institucional de riesgos, pero no proporciona lineamientos específicos para la construcción de un mapa de riesgos con las características señaladas en la observación. Igualmente, la Dirección de Reparación evidenció el mapa de riesgo de la entidad, elaborado conforme a los lineamientos emitidos por la Oficina de Planeación y de acuerdo con la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6. De acuerdo con la Guía, se identifican y valoran todos los riesgos y se priorizan los que requieren de la implementación de controles periódicos. La “robustez” del mapa de riesgos institucional depende de la aplicación de la Guía, por lo tanto, si el mapa de riesgos entregado como

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 21 de 113

evidencia está publicado, actualizado y se elaboró siguiendo los lineamientos de la Guía, lo cual demuestra que es suficientemente robusto.

Agradecemos que sea tenida en cuenta la respuesta frente a la observación planteada por ustedes para el levantamiento de la debilidad”.

Consideraciones del auditor a la respuesta aportada:

El Equipo Auditor evalúa la respuesta dada por la Dirección de Reparación utilizando las normas de auditorías generalmente aceptadas, donde se considera en términos generales lo siguiente:

La auditada expresa que la metodología usada para la identificación y administración del riesgo le permite identificar el total de riesgos que se asocian al proceso de Reparación Integral en el mapa de riesgo y están registrados todos los existentes. Situación que de plano rechaza el *“Efecto que se causa sobre los objetivos de las entidades, debido a eventos potenciales. Nota: Los eventos potenciales hacen referencia a la posibilidad de incurrir en pérdidas por deficiencias, fallas o inadecuaciones, en el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura o por la ocurrencia de acontecimientos externos”*.

Lo anterior dado que el proceso señala que solo observa la metodología institucional para la identificación de riesgos. No obstante, no se ha tenido en cuenta la naturaleza de las actividades propias en relación con la administración de recursos, bienes e intereses patrimoniales de naturaleza pública, según lo establece el Departamento Administrativo de la Función Pública mediante la *Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, versión 6, noviembre de 2022. Pág. 67*. Según indica el mismo documento, en el numeral 4.3 *“Metodología y paso a paso para el levantamiento del mapa de riesgos fiscales”*, para la identificación de riesgos fiscales *“es necesario establecer los puntos de riesgo fiscal y las circunstancias Inmediatas. Los puntos de riesgos son situaciones en las que potencialmente se genera riesgo fiscal, es decir, son aquellas actividades de administración, gestión, ordenación, ejecución, manejo, adquisición, planeación, conservación, custodia, explotación, enajenación, consumo, adjudicación, gasto, inversión y disposición de los bienes o recursos públicos, así como a la recaudación, manejo e inversión de sus rentas”*. El proceso auditado presenta debilidad en la identificación y gestión de riesgos, ya que, aunque afirma alinearse con la metodología institucional para mapear los riesgos asociados al proceso de Reparación Integral, esta no considera de manera específica los riesgos fiscales. Esto contraviene las directrices establecidas por el Departamento Administrativo de la Función Pública, que exigen una evaluación detallada de los puntos de riesgo fiscal relacionados con la administración de bienes y recursos públicos. Al no incorporar estos aspectos en su análisis, el proceso omite una parte crítica del control interno, lo que incrementa la posibilidad de afectaciones patrimoniales y de incurrir en pérdidas por fallas estructurales en la gestión pública.

⁷ Departamento Administrativo de la Función Pública. Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, versión 6, noviembre de 2022. Pág. 12

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 22 de 113

Por otra parte, se debe precisar que el Equipo Auditor enfatiza en la debilidad planteada acerca de los riesgos adicionales diferentes a los identificados en el mapa de riesgos institucional que pueden comprometer el logro de los objetivos estratégicos y operativos de la Entidad. Asimismo como el no reconocer aquellos que se desprenden de normas aplicables a la gestión, un claro ejemplo se ve reflejado en lo que requiere el Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP en el reporte de medición del desempeño institucional – MDI que se realiza anualmente a través del “Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión (FURAG)” herramienta del reporte de avances de la gestión, como insumo para el monitoreo, evaluación y control del desempeño institucional, el cual relacionamos a continuación:

47. De acuerdo con los resultados del seguimiento a la gestión del riesgo para la vigencia evaluada, por parte de las oficinas de control interno, indique:

Selección múltiple numérica Código: CIN304

Asegúrese de responder todas las opciones de respuesta. Si para alguna de ellas no tiene, digite cero (0)

- Número total de riesgos identificados en la entidad:
- Número de riesgos materializados en la entidad:
- Número de riesgos materializados que no habían sido identificados en el mapa de riesgos, o en la herramienta destinada para tal fin:
- Número de riesgos de corrupción identificados en la entidad:
- Número de riesgos de corrupción materializados en la entidad:
- Número de riesgos de corrupción materializados que no habían sido identificados en el mapa de riesgos, o en la herramienta destinada para tal fin:

Fuente: Formulario Único de Reporte de Avances de la Gestión (FURAG) – 2024 DAFP

Es necesario señalarle al proceso auditado que la debilidad no se relaciona con la falta de aplicación de la metodología institucional, porque para el Equipo Auditor es evidente que se aplica, lo que se tiene como debilidad y de lo cual no hace ninguna consideración en la respuesta, es en la falta de identificación y tratamiento de riesgos previsibles como el riesgo fiscal, el riesgos por tutela de contratos, el riesgo por manejo de recursos públicos como ordenador del gasto, los cuales de tiempo a travas son advertidos por la Oficina de Control Interno y han sido inobservados por el auditado a tal punto que la Contraloría General de la República ha comunicado hallazgos fiscales con incidencia disciplinaria precisamente por no haber tenido un mapa de riesgos que contenga todos los riesgos previsibles.

Es de anotar, que la Oficina Asesora de Planeación no tiene ninguna injerencia en la identificación de los riesgos de los procesos, dado que esto es una responsabilidad inherente a cada proceso, la OAP solo se limita a determinar que en tramite de identificación y tratamiento de riesgos se cumplió con la metodología institucional. este es el aspecto que la auditada no entiende de la aplicación del artículo 2º de la Ley 87 de 1993.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 23 de 113

En consecuencia, el Equipo Auditor considera pertinente mantener la debilidad comunicada con el propósito de que la Dirección de Reparación realice un plan de mejoramiento donde determine las acciones que lleven a mejorar la gestión de riesgos no identificados en el mapa institucional, así como la omisión de aquellos asociados a las disposiciones normativas vigentes, debido a que constituye una limitación relevante en el sistema de control interno incrementando la exposición a desviaciones en el cumplimiento de metas institucionales y afecta negativamente la de la información reportada a los entes de vigilancia y control, comprometiendo la eficiencia y eficacia de la entidad.

5.2.3 Análisis Sistema de Control Interno por la variable Modelo de control de la Dirección de Reparación

Respecto al modelo de control la entidad tiene definido en sus procedimientos puntos de control según su modalidad en la descripción de actividades y líneas de procesos (flujograma). Por consiguiente, el Equipo Auditor examina los controles adicionales a aquellos identificados como puntos de control en los procedimientos institucionales y la gestión desplegada en la aplicación de la metodología de control interno y con ello evaluar el sistema de control interno (SCI), lo anterior con el propósito de establecer su nivel de madurez, efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta la Dirección de Reparación en el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales.

La finalidad es determinar si el auditado 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.”

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 24 de 113

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

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

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

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

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

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 25 de 113

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 el numeral 2 *“Agilizar, simplificar y flexibilizar la operación de las entidades para la generación de bienes y servicios que resuelvan efectivamente las necesidades de sus ciudadanos”*. Esta es una tarea propia de las dependencias, procesos misionales y direcciones territoriales, se debe hacer desde el ejercicio del proceso de Direccionamiento Estratégico en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación. En este punto, se deben emitir los lineamientos precisos para la gerencia de procesos que contribuyan al logro de los objetivos institucionales, para lo cual es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

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

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

“La implementación de la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos debe ser resultado del ejercicio de Direccionamiento Estratégico y Planeación, así como de los

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 26 de 113

resultados obtenidos por la entidad. Se trata de entender e interiorizar que todas las dimensiones de MIPG son piezas fundamentales e integrales en un proceso de análisis para el fortalecimiento organizacional.”

En este escenario, la misma disposición dicta que:

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

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

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

“Una estructura de control de la gestión que especifique los elementos necesarios para construir y fortalecer el Sistema de Control Interno, a través de un modelo que determine los parámetros necesarios (autogestión) para que las entidades establezcan acciones, políticas, métodos, procedimientos, mecanismos de prevención, verificación y evaluación en procura de su mejoramiento continuo (autorregulación), en la cual cada uno de los servidores de la entidad se constituyen en parte integral (autocontrol).”⁸

⁸ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, Manual Operativo MIPG, Bogotá, p-114.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 27 de 113

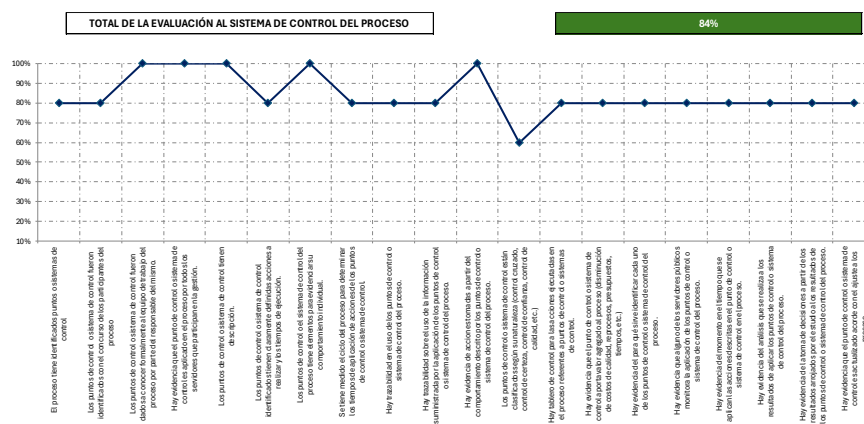
Siguiendo los parámetros de la herramienta citada en los numerales anteriores, el Equipo Auditor la aplica para determinar el nivel de madurez del modelo de control inherente a los procesos en su interacción que implementa la Dirección de Reparación.

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el nivel de madurez del modelo de control definido en lo expuesto en la Ley 87 de 1993 en su artículo 3º literal d)

“La Unidad de Control Interno o quien haga sus veces es la encargada de evaluar en forma independiente el Sistema de Control Interno de la entidad y proponer al representante legal del respectivo organismo las recomendaciones para mejorarlo.”

y en Decreto 1499 de 2017 y el Manual Operativo de MIPG, dado que el logro de los objetivos institucionales son el centro de la gestión pública y en la medida que se tenga adecuadamente controlado el proceso se logra un entorno propicio para acatar y cumplir la funcionalidad institucional, en fomento de la formación de una cultura de control que contribuya al mejoramiento continuo en el cumplimiento de la misión institucional.

Por lo anterior, el Equipo Auditor aplica a la Dirección de Reparación el papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – control el cual tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert⁹. El grupo auditado 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

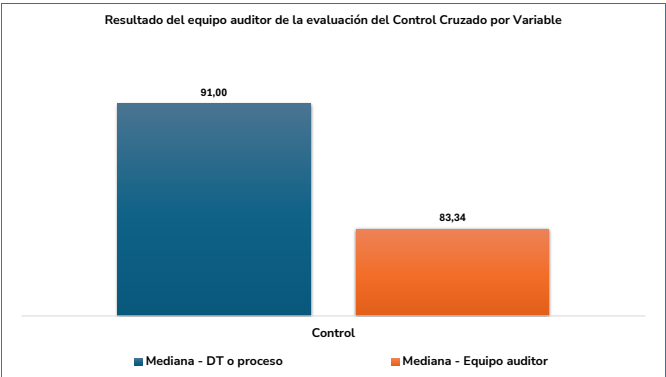
Como se observa, la calificación que se da la Dirección de Reparación corresponde a 84 puntos de 100 posibles.

⁹ La escala de Likert es una de las escalas más utilizadas en investigación en ciencias sociales. Ofrecen un sistema de clasificación simple que es común a las encuestas de todo tipo. La escala se llama así por el psicólogo que lo creó, Rensis Likert. Un uso común de la escala de Likert es una encuesta que pregunta a los encuestados para ofrecer su opinión sobre algo, indicando el nivel al que están de acuerdo o en desacuerdo.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 28 de 113

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – control corresponde a 83 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 1 punto respecto de la calificación del auditado y 17 del máximo posible (100 puntos).

Así mismo, se confronta la información y evidencias registradas en la herramienta de evaluación al SCI frente a los resultados de las autoevaluaciones del proceso Reparación Integral 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 7.66 puntos en la variable “Control”, toda vez que el resultado de la valoración de la Dirección de Reparación es de 91.00 y la del Equipo Auditor de 83.34. No obstante, el Equipo Auditor analiza las evidencias del SCI, las cuales dan certeza del resultado de la valoración de las evidencias aportadas por la Dirección de Reparación para comprobar que existen controles adicionales del sistema de control interno. Lo que significa que *“Hay evidencia de un modelo de control que se soporta en el uso de puntos de control u otro mecanismo están en plena producción para sustentar la toma de decisiones, que es inherente al proceso, actualizado y socializado adecuadamente”*. (Información tomada resultado papel de trabajo).



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

Por lo anterior, la Dirección de Reparación en el análisis de los controles correspondiente a evaluación del sistema de control Interno no presenta debilidad. Sin embargo, vale la pena aclarar que, los controles distintos a los que están incluidos en los procesos y procedimientos deben ser complementados con información integral y relevante que le aporte al fortalecimiento de los métodos control que se tienen actualmente.

5.2.4 Análisis Sistema de Control Interno por la variable modelo de mejora o valor agregado de la Dirección de Reparación

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 29 de 113

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

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

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

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

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

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

“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”.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 30 de 113

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 31 de 113

Por su parte, la UARIV mediante la Resolución No. 2728 del 5 de octubre de 2021 “*Por la cual se adopta el modelo integrado de planeación y gestión-MIPG*”; en el artículo 2 Objetivos del modelo el numeral 2 señala que se debe

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

Esta es una tarea propia de dependencias y procesos, que se debe hacer desde el ejercicio de Direccionamiento Estratégico en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación y la línea estratégica de la Dirección General. En este punto, se deben emitir los lineamientos precisos para el seguimiento que contribuyen al logro de los objetivos institucionales para lo cual es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

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

El campo de aplicación de la política establece:

“Definir un área o servidor responsable del diseño, implementación y comunicación de los mecanismos de seguimiento y evaluación, “Utilizar y aprovechar los resultados de los seguimientos y evaluaciones para la mejora continua”

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo del modelo de mejora o valor agregado, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – modelo de mejora o valor agregado, mediante correo electrónico del lunes 31 de marzo de 2025 a las 11:06 a.m. La auditada da respuesta mediante correo electrónico del lunes 7 de abril de 2025 a las 7:38 p. m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

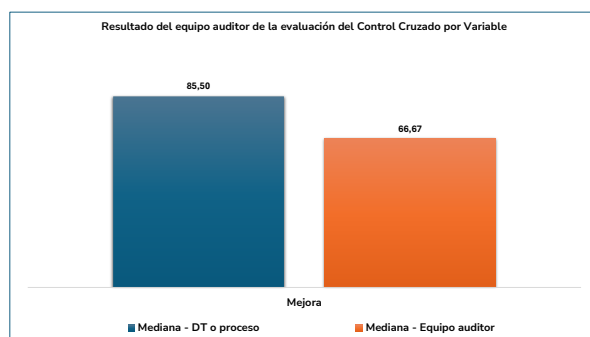
El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de mejora o valor agregado en concordancia con las características del sistema de control interno definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 33 de 113

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – mejora o valor agregado corresponde a 50 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 35 puntos respecto de la calificación del auditado y de 50 respecto del máximo posible (100 puntos).

Así mismo, se confronta la información y evidencias registradas en la herramienta de evaluación al SCI frente a los resultados de las autoevaluaciones de proceso Reparación Integral 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 18.83 puntos en la variable “Mejora o Valor Agregado”, toda vez que el resultado de la valoración de la Dirección de Reparación es de 85.50 y la del Equipo Auditor de 66.67. Lo que significa que *“Hay evidencia de acciones de mejora propuestas y analizadas o de valores agregados alcanzados. No obstante, falta que este modelo de mejoramiento o agregación de valor sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones.”* (Información tomada resultado papel de trabajo).



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

Por lo anterior, la Dirección de Reparación en el análisis de mejora o valor agregado correspondiente a evaluación del Sistema de Control Interno no presenta debilidad.

5.2.5 Análisis Sistema de Control Interno por la variable Modelo de Seguimiento de la Dirección de Reparación

El Equipo Auditor examina el modelo de seguimiento que aplica el grupo 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 de Reparación para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. El propósito es determinar si el auditado

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 34 de 113

posee y reconoce un modelo de seguimiento que sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones.

El Decreto 1083 de 2015 en el artículo 2.2.22.3.2 define el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) como el:

“Marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio.”

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) aborda desde las diferentes dimensiones los aspectos fundamentales del mejoramiento continuo y el valor agregado. En este escenario, el Modelo enuncia que el objetivo de MIPG

“Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua.” y que “Utilizar y aprovechar los resultados de los seguimientos y evaluaciones para la mejora continua.”

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

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

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

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

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:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 35 de 113

“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 PQRS y son insumo para la mejora continua en sus procesos.”

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

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

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

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

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

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

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

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

“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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 36 de 113

continuo. Esta dimensión facilita aprender de sí mismas y de su entorno de manera práctica (aprender haciendo)."

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 37 de 113

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

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

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

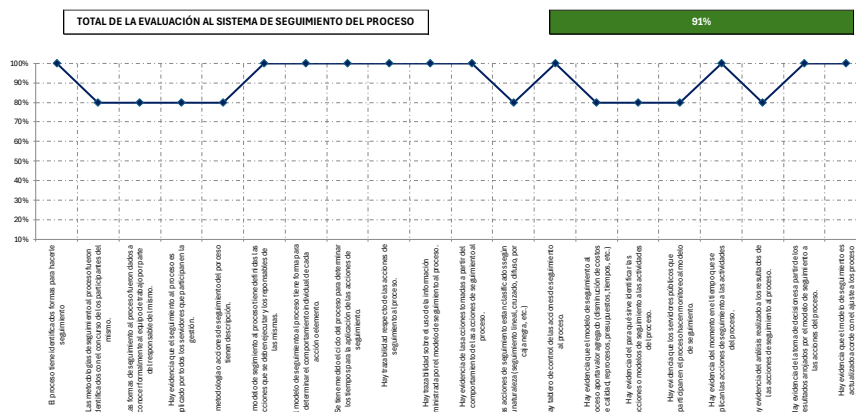
Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de la variable seguimiento de la herramienta del Sistema de Control Interno (SCI), la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – seguimiento, mediante correo electrónico del lunes 31 de marzo de 2025 a las 11:06 a.m. La auditada da respuesta mediante correo electrónico del lunes 7 de abril de 2025 a las 7:38 p. m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

El Equipo Auditor, a través de la matriz citada, como papel de trabajo diseñado para determinar el nivel de madurez del modelo de control y seguimiento definidos en 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.”

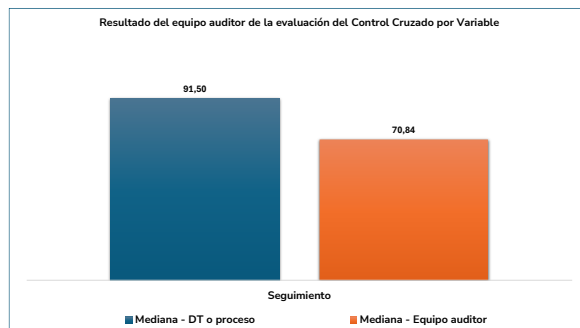
 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 38 de 113

Por lo anterior, el Equipo Auditor aplica a la Dirección de Reparación 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 Likert¹¹. El auditado 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 el auditado corresponde a 91 puntos de 100 posibles. El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – seguimiento corresponde a 67 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 24 puntos respecto de la calificación de auditado y de 33 respecto del máximo posible (100 puntos).



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

¹¹ La escala de Likert es una de las escalas más utilizadas en investigación en ciencias sociales. Ofrecen un sistema de clasificación simple que es común a las encuestas de todo tipo. La escala se llama así por el psicólogo que lo creó, Rensis Likert. Un uso común de la escala de Likert es una encuesta que pregunta a los encuestados para ofrecer su opinión sobre algo, indicando el nivel al que están de acuerdo o en desacuerdo.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 39 de 113

Así mismo, se confronta la información y evidencias registradas en la herramienta de evaluación al SCI frente a los resultados de las autoevaluaciones del proceso Reparación Integral correspondientes al primer y segundo semestre de 2024, donde se realiza un análisis cruzado de los valores y porcentajes obtenidos en ambas herramientas, en la cual se establece la valoración a través de la aplicación de la mediana, ello implica una diferencia 20.66 puntos en la variable “Seguimiento”, toda vez que el resultado de la valoración del grupo auditado es de 91.50 y la del Equipo Auditor de 70.84. Lo anterior significa que *“Hay evidencia que existe un sistema de seguimiento a la gestión del proceso medianamente conformado. No obstante, falta que este modelo sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones.”* (Información tomada resultado papel de trabajo).

El Equipo Auditor al verificar y evaluar las evidencias de este componente identifica que la Dirección de Reparación realiza seguimiento mediante comités, que permiten verificar el avance de ejecución de la operación logística por parte de un operador dentro su campo operacional logrando un nivel de certeza que rompe el escepticismo profesional. Sin embargo, no es posible verificar de manera clara el tiempo de aplicación de las acciones de seguimiento a las actividades del proceso.

