

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Páginas: 1 de 24

Fecha de Emisión del Informe	Día	9	Mes	7	Año	2025
-------------------------------------	------------	----------	------------	----------	------------	-------------

Número de Informe:	1/1
Nombre:	Informe Ejecutivo Consolidado Auditoria de Control Interno al Proceso de Reparación Integral
Objetivo:	Evaluar la efectividad del Sistema de Control Interno (SCI) en las dependencias que hacen parte del Proceso Reparación Integral, con énfasis en el cumplimiento de metas institucionales, aplicación de normas, políticas y modelos de gestión, uso de herramientas de control (mapa de riesgos, indicadores, procedimientos) y seguimiento a funciones misionales, consolidando los hallazgos y el estado de los planes de mejoramiento, para proporcionar una visión ejecutiva que soporte la toma de decisiones estratégicas.
Alcance:	La auditoría cubrió el período del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024. Se enfocó en la Dirección de Reparación, la Subdirección de Reparación Colectiva, la Subdirección de Reparación Individual, el Grupo de Retornos y Reubicaciones y el Grupo Administrador del Fondo para la Reparación de las Víctimas FRV. Se realizó análisis documental, aplicación de entrevistas, recorridos técnicos y revisión de sistemas de información. Cada dependencia auditada fue objeto de informe individual y en este informe se consolida la visión transversal de los hallazgos del proceso.
Periodicidad:	Anual

1. MARCO JURÍDICO.

El siguiente es el marco normativo relacionado con el seguimiento a los proyectos de inversión institucional.

- Constitución Política de Colombia: artículos 209 y 269, que establecen la obligación de las entidades públicas de contar con un control interno.
- Ley 87 de 1993 noviembre 29 "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones".
- Ley 152 de 1994 julio 15, "Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo". Tiene como propósito establecer los procedimientos y mecanismos para la elaboración, aprobación, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes de desarrollo.
- Ley 489 de 1998 diciembre 29, "Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones".
- Decreto 4802 de 2011 "Por el cual se establece la estructura de la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.", en su artículo 21, 22, 23 y 43 se establecen las funciones del proceso de reparación integral.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 2 de 24

- Decreto 1083 de 2015, en el capítulo 5 “elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del estado”.
- Decreto 1499 de 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”.
- Decreto 1083 de 2015: “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.”
- Decreto 648 de 2017 “Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública.”
- Decreto 1499 de 2017: “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015 y se adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG)”. En sus siete (7) dimensiones, especialmente la Dimensión "Control Interno. Estatuto de Auditoría Unidad para las Víctimas. Versión 01. Fecha 09/03/2018
- Manual Auditoría Oficina de Control Interno Unidad para las Víctimas. Versión 04. Fecha 28/07/2023.
- Guía de Auditoría Internas Basada en Riesgos Para Entidades Públicas
- Resolución interna No. 2728 del 5 de octubre de 2021 “Por la cual se adopta el modelo integrado de planeación y gestión-MIPG (...)”.
- Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional versión 5, marzo 2023.
- Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría interna o quien haga sus veces versión 3, septiembre 2023, numeral 5. Rol de evaluación de la gestión del riesgo.
- El Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano (MECI) 2014, establecido por el Decreto 943 de 2014.

2. ALINEACIÓN CON EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN – MIPG.

Este Informe ejecutivo de auditorías al proceso de reparación Integral está alineado con la siguiente dimensión, política y atributos:

Dimensión 7. Control Interno.

Política de control interno alineado con el componente de la estructura del MIPG actividad de monitoreo y la tercera línea de defensa, donde a través de la realización de seguimiento y auditorías internas se evalúa el nivel de cumplimiento del sistema de control interno relacionado con: “*(indicadores, riesgos, control, mejor o valor agregado y seguimiento), análisis de la ejecución de los procedimientos misionales, diseño de controles, plan de acción, funciones y política del MIPG, tecnología y seguridad de la información y planes de mejoramiento*”, con el fin de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones del mejoramiento continuo de la entidad.

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

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 3 de 24

La séptima dimensión de MIPG, el Control Interno, se desarrolla a través del Modelo Estándar de Control Interno –MECI, el cual se actualiza en el marco de MIPG; el MECI ha sido 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 las entidades objeto de MIPG y 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).

Para MIPG, es importante incorporar la política de control interno transversal a todas las actividades, procesos, procedimientos, políticas asociadas a la gestión, de manera tal que, a través de sus componentes, sea posible valorar la efectividad de la estructura de control interno.

3. PROPÓSITO DEL INFORME.

Este informe es holístico y tiene como finalidad presentar de manera clara, objetiva y transparente los resultados del proceso del análisis, evaluación y seguimiento de las auditorías realizadas al proceso de reparación integral. Brinda una visión del desempeño institucional en cuanto al control interno, basada en evidencia verificable y actualizadas, con el fin de fortalecer la gestión y promover una cultura de mejora continua. Además, facilita la identificación de riesgos y oportunidades para optimizar los mecanismos de supervisión y respaldar la planificación estratégica, en alineación con los principios de eficiencia, transparencia y buen gobierno.

Está dirigido a la Alta Dirección, al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, a los entes de control y demás actores involucrados en el seguimiento y vigilancia de la gestión institucional, garantizando la independencia e imparcialidad en la presentación de resultados.

4. CONTEXTO DEL INFORME.

En primer lugar, la Ley 87 de 1993, “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones”, en relación con las Oficinas de Control Interno y las funciones que desarrollan los jefes de Control Interno o quien hagan sus veces, dispone:

Artículo 9°.- Definición de la unidad u oficina de coordinación del control interno. Es uno de los componentes del Sistema de Control Interno, de nivel gerencial o directivo, encargado de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles, asesorando a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 4 de 24

Artículo 10.- jefe de la unidad u oficina de coordinación del control interno. Para la verificación y evaluación permanente del Sistema de Control Interno, las entidades estatales designarán como Asesor, Coordinador, Auditor Interno o cargo similar, a un funcionario público que será adscrito al nivel jerárquico superior y designado en los términos de la presente Ley.

Artículo 12. Funciones de los auditores internos. Serán funciones del asesor, coordinador, auditor interno, o similar, las siguientes:

- a) Planear, dirigir y organizar la verificación y evaluación del sistema de control Interno;
- b) Verificar que el Sistema de Control Interno esté formalmente establecido dentro de la organización y que su ejercicio sea intrínseco al desarrollo de las funciones de todos los cargos y, en particular, de aquellos que tengan responsabilidad de mando;
- 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;
- d) Verificar que los controles asociados con todas y cada una de las actividades de la organización estén adecuadamente definidos, sean apropiados y se mejoren permanentemente, de acuerdo con la evolución de la entidad;
- e) Velar por el cumplimiento de las leyes, normas, políticas, procedimientos, planes, programas, proyectos y metas de la organización y recomendar los ajustes necesarios;
- f) Servir de apoyo a los directivos en el proceso de toma de decisiones, a fin de que se obtengan los resultados esperados;
- g) Verificar los procesos relacionados con el manejo de los recursos, bienes y los sistemas de información de la entidad y recomendar los correctivos que sean necesarios;
- h) Fomentar en toda la organización la formación de una cultura de control que contribuya al mejoramiento continuo en el cumplimiento de la misión institucional;
- i) Evaluar y verificar la aplicación de los mecanismos de participación ciudadana, que en desarrollo del mandato constitucional y legal, diseñe la entidad correspondiente;
- j) Mantener permanentemente informados a los directivos acerca del estado del control interno dentro de la entidad, dando cuenta de las debilidades detectadas y de las fallas en su cumplimiento;
- k) Verificar que se implanten las medidas respectivas recomendadas;
- l) Las demás que le asigne el jefe del organismo o entidad, de acuerdo con el carácter de sus funciones.