Por lo anterior, la Dirección de Reparación en análisis del modelo de seguimiento correspondiente a evaluación del sistema de control Interno no presenta debilidad. No obstante, es necesario complementar las herramientas de seguimiento interno para que sean dinámicas y aporten a la toma de decisiones durante la gestión.

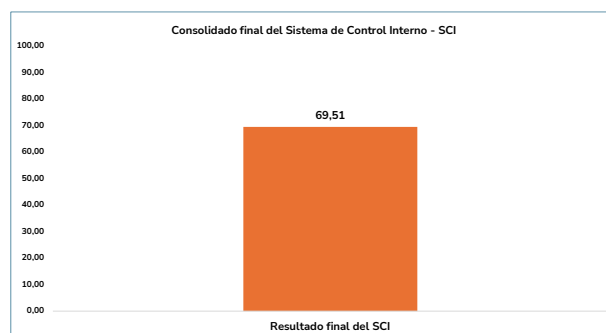
5.2.6 Consolidado del Sistema de Control de la Dirección de Reparación

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

Con fundamento en las evidencias proporcionadas por el auditado, se determina que el Sistema de Control Interno de la Dirección de Reparación en lo que corresponde a los cinco (5) componentes evaluados (Indicadores, riesgos, controles, mejoras y seguimiento) presenta deficiencias que afectan su funcionamiento integral. Si bien existen avances en la implementación de acciones de control y seguimiento, estos no son suficientes para asegurar un cumplimiento sólido y sostenido de los objetivos institucionales. Por lo anterior, el Equipo Auditor observa que se genera incertidumbre al

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 40 de 113

aplicar los principios del escepticismo profesional, dado que no se tiene certeza plena del cumplimiento en los aspectos evaluados por lo cual la calificación asignada es “Medio” con una puntuación de 69.51%, indicando la necesidad de fortalecer los controles existentes y desarrollar mecanismos de mejora continua para alcanzar un nivel superior de desempeño.



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

5.3 Análisis del Diseño y Efectividad del Control del Mapa de Riesgos Dirección de Reparación

La Dirección de Reparación - proceso de Reparación Integral según el Decreto 4802 de 2011 en su Artículo 21 establece; que son sus funciones las siguientes:

1. Otorgar, de acuerdo con las instrucciones del Director de la Unidad, a las víctimas la indemnización por vía administrativa, de que trata el artículo 132 de la Ley 1448 de 2011.
2. Ejecutar las acciones tendientes a la entrega a las víctimas de la indemnización por vía administrativa de que trata la Ley 1448 de 2011.
3. Proponer a la Dirección General los lineamientos de la política de reparación a las víctimas, promoviendo especialmente la articulación de las medidas de restitución, rehabilitación, indemnización, satisfacción y garantías de no repetición, con miras a asegurar la integralidad del proceso.
4. Coordinar la implementación de planes, programas y proyectos encaminados a la reparación individual y colectiva, con el fin de promover el goce efectivo de los derechos de las víctimas, conforme a las normas que regulan la materia, prestando especial atención a las medidas de rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición que le correspondan a la Unidad de acuerdo con sus competencias.
5. Asesorar al Director General en la formulación de las políticas, normas, estrategias y procedimientos relativos a la reparación integral a las víctimas.
6. Coordinar el diseño y la implementación de los criterios y tablas de valoración para la determinación de la indemnización por vía administrativa y efectuar seguimiento al cumplimiento de los mismos, conforme a las normas que regulan la materia.
7. Establecer el procedimiento que soporte la instancia de revisión de las solicitudes de indemnización por vía administrativa, conforme a las normas que regulan la materia.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 41 de 113

8. Coordinar la creación e implementación del programa de acompañamiento para la inversión adecuada de los recursos que la víctima reciba a título de indemnización administrativa, a fin de reconstruir su proyecto de vida, conforme al artículo 134 de la Ley 1448 de 2011.

9. Articular las acciones para la celebración de los contratos de transacción, conforme al artículo 132 de la Ley 1148 de 2011 y a las normas que regulan la materia.

10. Diseñar y coordinar la implementación del proceso para identificar la cesación de vulnerabilidad de la población víctima del desplazamiento forzado y el restablecimiento de los derechos de las víctimas, conforme a las normas que regulan la materia.

11. Diseñar el programa de reparación colectiva, en los términos establecidos en los artículos 151 y 152 de la Ley 1448 de 2011 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o reglamenten.

12. Coordinar las medidas de reparación colectiva adoptadas por el Comité Ejecutivo de Atención y Reparación a las víctimas, conforme a normas que regulan la materia.

13. Coordinar los retornos y/o reubicaciones de las personas y familias que fueron víctimas de desplazamiento forzado, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 66 de la Ley 1448.

14. Diseñar y mantener actualizado el protocolo de retornos, de reubicaciones, y demás mecanismos de planeación, seguimiento y evaluación de estos procesos.

15. Articular la implementación de los mecanismos necesarios para la rehabilitación comunitaria y social de las víctimas, conforme a los artículos 135 y 136 de la Ley 1448 de 2011 y demás normas que la modifiquen, adicionen o reglamenten.

16. Definir los programas y proyectos que contengan medidas complementarias de satisfacción y reparación simbólica para las víctimas conforme a las normas que regulan la materia.

17. Generar recomendaciones en el marco de los procesos judiciales de Justicia y Paz sobre la adopción de medidas de reparación colectiva para las víctimas acreditadas en dichos procesos.

18. Coordinar la implementación de las medidas de satisfacción previstas en el artículo 139 de la Ley 1448 de 2011 y demás normas que la modifiquen, adicionen o reglamenten, que sean competencia de la Unidad.

19. Coordinar las acciones encaminadas a fortalecer el proceso de reconciliación a través de programas, planes y proyectos que promuevan la convivencia pacífica y la confianza entre los ciudadanos y las instituciones del Estado.

20. Administrar el Fondo para la Reparación de las Víctimas, conforme a la Ley 1448 de 2011 y demás normas que la modifiquen o adicionen.

21. Coordinar el ingreso al Fondo para la Reparación de las Víctimas de los recursos de financiación de acuerdo con lo establecido en el artículo 177 de la ley 1448 de 2011.

22. Dirigir la verificación del estado y condiciones de los bienes entregados por los victimarios al Fondo para la Reparación de las Víctimas, determinando su potencial valor y vocación reparadora, en coordinación con las entidades competentes.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 42 de 113

23. Proponer los mecanismos de enajenación de los bienes que hacen parte del Fondo para la Reparación de las Víctimas de acuerdo con lo establecido en el artículo 177 de la Ley 1448 de 2011.

24. Resolver los recursos de la vía gubernativa de su competencia, en coordinación con la Oficina Asesora Jurídica.

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

26. Las demás inherentes a la naturaleza y funciones de la Dependencia.

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

Es necesario señalar que el propósito de esta evaluación es determinar si la Dirección de Reparación diseña adecuada y metodológicamente el control al riesgo y a su vez verificar 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 de Reparación - Proceso de Reparación Integral. Producto de esta actividad, se observa que se identifican dos (2) riesgos, de los cuales el Equipo Auditor evidencia un (1) Riesgo de gestión que corresponde al 50% y un (1) Riesgo de seguridad de la información que corresponde al otro 50%. Para gestionar los riesgos identificados por la auditada aplica seis (6) controles.

Al examinar las variables del diseño de los controles de los dos riesgos, se obtuvo como resultado que el 50% corresponde a un (1) riesgo calificado en el rango denominado “Débil”, y el otro 50% corresponde a un riesgo calificado en el rango denominado “Moderado”, este resultado se arroja de la herramienta aplicada respecto a los controles a los riesgos para Dirección de Reparación - Proceso de Reparación Integral.

A continuación, se muestra la gráfica de análisis de los riesgos, 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 43 de 113



Fuente: Herramienta análisis de riesgos de la OCI

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 recibidas se evalúan con los criterios de auditoria generalmente aceptados y se establece que la Dirección de Reparación – Proceso de Reparación Integral en la efectividad de ejecución del control tiene como resultado: 33% “*existe la evidencia y el control total*” y 67% “*La evidencia y/o control es parcial*”. (Información tomada resultado papel de trabajo).

Lo anterior, muestra que no es conforme a los lineamientos establecidos en la “*Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas*” emanada por el Departamento Administrativo de la Función Pública. La no efectividad conlleva al incumplimiento y se enfoca principalmente en la no interpretación de la “*Metodología para la Administración del Riesgo y el Diseño de los Controles*”, mecanismo de información efectiva, eficaz y oportuna en materia de ejecución de las actividades del control y evidencias completas frente a los controles instituidos en la matriz de riesgos. Situación que conlleva a la materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el manejo del impacto en el logro de los objetivos institucionales.

Por otra parte, el Equipo Auditor identifica que no existe una adecuada y completa identificación de riesgos que pueden afectar la totalidad de la operación del grupo auditado, conforme a las funciones asignadas y a las tipologías de riesgo definidas en la “*Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en entidades públicas*”.

Sumado a lo anterior, se identifica la existencia de controles que no resultan efectivos en la mitigación del riesgo. Un ejemplo de ello es el Control (1) definido para el riesgo de seguridad de la información (1), el cual establece que:

“El Proceso Reparación Integral como administrador de las herramientas tecnológicas del Proceso a través de los profesionales designados, forman, capacitan y sensibilizan a los colaboradores para que hagan uso responsable en el acceso y manejo de la información del Proceso Reparación Integral cada vez que se realicen ajustes que afecten los procesos de las herramientas, como evidencia quedan los soportes de las socializaciones y/o listados de asistencia. (A.6.3).”

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 44 de 113

Tras el análisis y evaluación de las evidencias suministradas, se concluye que estas no son suficientes para demostrar la efectividad ni la correcta aplicación del control evaluado. La información disponible no permite verificar de forma clara, completa y objetiva que el proceso se haya ejecutado conforme a los lineamientos establecidos. Adicionalmente, se identificó la ausencia de una asignación formal del responsable lo que dificulta la trazabilidad y el seguimiento de su implementación y desempeño. Asimismo, no se encuentra documentada la inclusión de las observaciones o desviaciones como parte integral del diseño del control, lo cual limita su capacidad de retroalimentación.

En consecuencia, se recomienda revisar el diseño del control, asegurando su alineación con los objetivos del proceso, la asignación clara de responsables y la incorporación de mecanismos de evaluación que generen evidencias suficientes, pertinentes y verificables para sustentar su eficacia en la mitigación del riesgo.

Respecto del control tres (3) del para el riesgo de seguridad de la información uno (1)

“Los administradores de las herramientas tecnológicas del Proceso Reparación Integral cada vez, generan mensajes de confirmación y validación frente a las transacciones (insertar, actualizar o eliminar) de información sobre el sistema de información. En caso de no confirmar la acción, la información no se actualizará. Como evidencia quedan pantallazos de los sistemas de validación implementados en las herramientas y/o logs de auditoría. (A.8.34).”

Se evidencia que el diseño del control carece de una asignación formal de un responsable, lo cual dificulta la trazabilidad y el seguimiento respecto a su implementación y desempeño. La ausencia de una figura claramente definida que lidere y supervise la ejecución del control compromete su eficacia y sostenibilidad en el tiempo.

Tampoco se encuentra documentada la forma en que deben gestionarse las observaciones, desviaciones o no conformidades detectadas durante la aplicación del control. Esta omisión limita significativamente la capacidad del control para generar retroalimentación oportuna, identificar oportunidades de mejora y asegurar la toma de acciones correctivas o preventivas, lo cual es fundamental para el fortalecimiento del sistema de control y la mitigación efectiva del riesgo asociado.

En este sentido, se recomienda revisar y actualizar el diseño del control, incorporando explícitamente la asignación de responsabilidades y los procedimientos para el tratamiento de desviaciones, a fin de asegurar un ciclo de mejora continua y una gestión eficaz del riesgo.

De acuerdo con el ejercicio de la auditoría realizados por el Equipo Auditor a la administración de los riesgos a la Dirección de Reparación - Proceso de Reparación Integral se debe dar cumplimiento

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 45 de 113

al 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; y

f) Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos.”

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

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

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.”

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 Sistema de Gestión, Modelo Integrado de Planeación y Gestión, 2023 V5, en la página 36 establece que:

“Esta es una tarea propia del equipo directivo y se debe hacer desde el ejercicio de Direcccionamiento 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.*

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 46 de 113

- *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.”*

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.”

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

“Evaluar la gestión del riesgo en la entidad.

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 47 de 113

objetivos en todos los niveles y los analiza como base para determinar el cómo deben gestionarse, para lo cual la entidad debe contar con mecanismos efectivos de evaluación de riesgos, con el fin de establecer el nivel de riesgo inherente y residual.

El Departamento Administrativo de la Función Pública dispone de una guía para la administración de los riesgos denominada “*Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas*” Versión 6, la cual es concordante con la Política Institucional de riesgos contenida en el Manual del Sistema Integrado de Gestión de la UARIV vigencia 2023 página 22, donde se establece que:

“5.5. Acciones para abordar riesgos y oportunidades

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

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

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

“El presente documento establece los lineamientos para la identificación, análisis, valoración, evaluación, tratamiento, respuesta a los riesgos integrales de la Unidad que puedan afectar la misión, el cumplimiento de los objetivos estratégicos y la gestión de los procesos, proyectos y planes institucionales, tomando como referencia las directrices del Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG, la responsabilidad de las líneas de defensa definidas en el Modelo Estándar de Control Interno – MECI, los requerimientos de la Guía para la administración del riesgo de FP, la Secretaría 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.”

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 48 de 113

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.

A partir del marco normativo, la 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 Sistema de Gestión, 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 Código:130.01.20-1. V 11 del 04 de diciembre de 2023, el Equipo Auditor establece que el proceso de Reparación Integral – Grupo de Retornos y Reubicaciones no cumple en su totalidad con los lineamientos estipulados en el marco normativo expuesto.

En términos generales, la auditada requiere de un mapa de riesgos que acopie de manera integral los efectos que se causan sobre las actividades que desarrolla consuetudinariamente, debido a eventos potenciales previsibles que no han sido identificados por los responsables de la gestión.

Debilidad No. 2.

El Equipo Auditor identificó una debilidad significativa al no evidenciar en el mapa de riesgos institucional de la vigencia 2024 de la Dirección de Reparación Proceso de Reparación Integral la inclusión de riesgos fiscales, los cuales se deben identifican a partir de la ejecución de actividades de Gestión Fiscal entre las cuales se encuentran: *administración, gestión, ordenación, ejecución, manejo, adquisición, planeación, conservación, custodia, explotación, enajenación, consumo, adjudicación, gasto, inversión y disposición de bienes o recursos públicos*, (contempladas en la versión número 6 de la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en entidades públicas emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública), y que la dirección actualmente lleva a cabo para el cumplimiento de sus funciones.

Por otra parte, el Equipo Auditor identificó una debilidad significativa en el diseño y documentación del Mapa de Riesgos Institucional de la vigencia 2024. Esta situación se evidenció particularmente en la descripción de los controles asociados a los riesgos analizados, afectando la eficacia del modelo de administración del riesgo adoptado por la entidad.

Durante la revisión de los dos (2) riesgos liderados por la dirección, se constató que la descripción de los controles asociados es incompleta y carece de elementos fundamentales que garanticen su adecuada implementación y seguimiento. Entre las omisiones se encuentran:

- Las evidencias suministradas no son suficientes ni adecuadas para demostrar que el control se esté aplicando correctamente, ni que esté cumpliendo con los objetivos para los cuales

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 49 de 113

fue diseñado. La falta de documentación clara, completa y objetiva impide verificar el cumplimiento de los lineamientos establecidos, lo cual limita la capacidad de evaluación y monitoreo de este.

- Que tres (3) controles carecen de la asignación formal de un responsable, lo que dificulta la trazabilidad, respecto a su funcionamiento. Esta falta de responsabilidad definida puede generar fallas en su aplicación y debilita la estructura del sistema de control.
- No se encuentra incorporado dentro del diseño de un (1) control el tratamiento de observaciones, desviaciones o no conformidades que puedan surgir durante su ejecución. Esta omisión limita la capacidad del control para generar retroalimentación, identificar causas raíz y establecer acciones correctivas o preventivas, afectando directamente su mejora continua y efectividad.

El Equipo Auditor estable como causas el desconocimiento de la metodología para la elaboración de la identificación de los controles que sean idóneos y adecuados para prevenir y/o mitigar los eventos potenciales, así mismo, ausencia en la identificación de los riesgos, y la pertinencia de las evidencias frente a los controles, así como el cumplimiento total de las actividades establecidas en la metodología de administración de riesgos, en cuanto a la materialización de riesgos.

Esta situación no se encuentra conforme con lo establecido en la Ley 87 de 1993, artículo 2º literales a) y f); el Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017, artículo 2.2.21.3.1; y el artículo 2.2.21.5.4 del mismo decreto. Igualmente, se contravienen los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública en el *Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión 2023 – Versión 5*, así como la *Guía para la Administración del Riesgo* y el *Diseño de Controles en Entidades Públicas – Versión 6*.

Esta debilidad fue comunicada a la Dra. Zoraida Hernández Pedraza Zoraida.Hernandez@unidadvictimas.gov.co Directora de Reparación en su calidad de auditado, mediante correo electrónico el viernes 6 de junio de 2025 a las 4:03 p.m., suscrito por el líder de la auditoría el profesional especializado Gonzalo Eduardo Amortegui Jimenez funcionario de la Oficina de Control Interno, en donde se le indico al auditado un plazo hasta el 13 de junio para aportar sus comentarios y evidencias.

De acuerdo con lo establecido en la actividad 9 del procedimiento: “Auditorías Internas al Sistema de Control Interno – Versión 8”. La Dirección de Reparación mediante correo electrónico del viernes 13 de junio de 2025 a las 4:53 p. m., remite respuesta a la Oficina de Control Interno, en los siguientes términos:

Respuesta de la auditada:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 50 de 113

“El proceso de Reparación Integral, como proceso misional cumple los objetivos Estratégicos Institucionales, en especial el objetivo Estratégico

1” Adelantar acciones integrales de prevención, atención, asistencia humanitaria, retornos, reubicaciones sostenibles y reparación transformadora de las víctimas individuales y colectivas, con enfoque territorial, diferencial y de centralidad en las víctimas, disminuyendo los rezagos históricos, promoviendo su fortalecimiento comunitario, estabilidad socioeconómica y autonomía, para lograr el acceso efectivo y pleno de sus derechos y la reconstrucción de sus proyectos de vida”. El proceso de Reparación Integral de reparación está alineado con los 5 componentes de la Estructura del Modelo de control interno-MECI y la dimensión 7 de MIPG se articulando las diferentes líneas de defensa para la evaluación y seguimiento del sistema de control interno fundamentada en la información, el control, evaluación y toma de decisiones a través de los indicadores de gestión del plan de acción, el mapa de riesgos institucional, la medición de salidas no conformes y puntos de control operacionales entre otros. En ese sentido, desde la Dirección de Reparación se evidenció el reporte de periódico del Plan de Acción e Indicadore, el seguimiento a Mapa de Riesgos, seguimiento y reportes de Salidas No Conformes, entre otros para el periodo auditado, de conformidad con las políticas institucionales establecidas. En relación con la primera parte de la observación referente a la descripción de los controles, se revisó la Matriz de Riesgos Institucional vigente desde 2024.

Esta fue aprobada en 2023 con visto bueno de la Oficina Asesora de Planeación y la Oficina de Tecnología de la Información. Dicha matriz se construyó conforme a la Metodología de Administración de Riesgos, código: 130.01.20-1, con fecha de publicación 04/12/2023 en la página web de la entidad. Según esta metodología, la estructura para la descripción de los controles debe considerar:

- *Responsable: Cargo del servidor que ejecuta el control o, en caso de controles automáticos, el sistema que lo realiza.*
- *Acción: Verbo que indica la acción del control (verifica, valida, concilia, etc.).*
- *Complemento: Detalles que permiten identificar el objeto del control (periodicidad, evidencia de soporte, acciones ante desviaciones). Tras la revisión, se concluye que los controles incluidos en la Matriz sí cumplen con esta estructura, por lo cual no se comparte la observación que indica incumplimiento en la descripción de los mismos.*

En cuanto a los controles desarrollados para el riesgo de seguridad de la información, se ha validado la efectividad de los controles con la Oficina de Tecnologías de Información de manera, quienes generan los lineamientos y realizan el seguimiento trimestral, indicando que “Se ha realizado una revisión detallada del repositorio del Proceso de Reparación Integral, en relación con el primer reporte de seguimiento de riesgos de seguridad de la información. Durante este proceso, se ha corroborado que las evidencias presentadas cumplen con los criterios establecidos, reflejando así una adecuada gestión del proceso. Es importante destacar que estas evidencias respaldan las actividades definidas en la Matriz de Riesgos de Seguridad de la Información correspondiente a la vigencia 2025. Su conformidad no solo demuestra el cumplimiento de los lineamientos establecidos por el proceso, sino también el compromiso con las directrices institucionales para la gestión y mitigación de riesgos.”.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 51 de 113

Según el correo de 22 de mayo de 2025 por parte Adriana Flórez. Igualmente manifestamos que para los riesgos de la vigencia 2024, se cuenta con el acta de aprobación de actualización de riesgos del Proceso Reparación Integral dando cumplimiento a los lineamientos establecidos en la metodología de Administración de Riesgos de la Unidad para las Víctimas en pro del mejoramiento continuo. (Acta No. 8 de la OTI con fecha 22 de noviembre de 2023). Adjuntamos correos y actas de soporte. Agradecemos que sea tenida en cuenta la respuesta frente a la observación planteada por ustedes para el levantamiento de la debilidad."

Consideraciones del auditor a la respuesta aportada

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa la respuesta emitida por la Dirección de Reparación - Proceso de Reparación Integral, en relación con la debilidad comunicada. Tras el análisis respectivo, se concluye que los argumentos presentados no desvirtúan de manera suficiente las causas que dieron origen a la debilidad formulada.