Parágrafo. En ningún caso, podrá el asesor, coordinador, auditor interno o quien haga sus veces, participar en los procedimientos administrativos de la entidad a través de autorizaciones o refrendaciones.

De acuerdo con la normatividad en cita, la Oficina de Control interno es uno de los componentes del Sistema de Control Interno, de nivel gerencial o directivo, encargado de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los controles, asesorando a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 5 de 24

En desarrollo de tales funciones, el artículo 17 del Título 24 del Decreto 648 de 2017 “Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública” establece los roles que deben desarrollar dichas oficinas, así:

“artículo 2.2.21.5.3. De las oficinas de control interno. Las Unidades u Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces desarrollan su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico; enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, relación con entes externos de control”. (Subrayado fuera de texto)

De este modo las Oficinas de Control Interno como agentes dinamizadores del Sistema de Control Interno realizan una gama de actividades en torno a los cinco (5) roles mencionados. Tales actividades deben estructurarse a través del Plan Anual de Auditorías. Frente al rol de evaluación y seguimiento, específicamente en lo que tiene que ver con el proceso de auditoría interna, se parte de la planificación general, para posteriormente determinar una planeación específica para cada auditoría interna sobre la base de análisis de riesgos relevantes, teniendo en cuenta el universo de auditoría.

Al respecto es importante mencionar que la Guía de Auditoría para Entidades Públicas emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, elaborada en alianza estratégica con el Instituto de Auditores Internos IIA Colombia, determinó cinco (5) fases que permiten llevar a cabo el proceso auditor de manera técnica y profesional, al hacer uso de diferentes herramientas y procedimientos de auditoría. Estas fases son:

1. Planeación general para la Oficina de Control Interno (Plan Anual de Auditorías)
2. Planeación de la auditoría
3. Ejecución de la auditoría
4. Comunicación de resultados de la auditoría
5. Seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento

Cada una de estas fases desarrolla orientaciones contempladas en el Marco para la Práctica Profesional de Auditoría Interna, que deben ser tenidas en cuenta por parte del jefe de Control Interno o quien haga sus veces, con el fin de mejorar la efectividad del proceso auditor. Ahora bien, es importante señalar que el Decreto 1499 de 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” define lo siguiente:

“Artículo 2.2.22.1.1 sistema de gestión. El Sistema de Gestión, creado en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, que integra los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad, es el conjunto de entidades y organismos del Estado, políticas, normas, recursos e información cuyo objeto es dirigir la gestión pública al mejor desempeño institucional y a la consecución de resultados para la satisfacción de las necesidades y el goce efectivo de los derechos de los ciudadanos en el marco de la legalidad y la integridad. (Subrayado fuera del texto)

Artículo 2.2.23.1 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

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 6 de 24

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.” (Subrayado fuera del texto)

A partir de la anterior reglamentación, se integró el Sistema de Desarrollo Administrativo y el Sistema de Gestión de la Calidad, definiéndose un solo Sistema de Gestión, el cual se articula con el Sistema de Control Interno a través del Modelo Estándar de Control Interno MECI.

En este sentido, la nueva estructura del MECI, la cual se ha alineado a las buenas prácticas de control referenciadas desde el Modelo COSO[1], se fundamenta en cinco componentes, a saber: (i) Ambiente de control, (ii) Evaluación del riesgo, (iii) Actividades de control, (iv) Información y comunicación y (v) Actividades de monitoreo.

Esta estructura está acompañada de un esquema de asignación de responsabilidades y roles para la gestión del riesgo y el control, el cual se distribuye en diversos servidores de la entidad, no siendo ésta una tarea exclusiva de las oficinas de control interno.

En consecuencia, es posible afirmar que, para el diseño y posterior seguimiento a la estructura de control de la entidad, atendiendo lo definido en las líneas de defensa se encuentra lo siguiente:

- a) Línea Estratégica: Corresponderá a la Alta Dirección establecer desde el Direccionamiento Estratégico los lineamientos necesarios para que los controles definidos para la entidad tengan un enfoque basado en riesgos y evaluarlos de forma sistemática en el marco del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.
- b) 1ª Línea de Defensa: Corresponde a los servidores en sus diferentes niveles la aplicación de los controles tal como han sido diseñados, como parte del día a día y autocontrol de las actividades de la gestión a su cargo.
- c) 2ª Línea de Defensa: Corresponde a la Media y Alta Gerencia, donde se incluyen las Oficinas Asesoras de Planeación o quienes hagan sus veces, los Líderes de Proceso, Coordinadores, supervisores o interventores de contratos o proyectos entre otros, a quienes corresponde establecer mecanismos que les permitan ejecutar un seguimiento o autoevaluación permanente de la gestión, orientando y generando alertas a la 1ª línea de defensa.
- d) 3ª Línea de Defensa: Corresponde a la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces hacer el seguimiento objetivo e independiente de la gestión, utilizando los mecanismos y herramientas de auditoría interna, o bien estableciendo cursos de acción que le permitan generar alertas y recomendaciones a la administración, a fin de evitar posibles incumplimientos o materializaciones de riesgos en los diferentes ámbitos de la entidad.

Con respecto a la evaluación independiente llevada a cabo por la Oficina de Control Interno en el marco del quinto componente del MECI “Actividades de Monitoreo” y atendiendo su Rol como Tercera Línea de Defensa, y dado que dicha evaluación se lleva a cabo, entre otros ejercicios, a través de la ejecución de auditorías internas, como ya se mencionó anteriormente; este informe presenta los resultados respecto a la auditoría ejecutada al proceso Reparación Integral, incluido en el Plan Anual de Auditoría aprobado para la vigencia 2025.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Páginas: 7 de 24

En el marco del plan de auditorías de la vigencia 2025, la Oficina de Control Interno evaluó el Sistema de Control Interno y la gestión del año 2024 de las cinco dependencias clave en la ejecución del proceso de Reparación Integral: la Dirección de Reparación, la Subdirección de Reparación Individual, la Subdirección de Reparación Colectiva, el Grupo de Retornos y Reubicaciones y el Grupo Administrador del Fondo para la Reparación de las Víctimas. Este informe consolida los resultados de dichas auditorías, identificando hallazgos transversales y estructurales que impactan el cumplimiento de la misión de la Unidad.

5. RESULTADOS DEL ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE EVIDENCIAS.

Es importante tener en cuenta que los resultados presentados a continuación provienen, en gran medida, de la aplicación de herramientas y formularios diseñados por esta Oficina, mediante los cuales las dependencias registran información, diligencian autoevaluaciones y cuestionarios, y cargan evidencias. A partir de esta información, se verifica el cumplimiento frente a los requisitos y la normatividad aplicable. Las herramientas utilizadas fueron:

- Evaluación de la Matriz de Riesgos y Controles.
- Evaluación del Sistema de Control Interno.
- Herramienta de Control Cruzado.
- Evaluación de Funciones vs. Políticas del MIPG.
- Evaluación del Cumplimiento del Plan de Acción.

La aplicación de estas herramientas permitió obtener resultados cuantitativos, expresados en porcentajes y puntajes, sobre los cuales se realizan las validaciones, análisis y se emiten las conclusiones respectivas. Se evidencia que el Sistema de Control Interno del proceso de Reparación Integral es parcialmente efectivo, con calificaciones que oscilan entre 55.51% y 69.51% en las dependencias auditadas.

Adicionalmente, se llevaron a cabo entrevistas, verificaciones de cumplimiento de procedimientos y pruebas de recorrido, cuyos resultados aportaron a la identificación de debilidades, observaciones y conclusiones del proceso auditor.

De acuerdo con lo anterior, se presenta el consolidado de las debilidades reportadas en los informes correspondientes a las cinco dependencias analizadas, en el proceso de reparación integral:

5.1. Debilidades

El análisis transversal de las cinco dependencias auditadas revela debilidades recurrentes y estructurales que afectan la eficiencia y eficacia del proceso de reparación integral. A continuación, se presenta un listado consolidado de las debilidades identificadas en las auditorías realizadas a las cinco (5) dependencias:

Dependencia	Debilidad
Subdirección de Reparación Individual	Debilidad 1: No se han actualizado procedimientos clave, como el de “Toma de Solicitud de la Indemnización Administrativa” y el de “Reconocimiento, Entrega y Acompañamiento de la Indemnización para NNA”.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 8 de 24

	Debilidad 2: Ausencia de un modelo de medición robusto con indicadores que permitan la toma de decisiones informadas. Las evidencias no demuestran cómo se toman decisiones basadas en los indicadores.
	Debilidad 3: Falta de un mapa de riesgos integral y robusto que contemple todos los riesgos aplicables, incluyendo los derivados de nuevas normativas.
	Debilidad 4: Carencia de un modelo de seguimiento robusto y gerencial, lo que impide un seguimiento estricto a las decisiones tomadas.
	Debilidad 5: Incumplimiento en la ejecución del Plan de Acción 2024, con desviaciones significativas (superiores e inferiores) en las metas programadas.
	Debilidades 6, 7 y 8: Los sistemas de información carecen de automatización, interoperabilidad y un módulo de auditoría para monitorear cambios en los datos, lo que representa un riesgo para la integridad de la información.
	Debilidad 9: Incumplimiento crítico en los tiempos de respuesta de PQR, con 20,881 casos vencidos al 12 de mayo de 2025, vulnerando la Ley 1755 de 2015.
Grupo de Retornos y Reubicaciones	Debilidad 1: Ausencia de un modelo de medición robusto, diferente al del plan de acción, para medir la funcionalidad del proceso.
	Debilidad 2: Falta de un mapa de riesgos integral que incluya situaciones previsibles y riesgos derivados de la normativa aplicable, lo que no está conforme con la Ley 87 de 1993 y el Decreto 1083 de 2015.
	Debilidad 3: Ausencia de un modelo de seguimiento robusto y gerencial que soporte la toma de decisiones.
	Debilidad 4: Diseño deficiente de los controles en el mapa de riesgos, con descripciones incompletas y falta de seguimiento a los ocho controles reportados.
	Debilidad 5: Gestión deficiente en el avance y ejecución de las actividades del Plan de Acción 2024.
	Debilidades 6 y 7: Entrega extemporánea de información solicitada por la auditoría y falta de trazabilidad en los registros, que carecen de un expediente único por víctima y de datos financieros desagregados.
	Debilidad 8: Los planes de retorno para las comunidades Embera y Wiwa no son efectivos, ya que, a pesar de haber retornado, estas se han desplazado nuevamente, generando reprocesos y sobrecostos.
	Debilidad 9: Falta de un sistema de información interoperable con las entidades del SNARIV.
Subdirección de Reparación Colectiva	Debilidad 1: Incumplimiento de procedimientos misionales, como los de identificación, alistamiento y diseño de los PIRC, que no se ejecutan conforme están documentados.
	Debilidad 2: Deficiencias en los cinco componentes del SCI (indicadores, riesgos, control, mejora y seguimiento) por falta de conocimiento y ausencia de evidencias que soporten la gestión.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES		Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES		Fecha: 18/07/2024
			Páginas: 9 de 24

	Debilidad 3: Mapa de riesgos incompleto que no incluye riesgos clave como el incumplimiento de los PIRC ni riesgos fiscales. Además, el diseño de los controles es deficiente.
	Debilidad 4: Bajo cumplimiento de las metas del Plan de Acción 2024 y del Plan Nacional de Desarrollo.
	Debilidad 5: Falencias en el diligenciamiento y cargue de evidencias de la herramienta que permite a la OCI evaluar el cumplimiento de las funciones asignadas a la dependencia, así como de la implementación de las políticas del MIPG.
	Debilidades 6 y 7: Falta de automatización e interoperabilidad en los sistemas de información, lo que genera inconsistencias en los datos.
	Debilidades 8 y 9: Gestión deficiente de PQRS con 231 casos vencidos y falta de actas de informe de gestión ante los cambios de subdirector.
	Debilidad 10: No se publicaron los soportes de pago y supervisión de dos contratos en la plataforma SECOP II, incumpliendo los principios de publicidad.
Dirección de Reparación	Debilidad 1: Ausencia de un mapa de riesgos integral y robusto que consolide no solo lo identificado en el instrumento institucional sino aquellas situaciones que pueden afectar el logro de los objetivos y el no reconocer aquellos que se desprendan de normas aplicables a la gestión al interior de la dirección.
	Debilidad 2: Diseño deficiente de los controles en el mapa de riesgos, los cuales carecen de responsables formales y no tienen una descripción completa, y falta de identificación de riesgos fiscales.
	Debilidad 3: Incumplimiento en la ejecución del Plan de Acción 2024, con desviaciones significativas tanto en los indicadores de la dirección como del Grupo de Contribuciones a la Verdad.
	Debilidades 4, 5 y 6: Falta de automatización, interoperabilidad e implementación de un módulo de gestión de auditoría en los sistemas de información (MAARIV, INDEMNIZA, RUV, ARCHIDHU), lo que representa un alto riesgo para la calidad y seguridad de los datos.
	Debilidad 7: Rezagos críticos en la gestión de PQRS, con 911 casos vencidos bajo su responsabilidad directa al 12 de mayo de 2025.
	Debilidad 8: Falta de actualización del “Procedimiento Diálogos Transformadores”.
	Debilidad 9: Ausencia de actas de informe de gestión en los cambios de director ocurridos desde la vigencia 2024, incumpliendo la Ley 951 de 2005.
Fondo de Reparación de Víctimas (FRV)	Debilidad 1: Ausencia de un mapa de riesgos integral y robusto que consolide no solo lo identificado en el instrumento institucional sino aquellas situaciones que pueden afectar el logro de los objetivos y el no reconocer aquellos que se desprendan de normas aplicables a la gestión al interior del Fondo.
	Debilidad 2: Carencia de un modelo de seguimiento robusto y gerencial para la toma de decisiones informadas.
	Debilidad 3: Mapa de riesgos institucional incompleto al no incluir los riesgos fiscales asociados a la administración de bienes y recursos públicos. Adicionalmente, con el diseño deficiente de controles del mapa institucional.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 10 de 24