Si bien se reconoce la aceptación por parte del Proceso sobre la oportunidad de mejora identificada, especialmente en lo que respecta a la posibilidad de fortalecer la identificación de riesgos a través de un instrumento más robusto que contemple integralmente la operación misional conforme a las funciones asignadas, el Equipo Auditor considera necesario mantener la debilidad inicialmente comunicada.

Es importante resaltar que la rigurosidad del diseño y control de los riesgos es una característica intrínseca del modelo de riesgos. En efecto en la medida que este aspecto de la administración no recoja a cabalidad y estrictamente los mínimo lineamientos determinados por el Departamento Administrativo de la Función Pública, en desarrollo del marco normativo, se esta en posibilidad de materialización de riesgos, dado que no hay una clara determinación de la responsabilidad del control y ello con esta en armonía con lo dispuesto en la ley 87 de 1993 en sus artículo 3° literal c9 y artículo 6° referente a la responsabilidad del servidor publico en el control interno.

Asimismo, se resalta la importancia de actualizar los controles de manera más efectiva, en concordancia con los riesgos previamente definidos, lo cual debe ser un criterio fundamental para las futuras actualizaciones del sistema de control interno del proceso.

En consecuencia, el Equipo Auditor considera pertinente que la Dirección de Reparación - Proceso de Reparación Integral, elabore y ejecute un plan de mejoramiento, en el cual se definan acciones concretas orientadas a superar las causas que originaron la debilidad observada, con el fin de fortalecer el cumplimiento de los objetivos institucionales y garantizar una gestión más eficaz de los riesgos asociados.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 52 de 113

5.4 Análisis del sistema de Control Interno en relación con la ejecución del Plan de Acción 2024 de la Dirección de Reparación y el Grupo de Contribuciones a la Verdad, Convivencia Pacífica y Garantías de No Repetición

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el nivel de avance y ejecución del modelo de indicadores del plan de acción definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales b), c), d), e), g) y h) que la administración de los indicadores propende por:

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

La ley 87 de 1993 en su artículo 1° al definir el control interno determina que está integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, entre otros aspectos. De igual manera el artículo 4° literal c) al referirse a los elementos para el sistema de control interno ordena que:

“En toda la entidad bajo la responsabilidad de sus directivos debe por lo menos implementar los siguientes aspectos que deben orientar la aplicación del control interno, c) Adopción de un sistema de organización adecuado para ejecutar los planes.”

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 53 de 113

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

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

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

Lo anterior está dentro del ámbito de aplicación de lo dispuesto en la Ley 152 de 1994 artículo 26 que determina:

“Planes de acción. Con base en el Plan Nacional de Desarrollo aprobado cada uno de los organismos públicos de todo orden a los que se aplica esta Ley preparará su correspondiente plan de acción. En la elaboración del plan de acción y en la programación del gasto se tendrán en cuenta los principios a que se refiere el artículo 3° de la presente Ley, así como las disposiciones constitucionales y legales pertinentes.”

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

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

En lo que respecta al Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, se determina que:

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 54 de 113

De igual manera, en la dimensión 4ª evaluación de resultados del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, en los ítems 4.2.1. Seguimiento y evaluación del desempeño institucional se 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 resultados, Documentar los resultados de los ejercicios de seguimiento y evaluación”

y el 4.2.2. Evaluación de indicadores y metas de gobierno de entidades nacionales.

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

Asimismo, el modelo estándar de control de interno MECI, versión 2014, en el ítem 1.2.4 Indicadores de Gestión, dispone que:

“(…) Los Indicadores son mecanismos que permiten controlar el comportamiento de factores críticos en la ejecución de los planes, programas, proyectos y de los procesos de la entidad (…)”

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

Por consiguiente, el equipo auditor selecciona las actividades en cabeza de la Dirección de Reparación del Proceso Reparación Integral. De acuerdo con lo anterior, se aplica la matriz de seguimiento a la ejecución del Plan de Acción 2024, teniendo en cuenta que para este caso tiene para la vigencia 2024 una (1) sola actividad programada y nueve (9) reportes, de abril a diciembre.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 55 de 113

También, se selecciona las actividades del Grupo de Contribuciones a la Verdad, Convivencia Pacífica y Garantías de No Repetición (Grupo que hace parte de la Dirección de Reparación) del Proceso Reparación Integral aplicando la matriz de seguimiento a la ejecución del Plan de Acción 2024, teniendo en cuenta que para este otro caso tiene programado un solo reporte para la vigencia 2024 con fecha 30 de noviembre de 2024.

Una vez se haya efectuado el diligenciamiento de la citada herramienta con base en la información reportada en SISPLAN+ por parte de la Dirección de Reparación del Proceso Reparación Integral, el Equipo Auditor determina el nivel porcentual de avance y ejecución obtenido de acuerdo con las metas programadas en los periodos 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 de Reparación y con el Grupo de Contribuciones a la Verdad, Convivencia Pacífica y Garantías de No Repetición (Grupo que hace parte de la Dirección de Reparación) del Proceso Reparación Integral mediante su propio instrumento. Los resultados de esta evaluación se deben entender dentro de los lineamientos estratégicos institucionales. En este escenario, la metodología utilizada por la OAP es de análisis de comportamiento acumulado temporal, es decir, examina el quantum acumulado de la variable en un tiempo único específico. Por su parte, la Oficina de Control Interno realiza un examen disímil al comportamiento del reporte de las metas pactadas para el periodo establecido en el alcance de la auditoría. En este sentido, el análisis es diferente y tiene una razonabilidad distinta a la aplicada por la OAP. Aquí, la metodología de análisis corresponde al comportamiento multipunto de variable pre acumulada en diversos tiempos relacionada con la movilidad de cada variable en los segmentos de tiempo de reporte.

Plan de Acción 2024 a cargo específicamente de la Dirección de Reparación del Proceso Reparación Integral.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 56 de 113

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 bajo la responsabilidad de la Dirección de Reparación del Proceso Reparación Integral tiene una (1) sola actividad en el Plan de Acción para la vigencia 2024. Por consiguiente, los reportes a cargo del citado proceso se establecen para el segundo, tercer y cuarto trimestre de 2024, razón por la cual, la muestra de trabajo por cada trimestre es del 100% de la población.

La actividad en los tres (3) trimestres presenta estado superlativo, es decir que en dichos periodos el resultado de las metas tiene un mayor valor a lo planeado, toda vez que los reportes registrados exceden las metas trimestrales y mensuales programadas, así:

Segundo trimestre: abril 131%, mayo 145% y junio 164%.

Tercer semestre: julio 138%, agosto 114% y septiembre 116%.

Cuarto trimestre: octubre 108%, noviembre 106% y diciembre 120%.

Con el propósito de aclarar el significado de los “Estados” a través de los cuales la Oficina de Control Interno determina el cumplimiento o no de las metas programadas para cada una de las actividades registradas en plan de acción tanto de los procesos del nivel nacional como de las direcciones territoriales, a continuación, el Equipo Auditor presenta las definiciones, así:

Estado óptimo (100%): Las actividades reportadas frente a la meta programada, y que en dicho periodo (mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral, semestral o anual) se cumple lo planeado.

Estado Medio (entre el 60% y 99%): Las actividades reportadas frente a la meta programada, y que dicho periodo no cumple con lo planeado, pero si hay reporte de avance o ejecución significativo de las actividades.

Estado crítico (menor del 60%): Las actividades reportadas frente a la meta programada, y que en dicho periodo tiene un menor valor a lo planeado, es decir no se cumple lo planeado.

Estado superlativo (Mayor al 100%): Las actividades reportadas frente a meta programada, y que en dicho periodo tiene un mayor valor a lo planeado, es decir se excede a lo planeado.

Como evidencia de lo anteriormente descrito, se anexa captura de pantalla del seguimiento que realizó la Oficina de Control Interno al plan de acción 2024 asignado específicamente a la Dirección de Reparación del Proceso Reparación Integral, 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 113

 Unidad para las Víctimas		ACTIVIDADES DIRECCIÓN DE REPARACIÓN				
		1. Número de mujeres víctimas incluidas en el RUV, focalizadas y acompañadas diferencialmente con estrategias de reparación (Cód. 92 - Dirección de Reparación)				
		Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024
DIRECCIÓN DE REPARACIÓN		Reporte	Meta	Avance		
1	Enero	0	1	0	0%	0%
2	Febrero	0	1	0	0%	0%
3	Marzo	0	1	0	0%	0%
4	Abril	3140	2390	131,38	131%	15%
5	Mayo	6930	4772	145,22	145%	32%
6	Junio	11720	7154	163,82	164%	55%
7	Julio	13122	9536	137,6	138%	61%
8	Agosto	13634	11918	114,4	114%	64%
9	Septiembre	16567	14300	115,85	116%	77%
10	Octubre	17989	16682	107,83	108%	84%
11	Noviembre	20301	19064	106,49	106%	95%
12	Diciembre	25832	21444	120,46	120%	120%
OCI						120%
OAP						120%

Como se puede evidenciar, este análisis examina el movimiento del reporte y variable del tiempo 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 de Reparación del Proceso Reparación Integral, para ello cuenta 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 del reporte de las metas del plan de acción 2024 asignadas a la Dirección de Reparación del Proceso Reparación Integral, teniendo como parámetro de evaluación que tanto los reportes de avance como de ejecución deben corresponder al 100% de lo planeado.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA 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 113

Por consiguiente, se tiene que para los tres (3) trimestres de la vigencia 2024 el parámetro en mención no se cumple en las 9 metas programadas para esta actividad (lo que corresponde al 100% del total del indicador), toda vez que ésta presenta porcentajes de avance y cumplimiento superior al establecido desde abril hasta diciembre de 2024.

Por último, cabe aclarar que, a pesar de que en los 3 trimestres la actividad presenta nivel de avance y ejecución satisfactorio, los 9 reportes están por encima de la meta ideal del 100% (131%, 145%, 164%, 138%, 114%, 116%, 108%, 106% y 120%).

Plan de Acción 2024 a cargo específicamente del Grupo de Contribuciones a la Verdad, Convivencia Pacífica y Garantías de No Repetición (Grupo que hace parte de la Dirección de Reparación) del Proceso Reparación Integral.

La Oficina de Control Interno también realiza un análisis del comportamiento de cada uno de los reportes para cada una de las variables. En este escenario se observa que a cargo específicamente Grupo de Contribuciones a la Verdad, Convivencia Pacífica y Garantías de No Repetición (Grupo que hace parte de la Dirección de Reparación) del Proceso Reparación Integral se tiene en total 2 actividades en el Plan de Acción para la vigencia 2024. Por consiguiente, el único reporte a cargo del citado proceso se establece para el mes de noviembre de 2024, razón por la cual, la muestra de trabajo es de dos (2) actividades que corresponden al 100% de la población, donde se evidencia que una (1) actividad presenta estado óptimo del 100% y una (1) estado medio del 65%.

Es importante señalar que en el apartado anterior se presentaron las definiciones para aclarar el significado de los “Estados” a través de los cuales la Oficina de Control Interno determina el cumplimiento o no de las metas programadas para cada una de las actividades registradas en plan de acción tanto de los procesos del nivel nacional como de las direcciones territoriales.

Como evidencia de lo anteriormente descrito, se anexa captura de pantalla del seguimiento que realizó la Oficina de Control Interno al plan de acción 2024 bajo la responsabilidad del Grupo de Contribuciones a la Verdad, Convivencia Pacífica y Garantías de No Repetición (Grupo que hace parte de la Dirección de Reparación) del Proceso Reparación Integral, 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 59 de 113	

 Unidad para las Víctimas CONTRIBUCIONES A LA VERDAD, CONVIVENCIA PACÍFICA Y GARANTÍAS DE NO REPETICIÓN	1. Número de víctimas que acceden a medidas de garantías de no repetición a nivel individual (Cód 94)					2. Actos simbólicos y de dignificación implementados (Cód 95)				
	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		
1 Enero	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
2 Febrero	0	1	0	0%	0%	5	1	500	500%	13%
3 Marzo	0	1	0	0%	0%	5	1	500	500%	13%
4 Abril	0	1	0	0%	0%	0	40	0	0%	0%
5 Mayo	0	1	0	0%	0%	0	80	0	0%	0%
6 Junio	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
7 Julio	0	1	0	0%	0%	0	120	0	0%	0%
8 Agosto	0	1	0	0%	0%	0	140	0	0%	0%
9 Septiembre	0	1	0	0%	0%	0	161	0	0%	0%
10 Octubre	0	1	0	0%	0%	0	198	0	0%	0%
11 Noviembre	800	800	100	100%	100%	26	40	65	65%	65%
12 Diciembre	0	800	0	0%	0%	26	40	65	11%	65%
OCI					100%					65%
OAP					100%					65%

Como se puede evidenciar, este análisis examina el movimiento del reporte y variable del tiempo 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 específicamente por el Grupo de Contribuciones a la Verdad, Convivencia Pacífica y Garantías de No Repetición (Grupo que hace parte de la Dirección de Reparación) del Proceso Reparación Integral, para ello cuenta 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 del reporte de ejecución de las metas del plan de acción 2024 asignadas específicamente al Grupo de Contribuciones a la Verdad, Convivencia Pacífica y Garantías de No Repetición (Grupo que hace parte de la Dirección de Reparación) del Proceso Reparación Integral,

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 60 de 113

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 en el único reporte programado para el último trimestre de 2024 el parámetro en mención no se cumple en 1 de las 2 metas proyectadas (lo que corresponde al 50% del total de indicadores a 30 de noviembre de 2024), toda vez que la actividad denominada “Actos simbólicos y de dignificación implementados” identificada con el código 95, presenta un porcentaje de avance inferior (65%) al programado.

1	Satisfactorio	Entre 90% y 100%	1	50%
2	Aceptable	Entre 60 y 89%	1	50%
3	Insatisfactorio	Menor de 60%	0	0%
Total actividades Plan de Acción Grupo CVCPG NR 2024			2	100%

Debilidad No. 3

Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Dirección de Reparación y su Grupo de Contribuciones a la Verdad, Convivencia Pacífica y Garantías de No Repetición del Proceso Reparación Integral referente a la ejecución del total de actividades (indicadores) programada 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 y seguimiento de tableros de control que fortalezca el conocimiento en modelos de control gerencial. Lo anterior aumenta el riesgo en el incumplimiento de los objetivos institucionales.

Esta debilidad fue comunicada a la Dra. Zoraida Hernández Pedraza Zoraida.Hernandez@unidadvictimas.gov.co Directora de Reparación en su calidad de auditado, mediante correo electrónico el viernes 23 de mayo de 2025 a las 3:10 p. m., suscrito por el líder de la auditoria el profesional especializado Gonzalo Eduardo Amortegui Jimenez funcionario de la Oficina de Control Interno, en donde se le indico al auditado un plazo hasta el 30 de mayo para aportar sus comentarios y evidencias.

De acuerdo con lo establecido en la actividad 9 del procedimiento: “Auditorías Internas al Sistema de Control Interno – Versión 8”. La Dirección de Reparación mediante correo electrónico del viernes

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 61 de 113

30 de mayo de 2025 a las 10:36 a. m., remite respuesta a la Oficina de Control Interno, en los siguientes términos:

Respuesta de la auditada:

“En relación con la observación sobre la “debilidad en la gestión de la Dirección de Reparación y su Grupo de Contribuciones a la Verdad, Convivencia Pacífica y Garantías de No Repetición del Proceso de Reparación Integral, referente a la ejecución total de las actividades (indicadores) programadas en su Plan de Acción para la vigencia 2024”, es importante precisar lo siguiente: En el marco de la Planeación Institucional, el Proceso de Reparación Integral adelantó un ejercicio detallado conforme a la estrategia definida por la Oficina Asesora de Planeación, siguiendo las fases establecidas para dicho trabajo, con base en los lineamientos recibidos y los instrumentos revisados. Para la observación formulada por el equipo auditor sobre una presunta debilidad en la gestión del Proceso de Reparación Integral – Dirección de Reparación, específicamente en la ejecución de actividades programadas en el Plan de Acción 2024, es importante precisar que, en el caso del indicador “Número de mujeres víctimas incluidas en el RUV, focalizadas y acompañadas diferencialmente con estrategias de reparación”, su programación responde directamente a la batería de indicadores del CONPES 4031, cuya meta anual es de carácter inmodificable

Este indicador está orientado a implementar estrategias diferenciales de atención psicosocial y reparación simbólica dirigidas a mujeres víctimas, de conformidad con el artículo 13 de la Ley 1448 de 2011. Desde su formulación, se estableció una meta anual fija de 21.444 mujeres atendidas por año, lo cual se refleja de manera constante en el Plan de Acción institucional.

2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031
Programación Anual	194,524	215,968	237,412	258,856	280,300	301,744	323,188	344,632	366,076	387,520
		21,444	21,444	21,444	21,444	21,444	21,444	21,444	21,444	21,444

Programación indicador CONPES 4031

Por lo tanto, la programación no obedece a una falta de conocimiento en planeación, como se sugiere en la debilidad, sino al cumplimiento de compromisos de política pública definidos a nivel nacional. Además, esta programación sí se basó en el comportamiento histórico del indicador y en la capacidad operativa proyectada para el año 2024, manteniendo coherencia con el objetivo estratégico institucional orientado a garantizar una reparación transformadora con enfoque territorial y diferencial.

Adicionalmente, la Dirección de Reparación cuenta con tableros de control e informes de seguimiento específicos del proceso (los cuales fueron suministrados al equipo auditor), que permiten monitorear periódicamente los avances, tomar decisiones informadas y realizar ajustes operativos. Estos instrumentos son distintos a los de la Oficina Asesora de Planeación, pero están alineados con la política de seguimiento establecida en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. Por tanto, consideramos que la gestión y seguimiento del indicador ha sido técnica, oportuna y alineada con los

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 62 de 113

instrumentos de política pública, y que se han adoptado mecanismos de monitoreo efectivos que mitigan los riesgos señalados en la debilidad ya que se cumple con la meta establecida en la vigencia. Respecto al indicador 95, relacionado con la implementación de actos simbólicos y de dignificación, es importante precisar que la meta nacional establecida para la vigencia 2024 se definió con el propósito de ampliar y fortalecer las acciones conmemorativas y simbólicas más allá de las previamente priorizadas en la mesa de conmemoraciones. Esta decisión respondió a la necesidad de fortalecer la capacidad técnica, presupuestal y humana de la Dirección, y de garantizar una mayor representatividad y participación comunitaria en las acciones de memoria, en coherencia con los principios de la reparación integral. Adicionalmente, la definición de dicha meta tuvo como base los compromisos adquiridos por los altos directivos de la entidad frente a las comunidades en materia de memoria y dignificación, atendiendo las expectativas sociales y las dinámicas territoriales.

Ahora bien, durante la ejecución del Plan de Acción 2024 se presentaron circunstancias operativas que impactaron directamente en el desarrollo oportuno de las actividades previstas (dificultades en la contratación de profesionales y con la operación logística).

Frente a este escenario, el Equipo de Contribuciones a la Verdad, Convivencia Pacífica y Garantías de No Repetición, definió una meta nacional proyectada hacia el mes de noviembre, con el objetivo de permitir una gestión más flexible y realista, sin incurrir en incumplimientos mensuales que no respondieran a la capacidad operativa real.

Por tanto, y contrario a lo señalado en el hallazgo como una presunta deficiencia en la planeación, la meta y su programación obedecieron a un análisis técnico de las capacidades institucionales y a criterios de realidad operativa, sustentados en el seguimiento permanente que realiza el proceso a través de tableros de control e informes de avance.

En este sentido, las dificultades presentadas fueron variables exógenas identificadas y gestionadas, sin que ello signifique una ausencia de planeación o desconocimiento de las herramientas de seguimiento gerencial. Más bien, evidencian la necesidad de mejorar los tiempos y procesos administrativos, aspecto que se encuentra ya en revisión y ajuste para la siguiente vigencia.”

Consideraciones del auditor a la respuesta aportada:

El Equipo Auditor le informa a la Dirección de Reparación y el Grupo de Contribuciones a la Verdad, Convivencia Pacífica y Garantías de No Repetición del Proceso Reparación Integral que mantiene la debilidad registrada, toda vez que la Oficina de Control Interno en el seguimiento que realiza al plan de acción 2024 identifica un desfase porcentual tanto en la ejecución final de dicho plan como en los avances presentados de abril a noviembre de 2024, donde registra marcada diferencias (superiores a la meta ideal del 100%) en los nueve (9) reportes mensuales de acuerdo con la meta programada en cada uno desde abril hasta diciembre en el único indicador que le fue asignado a la Dirección de Reparación en la vigencia 2024, identificado con el código 92, así: abril (131%), mayo

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 63 de 113

(145%), junio (164%), julio (138%), agosto (114%), septiembre (116%), octubre (108%), noviembre (106) y diciembre (120%).

En cuanto al Grupo de Contribuciones a la Verdad, Convivencia Pacífica y Garantías de No Repetición, de los dos (2) indicadores que tuvieron a cargo para 2024, uno (1) con reporte único anual, registra un 65% de ejecución lo que muestra un incumplimiento a la meta programada para la vigencia 2024 (100%). Dicho contexto revalida lo descrito por la Oficina de Control Interno al indicar que las actividades que no cumplan plenamente el precepto de la Oficina Asesora de Planeación OAP (en estos casos superior e inferior a lo programado) son desviaciones que deben ser objeto de análisis por el proceso auditado, con el fin de identificar las falencias que generan el incumplimiento y considerar la posibilidad de replantear la estrategia implementada.

Es importante aclarar que, la Oficina de Control Interno en su rol de evaluación y seguimiento realiza trimestralmente la verificación y valoración de la información mensual reportada por las dependencias del nivel nacional y direcciones territoriales en el aplicativo SISPLAN+ donde corrobora que dicho reporte esté debidamente aprobado por la oficina asesora de planeación OAP, con el objetivo de que el seguimiento trimestral sea veraz.