	Debilidad 4: Incumplimiento del Plan de Acción 2024, con desviaciones en las metas programadas.
	Debilidad 5: Cumplimiento parcial de las funciones encomendadas al grupo administrador del fondo, lo que puede impactar en el logro de los objetivos institucionales.
	Debilidades 6, 7 y 8: Falta de automatización, interoperabilidad e implementación de un módulo de gestión de auditoría en la Herramienta de Administración de Bienes utilizada por la dependencia.
	Debilidad 9: Incumplimiento de las funciones legales de recaudo de donaciones voluntarias establecidas en la Ley 1448 de 2011.
	Debilidad 10: Rezagos críticos en la gestión de PQRS, con 334 casos vencidos al 12 de mayo de 2025.

Se identificaron un total de 50 debilidades en las cinco dependencias auditadas. La distribución y naturaleza de estos hallazgos reflejan fallas sistémicas que requieren atención prioritaria.

Tabla Debilidades por Herramienta y Dependencia

Dependencia	NUMERO DE DEBILIDADES POR HERRAMIENTA							
	Procedimientos	Sistema de Control Interno	Funciones vs políticas MIPG	Plan de acción	Controles Riesgos	Gestión de la información	Gestión Interna	Total
Dirección de Reparación	1	1		1	1	3	2	9
Reparación Individual	1	3		1		3	1	9
Reparación Colectiva	1	1	1	1	1	2	3	10
Fondo Reparación de Víctimas		2	1	1	1	3	2	10
Retornos y Reubicaciones		3		1	1	4	3	12
Total:	3	10	2	5	4	15	11	50

Fuente: Informes de auditoría del primer semestre 2025 al proceso de Reparación Integral

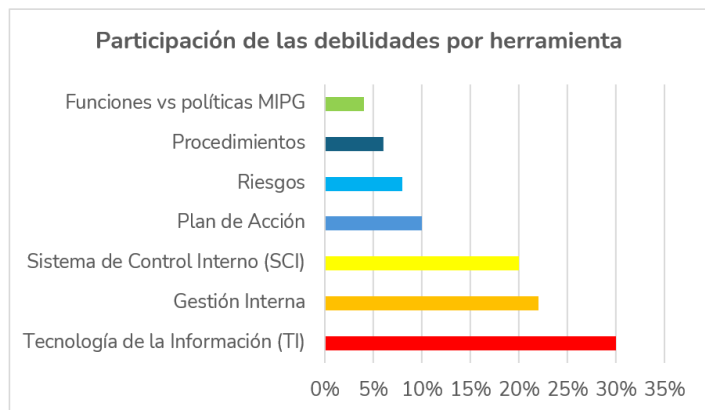
La anterior tabla presenta la relación de debilidades identificadas en las dependencias que integran el proceso de Reparación Integral, observando que el Grupo de Retornos y Reubicaciones presenta el mayor número de hallazgos, sin que ello represente una diferencia significativa, en comparación con las demás dependencias que conforman el proceso.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES		Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES		Fecha: 18/07/2024 Páginas: 11 de 24

A continuación, se presenta una relación del número de hallazgos por cada una de las herramientas aplicadas y el porcentaje que representa:

Número de hallazgos identificados por herramienta

Herramienta / Componente	Total debilidades	% sobre el total
Tecnología de la Información (TI)	15	30%
Gestión Interna	11	22%
Sistema de Control Interno (SCI)	10	20%
Plan de Acción	5	10%
Riesgos	4	8%
Procedimientos	3	6%
Funciones vs políticas MIPG	2	4%
Total	50	100%



Fuente: Informes de auditoría del primer semestre 2025 al proceso de Reparación Integral

La anterior tabla presenta la distribución de las debilidades según cada herramienta aplicada durante la auditoría realizada por la Oficina de Control Interno en el primer semestre de 2025 al Proceso Reparación Integral, reflejando el siguiente comportamiento:

- **La Gestión de la Información (TI)** concentra el mayor número de debilidades (30 %), asociadas a la automatización de las herramientas que actualmente se están trabajando y alimentando de manera manual, adicionalmente, la interoperabilidad de los diferentes aplicativos empleados en los procesos y la aplicación de un módulo de gestión de auditoría que permita emitir alertas ante los cambios en los registros de datos; lo que implica que se debe realizar un esfuerzo importante en la definición de acciones que permitan mejorar la gestión e impacto en lo que corresponde a las herramientas tecnológicas y de manejo de la información de la entidad.
- **Gestión Interna**, con un 22%; se debe tener presente que este aspecto fue evaluado aplicando técnicas de auditoría como entrevistas, pruebas de recorrido, análisis documental, a partir de las cuales se evidenció debilidades en el seguimiento y monitoreo de los controles asociados a la respuesta de PQRS, cargue de soportes contractuales en la plataforma SECOP II, proceso de empalme de los líderes de las dependencias; lo anterior implica también la definición de acciones y estrategias que permitan el cumplimiento de requisitos normativos asociados a estos aspectos.
- **El Sistema de Control Interno (SCI)**, con un 20 %, evidencia fallas estructurales relacionadas con aspectos fundamentales para la implementación del sistema de control interno, como son: controles, indicadores, acciones de mejora, riesgos y actividades de seguimiento.
- **Procedimientos y Funciones vs políticas MIPG** representan 6% y el 4 %, aspectos que aun cuando reflejan porcentajes menores dentro del análisis, no deben subestimarse, ya que comprometen aspectos esenciales como la legalidad, la formalización de procesos y el cumplimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 12 de 24

5.2. Observaciones

Con respecto a las 19 observaciones identificadas en los informes individuales por dependencia, aunque no califican como debilidades críticas, señalan desviaciones y riesgos significativos en la gestión del Proceso de Reparación Integral; las cuales, analizadas en conjunto, revelan patrones que requieren atención para prevenir futuras debilidades. A continuación, se relacionan:

Dependencia	Observación
Subdirección de Reparación Individual	1) Se recuerda la responsabilidad directa del líder de la dependencia sobre la aplicación, calidad y eficacia del control interno, conforme a la Ley 87 de 1993.
Subdirección de Reparación Individual	2) Se deben adoptar medidas para fortalecer los procesos de gestión documental y la provisión oportuna de información durante las auditorías, ya que se observaron demoras.
Subdirección de Reparación Individual	3) Se identificó un cumplimiento parcial de funciones y de las políticas del MIPG. Específicamente, las funciones 6 y 7, relacionadas con los "contratos de transacción", no se cumplen, por lo que se recomienda una revisión normativa del Decreto 4802 de 2011.
Subdirección de Reparación Individual	4) Se recomienda a la subdirección tener en cuenta las dificultades operativas reportadas por el proveedor de la Orden de Compra 123217-2023 para optimizar la tercerización de actividades.
Subdirección de Reparación Individual	5) Se debe revisar la planeación de la ejecución de recursos, dado que para el contrato 1709-2024 solo se ejecutó el 33.97% del presupuesto que la subdirección aportó.
Dirección de Reparación	1) Se recomienda integrar la generación de actos administrativos de pago de la sentencia de la Unión Patriótica a los sistemas de la Unidad para mejorar los controles.
Dirección de Reparación	2) Se recomienda incluir la gestión y pagos de la sentencia de la Unión Patriótica en los Informes Generales de Gestión para visibilizar este trabajo.
Subdirección de Reparación Colectiva	1) Se requiere validar la información de los Sujetos de Reparación Colectiva (SRC) notificados para evitar retrasos en el inicio de la ruta.
Subdirección de Reparación Colectiva	2) Los tiempos de gestión para la aprobación de un Plan Integral de Reparación Colectiva (PIRC) son excesivamente largos, llegando hasta 9 años, lo que requiere una revisión de las fases para mejorar la eficiencia.
Subdirección de Reparación Colectiva	3) Se sugiere incluir en la matriz de seguimiento el estado actual y las observaciones de cada SRC para mejorar la trazabilidad y documentar las razones de los retrasos.
Subdirección de Reparación Colectiva	4) La metodología del "árbol de problemas" usada en la fase de diseño de los PIRC genera información demasiado genérica; se recomienda validar su efectividad.
Subdirección de Reparación Colectiva	5) Se debe fortalecer el control sobre el cargue de documentos soporte, ya que se identificaron demoras y nombres de archivo incorrectos.

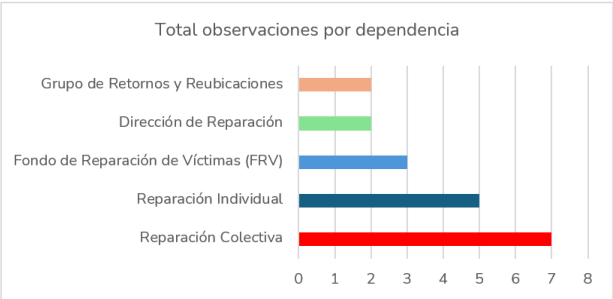
 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES		Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES		Fecha: 18/07/2024 Páginas: 13 de 24

Subdirección de Reparación Colectiva	6) Se identificaron 53 registros donde la fecha de aprobación del PIRC es anterior a la fecha de notificación de inclusión en el RUV, lo cual es técnicamente imposible.
Subdirección de Reparación Colectiva	7) Existen inconsistencias en las cifras reportadas sobre el número total de SRC en el informe de gestión 2024, lo que genera confusión.
Grupo de Retornos y Reubicaciones	1) Los procedimientos presentan un alto grado de desactualización, con un 66.66% de ellos teniendo entre 3 y 5 años de antigüedad.
Grupo de Retornos y Reubicaciones	2) Se recomienda alinear las funciones del grupo con las políticas del MIPG, ya que se evidencia un cumplimiento solo parcial en 25 de 26 funciones.
Fondo de Reparación de Víctimas (FRV)	1) Existe una obsolescencia en los procedimientos y manuales, donde el 66.67% tienen menos de 3 años de actualización y el 33.33% tienen entre 3 y 4 años.
Fondo de Reparación de Víctimas (FRV)	2) Se recomienda revisar el procedimiento de pago de sentencias para retirar actividades que son responsabilidad de la Oficina Asesora Jurídica.
Fondo de Reparación de Víctimas (FRV)	3) Se recomienda buscar una mayor automatización en el proceso de liquidación y pago de sentencias judiciales para reducir los riesgos asociados a los procesos manuales.

Fuente: Informes de auditoría del primer semestre 2025 al proceso de Reparación Integral

Número de observaciones identificadas por dependencia

Dependencia	Total Observaciones	Participación	Componentes afectados
Reparación Colectiva	7	37%	Procedimientos, Gestión Interna
Reparación Individual	5	26%	Procedimientos, Gestión Interna, Funciones vs MIPG
Fondo de Reparación de Víctimas (FRV)	3	16%	Procedimientos, Gestión Interna
Dirección de Reparación	2	11%	Gestión Interna
Grupo de Retornos y Reubicaciones	2	11%	Procedimientos, Funciones vs MIPG



Fuente: Informes de auditoría del primer semestre 2025 al proceso de Reparación Integral

A continuación, se presenta un análisis ampliado de las observaciones por dependencia. Esta integración permite identificar tendencias transversales, riesgos institucionales y acciones prioritarias.

Procedimientos - Documentación y Registros (47% - 9 observaciones)

Este componente es el más crítico. Las observaciones reflejan problemas en actualización, diseño, trazabilidad y alineación de los procedimientos con las responsabilidades actuales. Afecta a 4 dependencias:

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Páginas: 14 de 24

Dependencia	Observación relevante
Grupo de Retornos y Reubicaciones	Procedimientos desactualizados (66.66% tienen entre 3 y 5 años).
FRV	Manuales obsoletos, errores en asignación de funciones y necesidad de automatización de pagos judiciales.
Subdirección de Reparación Colectiva	Fallas en cargue documental, fechas que no presentan coherencia y errores en registro de información. Importante tener en cuenta que se cuenta con una debilidad asociada a la no implementación cabal de los procedimientos establecidos.

Fuente: Informes de auditoría del primer semestre 2025 al proceso de Reparación Integral

Existen fallas estructurales y operativas que comprometen la eficiencia, la trazabilidad documental y el cumplimiento normativo. Es necesario rediseñar los procedimientos, estandarizarlos y articularlos con los sistemas institucionales (SGD, gestión contractual y presupuestal).

Gestión Interna (42% - 8 observaciones)

Refleja debilidades en organización interna, flujos de información, coordinación, trazabilidad y liderazgo. Afecta a 3 dependencias principalmente:

Dependencia	Observación destacada
Subdirección de Reparación Individual	Falta de liderazgo en control interno, Problemas con proveedores (tercerización) y baja ejecución presupuestal. y demoras en gestión documental.
Dirección de Reparación	Falta de integración de pagos de sentencias al sistema institucional y escasa visibilidad en informes.
Subdirección de Reparación Colectiva	Retrasos críticos (hasta 9 años) en la aprobación de planes, necesidad urgente de revisar los tiempos transcurridos en cada fase de la ruta e implementar estrategias.

Fuente: Informes de auditoría del primer semestre 2025 al proceso de Reparación Integral

Se evidencia un riesgo operativo y de cumplimiento, derivado de gestiones prolongadas, ausencia de articulación interdependencias y estrategias susceptibles de mejora en cuanto a seguimiento y control. Se requieren medidas correctivas inmediatas, incluida la asignación clara de responsabilidades.

Funciones vs Políticas MIPG (11% - 2 observaciones)

Este componente alerta sobre desalineaciones normativas y funcionales. Afecta directamente a:

Dependencia	Observación clave
Subdirección de Reparación Individual	Incumplimiento parcial de funciones 6 y 7 (contratos de transacción), requiere revisión del Decreto 4802 de 2011. Estas funciones están relacionadas con el artículo de 133 de la Ley 1148 de 2011: <Artículo modificado por el artículo 132 de la Ley 1753 de 2015. El nuevo texto es el siguiente:> De igual forma, de la condena judicial se descontará el valor

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Páginas: 15 de 24

	<i>monetario de los predios que sean restituidos, de conformidad con la tasación monetaria que se realice de los mismos. Para mayor claridad de estas funciones se recomienda a la subdirección de reparación individual solicitar la revisión y ajuste del artículo 22 del Decreto 4802 de 2011, donde se tenga en cuenta los cambios normativos frente a estas funciones.</i>
Grupo de Retornos y Reubicaciones	Solo se cumple plenamente 1 de 26 funciones, lo que representa un desajuste crítico con el MIPG.
Subdirección de Reparación Colectiva	En el diligenciamiento de la herramienta, no se registró información en todas las funciones ni se cargaron evidencias en algunos casos, por lo que se debe reforzar el proceso de entendimiento de las políticas y soporte de evidencias en cuanto a funciones y políticas solicitadas en el proceso auditor, que seguramente si son implementadas pero que no fueron registradas o soportadas adecuadamente, lo que afectó los resultados de la auditoría.

Se recomienda reforzar el conocimiento y comprensión de las políticas que conforman el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, tanto por parte de los líderes del SIG y de las Políticas a nivel interno con respecto a su socialización, como por parte de cada uno de los procesos desde su rol de participación y aporte en la implementación de dichas políticas; y validar, para próximos ejercicios, las evidencias que deben ser cargadas en las herramientas solicitadas por esta oficina en el proceso de auditoría, que dan cuenta del cumplimiento de las funciones asignadas por ley, y en los casos que aplique actualizar la normatividad cuando se evidencien inconsistencias en este sentido.

5.3. Recomendaciones de los Equipos de Auditoría

Con base en los hallazgos, los equipos auditores emitieron las siguientes recomendaciones clave:

Sistemas de Información: Fortalecer los sistemas para que sean interoperables entre sí y con otras entidades. Implementar la automatización de datos para mejorar la eficiencia y calidad de la información, de igual forma implementar módulos de gestión de auditoría que permitan emitir alertas y realizar un seguimiento efectivo a los cambios en la data.

Gestión de Riesgos y Control: Fortalecer los mapas de riesgos de todas las dependencias para incluir riesgos no contemplados, como los fiscales, operativos y de corrupción. Mejorar el diseño de algunos controles, revisar y ajustar los modelos metodológicos de administración, especialmente en el FRV, para mejorar el control de inventarios y la gestión de bienes.

Planeación y Articulación: Activar mecanismos de articulación con la Dirección de Gestión Interinstitucional y la Oficina Asesora Jurídica para mejorar la coordinación en temas como la recuperación de bienes y el cobro de cartera.

Gestión Documental: Garantizar el mantenimiento y conservación de la gestión documental completa, integral y actualizada, tanto de la gestión misional como de la supervisión contractual.

5.4. Aspectos Sobresalientes (Fortalezas):

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Páginas: 16 de 24

Competencia Técnica: Los equipos de trabajo de las dependencias auditadas, en general, demuestran un conocimiento técnico y un manejo adecuado de los procedimientos misionales.

Cultura de Autocontrol: Se identificaron acciones proactivas de autocontrol, como el traslado de presuntas irregularidades a las instancias competentes por parte del Fondo para la Reparación de las Víctimas.

Logros Operativos: Se destaca la capacidad para gestionar un alto volumen de operaciones. Por ejemplo, la Subdirección de Reparación Individual gestionó más de 124,000 solicitudes y ejecutó un presupuesto superior a 2.7 billones de pesos.

5.5. Cumplimiento de Planes de Mejoramiento

A. Planes de Mejoramiento hallazgos Contraloría General de la República (CGR): El seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos con la CGR es una de las áreas más críticas de la Unidad.

- El **Fondo de Reparación de Víctimas** tiene 56 hallazgos vigentes. Su plan de mejoramiento fue calificado como **"INEFECTIVO"** por la CGR, al encontrar 44 acciones ineficaces para mitigar los riesgos.
- La **Subdirección de Reparación Individual** tiene 14 hallazgos vigentes, principalmente por la falta de actualización y calidad de la información en los sistemas.
- El Grupo de **Retornos y Reubicaciones** cuenta con 16 hallazgos vigentes por debilidades en supervisión contractual y articulación.
- La **Subdirección de Reparación Colectiva** cuenta con 5 hallazgos vigentes que se enfocan técnicamente en las falencias y debilidades con respecto a la planeación, seguimiento y control tanto en materia contractual como en la gestión de su misionalidad.

Las causas más comunes de los hallazgos de la CGR son la gestión antieconómica, deficiencias en la supervisión contractual, fallas en los sistemas de información y la falta de planeación y seguimiento.

Planes de Mejoramiento debilidades Oficina de Control Interno Persisten debilidades generadas en auditorías de vigencias anteriores, especialmente en el Fondo de Reparación de Víctimas, donde aún hay debilidades abiertas relacionadas con el incumplimiento del plan de acción, el incremento de la cartera morosa y fallas en el registro de ingresos.

6. ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO HISTORICO.

Con respecto a las auditorías realizadas al proceso de Reparación Integral, en vigencias anteriores, se tiene que el proceso ha sido evaluado, de acuerdo con los siguientes enfoques, desde el año 2018:

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES		Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES		Fecha: 18/07/2024 Páginas: 17 de 24

PROCESO / DIRECCIÓN TERRITORIAL	2018	2019	2020	2021 SEG. PM	2022	2023	2024
ADMINISTRACIÓN DE BIENES A CARGO DEL FRV - REPARACIÓN INTEGRAL	X		X		X		
REPARACIÓN INTEGRAL	X		X SEGUIM				
REPARACIÓN INTEGRAL CONTRATOS		X	X				
GRUPO FRV FASE 1 - PROCESO DE REPARACIÓN INTEGRAL FRV ENFOQUE CONTRATACIÓN		X	X				

Como se puede observar, las auditorías y seguimientos se realizaron con base en aspectos críticos como la contratación y administración de bienes a cargo del FRV, no con base en cada una de las dependencias que conforman el proceso; por lo tanto, no podrá realizarse en este capítulo, una comparación en este sentido.

De acuerdo con lo anterior, a continuación, se presenta la relación de los hallazgos identificados en cada caso:

2018	2019	2020	2022
Auditoría Reparación Integral: 18 debilidades Auditoría Administración de Bienes FRV: 6 Debilidades	Auditoría Grupo FRV Fase 1 Enfoque Contratación: 6 Debilidades Auditoría Reparación Integral Contratos Fase 1: 14 Debilidades	Seguimiento Planes de Mejoramiento Reparación Integral. Se cierran 38 de 44 (suma de todas las mencionadas en 2018 y 2019) debilidades. Abiertas 6 Debilidades.	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.