Si bien es cierto que al finalizar la vigencia 2024, el Grupo de Contribuciones a la Verdad, Convivencia Pacífica y Garantías de No Repetición cumple al 100% en 1 de las 2 metas programadas, de igual manera es una realidad que muestra un evento impropio en el cumplimiento del plan de acción 2024 al presentar un porcentaje de ejecución inferior al proyectado en la meta del indicador identificado con el código 95 (como se describe de manera detallada en la debilidad), así mismo ocurre con la dirección de reparación, quien en este caso registra los reportes tanto de avances como de ejecución superior al programado. Esta situación desdice una apropiada gestión de lo planeado frente a lo ejecutado, este escenario no permite obtener el punto ideal de equilibrio que coadyuve al logro del objetivo institucional adecuado en su plan de acción.

De parte, el indicador del CONPES es bajo en comparación al logro de las metas. Ello no se puede determinar como una situación exógena a la entidad, dado que, en la construcción del plan de gobierno, en los documentos Conpes y demás instrumentos, la participación de la entidad es indispensable y por ende quien orienta en las metas que se van a trazar. Si la entidad estaba en capacidad de lograr mayor cobertura del indicador, en su oportunidad debió haberlo señalado y no usar ese aspecto como salvaguarda de la gestión. Aquí se aplica un principio universal del derecho, al señalar que nadie puede alegar en su beneficio su propia culpa. Ello implica que la responsabilidad del indicador es de la entidad y se debe establecer el mecanismo para explicar, de modo rotundo, la amplia variación del guarismo de la meta.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 64 de 113

5.5. Análisis del sistema de control interno en relación con las funciones y políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG de la Dirección de Reparación

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el cumplimiento de las funciones del Dirección de Reparación - Proceso de Reparación Integral contenidas en el artículo 21 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 de Reparación Proceso de Reparación Integral, son atendidas en la gestión institucional a nivel de la jurisdicción que le corresponde. Por consiguiente, se aplica la herramienta diseñada para verificar el cumplimiento de las 19 políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG- establecidas en el Decreto 1083 de 2015, que en su artículo 2.2.22.2.1. Políticas de Gestión y Desempeño Institucional, dispone que:

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 65 de 113

PARÁGRAFO. Las Políticas de Gestión y Desempeño Institucional se registrarán 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 2º de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del Sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales b), c), d), e), 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 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.”

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 66 de 113

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 de reparación se relacionan con todas las dimensiones de MIPG ni con todas las políticas.

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de las funciones y políticas del MIPG, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite a la Dirección de Reparación la matriz de evaluación de funciones, mediante correo electrónico del martes 07 de abril de 2025 a la 1:58 p.m. La dependencia da respuesta mediante correo electrónico del día 22 de abril a las 4:18 p.m. lo anterior con los respectivos soportes que desea hacer valer en el ejercicio auditor.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 67 de 113

El Equipo Auditor evalúa las evidencias registradas por la Dirección de Reparación 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 de Reparación 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 de Reparación 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 evaluadas las evidencias remitidas por la Dirección de Reparación relacionadas 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 dan certeza del cumplimiento de las funciones. Con respecto a las 19 políticas del MIPG, el Equipo Auditor evidencia que la información remitida por la Dirección de Reparación da plena certeza del cumplimiento de 19 políticas definidas en las dimensiones de MIPG. Como resultado del análisis efectuado a la evaluación de la herramienta cruzada “*funciones y políticas del MIPG*”, el Equipo Auditor establece que la Dirección de Reparación, cumple con la gestión de sus funciones y la implementación de las políticas de MIPG dispuesto en el marco normativo, por consiguiente, se evidencia un sistema de control interno que no presenta debilidad.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 68 de 113

5.6. Análisis del Sistema de Control Interno en el proceso de Gestión de la Información que gestiona la Dirección de Reparación en sus procesos donde intervienen los sistemas de información de la UARIV

El Equipo Auditor examina las evidencias aportadas por parte de la Dirección de Reparación conforme con las pruebas de recorrido realizadas el día 11 de mayo de 2025. El propósito es determinar si la Dirección de Reparación gestiona de manera adecuada y eficiente o posee las herramientas necesarias en los sistemas de información utilizados garantizando el aseguramiento y calidad de los datos generados.

El Decreto 1083 de 2015 en el artículo 2.2.22.3.2 define el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) como el:

“Marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio”.

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

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

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

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 69 de 113

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 1° al definir el control interno que:

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

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

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

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

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

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

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 70 de 113

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de las variables anteriormente indicada, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor solicito el agendamiento de unas pruebas de recorrido con el objetivo de evaluar la pertenencia, eficiencia y eficacia de los sistemas de información gestionados por la Dirección de Reparación, los cuales se están utilizando para dar cumplimiento a los procedimientos asociados a los procesos misionales, en donde a través de una entrevista con las personas responsables del proceso y el suministro de soportes requeridos tienen el propósito de determinar el nivel de los controles que se deben implementar para garantizar un óptimo funcionamiento, seguridad de la información, operatividad de los servicios y elementos de infraestructura tecnología los cuales definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales a), b), c), d), e), f), g) y h) que la administración del aseguramiento propende por:

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

El equipo auditor, a través de una solicitud efectuada por correo electrónico el lunes 13 de marzo a las 9:21 a.m. requiere la información de los sistemas de información que son utilizados en los diferentes procedimientos de la Dirección de Reparación, el auditado mediante correo electrónico brinda respuesta el 19 de marzo a las 15:50 p.m. en donde envía la matriz solicitada.

El equipo auditor evalúa la información suministrada y solicita al auditado mediante correo electrónico enviado el 21 de abril complementar la información con otro tipo de variables que permiten evidenciar las actividades que se realiza a través de los sistemas de información y específicamente la gestión y operatividad que se desarrolla en cada sistema, a lo cual el auditado

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 71 de 113

brinda respuesta mediante correo electrónico el día 28 de abril en donde complementa la información de la siguiente manera:

Proceso	Procedimiento	Sistemas utilizados	Número de Actividad de Gestión en el procedimiento	Modulo o Menú en el Sistema de Información que se utiliza	Tipo de Información que se ingresa se carga o se consulta en el sistema
Dirección de Reparación	Procedimiento liquidación y pago de sentencia CIDH víctimas integrantes y militantes de la Unión Patriótica vs Colombia - Código: 500,08,08-38 versión 02	INDEMNIZA	10 11	Consulta	Consulta de indemnizaciones previas (administrativas, judiciales) por los mismos hechos de la solicitud de pago según la sentencia de la CIDH. Consulta del valor de las indemnizaciones reconocidas por parte de la Unidad.
		ARCHIDHU	3 4 8	Bandeja Radicado	Solicitud por parte de las víctimas de la UP reconocidas en la sentencia de la CIDH o de sus apoderados o de las resoluciones de constatación de identidad y Parentesco. Documentación de la solicitud de pago de las Víctimas.
		RUV	10	Consulta	Consulta de indemnizaciones previas (administrativas, judiciales) por los mismos hechos de la solicitud de pago según la sentencia de la CIDH.
	Procedimiento Tejiéndonos - Código: 502,08,08-39 Versión 01	MAARIV	7 8 9 10 11 13 15	Encuentro 1 - Reconocimiento Comunitario Cod. 276 Encuentro 2 - Representaciones Sociales Cod. 277 Encuentro 3 - Prácticas Sociales/Tradicionales Cod. 278 Encuentro 4 - Análisis Territorial y Escenarios De Gestión Cod. 279 Encuentro 5 - Convivencia Cod. 280 Encuentro 6 - Trámite de Conflictos Cod. 281	7 se carga: Correo electrónico con el trámite de la solicitud, ID de las comunidades 8 Se carga: -Acta de aceptación de la estrategia, Consentimientos Informados, Acta de concertación de acciones autónomas, Acta de cierre, Listados de asistencias 9 Se gestiona: Aval de la información 10 Se gestiona: Notificación de rechazo en la herramienta tecnológica 11 se gestiona: Notificación de aprobación en la herramienta tecnológica 13 se gestiona: Se gestiona Aval de la información 15 se carga: Informes final cargado y aprobado en la herramienta tecnológica
	Procedimiento Diálogos Transformadores - Código: 500,08,08-36 - Versión 02	MAARIV	16 18 19	Actualmente MAARIV no tiene desplegable de Diálogos por lo que se usa el Cod. 201	16 Cargar: Formato informe detallado de las acciones de contribuciones aprobados. -Registro fotográfico -Formato de asistencia a actividades 18 Cargar: Informe de actividades semestral cualitativo aprobado por la coordinación del equipo de contribuciones. 19 Cargar: Informe de actividades anual aprobado por la coordinación del equipo de contribuciones
	Procedimiento reconocimiento de responsabilidades y otros actos de dignificación - Código: 500,08,08-37 - Versión 01	MAARIV	19 20	Sentencia Justicia y Paz Cod. 12 Actos de Reconocimiento Cod. 216 Implementación Sentencias Cod. 336	19 Cargar: El informe detallado de jornada en la herramienta tecnológica definida por la Dirección de Reparación 20 Gestionar: Informe detallado de jornada validado y aprobado en la herramienta.
	Procedimiento proyecto de fortalecimiento de iniciativas de reparación territoriales - estrategia transformando-nos - Código: 400,08,08-33 Versión 02	MAARIV	5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 22, 23, 24, 25, 26, 30, 31, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67	Iniciativas Locales Cod. 202 Clasificación De No Repetición Individual Cod. 254	8 Cargar: Crear las iniciativas mapeadas en el aplicativo MAARIV, concretamente en la pestaña Inicialmente mapeada - Anexo 18 Formato de mapeo de iniciativas de reparación territoriales en educación para la paz, socio productivas y socioculturales. 7. Dirigir: bitácora del momento 1 en MAARIV -cargar como soporte en PDF al correo enviado al líder / líderes de la iniciativa mapeada para presentar la iniciativa 9 consulta -Posibles postulantes que no enviaron la presentación de la iniciativa 10 Cargar/Gestionar -Selección de la opción desistimiento y con el cargo del correo electrónico que así sustenta que no se recibió la presentación de la iniciativa. 11PC Gestionar -Ajustar al momento 1 de la ruta en el MAARIV, identificando que efectivamente todos los soportes mencionados en las actividades 4 al 10 hayan sido efectivamente diligenciados y cargados en el momento 1 en el MAARIV. 12PC Gestionar -Paso 1 y 2 de la bitácora del momento 2 diligenciado en el MAARIV. 13 Gestionar -Paso 1 y 2 de la bitácora del momento 2, haciendo énfasis en el apartado "razones por las cuales no se evidencia anexo de la iniciativa con las medidas de OHR y/o MD" en MAARIV. 14 Gestionar -Paso 3 y 4 de la bitácora del momento 2 diligenciado en el MAARIV. 15 Cargar -Excel y Word Anexo 22 Método cuantitativo de priorización de iniciativas de reparación en educación para la paz, socioculturales o socio productivas para su acompañamiento al fortalecimiento, con resultados de la aplicación del método cuantitativo de priorización de iniciativas cargado en el apartado de documentos y anexos del MAARIV. 16 Cargar -Paso 3, 4 y 4.1, de la bitácora del momento 2 diligenciado en el MAARIV. 18 Cargar -Correo electrónico cargado en MAARIV en cual se informa al líder / líderes lo mismo que se le dijo de manera telefónica. Cambio de estado de la iniciativa de activo a cierre del acompañamiento o momento 2. 21 Cargar -Correo electrónico con el registro de intentos de contacto o situación de fuerza mayor. -Cambio de estado de la iniciativa de activo a cierre del acompañamiento o momento 2. 22PC Gestionar -Aprobación de documentos y del momento 2 en el MAARIV. 23 Gestionar -Bitácora del momento 3 diligenciado en MAARIV. 24 Cargar -Cargar en el momento 3 del MAARIV los documentos. Bitácora del momento 3 diligenciado en MAARIV. Tabla 11 del lineamiento técnico 26PC Consulta -Verificar en el MAARIV que todos los documentos generados estén diligenciados y cargados. 28PC Cerrar

El equipo auditor sobre la base de información enviada por la Dirección de Reparación evidencia que los sistemas de información que son utilizados para el cumplimiento de las actividades de los procedimientos del proceso misional son:

- **MAARIV** – Modelo de Atención, asistencia, y reparación Integral a las Víctimas
- **INDEMNIZA** – Herramienta Tecnológica que administra las indemnizaciones administrativas
- **RUV** – Registro Único de Víctimas
- **ARCHIDHU** – Gestor Documental de la UARIV

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 72 de 113

Los anteriores sistemas de información intervienen en los procedimientos del proceso donde se realiza el cargue, revisión, registro, autorización, validación y revisión de la documentación y datos que son necesarios para el cumplimiento del objetivo del proceso de reparación en sus diferentes fases, el quipo auditor programo una prueba de recorrido al proceso, la cual fue atendida el día 11 de mayo a las 8:30 a.m. y de lo cual se realizó una entrevista donde se realizaron las siguientes preguntas:

Sistema de Información – MAARIV

Pregunta	Observación OCI
¿Como se manejan los roles y demás accesos al sistema de información?	Para la asignación de accesos para todos los sistemas de información que se gestionan desde la Dirección de Reparación y sus Subdirecciones, estos se hacen a través de control y seguimiento del RNI, en donde se exige los debidos acuerdos de confidencialidad y demás documentos soporte para la creación del usuario, se evidencia por parte de la OCI un seguimiento y control a este tipo de solicitudes, adicionalmente los sistemas de información cuentan con niveles de parametrización que permite asignar roles restringidos en las diferentes fases de los procesos que solamente gestionará cada rol asignado, adicionalmente la Dirección de Reparación contempla un riesgo de seguridad de la información asociado a los roles o accesos que se permiten a los sistemas de información.
¿Cuáles son los controles de los documentos soporte aportados para iniciar el proceso?	Para la validación y calidad de los datos cargados en el sistema de información se evidencia roles de auditoría, donde se valida cada soporte por las diferentes fases, lo que garantiza un proceso de calidad en los datos y la información soporte.
¿Existen Procesos automatizados en el sistema?	No se evidencia proceso de automatización que permita para los usuarios una menor intervención de los documentos de salida de misión crítica, la cual se gestiona de manera manual con toda la información asociada a los soportes de cada fase de la ruta de reparación, esto representa un alto riesgo de pérdida, sustracción, modificación y fuga de información, adicionalmente también la calidad de los datos puede verse afectada precisamente porque no existe un control que permita la trazabilidad de cada registro.
¿El sistema de información posee auditorias de cambios en la data?	Se evidencia auditorías a los roles asignados de ingreso y salida del sistema, sin embargo, la información que arroja los logs que se guarda a través de una BD, no se les realiza ningún tipo de análisis ni tratamiento de los datos, solamente se realizan consultas cuando son requeridas.
¿El sistema permite la	Se evidencia que el sistema no posee la creación o elaboración de

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 73 de 113

realización de reportes consolidados?	reportes a partir de los datos cargados, lo que impide de manera directa la toma de decisiones, adicionalmente involucra el cruce de información de manera manual, lo cual expone un alto riesgo de cambios en los datos estadísticos y funcionales asociados a cada fase del proceso por posibles errores humanos o de manera intencional.
¿El sistema es interoperable con otros sistemas de información bien sean internos o externos?	El sistema no posee interoperabilidad con otros sistemas de información internos ni externos, las consultas de información se deben realizar a través de la base de datos, lo cual no es una buena práctica, con un alto riesgo de posibles cambios en la data sin contar con una trazabilidad del cambio de la información en sus registros.

Sistema de Información - INDENMIZA

Pregunta	Observación OCI
¿Cómo se manejan los roles y demás accesos al sistema de información?	Para la asignación de accesos para todos los sistemas de información que se gestionan desde la Dirección de Reparación y sus Subdirecciones, estos se hacen a través de control y seguimiento del RNI, en donde se exige los debidos acuerdos de confidencialidad y demás documentos soporte para la creación del usuario, se evidencia por parte de la OCI un seguimiento y control a este tipo de solicitudes, adicionalmente los sistemas de información cuentan con niveles de parametrización que permite asignar roles restringidos en las diferentes fases de los procesos que solamente gestionará cada rol asignado, adicionalmente la Dirección de Reparación contempla un riesgo de seguridad de la información asociado a los roles o accesos que se permiten a los sistemas de información.
¿Existen Procesos automatizados en el sistema?	No se evidencia la existencia de un proceso de automatización que permita reducir la intervención manual en la gestión de la información de salida correspondiente a procesos de misión crítica, particularmente en la etapa final del procedimiento de pago de indemnización a las víctimas. Actualmente, esta información se administra mediante matrices manuales que carecen de mecanismos de seguridad que impidan la modificación no autorizada de los datos. Esta situación representa un riesgo alto en términos de pérdida, sustracción, alteración o fuga de información. Adicionalmente, la calidad de los datos se ve comprometida debido a la ausencia de controles que garanticen la trazabilidad de cada registro, limitando así la confiabilidad y la integridad de la información procesada.
¿El sistema es interoperable con otros sistemas de información bien sean internos	El sistema no cuenta con mecanismos de interoperabilidad con otros sistemas de información, tanto internos como externos, lo cual representa un riesgo alto para la calidad de los datos gestionados por

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 74 de 113

o externos?	la UARIV en relación con cada víctima registrada en sus distintos procesos misionales. La ausencia de integración con bases de datos pertenecientes a sistemas de información de misión crítica incrementa la probabilidad de errores en el registro, así como la posible duplicidad de información, afectando la confiabilidad, consistencia y oportunidad de los datos utilizados en la toma de decisiones institucionales
-------------	--

Sistema de Información – RUV

El sistema de Información del Registro único de Víctimas – RUV es utilizado en la Dirección de Reparación para consulta de indemnizaciones previas de las víctimas por los mismos hechos, por lo tanto, por parte del equipo auditor se valida como se efectúa dichas consultas las cuales según el flujo de información son determinantes con el flujo que se gestiona en la herramienta MAARIV, no se evidencia la interoperabilidad entre estos dos (2) sistemas a la consulta e información.

Sistema de Información – ARCHIDHU

Pregunta	Observación OCI
¿Qué tipo de consulta se realiza con la DIAN?	La consulta que se realiza a la DIAN está asociada a las deudas que posee la víctima con la Dirección de Impuestos Nacionales, no se evidencia una interoperabilidad con la DIAN para este tipo de consultas.
¿Archidhu genera en el proceso alguna alerta de Gestión?	El sistema no genera ningún tipo de alerta de gestión sobre las acciones o actividades del proceso dentro del gestor documental.
¿Archidhu es interoperable con los sistemas que gestiona el proceso?	El sistema no posee interoperabilidad con los sistemas de información que maneja el proceso de Reparación presentando un alto riesgo en la calidad de los datos y en las consultas del flujo de información que se realicen.
¿Cuáles son los controles que se tiene en el Gestor Documental a la radicación de la solicitud del pago de la indemnización de la víctima?	Conforme a lo indicado no existen controles de información que permitan generar alertas sobre vencimientos y cambios que pueden afectar el flujo de la información.

Falta de Automatización de Gestión de Datos

El manejo manual de la información conlleva una serie de riesgos asociados a la manipulación de los diferentes datos utilizados y gestionados durante el proceso. Esta práctica puede derivar en situaciones como: deterioro en la calidad de los datos, pérdida de información, sustracción no

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 75 de 113

autorizada, modificación indebida y fuga de datos, sin que queden registradas las trazas correspondientes que permitan su detección y análisis posterior. Estos riesgos han sido debidamente identificados y están contemplados en el mapa de riesgos de la Entidad de la siguiente manera:

- a. *“Posibilidad de pérdida reputacional debido a la indisponibilidad o alteración de información, por incumplimiento de políticas y lineamientos relacionados con integridad contempladas por los principios de arquitectura.*
- b. *Posibilidad de pérdida reputacional por divulgación o alteración no autorizada de información, debido a la ausencia de políticas y controles a nivel de dominio y sistemas de información.*
- c. *Posibilidad de pérdida económica y reputacional por indisponibilidad, divulgación o alteración no autorizada de información, debido a no comprender las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas que puede presentar la UARIV respecto a la seguridad de la información por parte de los funcionarios, contratistas y operadores de la entidad.*
- d. *Posibilidad de pérdida reputacional por el incumplimiento ante las víctimas de los protocolos de seguridad, afectando la confidencialidad, integridad y/o disponibilidad de la información registrada en documento físico o digital, debido al acceso no controlado a información sensible / confidencial, incidencias y caídas de los aplicativos o herramientas tecnológicas y desconocimiento de la política general y específica de Seguridad de la Información de la Unidad.”*

Debilidad No. 4.

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, aplicando normas de auditoría generalmente aceptadas, evaluó los soportes suministrados por el auditado y la información recopilada durante las pruebas de recorrido. Como resultado de este análisis, se evidenció la ausencia de controles que permitan una gestión automatizada de los datos en las operaciones de misión crítica de los sistemas de información evaluados. Esta carencia representa una debilidad significativa, ya que impide prevenir de manera efectiva la manipulación no autorizada de la información, así como posibles alteraciones en los datos almacenados en las bases de datos institucionales.