Ahora bien y teniendo en cuenta que a diciembre 2024 se contaba con 12 debilidades abiertas en el proceso evaluado, a continuación, se presenta la conclusión generada como resultado de la verificación realizada en el proceso de auditoría:

DEPENDENCIA	DEBILIDADES ABIERTAS A DIC 2024	RESULTADO VALIDACIÓN AUDITORÍA 2025	
		ABIERTAS	CERRADAS
DR	1	1	
SDRC	2		2
SDRI	0		
RYR	0		
FRV	9	4	5
Total	12	5	7

De acuerdo con lo anterior, de las 12 debilidades pendientes de cierre en el proceso auditado, y como resultado de la evaluación realizada, 7 debilidades fueron cerradas y 5 se mantienen abiertas.

Con respecto a los hallazgos identificados en el proceso de auditoría externa, los planes de mejoramiento revelan un comportamiento histórico de incumplimiento y falta de efectividad. Los hallazgos de la Contraloría General de la República (CGR) persisten a lo largo de los años, especialmente en el Fondo de

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 18 de 24

Reparación de Víctimas, cuyo plan de mejoramiento fue calificado como "INEFECTIVO" al encontrar 44 acciones ineficaces. Las causas más comunes de los hallazgos de la CGR son la gestión antieconómica, deficiencias en la supervisión contractual, fallas en los sistemas de información y la falta de planeación y seguimiento. De igual forma, persisten debilidades de auditorías internas de vigencias anteriores, lo que indica que las acciones correctivas implementadas no han sido suficientes para eliminar las causas raíz de los problemas.

7. ENFOQUE BASADO EN RIESGOS.

La Oficina de Control Interno, tras analizar los resultados de las auditorías realizadas al proceso de reparación integral, identificó los siguientes riesgos

a) Riesgo de acceso limitado o tardío a la información

Causa raíz:

- Demoras en la entrega de documentos por parte de las dependencias.
- Falta de sistematización o disponibilidad digital de los registros.
- Ausencia de responsables claros en los procesos auditados.

Impacto:

- Afecta la oportunidad y completitud del análisis.
- Riesgo de omitir hallazgos por falta de evidencia suficiente.

b) Riesgo de sesgo en la información reportada por los auditados.

Causa raíz:

- Autoevaluaciones no objetivas.
- Evidencias construidas solo para la auditoría.
- Falta de cultura de autocontrol o transparencia.

Impacto:

- Distorsión en el diagnóstico real del sistema de control interno.
- Emisión de conceptos que no reflejan las condiciones operativas reales.

c) Riesgo de interpretaciones subjetivas o desalineadas entre el auditor y el auditado.

Causa raíz:

- Ausencia de criterios objetivos para valorar algunas evidencias.
- Diferencias técnicas entre el equipo auditor y los equipos operativos.
- Falta de armonización entre herramientas internas y el MIPG.

Impacto:

- Genera discusiones, retrabajos o resistencia a los resultados.
- Puede afectar la credibilidad del informe.

d) Riesgo de omisión de hallazgos relevantes

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 19 de 24

Causa raíz:

- Foco limitado de las herramientas aplicadas.
- No inclusión de actores clave o de terreno en el proceso de auditoría.
- Falta de pruebas de recorrido o verificación directa en campo.

Impacto:

- Se pierde la oportunidad de corregir fallas sistémicas.
- Se debilita el rol preventivo de la auditoría.

e) Riesgo de no seguimiento a las recomendaciones

Causa raíz:

- Desconexión entre la auditoría y la formulación de planes de mejora.
- Falta de liderazgo en las dependencias auditadas.
- Limitada capacidad operativa para implementar las acciones sugeridas.

Impacto:

- Reincidencia en hallazgos en auditorías futuras.
- Debilitamiento del ciclo de mejora continua.

f) Riesgo reputacional para la Oficina de Control Interno

Causa raíz:

- Mala interpretación del informe final por parte de terceros.
- Comunicación institucional débil de los resultados y su propósito.
- Percepción de auditoría como herramienta sancionatoria.

Impacto:

- Desconfianza institucional en el rol del control interno.
- Dificultad para obtener colaboración en auditorías futuras.

8. CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE EVIDENCIA.

Teniendo en cuenta la medición de las cinco variables críticas que la Oficina de Control Interno ha evaluado como son: Indicadores, Riesgos, Control, Mejora o Valor Agregado y Seguimiento, se evidencia que el Sistema de Control Interno del proceso de Reparación Integral es parcialmente efectivo, con calificaciones que oscilan entre 55.51% y 69.51% en las dependencias auditadas. Las debilidades del sistema impiden asegurar el cumplimiento sólido y sostenido de los objetivos institucionales y la toma de decisiones.

Se evidenciaron debilidades en los sistemas de información en cuanto a su falta de interoperabilidad lo que genera inconvenientes para mantener información oportuna, la operación de forma manual en tareas críticas que puede generar inconvenientes de seguridad de la información y la carencia de una gestión de auditoría de datos, que compromete la integridad y calidad de la información.

En el proceso se observó que existe una falla en la identificación de riesgos, particularmente en la omisión de riesgos fiscales los cuales ya han sido alertados por medio de los hallazgos comunicados por la

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 20 de 24

Contraloría General de la Republica y que cuentan con una metodología para su tipificación por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública.

Además, se evidenciaron deficiencias en cuanto al diseño adecuado y metodológicamente correcto de los controles que se encuentran incluidos en el mapa de riesgos institucional, evidenciándose que se puede mejorar en la asignación de los responsables de la ejecución, periodicidad y evidencias suministradas para evitar la materialización de riesgos; se sugiere además validar su efectividad, de acuerdo con el riesgo que se pretende mitigar.

De manera transversal, se evidencio un rezago critico en la gestión de PQRS, esto al observar que todas las dependencias presentan solicitudes vencidas, según la información reportada en los sistemas de atención que tiene la unidad (ARCHIDHU, LEX). Si bien se han realizado seguimientos y planes de choque para disminuir el número de PQRS atrasadas, es fundamental continuar implementando las estrategias necesarias para responder todos los casos.

Por otra parte, se observaron incumplimientos en el nivel de avance y ejecución obtenido para las actividades (indicadores) programadas en el plan de acción de todas las dependencias del proceso, entendiendo como una de sus causas la definición de la planeación realizada al más alto nivel estratégico, sin tener en consideración las estadísticas de comportamientos pretéritos, así como los recursos y capacidad disponible; pudiendo aumentar el riesgo de incumplimiento de los objetivos institucionales.

Se evidencio que desde la vigencia 2024 no se conocieron por parte del proceso informes o actas de entrega de los lideres encargados, incumpliendo la Ley 951 de 2005 y quedando sin la información suficiente para el desarrollo de actividades propias de la misionalidad de cada una de las dependencias, así como con respecto al manejo y estado de los recursos gestionados.