La ausencia de un nivel de certeza que rompa el principio del escepticismo profesional donde se describan los métodos y las mejores estrategias en cuanto a calidad de los datos y disponibilidad de la información, no está conforme con lo dispuesto en los literales a), c), d) y e) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993, en concordancia con lo expuesto en las normativas y regulaciones expedidas por el Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones, en su modelo de gestión IT4+, en su numeral 1.6.4 Sistemas de información.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 76 de 113

Por lo anteriormente indicado el grupo auditor evidencia una debilidad en cuanto a que no se realiza ninguno tipo de control o seguimiento a los cambios o modificaciones de la información que se gestiona en sus fases que son catalogadas como de misión crítica y que involucran temas sensibles para la Entidad. Toda vez que su transformación y gestión de los datos en sus acciones se está realizando de manera manual, lo anterior no es conforme con lo establecido en la Resolución 500 de 2021 en donde se definen los lineamientos y estándares para la estrategia de seguridad digital, y la adopción del modelo de seguridad y privacidad de la información MSPI, como habilitador de la política de Gobierno Digital, el cual conduce a la preservación de la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información, adicionalmente al Decreto 338 de 2022 del Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones en su artículo 2.2.21..1.1.3, Definiciones en su numeral 12 Riesgo de Seguridad Digital el cual indica:

“Es la combinación de amenazas y/o vulnerabilidades que se pueden materializar en el curso de cualquier actividad en el entorno digital y que puede afectar el logro de los objetivos económicos o sociales al alterar la confidencialidad, integridad y disponibilidad”

Esta debilidad fue comunicada a la Dra. Zoraida Hernández Pedraza Zoraida.Hernandez@unidadvictimas.gov.co Directora de Reparación en su calidad de auditado, mediante correo electrónico el martes 3 de junio de 2025 a las 4:44 p.m., suscrito por el líder de la auditoria el profesional especializado Gonzalo Eduardo Amortegui Jimenez funcionario de la Oficina de Control Interno, en donde se le indico al auditado un plazo hasta el 10 de junio para aportar sus comentarios y evidencias.

De acuerdo con lo establecido en la actividad 9 del procedimiento: “Auditorías Internas al Sistema de Control Interno – Versión 8”. La Dirección de Reparación mediante correo electrónico del miércoles 11 de junio de 2025 a las 5:42 p. m., remite respuesta a la Oficina de Control Interno, (cabe mencionar que el auditado envía estas observaciones de manera extemporánea dado el plazo indicado por el grupo auditor), las observaciones fueron las siguientes:

Respuesta de la auditada:

“En v MAARIV cuenta con log de auditoría, es decir, un registro cronológico de las actividades realizadas que permite identificar quién realizó qué acción, cuándo y qué impacto tuvo. Aunado a lo anterior, desde el equipo de Control y Seguimiento se realizan auditorias sobre el cargue de información y posterior a eso mesas de trabajo con la retroalimentación a los equipos de trabajo. Si bien, el proceso de auditoria no está automatizado en un cien por ciento, si se busca fortalecer el nivel de seguridad de la información mediante el nuevo desarrollo SIDIR (...).” (Subrayado fuera de texto).

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 77 de 113

Consideraciones del auditor a la repuesta entregada:

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evaluó la respuesta proporcionada por la Dirección de Reparación y considera que los argumentos expuestos no desvirtúan las causas que sustentan la debilidad identificada. Esto se debe a que la información gestionada en el sistema “MAARIV”, considerada de misión crítica en sus distintos módulos, requiere un tratamiento automatizado para registrar las variaciones o modificaciones (auditorías) realizadas en los datos. Dicho tratamiento debe permitir la identificación eficiente y efectiva de aspectos relacionados con la seguridad de la información. Por lo tanto, la debilidad se mantiene con el propósito de facilitar la implementación de un plan de mejoramiento.

Falta de Interoperabilidad con los sistemas de información

El Equipo Auditor de Control Interno evalúa, con normas de auditoria generalmente aceptadas, los soportes suministrados por el auditado y la información tomada de la prueba de recorrido efectuadas, donde se evidencia la ausencia de la falta de interoperabilidad de los sistemas de información utilizados por la Dirección de Reparación evaluados en esta auditoria con los sistemas de información de la UARIV donde se interactúa en los diferentes procesos y acciones asociadas.

Debilidad No. 5

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evidenció la falta de interoperabilidad entre los sistemas de información utilizados en las distintas instancias del proceso de reparación. Esta situación impide una gestión integrada de los datos recolectados a lo largo de los diferentes procedimientos, lo que representa un riesgo significativo en términos de control, trazabilidad y tratamiento eficiente de la información. La ausencia de mecanismos que permitan unificar y centralizar los datos en una única instancia limita la capacidad de la Entidad para optimizar procesos, tomar decisiones informadas y avanzar hacia un crecimiento evolutivo y progresivo. Esta deficiencia no solo obstaculiza el cumplimiento de los objetivos institucionales, sino que también dificulta la articulación e interoperabilidad de la información con otras entidades del Estado, aspecto clave para fortalecer la gestión pública y garantizar una administración eficiente y transparente.

La ausencia de un marco técnico regulado en donde se indiquen de manera concisa los lineamientos en donde se describa los organismos encargados de asegurar que a través de las tecnologías de la información se puedan cumplir los objetivos, evaluando las necesidades de la Entidad determinando prioridades y planificando de manera oportuna, eficiente y eficaz los métodos y las mejores estrategias en cuanto a gobernabilidad de los sistemas de Información y las comunicaciones, no está conforme con lo dispuesto en los literales a), c), d), e) y f) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993, en concordancia con lo expuesto en las normativas y regulaciones expedidas por el Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en cuanto a Arquitectura Empresarial en su G.GOB.01 Guía del dominio de Gobierno de TI.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 78 de 113

Esta debilidad fue comunicada a la Dra. Zoraida Hernández Pedraza Zoraida.Hernandez@unidadvictimas.gov.co Directora de Reparación en su calidad de auditado, mediante correo electrónico el martes 3 de junio de 2025 a las 4:44 p.m., suscrito por el líder de la auditoria el profesional especializado Gonzalo Eduardo Amortegui Jimenez funcionario de la Oficina de Control Interno, en donde se le indico al auditado un plazo hasta el 10 de junio para aportar sus comentarios y evidencias.

De acuerdo con lo establecido en la actividad 9 del procedimiento: “Auditorías Internas al Sistema de Control Interno – Versión 8”. La Dirección de Reparación mediante correo electrónico del miércoles 11 de junio de 2025 a las 5:42 p. m., remite respuesta a la Oficina de Control Interno, (cabe mencionar que el auditado envía estas observaciones de manera extemporánea dado el plazo indicado por el grupo auditor), las observaciones fueron las siguientes:

Respuesta de la auditada:

“En cuanto a la interoperabilidad, MAARIV interactúa con SGV respecto a lo que tiene que ver con la toma de solicitud para el proceso de Retornos y Reubicaciones. Es por lo que, en la actualidad se trabaja de manera articulada con la Oficina de Tecnologías de la Información en el desarrollo de una plataforma tecnológica (SIDIR) que permita asegurar la mayoría de los procesos de la DR dentro de un único sistema y se integre a través de microservicios a las demás herramientas tecnológicas de la Unidad. Esto permitirá el fortalecimiento de los procesos de la dirección de reparación, sus subdirecciones y grupos de trabajo ya que se podrá integrar todo el proceso de reparación y no solamente el resultado de las gestiones.”

Consideraciones del auditor a la respuesta aportada:

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evaluó la respuesta presentada por la Dirección de Reparación y considera que los argumentos expuestos no desvirtúan las causas que sustentan la debilidad, ya que las acciones actuales corresponden a mejoras encaminadas a superarla. No obstante, al mantenerse la debilidad, la Dirección de Reparación podrá incluir su plan de trabajo relacionado con el desarrollo de la plataforma tecnológica (SIDIR) dentro del plan de mejoramiento, lo que permitirá a las áreas responsables de control realizar un seguimiento tanto al cumplimiento de las acciones como a su efectividad.

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

Falta de seguimiento auditorias Sistemas de Información

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 79 de 113

El Equipo Auditor de Control Interno, aplicando normas de auditoría generalmente aceptadas, evaluó los soportes suministrados por el auditado, así como la información recopilada durante la prueba de recorrido. En este análisis se evidenció la ausencia de un seguimiento y control adecuados sobre los logs generados por las diferentes auditorías integradas en los sistemas de información evaluados. Esta deficiencia representa una exposición crítica para la información gestionada por la Entidad en sus diversos procesos, al aumentar significativamente el riesgo de manipulación o intervención indebida de los datos. Adicionalmente, se constató que las trazas generadas no son objeto de análisis mediante sentencias o mecanismos automatizados que permitan generar alertas ante alteraciones o modificaciones en los registros, ya sea en función de su pertenencia o del nivel de sensibilidad de la información.

Debilidad No. 6

No se evidencia que los sistemas de información auditados cuenten con la implementación de un módulo de gestión de auditoría que permita emitir alertas ante cambios o modificaciones en los registros de datos procesados durante las distintas actividades de los procedimientos. Tampoco se observan sentencias de código diseñadas para identificar dichas modificaciones, ya sean autorizadas como resultado de reprocesos o producto de vulnerabilidades que puedan afectar la integridad de la información.

La ausencia de estos controles impide la realización de revisiones periódicas y sistemáticas para el monitoreo de datos e ingresos, los cuales pueden ser determinantes en la detección de fugas de información o accesos no autorizados a datos sensibles o críticos de la Entidad.

Esta situación representa un riesgo alto, ya que el sistema puede estar expuesto a cambios o inclusiones no autorizadas en la información, siendo considerados sistemas de misión crítica debido al rol que cumplen en el procesamiento de datos esenciales para el cumplimiento de las funciones institucionales y misionales de la Entidad.

La ausencia de un marco claro, expreso y de amplio conocimiento de los controles mínimos de un sistema de 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 las normativas expuestas por el Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones en cuanto a arquitectura y diseño de las aplicaciones como lo indica Manual de Gobierno Digital - Arquitectura y Diseño y el modelo de gestión IT4+, las cuales se deben implementar en los sistemas de información utilizados por las entidades de gobierno. La potencial causa de esta debilidad se puede ubicar en el desconocimiento de los marcos normativos que definen la gestión de la información, y el uso de buenas prácticas en la arquitectura y diseño de los sistemas e incluso orientaciones de las normas ISO en cuanto a seguridad de la información como referentes internacionales, lo cual se constituye en el principal riesgo.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 80 de 113

Esta debilidad fue comunicada a la Dra. Zoraida Hernández Pedraza Zoraida.Hernandez@unidadvictimas.gov.co Directora de Reparación en su calidad de auditado, mediante correo electrónico el martes 3 de junio de 2025 a las 4:44 p.m., suscrito por el líder de la auditoria el profesional especializado Gonzalo Eduardo Amortegui Jimenez funcionario de la Oficina de Control Interno, en donde se le indico al auditado un plazo hasta el 10 de junio para aportar sus comentarios y evidencias.

De acuerdo con lo establecido en la actividad 9 del procedimiento: “Auditorías Internas al Sistema de Control Interno – Versión 8”. La Dirección de Reparación mediante correo electrónico del miércoles 11 de junio de 2025 a las 5:42 p. m., remite respuesta a la Oficina de Control Interno, (cabe mencionar que el auditado envía estas observaciones de manera extemporánea dado el plazo indicado por el grupo auditor), las observaciones fueron las siguientes:

Respuesta de la auditada:

“No se MAARIV cuenta con un sistema de alerta temprana, el cual se manifiesta en situaciones de cambios o modificaciones en los registros de los datos procesados y en las diferentes actividades del proceso. Sin embargo, aunque se cuenten con alertas de seguridad, códigos de verificación, entre otras, desde la dirección de reparación se busca fortalecer este sistema a través de la puesta en marcha del nuevo desarrollo (SIDIR), ya que ésta se encuentra soportada en tecnología de punta y alineada a los componentes arquitectónicos empresariales”.

Consideraciones del auditor a la respuesta aportada:

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evaluó la respuesta emitida por la Dirección de Reparación y considera que los argumentos planteados no son suficientes para disipar el escepticismo profesional ni aportan los elementos necesarios para alcanzar un nivel de certeza que permita concluir que las causas de la debilidad han sido superadas o adecuadamente controladas. Esto se debe a que no se evidencia una gestión efectiva de los datos generados a partir de las auditorías implementadas en el sistema de información (análisis), que permita identificar y concluir de manera clara las situaciones o posibles vulnerabilidades de la información en sus diferentes estados, así como las alertas generadas.

En consecuencia, el Equipo Auditor considera pertinente mantener la debilidad para efectos de que la dependencia responsable realice el plan de mejoramiento donde a partir de la debilidad comunicada pueda generar un plan de mejoramiento en donde se defina los responsables, alcances, entregables y tiempos de ejecución.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 81 de 113

5.7 Análisis del Sistema de Control Interno sobre Gestión Interna de la Dirección de Reparación

5.7.1 Análisis del Sistema de Control Interno sobre la Gestión Financiera y Contractual

El Equipo Auditor solicita por correo electrónico a la Dirección de Reparación el día 11 de abril de 2025 a las 6:16 p.m. el diligenciamiento de la “Herramienta Financiera” donde se solicitó la relación de contratos de la dependencia junto a la información de rubros presupuestales valores, CDP, RP, número y valor de contratos.

Según la información reportada se evidenció que durante la vigencia 2024 la Dirección de Reparación supervisó y ejecutó el Contrato 1709 del 2024 con el Proveedor Unión Temporal Espectra 2024. El contrato cita en su clausulado el siguiente objeto:

“Prestar los servicios de un operador logístico, para apoyar la organización, producción y realización de eventos en las jornadas y/o acciones que adelanta la Unidad para la implementación de medidas de reparación integral a las víctimas del conflicto armado que le sean solicitadas por la Unidad, de acuerdo con los requerimientos técnicos y de conformidad con el Anexo Técnico.”

El valor total del contrato definido fue de \$54.278.502.149, el cual se asigna desde cuatro (4) de los proyectos de inversión y del rubro de funcionamiento “Transferencias Corrientes” de la unidad como se observa a continuación:

Nombre del Proyecto	Valor Asignado	% Participación
Implementación de las medidas de reparación en las víctimas del conflicto armado a nivel nacional.	\$ 29.421.131.408,00	54,20%
Fortalecimiento a la implementación de la política pública de atención, asistencia y reparación integral de las víctimas pertenecientes a los pueblos y comunidades étnicas a nivel nacional.	\$ 18.711.308.145,00	34,47%
Fortalecimiento de las medidas de prevención y asistencia para la población víctima a nivel nacional.	\$ 3.483.897.646,00	6,42%
Implementación de los procesos de retornos, reubicación e integración local de los hogares y comunidades víctimas del desplazamiento forzado a nivel nacional.	\$ 2.200.000.000,00	4,05%
Transferencias Corrientes.	\$ 462.164.950,00	0,85%
Total	\$ 54.278.502.149,00	100,00%

Fuente: Herramienta Financiera OCI y Ejecución desagregada UARIV.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 82 de 113

Revisando la asignación por cada una de las dependencias, se observa lo siguiente:

Dependencias	Valor Asignado	% Participación
Subdirección de Reparación Colectiva	32.712.719.736,00	60,27%
Grupo de Enfoque Psicosocial	14.050.460.501,00	25,89%
Subdirección de Reparación Individual	3.590.164.950,00	6,61%
Grupo de Retornos y Reubicaciones	2.200.000.000,00	4,05%
Equipo contribuciones y Grupo Emprendimientos	1.725.156.962,00	3,18%
Total	54.278.502.149,00	100,00%

Fuente: Herramienta Financiera OCI y Ejecución desagregada UARIV.

Se destaca que la dependencia que proporciona la mayor participación de presupuesto es la Subdirección de Reparación Colectiva con un 60.27% del total del contrato; esto principalmente porque las actividades misionales de esta se deben realizar y tienen un desarrollo en territorio, el cual presupone actividades logísticas relevantes relacionadas con alimentación, hospedaje y transporte.

La ejecución del contrato comenzó según la información de la plataforma SECOP II el día 7 de mayo de 2024 y su fecha de terminación fue el 31 de diciembre de 2024. En la entrevista realizada con la Directora de Reparación el día 6 de mayo de 2025, se indicó que al interior de la dependencia se contó con un equipo interno específico denominado “Equipo financiero y operador logístico” que realizó control y seguimiento de la documentación entregada por el operador según las indicaciones que se encontraban en el Anexo Técnico del Contrato y en cumplimiento de la normativa interna incluida en el “Procedimiento solicitud requerimiento operador”.

Los funcionarios encargados del seguimiento proporcionaron al Equipo Auditor el documento en formato Excel denominado “Contrato_1709_2024 Espectra_Matriz de seguimiento 2024”, en el cual se pueden evidenciar el control realizado a los eventos desarrollados durante la ejecución del contrato. En ellos se puede dilucidar el número de eventos realizados por las subdirecciones y los equipos de todo el proceso de Reparación Integral, así también se puede observar el valor de facturación de los eventos, esta información se condensa en la siguiente tabla:

Dependencia	Valor Facturado	% Valor facturado	Numero de eventos	% Numero de Evento
Subdirección de Reparación Colectiva	\$ 31.122.353.046,74	60,64%	1632	39,03%
Psicosocial Colectiva	\$ 5.268.177.007,51	10,27%	413	9,88%
Dirección de Reparación	\$ 4.315.338.928,72	8,41%	67	1,60%
Contribuciones	\$ 3.780.249.462,49	7,37%	1112	26,60%

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 83 de 113

Retorno y reubicaciones	\$ 2.649.729.345,00	5,16%	181	4,33%
Psicosocial	\$ 1.106.668.506,80	2,16%	398	9,52%
Subdirección de Reparación Individual	\$ 1.062.591.218,15	2,07%	157	3,76%
Psicosocial Entregas	\$ 863.995.718,15	1,68%	151	3,61%
Emprendimientos	\$ 702.842.810,77	1,37%	67	1,60%
Fondo de Reparación a Víctimas	\$ 449.686.953,00	0,88%	3	0,07%
Total	\$ 51.321.632.997,31	100,00%	4181	100,00%

Fuente: Documento Contrato_1709_2024 Espectra_Matriz de seguimiento 2024 suministrado por Dirección de Reparación

Se evidencia con la información suministrada por la dirección, que tanto el mayor valor facturado y el mayor número de eventos realizados se relacionan con actividades de la misionalidad específica de la Subdirección de Reparación Colectiva, por tanto es muy relevante realizar una planeación oportuna frente a estos eventos para que se puedan llevar a cabo sin inconvenientes y teniendo en cuenta toda la normativa interna y lo determinado en los clausulados y anexos técnicos que aborden este tipo de contratos.

Según la información enviada por la dependencia, también se puede observar el valor que se ha ejecutado por cada uno de los ítems de logística que se incluyen en el anexo técnico y que se deben verificar constantemente, la información se evidencia en la siguiente tabla:

Item Logistico	Valor a Facturar	% Participación item
Alimentación	\$ 10.021.393.982,04	23,09%
Ollas Comunitarias	\$ 9.607.271.619,00	22,14%
Reembolso De Transporte	\$ 4.522.386.516,00	10,42%
Logística	\$ 4.359.087.797,00	10,05%
Ítems No Incluidos En El Tarifario	\$ 3.712.594.293,66	8,56%
Valor Intermediación	\$ 2.358.865.331,14	5,44%
Materiales	\$ 1.848.694.648,42	4,26%
Transporte Especial	\$ 1.735.196.642,00	4,00%
Gasolina	\$ 1.466.190.192,00	3,38%
Armonización o Ritual	\$ 1.343.112.715,00	3,10%
Tallerista	\$ 754.027.345,00	1,74%
Alojamiento Comunitario	\$ 753.025.090,00	1,74%
Medico Tradicional	\$ 423.553.109,00	0,98%
Elementos Tradicionales	\$ 214.085.148,00	0,49%
Bioseguridad	\$ 165.541.347,00	0,38%
Hospedaje	\$ 109.128.803,00	0,25%

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 84 de 113

Se evidencia que alrededor de un 45,23% de los recursos asignados en los eventos se utilizan para la alimentación de los beneficiados en estas reuniones ya que las actividades usualmente pueden realizarse en jornadas de más de un día donde es muy relevante el encuentro alrededor de la alimentación.

5.7.2 Análisis del Sistema de Control Interno sobre la Gestión PQRS del Grupo Administrador del Fondo de Reparación de Víctimas – FRV

La Política de Servicio al Ciudadano que se incluye en la Dimensión 3° “Gestión con valores para resultados” del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) tiene como propósito garantizar el acceso efectivo, oportuno y de calidad de los ciudadanos a sus derechos en todos los escenarios de relacionamiento con el Estado y su implementación trasciende la atención oportuna y con calidad de requerimientos ciudadanos.

Por esta razón, se verifico la información suministrada por el Outsourcing S.A.S. BIC en cuanto a los “Pendientes LEX Canal escrito al 12 de mayo de 2025”, evidenciándose para esta fecha 25.776 casos pendientes por insumo según el filtro en el campo “SUB-ESTADO” con la variable “DIRECCIÓN DE REPARACIÓN”.

A continuación, para verificar el tiempo de respuesta de estos casos se filtró el campo denominado “Términos” escogiendo la categoría “Vencido” encontrándose en total 20.296 casos que según la base se encuentran fuera de tiempo para dar la respuesta oportuna, los cuales tienen la siguiente distribución por año de radicación:

Año de Radicación	Número de radicados
2020	2
2021	2
2022	54
2023	306
2024	5.105
2025	14.826

Informacion Pendientes LEX Canal escrito 12 de mayo de 2025

Elaborado por Equipo Auditor

En la entrevista con la Dirección de Reparación, se consultó sobre la situación de las Peticiones, Quejas y Reclamos indicándose que alrededor de 70% de la PQRS que llegan a la unidad son responsabilidad de la Dirección de Reparación o sus dependencias anexas (Subdirección Reparación Individual, Subdirección Reparación Colectiva, Retorno y/o Reubicación, Fondo de Reparación, y Enfoque Psicosocial)

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 85 de 113

En esta reunión, se indicaron los inconvenientes que se presentan para la elaboración y envío de las respuestas, entre las cuales refirieron:

- Necesidad de realizar revisiones para cada uno de los beneficiarios cuando se la solicitud se enfoca en temas como la “Toma de solicitud simplificada”.
- Restricción para cargue de respuesta en el aplicativo ARCHIDHU, máximo de 5.000 documentos diarios.
- Los cargues masivos de respuestas se efectúan en horario no laboral (noches y fines de semana), esto para evitar que se colapse el sistema ARCHIDHU. Buscando que no haya afectaciones para funcionarios y contratistas en su horario de trabajo normal.
- Falta de personal para la elaboración de respuestas, al momento de la visita todos los contratistas y funcionarios de la dirección están respondiendo PQRS buscando la disminución de tramites vencidos.
- Falta del operador logístico que tramita solicitudes, el cual a la fecha de auditoria está en proceso de contratación.
- La misionalidad de la dirección no se enfoca a la respuesta de PQRS ya que se encuentran muchos otros temas para desarrollar.

Además, se señaló que en el año 2025 se están elaborando informes diarios para conocer cómo va el proceso de respuesta y rezago, se están creando estrategias para poder responder rápidamente casos específicos que se conocen y no tienen necesidad de escalamiento, buscando especialmente contestar todos los derechos de petición evitando que se conviertan en acciones constitucionales que pueda afectar al Director General de la unidad o a las personas que están a cargo de la Dirección de Reparación.

En la entrevista se puntualizó que la dirección realiza seguimiento y busca fortalecer la gestión para todas las PQRS, pero que responde específicamente por los tramites de las categorías “Enfoque Psicosocial” y “Retorno y Reubicación” del campo “Dependencia” que se encuentran en el documento “Pendientes LEX Canal escrito al 12 de mayo de 2025”. Revisando estas dos variables en el archivo se observa que tienen en total 1.184 trámites pendientes por insumo, de los cuales 911 se encuentran “Vencidos” según el tiempo máximo definido legalmente.

Es importante indicar que la dirección durante el año 2024 efectuó seguimiento a las respuestas institucionales de las subdirecciones y coordinaciones buscando hacer un trabajo conjunto con sus dependencias desde el mes de febrero de 2024, esto para responder las solicitudes rezagadas de ese corte, alrededor de 16.744 PQRS.

Se evidenció, con los soportes remitidos por el auditado, que se llevaron a cabo 15 meses de seguimiento entre los meses de febrero y diciembre de 2024, logrando responder 16.245 de las

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 86 de 113

16.744 PQRS, lo que represento un cumplimiento del 97% al 30 de diciembre. No obstante, también se observó que durante el seguimiento continuaban acumulándose los tramites ingresados en 2024, registrándose a esa misma fecha 6.590 PQRS pendientes en la bandeja de la dirección.

Si bien se observa que la dirección realiza seguimientos a sus dependencias, es fundamental un esfuerzo de toda la unidad para dar la respuesta efectiva a este tema, por tanto, se genera la siguiente debilidad:

Debilidad No. 7

El Equipo Auditor al 12 de mayo de 2025 encuentra que la Dirección de Reparación, tiene 1.184 casos PQR'S pendientes por insumo en canal escrito LEX, de estos 911 se encuentran por fuera de los términos establecidos para dar respuesta, evidenciándose un (1) caso radicado del año 2021, veinte (20) casos del año 2022, noventa y tres (93) casos del año 2023, cuatrocientos nueve (409) casos del año 2024 y trescientos ochenta y ocho (388) casos del año 2025. Esta situación genera el incumplimiento del artículo 14 de la Ley 1755 de 2015, el cual establece:

"Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. Salvo norma legal especial y so pena de sanción disciplinaria, toda petición deberá resolverse dentro de los quince (15) días siguientes a su recepción. Estará sometida a término especial la resolución de las siguientes peticiones:

1. Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.

2. Las peticiones mediante las cuales se eleva una consulta a las autoridades en relación con las materias a su cargo deberán resolverse dentro de los treinta (30) días siguientes a su recepción"

Además, esta problemática contradice los principios de la Política de Servicio al Ciudadano del MIPG, la cual exige garantizar en la entidad el acceso efectivo, oportuno y de calidad de los ciudadanos a sus derechos en todos los escenarios de relacionamiento con el estado.

Sin embargo, se debe indicar que en el año 2024 la dirección realizó seguimiento continuo a las peticiones rezagadas con cada una de las dependencias, y en el año 2025 se vienen elaborando informes diarios para mantener monitoreada la situación.

Sin embargo, es fundamental el desarrollo de estrategias macro con el apoyo de la Alta Dirección de la Unidad con el fin de lograr que el número de PQRS rezagadas disminuya totalmente, además que se validen y acojan medidas establecidas en la ley para ampliar los términos, en los casos que

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 87 de 113

sea posible y de esta manera contar con un tiempo razonable y si es posible se exploren nuevas tecnologías y proyectos de innovación para que se pueda dar cumplimiento al tiempo de respuesta de las peticiones.

Esta debilidad fue comunicada a la Dra. Zoraida Hernández Pedraza Zoraida.Hernandez@unidadvictimas.gov.co Directora de Reparación en su calidad de auditado, mediante correo electrónico el lunes 16 de junio de 2025 a las 3:23 p. m., suscrito por el líder de la auditoria el profesional especializado Gonzalo Eduardo Amortegui Jimenez funcionario de la Oficina de Control Interno, en donde se le indico al auditado un plazo hasta el 24 de junio para aportar sus comentarios y evidencias.

A pesar de haberse otorgado dicho plazo, la Dirección de Reparación no presentó ninguna consideración, aclaración ni documentación adicional que sustentara una justificación frente al hallazgo señalado. En este sentido, la falta de respuesta dentro del tiempo estipulado ha generado la permanencia de la debilidad identificada en el informe final de auditoría. Consecuentemente, la ausencia de una justificación formal por parte de la auditada no permite que se modifique la debilidad, por lo que se mantiene tal como fue reportado inicialmente.

5.7.3 Análisis del Sistema de Control Interno sobre Procedimiento Diálogos transformadores

En el desarrollo de las actividades realizadas por el Equipo Auditor, se efectuó la validación del “Procedimiento Diálogos Transformadores”, Código 500.08.08-36 Versión 02, Fecha: 23/12/2024, el cual se ejecuta por parte del Equipo de Contribuciones a la verdad, la convivencia y la no repetición de la Dirección de Reparación. El objetivo de este procedimiento es:

“Implementar el procedimiento de Diálogos Transformadores, empleando una metodología que incorpore un enfoque diferencial y de género, que promueva el poder transformador de las víctimas y su dignificación mediante el reconocimiento de sus memorias, el diálogo sobre la verdad y la no repetición del conflicto, potencializando la acción colectiva que fomente la convivencia democrática y la reconciliación en los territorios, dentro de la aplicación de medidas de satisfacción y garantías de no repetición.”

En la evaluación realizada se buscó verificar que las actividades realizadas cumplieran lo propuesto por el procedimiento, esta evaluación se realizó 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;

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 88 de 113

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

La prueba de recorrido se realizó los días 16 y 20 de mayo, en el cual se revisó el cumplimiento del procedimiento según las evidencias presentadas por medio de los equipos de cómputo de los encargados. Siendo necesario además solicitar información por correo electrónico el día 23 de mayo de 2025 con su debida respuesta el 25 de mayo de 2025.

Si bien la prueba conto con documentación oportuna del año 2024 y se daba la continuidad a lo que indicaba el procedimiento, se evidenciaron los siguientes inconvenientes en la verificación del procedimiento:

- Los auditados responsables de la ejecución del procedimiento indicaron que durante el desarrollo de las Actividades 4 y 5, además de las salidas señaladas en el procedimiento, se utiliza un documento en formato Excel denominado “Matriz Instrumento de seguimiento Acciones Realizadas”. Este instrumento permite validar la planeación y los instrumentos operativos y de alistamiento. Según lo manifestado en la prueba de recorrido, dicha matriz es utilizada de manera continua por los Profesionales de Apoyo del Nivel Nacional Equipo Contribuciones, con el fin de realizar el seguimiento permanente de las actividades de planeación y la ejecución (logística principalmente) de las tres etapas que conforman los diálogos. Sin embargo, este documento no se encuentra registrado formalmente en el procedimiento, por lo que se considera necesaria su inclusión, dada la relevancia de la información que contiene y su función como control clave para el adecuado desarrollo de los diálogos.
- Por otra parte, verificando la Actividad 12 del procedimiento, denominada “Realizar preparación operativa de la acción”, se solicitaron soportes de la “Entrada” y “Salida” de la actividad estas son:

Entrada: Base de datos con personas susceptibles de participar en la estrategia

Salida: Correo electrónico de la acción Colectiva.

Según el procedimiento el responsable para la actividad es el “ Profesional de apoyo a nivel nacional equipo de contribuciones”.

En este punto, los auditados señalaron que, tal como se contempla en otras actividades del procedimiento donde se incluye como entrada una “Base de datos de personas que participan en la estrategia” (por ejemplo, en las actividades 2, 3, y 8), dichas bases siempre

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 89 de 113

son gestionadas por los “Referentes de contribuciones nivel territorial”, ya que son ellos quienes ejecutan las acciones en campo y tienen contacto directo con las víctimas. Asimismo, indicaron que la preparación operativa debe ser realizada por el funcionario presente en el territorio; por tanto, si se requiere un “correo electrónico de realización de la acción”, este debe ser redactado y enviado por el referente territorial, en su calidad de responsable de las actividades. Dada esta situación, se evidencia la necesidad de revisar y ajusta la Actividad 12 del procedimiento, a fin de que se adecue a la realidad operativa del proceso.

En la revisión de la información remitida por la dirección, también se encontraron las siguientes faltas:

- Se solicito en el punto 5:

“5. Copia de dos correos electrónicos donde el Profesional de apoyo del nivel nacional Equipo Contribuciones, envíe la aprobación de diálogos transformadores para algunas de las Direcciones Territoriales, correos con fechas del año 2024.”

Estos correos electrónicos son las “Salidas” que debe tener la actividad 6 del procedimiento (Correo electrónico con la planeación de la implementación de los diálogos transformadores aprobado). Los documentos aportados no describen ninguna “Aprobación”. Los documentos son copias de correos electrónicos, uno muestra la retransmisión de una propuesta de Cartas para el Futuro para una posible utilización en direcciones territoriales, y el otro describe la gestión de un cruce de información de una base de datos de la ciudad de Buenaventura para verificar si las personas incluidas allí pueden participar en la estrategia. Por tanto, estos soportes no responden como evidencia parar estas salidas.

- Se solicito en el punto 8:

“8. Copia de dos Informes de actividades semestral realizado en el segundo semestre de 2024 en dos Direcciones Territoriales, elaborados como se indica en el procedimiento por el Profesional de Apoyo del nivel nacional Equipo de Contribuciones señalado en la actividad 18 del Procedimiento Diálogos Transformadores. Responder y soportar si este informe fue enviado a la directora de Reparación, al respectivo director territorial, a la Alta Dirección de la Unidad o se publicó para la ciudadanía en general.”

Como respuesta se entregaron para verificación dos (2) informes, uno de la DT Santander, y el otro de la DT Valle del Cauca. Efectuando la revisión de estos documentos, los cuales son las salidas que debe tener la actividad 18 del procedimiento, se observó que no se encuentran firmados por

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 90 de 113

parte de quien elabora, ni tampoco tienen firma de quien aprobó (aprobación que debe realizar la coordinación del equipo contribuciones). Además, los auditados no respondieron sobre “a quien fue enviado este informe” teniendo en cuenta que este presenta información relevante para la toma de decisiones. Por tanto, se evidencia que estos soportes responden parcialmente a la salida propuesta. Teniendo en cuenta las anteriores situaciones se genera la siguiente debilidad:

Debilidad No. 8

El Equipo Auditor establece que la Dirección de Reparación presenta debilidad por la falta de actualización del “Procedimiento Diálogos Transformadores”. Ya que durante la prueba de recorrido y la revisión de los soportes suministrados se identificaron varias situaciones que evidencia la situación: i) la existencia de documentos de salida relevantes que no están registrados en el procedimiento, ii) la asignación de responsabilidad en una actividad a un funcionario distinto al que realmente la ejecuta, iii) la ausencia de soportes que respalden la aprobación de la planeación de la implementación los Diálogos Transformadores enviadas a las direcciones territoriales y iv) la entrega de copias de informes semestrales sin las debidas firmas de elaboración y aprobación. Estas observaciones evidencian un incumplimiento del mismo “Procedimiento Diálogos Transformadores”, Código 500.08.08-36 Versión 02, Fecha: 23/12/2024, así como lo citado en el marco normativo aplicable: Ley 87 de 1993 en el artículo 1°, 4° literal b), l); artículo 12 literales c) y e), Decreto 1083 artículos 2.2.21.3.1, 2.2.21.5.1 y 2.2.21.5.2, y los lineamientos dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, Versión 6 de 2024.

Esta debilidad fue comunicada a la Dra. Zoraida Hernández Pedraza Zoraida.Hernandez@unidadvictimas.gov.co Directora de Reparación en su calidad de auditado, mediante correo electrónico el lunes 16 de junio de 2025 a las 3:23 p. m., suscrito por el líder de la auditoria el profesional especializado Gonzalo Eduardo Amortegui Jimenez funcionario de la Oficina de Control Interno, en donde se le indico al auditado un plazo hasta el 24 de junio para aportar sus comentarios y evidencias.

De acuerdo con lo establecido en la actividad 9 del procedimiento: “Auditorías Internas al Sistema de Control Interno – Versión 8”. La Dirección de Reparación mediante correo electrónico del miércoles 25 de junio de 2025 a las 9:06 a.m., remite respuesta a la Oficina de Control Interno, (cabe mencionar que el auditado envía estas observaciones de manera extemporánea dado el plazo indicado por el grupo auditor), las observaciones fueron las siguientes:

Respuesta de la auditada:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 91 de 113

“RESPUESTA PROCESO REPARACIÓN INTEGRAL - DIRECCIÓN DE REPARACIÓN- EQUIPO DE CONTRIBUCIONES A LA VERDAD, LA CONVIVENCIA Y LA NO REPETICIÓN:

En relación con la observación sobre la “debilidad en la gestión de la Dirección de Reparación y su equipo de Contribuciones a la Verdad, Convivencia Pacífica y Garantías de No Repetición del Proceso de Reparación Integral, referente al “Procedimiento Diálogos Transformadores, es importante precisar lo siguiente:

i) la existencia de documentos de salida relevantes que no están registrados en el procedimiento:

Respuesta: Respecto a la observación sobre la Matriz Instrumento de Seguimiento Acciones Realizadas, es importante precisar que este documento cumple una función estrictamente operativa y de apoyo logístico, sin constituir un producto formal ni técnico del proceso. Su naturaleza es dinámica y responde a necesidades administrativas puntuales de seguimiento interno.

La información que se consolida en esta matriz es transitoria y se deriva posteriormente a los registros oficiales establecidos en el aplicativo MAARIV, donde sí se documentan formalmente los insumos técnicos como informes, caracterizaciones y listados de asistencia. Esto garantiza que los datos relevantes cuenten con los campos de registro adecuados y cumplan con los requisitos de trazabilidad exigidos.

Dado que la matriz opera como una herramienta auxiliar de trabajo, sin periodicidad definida ni carácter vinculante, consideramos que su inclusión formal en el procedimiento no es necesaria. Su flexibilidad es clave para adaptarse a las particularidades de reporte durante el año, una estandarización rígida podría limitar la capacidad de respuesta del equipo.

ii) la asignación de responsabilidad en una actividad a un funcionario distinto al que realmente la ejecuta, iii) la ausencia de soportes que respalden la aprobación de la planeación de la implementación de los Diálogos Transformadores enviadas a las direcciones territoriales.

Frente a estas debilidades expuestas, desde la Dirección de Reparación se acogerán como recomendaciones que orienten el fortalecimiento del procedimiento de Diálogos Transformadores. Por lo que, se surtirá el ajuste correspondiente al flujograma que refleje de manera más precisa la realidad operativa de la entidad en coherencia con los lineamientos que se disponen en el procedimiento.

En relación con el proceso de aprobación de la planeación para los Diálogos Transformadores, este proceso en la práctica, reconociendo la importancia de mantener tanto la flexibilidad operativa como la debida trazabilidad. La aprobación de la planeación surge de un diálogo permanente entre el nivel nacional y los equipos territoriales, donde las metas mensualizadas sirven como base para la proyección y focalización de los grupos a implementar. Cada dirección territorial va construyendo su ruta de trabajo en función de las metas y su capacidad real de ejecución.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 92 de 113

La profesional que lidera la implementación a nivel nacional juega un papel clave como puente entre lo estratégico y lo operativo. Cuando recibe las planeaciones territoriales, su revisión implica la coherencia entre las metas, la misionalidad del equipo y la operatividad del procedimiento. Esta validación queda documentada a través del correo electrónico de remisión de la planeación la Dirección de Reparación.

Es así como, en el flujograma del procedimiento la salida 6 tendrá como salida este correo electrónico, que contiene la planeación consolidada de acciones realizada por parte del nivel nacional en cabeza de la persona que lidera la implementación, quien remite a la Dirección de Reparación.

En cuanto a la actividad 12 del procedimiento, se asignará como responsable a las Direcciones territoriales quienes lideran la implementación del procedimiento en cada uno de los momentos de la estrategia.

iv) la entrega de copias de informes semestrales sin las debidas firmas de elaboración y aprobación.

Los informes semestrales elaborados frente al desarrollo de los Diálogos Transformadores que se implementan en el territorio constituyen un insumo valioso para documentar su alcance, sentido reparador e impacto social que se obtuvo del mismo. No obstante, estos carecen de un trámite formal de aprobación, dado que el Equipo de Contribuciones a la Verdad, la Convivencia y la No Repetición no cuenta con el reconocimiento formal como grupo de trabajo adscrito a la Dirección de Reparación, ni con una coordinación oficialmente designada que los avale.

En relación con estos informes semestrales, actualmente nos encontramos realizando ajustes tanto al procedimiento como al flujograma correspondiente, con el fin de optimizar estos procesos documentales. Reconocemos plenamente la importancia de contar con mecanismos robustos de registro y validación. No obstante, en la práctica hemos identificado que existe una duplicidad de esfuerzos, ya que cada diálogo transformador genera su propio informe de implementación. Estos informes individuales, que contienen los datos específicos de cada intervención, pasan por un completo proceso de revisión, retroalimentación y aprobación, los cuales son registrados formalmente en el aplicativo MAARIV.

Los consolidados semestrales y anuales surgieron inicialmente como un ejercicio de análisis estratégico, diseñado para ofrecer una visión integrada de los resultados y aprendizajes acumulados. Para llevar a cabo esta validación se implementará un instrumento de gestión de conocimiento que recopile las particularidades en la implementación en los dos semestres del año. Dicho instrumento será incorporado en la operatividad del procedimiento y en la salida del flujograma de la actividad N°18.”

Consideraciones a la respuesta del auditado:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 93 de 113

A pesar de la respuesta emitida por la Dirección de Reparación frente a las debilidades encontradas por el del equipo auditor, la debilidad identificada se mantiene por las siguientes razones:

- Ausencia de actualización formal del procedimiento

La Dirección reconoce que existen procesos, productos y responsables que no están formalmente documentados en el procedimiento vigente (Versión 02, del 23/12/2024). Aunque se alude a prácticas operativas que reflejan la realidad institucional, no se ha oficializado ningún ajuste al procedimiento que incorpore estos cambios. La falta de actualización documental impide garantizar trazabilidad, estandarización y cumplimiento normativo, especialmente frente a la Ley 87 de 1993 y los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

- Validación informal de la planeación

El proceso de aprobación de la planeación territorial se realiza a través de intercambio de correos electrónicos, sin un mecanismo formal de validación, aprobación o registro institucional. Esta práctica, aunque operativa, no cumple con los criterios de control interno ni con los principios de archivo y gestión documental, al carecer de firma, radicación o un acto administrativo que respalde la aprobación.

- Documentos de salida relevantes no incluidos

La Dirección argumenta que la Matriz de Seguimiento de Acciones Realizadas no es un producto formal. Sin embargo, su uso recurrente y su contenido relacionado con la ejecución de acciones y seguimiento operativo la convierte en un insumo clave para la toma de decisiones. La omisión de este documento como parte del procedimiento evidencia una falta de alineación entre la operación real y los lineamientos formales, lo cual genera riesgos en la trazabilidad y el control.

- Inconsistencias en la asignación de responsabilidades

Se reconoce que el procedimiento asigna tareas a funcionarios que no las ejecutan en la práctica, y que se realizarán ajustes futuros. Sin embargo, mientras el documento oficial no refleje esta realidad, persiste la incongruencia entre lo planeado y lo ejecutado, debilitando la claridad operativa y dificultando la rendición de cuentas.

- Falta de validación de informes semestrales

Los informes semestrales no cuentan con un proceso formal de revisión y aprobación. Aunque se indica que los informes individuales tienen mayor rigor, los consolidados no presentan evidencia documental de validación por parte de una instancia formalmente constituida. Esto debilita su valor como insumo estratégico y afecta la confiabilidad de los datos agregados.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 94 de 113

En conclusión, dado que la Dirección de Reparación aún no ha actualizado el procedimiento oficial para incluir los ajustes mencionados, ni ha formalizado los mecanismos de validación de productos clave como planeaciones e informes, se considera que la debilidad identificada se mantiene. La gestión del procedimiento “Diálogos Transformadores” continúa presentando deficiencias en términos de documentación, trazabilidad, responsabilidad y formalización, lo cual contraviene el marco normativo y los principios de control interno definidos para la administración pública.

5.7.4 Análisis del Sistema de Control Interno sobre informes de gestión realizados por los directores de la Dirección de Reparación

En el marco de la auditoría realizada a la Dirección de Reparación - Proceso de Reparación Integral, se efectuó entrevista con la directora encargada y su equipo de trabajo el 6 de mayo de 2025, La entrevista se desarrolló de manera presencial y las preguntas estaban enfocadas al Líder de proceso; con el propósito de conocer aspectos estratégicos y operativos con respecto a la planeación de la dirección, aspectos fundamentales del Sistema de Control Interno como metodología de seguimiento a las metas, riesgos asociados al proceso, riesgos materializados, sistemas de medición, principales logros obtenidos en el proceso, gestión de las solicitudes radicadas en el proceso, entre otras.

Una de las indagaciones específicas se centró en conocer si los anteriores directores habían entregado un acta o informe de gestión que pudiera ser entregado al siguiente líder en pro de conocer cuales actividades se venían realizando en la dependencia. Frente a esta cuestión se indicó que no se conocieron por parte del proceso informes o actas de entrega de los tiempos trabajados durante el año 2024. Según esta situación se genera la siguiente debilidad:

Debilidad No. 9.

De acuerdo con lo expuesto en la entrevista realizada a la Directora de Reparación y a su equipo de trabajo el 6 de mayo de 2025, no se cuenta con las actas de informes de gestión, de acuerdo con los cambios de director que se presentaron desde la vigencia 2024 y hasta la fecha. Esta situación incumple la Ley 951 de 2005, en la cual se establece:

“ARTÍCULO 3°. El proceso de entrega y recepción de los asuntos y recursos públicos deberá realizarse:

- 1. Al término e inicio del ejercicio de un cargo público para los servidores públicos descritos en los artículos 1° y 2° de la presente ley o de la finalización de la administración para los particulares que administren fondos o recursos del Estado.*

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 95 de 113

2. Cuando por causas distintas al cambio de administración se separen de su cargo los servidores públicos a quienes obliga este ordenamiento. En este caso, la entrega y recepción se hará al tomar posesión del cargo por parte del servidor público entrante, previa aceptación que deberá rendir en los términos de la presente ley. Si no existe nombramiento o designación inmediata de quien deba sustituir al servidor público saliente, la entrega y recepción se hará al servidor público que designe para tal efecto el superior jerárquico del mismo.

ARTÍCULO 4º. Para computar el término para rendir el informe de que trata la presente ley, deberá ser de quince (15) días hábiles luego de haber salido del cargo, cualquiera que hubiere sido la causa de ello.

Obligaciones de los servidores públicos

ARTÍCULO 5º. Los servidores públicos del Estado y los particulares enunciados en el artículo 2, están obligados en los términos de esta ley a entregar al servidor público entrante un informe mediante acta de informe de gestión, los asuntos y recursos a su cargo, debiendo remitirse para hacerlo al reglamento y/o manual de normatividad y procedimiento que rija para la entidad, dependencia o departamento de que se trate.

Asimismo, el servidor público entrante está obligado a recibir el informe y acta respectiva y a revisar su contenido.

La verificación física o revisión que se haga de los diferentes aspectos señalados en el acta de entrega y recepción se realizará dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la firma del documento, para efectos de determinar la existencia o no de irregularidades.”

Esta debilidad fue comunicada a la Dra. Zoraida Hernández Pedraza Zoraida.Hernandez@unidadvictimas.gov.co Directora de Reparación en su calidad de auditado, mediante correo electrónico el lunes 16 de junio de 2025 a las 3:23 p. m., suscrito por el líder de la auditoria el profesional especializado Gonzalo Eduardo Amortegui Jimenez funcionario de la Oficina de Control Interno, en donde se le indico al auditado un plazo hasta el 24 de junio para aportar sus comentarios y evidencias.

A pesar de haberse otorgado dicho plazo, la Dirección de Reparación no presentó ninguna consideración, aclaración ni documentación adicional que sustentara una justificación frente al hallazgo señalado. En este sentido, la falta de respuesta dentro del tiempo estipulado ha generado la permanencia de la debilidad identificada en el informe final de auditoría. Consecuentemente, la ausencia de una justificación formal por parte de la auditada no permite que se modifique la debilidad, por lo que se mantiene tal como fue reportado inicialmente.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 96 de 113

5.7.5 Análisis del Sistema de Control Interno sobre el Procedimiento de Pago UP

En el desarrollo de las actividades realizadas por el Equipo Auditor, se efectuó la validación del “Procedimiento liquidación y pago de sentencia CIDH víctimas integrantes y militantes de la Unión Patriótica vs Colombia”, Código 500.08.08-38 Versión 02, Fecha: 10/12/2024, el cual se ejecuta por parte del Equipo UP de la Dirección de Reparación. El objetivo de este procedimiento es:

“Realizar el pago de las indemnizaciones a las víctimas reconocidas en la Sentencia “Integrantes y Militantes de la Unión Patriótica Vs Colombia” proferido por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, conforme al numeral 38 resolutive del fallo por daños materiales e inmateriales, restitución y rehabilitación.”

En la evaluación realizada se buscó verificar que las actividades realizadas cumplieran lo propuesto por el procedimiento, esta evaluación se realizó 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;”*

La prueba de recorrido se realizó el miércoles 4 de junio de 2025, en la cual se revisó el cumplimiento del procedimiento según las evidencias presentadas por medio de los equipos de cómputo de los encargados, además, fue soportada esta revisión mediante información enviada por el equipo encargado cargada en el OneDrive AUDITORIA - JUNIO 2025

En principio, se confirmó información general e histórica sobre la estimación inicial de presupuesto necesario para el pago de todas las víctimas incluidas en la sentencia, esta sentencia cuenta con cuatro (4) anexos donde se definen los nombres de las víctimas y es en un proceso que realiza la Comisión para la constatación de la identidad verificadora que confirma la información para el pago de los anexos 2, 3 y el anexo de Díaz Mancilla, ya que en el anexo 1 se presenta la información de las víctimas directas que la sentencia solicito indemnizar. La estimación inicial se presenta a continuación por anexo, valor en dólares americanos dado que esta es la moneda con la que se presentó la sentencia y valor en pesos al 10 de marzo de 2024:

Anexo	Valor en Dólares	Valor en Pesos
1	23.915.000	93.398.836.750
2	13.870.000	54.168.591.500

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 97 de 113

3	155.435.000	607.043.620.750
Diaz Mancilla	290.000	1.132.580.500
Total	4.870.000	754.611.049.000

Es importante indicar que la ejecución de la tarea de pago de estas indemnizaciones se dio por encargo a la UARIV teniendo en cuenta la experiencia que ya tiene la entidad para el pago de víctimas, sin embargo, el presupuesto para cumplir con el pago de las indemnizaciones y la garantía de funcionamiento de la UARIV respecto al tema para atender el encargo, se solicita de forma independiente al Ministerio de Hacienda, es decir, que este que los recursos utilizados para el pago no corresponden al presupuesto ordinario de la entidad, si bien la Dirección de Reparación y otras dependencias de la unidad han utilizado algunos recursos propios para atender algunas necesidades del proceso.

Según lo evidenciado en los soportes y en la entrevista realizada, en el Anexo 1 se encontraban incluidas 141 víctimas directas, de estas se pudo confirmar que entre los años 2023 y 2025 ya se han pagado 140 casos, existiendo un caso que necesita la resolución de la Comisión de Constatación después de hacerse una investigación especial.

En los Anexos 2 y 3 el universo de víctimas es aproximadamente 6.264 personas, las cuales deben ser verificadas en cuanto a identificación y parentesco por parte de la Comisión de Constatación para que puedan recibir las indemnizaciones.

En la revisión del paso a paso de las actividades del procedimiento, se observó que el Equipo UP comienza verificando las bases de datos de víctimas teniendo presente cada uno de los Anexos y todos los documentos necesarios para llevar a cabo la indemnización, como se indicó anteriormente para los anexos 2 y 3 es necesario contar con la verificación de la comisión la cual se evidencia en resoluciones que realiza esta entidad.

Es importante indicar que la información de cada uno de los casos está siendo gestionada documentalmente desde el aplicativo ARCHIDHU, allí los encargados de la información cargan los diferentes soportes que se indican en el procedimiento: Documentos de identificación, documentos de cuentas de ahorro, cruces de información de identificación y pagos en INDEMNIZA.

Además, se cuenta con una “Base de control de seguimiento de sentencias”, el cual es un documento en formato Excel donde se incluye el seguimiento y las acciones realizadas para cada una de las actividades del procedimiento en donde se tienen los controles.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 98 de 113

En la prueba de recorrido y con los soportes entregados se logró verificar que existen correos electrónicos con vistos buenos de los Actos Administrativos para el pago, esto dado que aun este documento no se genera por ningún aplicativo de la entidad, situación que si bien se encuentra cubierta con los controles necesarios del coordinador del equipo y del director de reparación quien los firma puede tener en algún momento debilidades frente a la ejecución operativa de las actividades, por tanto se genera una observación frente a este tema.

Observación No. 1

Se recomienda que se verifique la posibilidad de que las actividades relacionadas a la elaboración y creación del Acto Administrativo de pago de las víctimas de la Sentencia Integrantes y Militantes de la Unión Patriótica Vs Colombia -CIDH, puedan estar incluidas en el sistema que utiliza la Unidad para la generación de estos documentos, con el fin de que se puedan mejorar los controles de este proceso.

Por último, en la reunión se indago por la visibilización de la información referente a las actividades de pago de la sentencia que realiza la Dirección de Reparación, ya que en documentos revisados de la auditoria como el Informe General de Gestión de la Unidad de Víctimas para el año 2024, no se encuentra ninguna información sobre estos pagos, sin desconocer que existen informes que los encargados han presentado a la Dirección General sobre el tema. Ellos indicaron que la información no se colocó sobre todo porque esta tarea es un encargo que tiene la unidad y no una de sus actividades misionales, sin embargo, se genera una observación para que si es posible se tenga en cuenta y en los diferentes informes de gestión se incluya esta importante labor que se está realizando.

Observación No. 2

Se recomienda que la Dirección de Reparación pueda incluir información relacionada a las gestiones y pagos realizados en el marco de la Sentencia Integrantes y Militantes de la Unión Patriótica Vs Colombia -CIDH en los Informes Generales de Gestión de la UARIV, esto con el fin de contar con información del importante trabajo que se realiza en la entidad con el fin de dar cumplimiento a este mandato.

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

6.1. Debilidades

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 99 de 113

Las siguientes situaciones son constitutivas de debilidades (hallazgos) del modelo de control interno, por lo tanto, deben ser objeto de acciones correctivas por parte del líder de Dirección de Reparación con el fin de subsanarlas.

Debilidad No. 1

La ausencia de un mapa de riesgos integral y robusto que consolide no solo los identificado en el instrumento institucional sino aquellas situaciones que pueden afectar el logro de los objetivos y el no reconocer aquellos que se desprenden de normas aplicables a la gestión no está conforme con 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) y f), el Decreto 1083 de 2015 en los artículos 2.2.21.3.1 y 2.2.21.5.4, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión en las dimensiones señaladas en este acápite del informe y lo dispuesto en lo pertinente en la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6. Lo anterior conlleva a la posible materialización de eventos adversos y, por lo tanto, la materialización del riesgo negativo que tiene un impacto en el logro de los objetivos institucionales, dado que no se tiene una herramienta de gestión que brinde información del quehacer funcional del proceso en tiempo real y que permita la toma de decisiones informada.

Debilidad No. 2

El Equipo Auditor identificó una debilidad significativa al no evidenciar en el mapa de riesgos institucional de la vigencia 2024 de la Dirección de Reparación Proceso de Reparación Integral la inclusión de riesgos fiscales, los cuales se deben identifican a partir de la ejecución de actividades de Gestión Fiscal entre las cuales se encuentran: *administración, gestión, ordenación, ejecución, manejo, adquisición, planeación, conservación, custodia, explotación, enajenación, consumo, adjudicación, gasto, inversión y disposición de bienes o recursos públicos*, (contempladas en la versión número 6 de la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en entidades públicas emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública), y que la dirección actualmente lleva a cabo para el cumplimiento de sus funciones.

Por otra parte, el Equipo Auditor identificó una debilidad significativa en el diseño y documentación del Mapa de Riesgos Institucional de la vigencia 2024. Esta situación se evidenció particularmente en la descripción de los controles asociados a los riesgos analizados, afectando la eficacia del modelo de administración del riesgo adoptado por la entidad.

Durante la revisión de los dos (2) riesgos liderados por la dirección, se constató que la descripción de los controles asociados es incompleta y carece de elementos fundamentales que garanticen su adecuada implementación y seguimiento. Entre las omisiones se encuentran:

- Las evidencias suministradas no son suficientes ni adecuadas para demostrar que el control se esté aplicando correctamente, ni que esté cumpliendo con los objetivos para los cuales

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 100 de 113

fue diseñado. La falta de documentación clara, completa y objetiva impide verificar el cumplimiento de los lineamientos establecidos, lo cual limita la capacidad de evaluación y monitoreo de este.

- Que tres (3) controles carecen de la asignación formal de un responsable, lo que dificulta la trazabilidad, respecto a su funcionamiento. Esta falta de responsabilidad definida puede generar fallas en su aplicación y debilita la estructura del sistema de control.
- No se encuentra incorporado dentro del diseño de un (1) control el tratamiento de observaciones, desviaciones o no conformidades que puedan surgir durante su ejecución. Esta omisión limita la capacidad del control para generar retroalimentación, identificar causas raíz y establecer acciones correctivas o preventivas, afectando directamente su mejora continua y efectividad.

El Equipo Auditor establece como causas el desconocimiento de la metodología para la elaboración de la identificación de los controles que sean idóneos y adecuados para prevenir y/o mitigar los eventos potenciales, así mismo, ausencia en la identificación de los riesgos, y la pertinencia de las evidencias frente a los controles, así como el cumplimiento total de las actividades establecidas en la metodología de administración de riesgos, en cuanto a la materialización de riesgos.

Esta situación no se encuentra conforme con lo establecido en la Ley 87 de 1993, artículo 2° literales a) y f); el Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017, artículo 2.2.21.3.1; y el artículo 2.2.21.5.4 del mismo decreto. Igualmente, se contravienen los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública en el *Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión 2023 – Versión 5*, así como la *Guía para la Administración del Riesgo* y el *Diseño de Controles en Entidades Públicas – Versión 6*.

Debilidad No. 3

Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Dirección de Reparación y su Grupo de Contribuciones a la Verdad, Convivencia Pacífica y Garantías de No Repetición del Proceso Reparación Integral referente a la ejecución del total de actividades (indicadores) programada 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 y seguimiento de tableros de control que fortalezca el conocimiento en modelos de control gerencial. Lo anterior aumenta el riesgo en el incumplimiento de los objetivos institucionales.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 101 de 113

Debilidad No. 4

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, aplicando normas de auditoría generalmente aceptadas, evaluó los soportes suministrados por el auditado y la información recopilada durante las pruebas de recorrido. Como resultado de este análisis, se evidenció la ausencia de controles que permitan una gestión automatizada de los datos en las operaciones de misión crítica de los sistemas de información evaluados. Esta carencia representa una debilidad significativa, ya que impide prevenir de manera efectiva la manipulación no autorizada de la información, así como posibles alteraciones en los datos almacenados en las bases de datos institucionales.

La ausencia de un nivel de certeza que rompa el principio del escepticismo profesional donde se describan los métodos y las mejores estrategias en cuanto a calidad de los datos y disponibilidad de la información, no está conforme con lo dispuesto en los literales a), c), d) y e) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993, en concordancia con lo expuesto en las normativas y regulaciones expedidas por el Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones, en su modelo de gestión IT4+, en su numeral 1.6.4 Sistemas de información.

Por lo anteriormente indicado el grupo auditor evidencia una debilidad en cuanto a que no se realiza ninguno tipo de control o seguimiento a los cambios o modificaciones de la información que se gestiona en sus fases que son catalogadas como de misión crítica y que involucran temas sensibles para la Entidad. Toda vez que su transformación y gestión de los datos en sus acciones se está realizando de manera manual, lo anterior no es conforme con lo establecido en la Resolución 500 de 2021 en donde se definen los lineamientos y estándares para la estrategia de seguridad digital, y la adopción del modelo de seguridad y privacidad de la información MSPI, como habilitador de la política de Gobierno Digital, el cual conduce a la preservación de la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información, adicionalmente al Decreto 338 de 2022 del Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones en su artículo 2.2.21..1.1.3, Definiciones en su numeral 12 Riesgo de Seguridad Digital el cual indica:

“Es la combinación de amenazas y/o vulnerabilidades que se pueden materializar en el curso de cualquier actividad en el entorno digital y que puede afectar el logro de los objetivos económicos o sociales al alterar la confidencialidad, integridad y disponibilidad”

Debilidad No. 5

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evidenció la falta de interoperabilidad entre los sistemas de información utilizados en las distintas instancias del proceso de reparación. Esta situación impide una gestión integrada de los datos recolectados a lo largo de los diferentes procedimientos, lo que representa un riesgo significativo en términos de control, trazabilidad y tratamiento eficiente de la información. La ausencia de mecanismos que permitan unificar y

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 102 de 113

centralizar los datos en una única instancia limita la capacidad de la Entidad para optimizar procesos, tomar decisiones informadas y avanzar hacia un crecimiento evolutivo y progresivo. Esta deficiencia no solo obstaculiza el cumplimiento de los objetivos institucionales, sino que también dificulta la articulación e interoperabilidad de la información con otras entidades del Estado, aspecto clave para fortalecer la gestión pública y garantizar una administración eficiente y transparente.

La ausencia de un marco técnico regulado en donde se indiquen de manera concisa los lineamientos en donde se describa los organismos encargados de asegurar que a través de las tecnologías de la información se puedan cumplir los objetivos, evaluando las necesidades de la Entidad determinando prioridades y planificando de manera oportuna, eficiente y eficaz los métodos y las mejores estrategias en cuanto a gobernabilidad de los sistemas de Información y las comunicaciones, no está conforme con lo dispuesto en los literales a), c), d), e) y f) 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 Comunicaciones en cuanto a Arquitectura Empresarial en su G.GOB.01 Guía del dominio de Gobierno de TI.

Debilidad No. 6

No se evidencia que los sistemas de información auditados cuenten con la implementación de un módulo de gestión de auditoría que permita emitir alertas ante cambios o modificaciones en los registros de datos procesados durante las distintas actividades de los procedimientos. Tampoco se observan sentencias de código diseñadas para identificar dichas modificaciones, ya sean autorizadas como resultado de reprocesos o producto de vulnerabilidades que puedan afectar la integridad de la información.

La ausencia de estos controles impide la realización de revisiones periódicas y sistemáticas para el monitoreo de datos e ingresos, los cuales pueden ser determinantes en la detección de fugas de información o accesos no autorizados a datos sensibles o críticos de la Entidad.

Esta situación representa un riesgo alto, ya que el sistema puede estar expuesto a cambios o inclusiones no autorizadas en la información, siendo considerados sistemas de misión crítica debido al rol que cumplen en el procesamiento de datos esenciales para el cumplimiento de las funciones institucionales y misionales de la Entidad.

La ausencia de un marco claro, expreso y de amplio conocimiento de los controles mínimos de un sistema de 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 las normativas expuestas por el Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones en cuanto a arquitectura y diseño de las aplicaciones como lo indica Manual de Gobierno Digital - Arquitectura y Diseño y el modelo de gestión IT4+, las cuales se deben implementar en los sistemas de información utilizados por las entidades de gobierno. La potencial causa de esta debilidad se puede ubicar en el desconocimiento

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 103 de 113

de los marcos normativos que definen la gestión de la información, y el uso de buenas prácticas en la arquitectura y diseño de los sistemas e incluso orientaciones de las normas ISO en cuanto a seguridad de la información como referentes internacionales, lo cual se constituye en el principal riesgo.

Debilidad No. 7

El Equipo Auditor al 12 de mayo de 2025 encuentra que la Dirección de Reparación, tiene 1.184 casos PQR'S pendientes por insumo en canal escrito LEX, de estos 911 se encuentran por fuera de los términos establecidos para dar respuesta, evidenciándose un (1) caso radicado del año 2021, veinte (20) casos del año 2022, noventa y tres (93) casos del año 2023, cuatrocientos nueve (409) casos del año 2024 y trescientos ochenta y ocho (388) casos del año 2025. Esta situación genera el incumplimiento del artículo 14 de la Ley 1755 de 2015, el cual establece:

"Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. Salvo norma legal especial y so pena de sanción disciplinaria, toda petición deberá resolverse dentro de los quince (15) días siguientes a su recepción. Estará sometida a término especial la resolución de las siguientes peticiones:

1. Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.

2. Las peticiones mediante las cuales se eleva una consulta a las autoridades en relación con las materias a su cargo deberán resolverse dentro de los treinta (30) días siguientes a su recepción"

Además, esta problemática contradice los principios de la Política de Servicio al Ciudadano del MIPG, la cual exige garantizar en la entidad el acceso efectivo, oportuno y de calidad de los ciudadanos a sus derechos en todos los escenarios de relacionamiento con el estado.

Sin embargo, se debe indicar que en el año 2024 la dirección realizó seguimiento continuo a las peticiones rezagadas con cada una de las dependencias, y en el año 2025 se vienen elaborando informes diarios para mantener monitoreada la situación.

Sin embargo, es fundamental el desarrollo de estrategias macro con el apoyo de la Alta Dirección de la Unidad con el fin de lograr que el número de PQRS rezagadas disminuya totalmente, además que se validen y acojan medidas establecidas en la ley para ampliar los términos, en los casos que sea posible y de esta manera contar con un tiempo razonable y si es posible se exploren nuevas tecnologías y proyectos de innovación para que se pueda dar cumplimiento al tiempo de respuesta de las peticiones.

Debilidad No. 8

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 104 de 113

El Equipo Auditor establece que la Dirección de Reparación presenta debilidad por la falta de actualización del “Procedimiento Diálogos Transformadores”. Ya que durante la prueba de recorrido y la revisión de los soportes suministrados se identificaron varias situaciones que evidencia la situación: i) la existencia de documentos de salida relevantes que no están registrados en el procedimiento, ii) la asignación de responsabilidad en una actividad a un funcionario distinto al que realmente la ejecuta, iii) la ausencia de soportes que respalden la aprobación de la planeación de la implementación los Diálogos Transformadores enviadas a las direcciones territoriales y iv) la entrega de copias de informes semestrales sin las debidas firmas de elaboración y aprobación. Estas observaciones evidencian un incumplimiento del mismo “Procedimiento Diálogos Transformadores”, Código 500.08.08-36 Versión 02, Fecha: 23/12/2024, así como lo citado en el marco normativo aplicable: Ley 87 de 1993 en el artículo 1°, 4° literal b), l); artículo 12 literales c) y e), Decreto 1083 artículos 2.2.21.3.1, 2.2.21.5.1 y 2.2.21.5.2, y los lineamientos dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, Versión 6 de 2024.

Debilidad No. 9

De acuerdo con lo expuesto en la entrevista realizada a la Directora de Reparación y a su equipo de trabajo el 6 de mayo de 2025, no se cuenta con las actas de informes de gestión, de acuerdo con los cambios de director que se presentaron desde la vigencia 2024 y hasta la fecha. Esta situación incumple la Ley 951 de 2005, en la cual se establece:

“ARTÍCULO 3°. El proceso de entrega y recepción de los asuntos y recursos públicos deberá realizarse:

- 3. Al término e inicio del ejercicio de un cargo público para los servidores públicos descritos en los artículos 1° y 2° de la presente ley o de la finalización de la administración para los particulares que administren fondos o recursos del Estado.*
- 4. Cuando por causas distintas al cambio de administración se separen de su cargo los servidores públicos a quienes obliga este ordenamiento. En este caso, la entrega y recepción se hará al tomar posesión del cargo por parte del servidor público entrante, previa aceptación que deberá rendir en los términos de la presente ley. Si no existe nombramiento o designación inmediata de quien deba sustituir al servidor público saliente, la entrega y recepción se hará al servidor público que designe para tal efecto el superior jerárquico del mismo.*

ARTÍCULO 4°. Para computar el término para rendir el informe de que trata la presente ley, deberá ser de quince (15) días hábiles luego de haber salido del cargo, cualquiera que hubiere sido la causa de ello.

Obligaciones de los servidores públicos

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 105 de 113

ARTÍCULO 5°. Los servidores públicos del Estado y los particulares enunciados en el artículo 2, están obligados en los términos de esta ley a entregar al servidor público entrante un informe mediante acta de informe de gestión, los asuntos y recursos a su cargo, debiendo remitirse para hacerlo al reglamento y/o manual de normatividad y procedimiento que rija para la entidad, dependencia o departamento de que se trate.

Asimismo, el servidor público entrante está obligado a recibir el informe y acta respectiva y a revisar su contenido.

La verificación física o revisión que se haga de los diferentes aspectos señalados en el acta de entrega y recepción se realizará dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la firma del documento, para efectos de determinar la existencia o no de irregularidades.”

6.2. Observaciones

Las siguientes situaciones hacen referencia a aquellos aspectos que no presentan incumplimiento de requisitos de norma, pero que reflejan una desviación en el sistema evaluado y a futuro puede llegar a constituir una debilidad.

Observación No. 1

Se recomienda que se verifique la posibilidad de que las actividades relacionadas a la elaboración y creación del Acto Administrativo de pago de las víctimas de la Sentencia Integrantes y Militantes de la Unión Patriótica Vs Colombia -CIDH, puedan estar incluidas en el sistema que utiliza la Unidad para la generación de estos documentos, con el fin de que se puedan mejorar los controles de este proceso.

Observación No. 2

Se recomienda que la Dirección de Reparación pueda incluir información relacionada a las gestiones y pagos realizados en el marco de la Sentencia Integrantes y Militantes de la Unión Patriótica Vs Colombia -CIDH en los Informes Generales de Gestión de la UARIV, esto con el fin de contar con información del importante trabajo que se realiza en la entidad con el fin de dar cumplimiento a este mandato.

7. ASPECTOS SOBRESALIENTES

Se cuenta con un equipo de trabajo estructurado y fortalecido que de acuerdo con los temas más importantes a liderar por la Dirección (financiero, jurídico, UP, planeación, contractual, enfoque sicosocial) realiza los seguimientos y se encuentra en contacto permanente con las Subdirecciones y Grupos del proceso, con el fin de apoyar la gestión, resolver inquietudes, realizar seguimiento y contar con información prioritaria de forma inmediata a ser reportada a la Dirección para la toma de decisiones.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 106 de 113

Frente a la documentación (procedimientos) asociada a las actividades que realiza la Dirección de Reparación en el proceso de Reparación Integral, se observó que se encuentran actualizadas a la vigencia 2024 y que describen detalles de las actividades a desarrollar de acuerdo con las funciones de la dependencia, aportando a la gestión del conocimiento y la estandarización de actividades.

Con respecto a la revisión del procedimiento asociado al cumplimiento de pago de las víctimas de la Sentencia Integrantes y Militantes de la Unión Patriótica Vs Colombia -CIDH, se pudo evidenciar orden, control y manejo de la información por parte del equipo encargado.

Los profesionales que atendieron la auditoria y entrevistas, siempre demostraron completa disposición para la revisión de actividades y aplicación de pruebas de recorrido y remitieron la información solicitada de manera oportuna y completa para facilitar el proceso de validación por parte del equipo auditor.

8. RESULTADOS DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.

8.1 Plan de Mejoramiento Auditoria de Gestión

De acuerdo con el seguimiento a Planes de Mejoramiento derivados de las auditorias de gestión adelantadas por la Oficina de Control Interno, realizado en primer semestre de la presente vigencia cuyo propósito fue dar cumplimiento a la fase final (Fase 5) del proceso de auditoría interna, que de acuerdo con la Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos para Entidades Públicas establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP hace referencia al “Seguimiento del Progreso”, es decir, el seguimiento a la implementación y efectividad de los planes de mejoramiento que incluyen las acciones establecidas para dar tratamiento a las debilidades identificadas en las auditorías internas de gestión adelantadas por la Oficina de Control Interno, en las vigencias 2018 a 2024; se realizó el requerimiento de información a través de correo electrónico enviado a los Líderes de Proceso (correo enviado el 03 de febrero de 2025); en los casos en los que se contara con debilidades pendientes de cierre.

Una vez consolidada la información remitida por los procesos, se procedió a realizar el análisis de la información, considerando las acciones planteadas y las evidencias aportadas; con respecto a las acciones, en primera instancia fue necesario validar que fueran coherentes con la debilidad identificada y su causa raíz y bajo del criterio del auditor, establecer si su implementación realmente podría evitar que el incumplimiento o inconsistencia se volviera a presentar, dado que precisamente, lo que se pretende con la implementación de acciones correctivas, es eliminar la causa raíz del hallazgo y de esta forma evitar que se vuelva a presentar; adicionalmente, se revisaron las evidencias aportadas, de tal manera que fuera posible validar su implementación y efectividad.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 107 de 113

Para el caso particular del Proceso Reparación Integral, se evidenció lo siguiente, con respecto a auditorías y seguimientos ejecutados de 2018 a 2024:

2018	2019	2020	2022
Auditoría Reparación Integral: 18 debilidades	Auditoría Grupo FRV Fase 1	Seguimiento Planes de Mejoramiento Reparación Integral.	Auditoría Administración de Bienes FRV: 6 Debilidades nuevas. No se evidencia cierre de las acciones abiertas del seguimiento 2020. Se incluyen en el presente ejercicio.
Auditoría Administración de Bienes FRV: 6 Debilidades	Enfoque Contratación: 6 Debilidades	Se cierran 38 de 44 (suma de todas las mencionadas en 2018 y 2019) debilidades. Abiertas 6 Debilidades.	
	Auditoría Reparación Integral Contratos Fase 1: 14 Debilidades		

Como se puede observar, para el proceso de Reparación Integral y dada su complejidad, la auditoría ha venido ejecutando por líneas o enfoques; ahora bien, con respecto a la Dirección de Reparación como tal, el hallazgo asociado a la Dirección, se encuentra identificado en el marco de la auditoría “Reparación Integral Contratos Fase I, ejecutada en la vigencia 2019, en la cual se identificaron 14 debilidades por parte de la Oficina de Control Interno, de las cuales 1 se encuentra asociada a la Dirección de Reparación (10-2019); ahora bien, como resultado del ejercicio de seguimiento, se generó la siguiente conclusión:

“De acuerdo con los casos planteados en el informe, que dieron lugar a la debilidad, se evidencian algunas inconsistencias o posibles incumplimientos con respecto a lineamientos de contratación en su etapa de ejecución y el ejercicio de supervisión, que incluyen modificaciones en las especificaciones del contrato, adiciones, inconsistencias en los registros que soportan el cumplimiento de obligaciones contractuales, incumplimiento de metas, entre otras, que implican debilidades en el ejercicio de supervisión; de acuerdo con lo cual, se considera que una actividad asociada solamente al archivo y radicación de las cuentas de cobro e informes de supervisión no subsana de fondo las inconsistencias repostadas. Por lo tanto, se sugiere al proceso revisar con detalle las situaciones evidenciadas en su momento, en el ejercicio de auditoría y replantear los controles ya acciones que permitan evitar su repetición. De acuerdo con lo anterior, se sugiere mantener abierta la presente debilidad”.

Teniendo en cuenta lo anterior y que como resultado de la presente auditoría no es posible inferir que las debilidades con respecto al ejercicio de supervisión, así como a los soportes que deben respaldar el cumplimiento de las obligaciones contractuales, han sido completamente subsanadas, se mantiene abierta la debilidad.

Ahora bien, es importante tener en cuenta que como “Proceso de Reparación Integral”, la Dirección de Reparación lidera y debe velar por el cumplimiento de requisitos a todo nivel, incluyendo los requisitos contractuales, tanto en las actividades, funciones y procedimientos a cargo de la dirección,

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 108 de 113

como para los que se encuentran incluidos en los grupos y subdirecciones que conforman el proceso, los cuales dirige y lidera; por lo tanto, si hubiere debilidades abiertas en este sentido en alguno de ellos, no podría cerrarse la debilidad en mención.

8.2 Plan de Mejoramiento Ente de Control CGR

En el marco de las auditorías realizadas por la Contraloría General de la República, se genera el Plan de Mejoramiento Institucional UARIV dentro del cual se encuentran vigentes dos (2) hallazgos de los cuales la Dirección de Reparación se apropia directamente a través de la suscripción de sus actividades.

- Un hallazgo en la auditoria de ordenes de los juzgados segundo y tercero de descongestión civil del circuito especializado en restitución de tierras (Hallazgo 1);
- Un hallazgo en la auditoria financiera de la vigencia 2021 (Hallazgo 13);

En estos hallazgos de auditoría, se puede observar de acuerdo con los pronunciamientos del ente de control que, las causas que los generan de manera correspondiente son:

- Dificultad para activar la ruta individual del Retorno, por falta de claridad del estado del trámite de sucesión de la Sra. Nohora Gómez Reyes, y
- Debilidades y falencias de control y seguimiento a lo estipulado en el convenio y el desarrollo de este conforme las cláusulas enunciadas en los criterios.

El siguiente cuadro determina el estado actual del plan de mejoramiento asociado a la Dirección de Reparación:

AUDITORIA ORDENES DE LOS JUZGADOS SEGUNDO Y TERCERO DE DESCONGESTION CIVIL DEL CIRCUITO ESPECIALIZADO EN RESTITUCIÓN DE TIERRAS								
CÓDIGO HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	CAUSA DEL HALLAZGO	ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES / DESCRIPCIÓN	ACTIVIDADES / UNIDAD DE MEDIDA	ACTIVIDADES / CANTIDADES UNIDAD DE MEDIDA	ACTIVIDADES / FECHA DE INICIO	ACTIVIDADES / FECHA DE TERMINACIÓN
1	Trámite proceso de sucesión- proyectos productivos- - Plan de Retorno Sentencia 067 de 2018. Desatención del trámite sucesoral que impide el desarrollo de las órdenes contenidas en la sentencia.	Dificultad para activar la ruta individual del Retorno, por falta de claridad del estado del trámite de sucesión de la Sra. Nohora Gómez Reyes.	Realizar seguimiento al estado de trámite sucesoral de la Sra. Nohora Gómez Reyes.	Solicitar a la Defensoría del Pueblo información sobre el estado del trámite sucesoral de la Sra. Nohora Gómez Reyes	Documento de solicitud de información sobre el trámite sucesoral.	1	5/08/2019	2019/09/05

La descripción de hallazgos y causas es tomada de los informes de auditoría.

AUDITORIA FINANCIERA VIGENCIA 2021								
CÓDIGO HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	CAUSA DEL HALLAZGO	ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES / DESCRIPCIÓN	ACTIVIDADES / UNIDAD DE MEDIDA	ACTIVIDADES / CANTIDADES UNIDAD DE MEDIDA	ACTIVIDADES / FECHA DE INICIO	ACTIVIDADES / FECHA DE TERMINACIÓN
13	Inconsistencias Atención víctimas Conv. 1268/2021 (D) Aplicando una función lógica para la columna FECHA DEFUNCIÓN, se cruzó con la fecha de realización del encuentro, a fin de establecer si la FECHA del evento es superior a la FECHA DEFUNCIÓN, producto de lo cual se logró establecer una atención post mortem a BENEFICIARIOS, evidenciando que cuatro (4) personas fallecidas figuran al momento de la atención psicosocial en la modalidad grupal con la ejecución del convenio 1268 de 2021. Evidenciado la CGR que de las 29 personas seleccionadas en la muestra, 18 de ellas presentan registros repetidos en la base de datos suministrada por la entidad como beneficiarios finales en la participación en la estrategia Grupal Nacional.	La entidad invirtió recursos para atender y reparar integralmente a las víctimas que presentaron inconsistencias en la identificación e información no confiable; situación que no permite la optimización de los recursos para el desarrollo de los programas objeto de esta. El precedente de este resultado es las debilidades y falencias de control y seguimiento a lo estipulado en el convenio y el desarrollo de este conforme las cláusulas enunciadas en los criterios.	Fortalecer los puntos de control en el aplicativo MAARIV implementando el servicio de validación de identidad y vigencia del documento dispuesto por la SRNI con la RNEC de las víctimas en la estrategia de recuperación emocional.	Implementar en el aplicativo MAARIV la validación de identidad y vigencia del documento con el servicio dispuesto por la SRNI con la RNEC para las víctimas que participan en la estrategia de recuperación emocional.	Informe de implementación de servicio de validación de identidad y vigencia del documento dispuesto por la SRNI con la RNEC	1	2022/05/23	2022/09/30

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 109 de 113

La descripción de hallazgos y causas es tomada de los informes de auditoría.

Existen dos (2) actividades vigentes dentro del plan de mejoramiento institucional de la UARIV asociados a la Dirección de Reparación de las cuales, su énfasis de mejora consiste en:

- ✓ Realizar seguimiento al estado de trámite sucesoral de la Sra. Nohora Gómez Reyes.
- ✓ Fortalecer los puntos de control en el aplicativo MAARIV implementando el servicio de validación de identidad y vigencia del documento dispuesto por la SRNI con la RNEC de las víctimas en la estrategia de recuperación emocional. Realizar sensibilización o capacitación a los funcionarios de la Entidad que ejercen la supervisión directa o por delegación de los contratos o convenios suscritos por la UARIV

Del seguimiento de estas dos (2) actividades para el segundo periodo del año 2024 el cual fue evaluado en el mes de enero de 2025, se encontró que fueron reportadas, por lo tanto, se encuentran cumplidas. En próximos seguimientos se verificará la efectividad de las mismas.

En cuanto al Hallazgo 1 de la Auditoria Cumplimiento- ordenes de los juzgados 2 y 3 de descongestión civil del Circuito Especializado en Restitución de Tierras- Orito Putumayo vigencia 2018. La Dirección de Reparación remite copia de solicitud de información respecto al estado del trámite sucesoral de la señora Nora Gomez Reyes. No obstante, como quiera que no hay más información alrededor del tema, el hecho de remitir una información sin tener respuesta y seguimiento a la misma genera que no sea efectiva y permanece abierta hasta tanto se tenga más información y se demuestre que se ha subsanado la causa que generó este hallazgo.

Con respecto al hallazgo 13 de la Auditoría Financiera vigencia 2021. Cuya responsabilidad reposa en el Grupo de Enfoque Psicosocial - Dirección de Reparación, la Oficina de Control Interno verificó las evidencias remitidas encontrando que la actividad propuesta se cumple, no obstante, el informe por sí solo no demuestra la superación de la causa que generó el hallazgo por cuanto se verificará la efectividad de la actividad constatándola en el aplicativo MAARIV y adicionalmente con las mejoras que haya tenido el proceso de información que debe de tener en cuenta el Grupo de Enfoque Psicosocial para la atención que debe brindar.

9. RESULTADOS DE LOS LOGROS DE GESTIÓN

El resultado de la gestión de la Dirección de Reparación, dentro de la evaluación por dependencias, obtuvo un logro del 8.75/10.00 para la vigencia 2024.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 110 de 113

10. CONCEPTO DE AUDITORIA

La Oficina de Control Interno ha realizado la auditoría al Sistema de Control Interno (SCI) de la Dirección de Reparación, en su calidad de líder del proceso de Reparación Integral, con el fin de evaluar su eficacia durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024. La auditoría se enfocó en valorar la efectividad de los modelos de gestión implementados, el cumplimiento de metas institucionales, la aplicación de la normativa vigente y el funcionamiento integral del sistema de control interno.

La evaluación integral del Sistema de Control Interno de la Dirección de Reparación arroja una calificación consolidada de 69.51 sobre 100, ubicando su desempeño en un nivel "Medio". Si bien se identificaron fortalezas significativas en la capacidad de gestión, la ejecución de actividades misionales y la cultura de control organizacional, también se evidenciaron nueve (9) debilidades y dos (2) observaciones que limitan la efectividad global del sistema y que, de ser subsanadas, podrían permitir que el sistema alcance una calificación de "Efectivo".

Durante la auditoría, se evidenciaron aspectos positivos (fortalezas) que demuestran una gestión diligente, como son:

- Existencia de un equipo de trabajo estructurado, que realiza seguimiento a las actividades de subdirecciones y grupos, facilitando la toma de decisiones. Se destaca la disposición del personal auditado y la entrega oportuna de la información, facilitando el proceso de auditoría.
- Actualización de procedimientos durante la vigencia 2024 asociados a las actividades de la Dirección de Reparación, documentos en los cuales se describen las actividades y se aporta a la estandarización y gestión del conocimiento.
- El equipo encargado del pago de la sentencia CIDH víctimas integrantes y militantes de la Unión Patriótica vs Colombia demostró orden, control y un manejo adecuado de la información durante el proceso de verificación.
- La evaluación de gestión por dependencias de la Dirección de Reparación que arrojó un resultado destacado de 8.75 sobre 10.00 para la vigencia 2024.

A pesar de las fortalezas, el Sistema de Control Interno presenta las siguientes deficiencias que impactan su eficacia y confiabilidad, para las cuales es necesario darles un tratamiento oportuno para fortalecer a la entidad en su conjunto, como son:

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 111 de 113

- Gestión de riesgos insuficiente, con la ausencia de un mapa de riesgos integral y robusto que vaya más allá del instrumento institucional, omitiendo la identificación de riesgos fiscales y sin claridad en la asignación de responsables de ejecución de algunos de los controles definidos por la dependencia.
- Incumplimiento de la planeación institucional con: desviaciones (por exceso y por defecto) en la ejecución del Plan de Acción 2024, la falta de actualización del "Procedimiento Diálogos Transformadores" que refleje la operación real que se está desarrollado y la omisión de elaboración de actas de informe de gestión ante cambios de director (Ley 951 de 2005).
- Deficiencias en los sistemas de información de la dirección, con carencias de una gestión automatizada de datos en operaciones críticas, la no interoperabilidad de sistemas utilizados y la falta de seguimiento y análisis de los registros de auditoría (logs) para detectar cambios o accesos no autorizados.
- Rezago crítico en la respuesta de Peticiones, Quejas y Reclamos, bajo la responsabilidad directa de la dirección, en contravía de lo estipulado en la Ley 1755 de 2015.

Adicionalmente, se formularon dos (2) observaciones que requieren atención para prevenir futuras debilidades, una relacionada a la posibilidad de integrar la creación de los actos administrativos de pagos de la sentencia CIDH víctimas integrantes y militantes de la Unión Patriótica vs Colombia a los sistemas de información de la Unidad para fortalecer los controles, y la otra enfocada a la posibilidad de incluir información sobre la gestión de pago de la sentencia en los Informes Generales de Gestión de la UARIV para visibilizar si cumplimiento y relevancia.

La Dirección de Reparación demuestra fortalezas operativas, un equipo competente y un compromiso con el cumplimiento de sus funciones misionales., con un sistema de Control Interno parcialmente efectivo, debilidades estructurales en la gestión de riesgos, la gobernanza de los sistemas de información, y el incumplimiento de normativas administrativas clave (Plan de Acción, PQRS, Ley 951 de 2005) que pueden debilitar el ambiente de control y exponen a la entidad a riesgos operativos, fiscales.

Por último, se resalta la importancia de revisar los hallazgos emitidos por la Contraloría General de la República, que señalan falencias en planeación, seguimiento y supervisión contractual, lo que indica que las causas raíz de estas debilidades no han sido corregidas de manera efectiva a lo largo

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 112 de 113

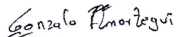
del tiempo, para lo cual la Oficina de Control Interno hace recomendaciones técnicas puntuales sobre el plan de mejoramiento institucional que orbita para la Dirección de Reparación.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor, recomienda a la Dirección General solicitar a la Dirección de Reparación, y si se requiere, a otras dependencias involucradas, la elaboración e implementación de un Plan de Mejoramiento del Sistema de Control Interno, donde se incluya el tratamiento de las debilidades identificadas en este informe.

Cordialmente,



CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboro: Gonzalo Eduardo Amortegui Jimenez – 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 a nuevos lineamientos del Jefe de la Oficina de Control Interno, se eliminan cuadros en Excel.
7	17/04/2019	Se modifica formato según lineamientos del jefe de la Oficina de Control Interno.

 Unidad para las Víctimas	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 113 de 113

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.
---	------------	--