Respecto a los procedimientos evaluados en el desarrollo de la auditoria, se evidencia que falta realizar las labores de actualización, ya que se evidencia que en la práctica se desarrollan actividades no incluidas en los documentos, o procedimientos que no reflejan la realidad operativa y diferencias en los encargados de las actividades, lo cual puede generar confusión y diferencias al momento de realizar su verificación o revisión.

Según la verificación de contratos en la plataforma SECOP II, se evidencio la no existencia de documentación que debe ser cargada en esta plataforma, como soportes de pago, facturas e informes, incumpliendo con el deber que tienen las entidades públicas de publicar todos los soportes de la actividad contractual.

Respecto al análisis de los planes de mejoramiento generados como respuesta a los hallazgos de las auditorias ejecutadas por la Contraloría General de la República, se efectuó un análisis de las principales causas que llevaron a la generación de estas observaciones como son: debilidades en supervisión contractual; deficiencias en la administración, comercialización y monetización de los bienes administrados por e FRV; inoportunidad en procesos de defensa judicial; dificultades para activar ruta individual de retorno; falencias en el control y seguimiento de lo estipulado en convenios; falencias y debilidades en la actualización oportuna, confiable y de calidad de la información de los sistemas de información de la Subdirección de Reparación Individual; deficiencias en la planeación, seguimiento y control en materia contractual y en la gestión de la misionalidad.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 21 de 24

La Oficina de Control Interno incluyó recomendaciones en cada uno de los informes, en ejercicio de su rol de enfoque hacia la prevención, para que cada una de las dependencias quienes son las directamente responsables de las actividades fijadas dentro del plan de mejoramiento de la CGR, minimice el riesgo que obstaculiza la gestión misional y supere las debilidades que dan origen a los hallazgos de la Contraloría General de la República,

Entre las recomendaciones más relevantes de deben señalar: Dar cumplimiento al ordenamiento legal vigente; fortalecer la metodología de planeación con respecto a la atención integral a los sujetos colectivos y a los procesos de retorno y reubicaciones; ajustar los modelos metodológicos de administración y monetización de bienes que administra el FRV; diseñar e implementar mecanismos de control a la gestión contractual y misional de todo el proceso; activar y reforzar mecanismos de articulación con otros entes gubernamentales; fortalecer los mapas de riesgo institucionales; utilizar metodologías para tratamiento de riesgo; fortalecer los sistemas de información utilizados en las dependencias; implementar la automatización de datos; utilizar metodologías para evidenciar de manera constante el seguimiento y control a los cambios en las bases de datos; Realizar el mantenimiento y conservación de la gestión documental.

Frente a los planes de mejoramiento originados en las auditorías internas efectuadas en vigencias anteriores por parte de la Oficina de Control Interno, se efectuó la validación de evidencias para determinar la posibilidad de cierre de doce (12) hallazgos abiertos al momento de la realización de la auditoria, concluyéndose el cierre de siete (7) debilidades. Respecto a las cinco (5) debilidades que se mantienen abiertas se deberá replantar el plan de mejoramiento.

El proceso de Reparación Integral contó con un equipo de trabajo estructurado y fortalecido que demostró un conocimiento técnico y manejo adecuado de los procedimientos misionales, además se evidencio acciones proactivas de autocontrol como el traslado de presuntas irregularidades a las instancias competentes por parte del Fondo para la Reparación de las Víctimas.

Se destaca la capacidad para gestionar un alto volumen de operaciones en la vigencia año 2024, con corte a 31 de diciembre, la Subdirección de Reparación Individual ordenó un total de 307.619 indemnizaciones a 285.537 víctimas, con un presupuesto de \$ 2.644.427.926.585.

9. CONCEPTO DE CONTROL INTERNO.

La Oficina de Control Interno, en cumplimiento de sus funciones establecidas por la Ley 87 de 1993, el Decreto 943 de 2014 y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), realizó auditorías internas al Sistema de Control Interno (SCI) de las siguientes dependencias que integran el proceso de Reparación Integral:

- Dirección de Reparación
- Subdirección de Reparación Individual
- Subdirección de Reparación Colectiva
- Grupo Administrador del Fondo de Reparación para las Víctimas
- Grupo de Retornos y Reubicaciones

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 22 de 24

La auditoría se llevó a cabo entre marzo y junio de 2025, evaluando el desempeño institucional durante la vigencia 2024. El objetivo fue determinar la efectividad del SCI en cada dependencia, identificando fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora. Como resultado de la auditoría interna aplicada a la Dirección de Reparación, Subdirecciones de Reparación Individual y Colectiva, Grupo de Retornos y Reubicaciones, y Grupo Administrador del Fondo de Reparación de Víctimas, la Oficina de Control Interno emite el siguiente concepto auditor consolidado:

El Sistema de Control Interno (SCI) de las dependencias evaluadas se encuentra en un estado parcialmente efectivo, con un nivel de desempeño general clasificado como “Medio”, en función de las calificaciones obtenidas (entre 66.5 y 55.51 sobre 100). Aunque se reconocen avances en la estructuración de equipos de trabajo, formalización de procedimientos, acciones de mejora y cumplimiento de metas misionales, persisten debilidades estructurales en la implementación de herramientas de gestión, el cumplimiento de obligaciones normativas, la automatización de la información y la articulación de procesos.

Se resaltan los avances en algunas de las metas misionales asociadas al proceso de Reparación Integral, sin embargo, se identificaron 50 debilidades, que en su mayoría afectan la eficacia, eficiencia y transparencia de la gestión institucional. Los hallazgos comunes más relevantes son:

Gestión de riesgos deficiente: En todas las dependencias se evidenció la ausencia de mapas de riesgos completos, actualizados y alineados con la operación real. No se contemplan riesgos fiscales o de cumplimiento críticos, y los controles definidos, en algunos casos, son susceptibles de mejora con el fin de garantizar su efectividad.

Tecnologías de la información: Se observaron limitaciones importantes en la automatización de procesos, interoperabilidad entre sistemas y confiabilidad de los datos. La mayoría de las dependencias depende de registros manuales, lo que incrementa el riesgo de errores y debilita la trazabilidad.

Planeación institucional y seguimiento: Varias dependencias incumplieron metas establecidas en el Plan de Acción, sin mecanismos robustos de seguimiento ni tableros de control. La ejecución presupuestal fue baja en algunos procesos clave.

Cumplimiento normativo: Se identificaron desviaciones en la aplicación de normas como la Ley 1755 de 2015 (PQRS), Ley 951 de 2005 (informes de empalme), y lineamientos de SECOP II. Además, algunas funciones asignadas están desactualizadas o no se reportó evidencia en cuanto a su cumplimiento, en las herramientas remitidas por la OCI en el proceso de auditoría.

Evaluaciones internas vs verificación externa: Se presentaron discrepancias entre la autoevaluación de las dependencias y la calificación del equipo auditor, con brechas de hasta 57 puntos porcentuales. Esto evidencia una limitada apropiación del SCI y una baja cultura de autocontrol.

El Sistema de Control Interno del proceso de Reparación Integral, si bien cuenta con fortalezas operativas y un equipo humano comprometido, es parcialmente efectivo y presenta debilidades estructurales críticas.

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024 Páginas: 23 de 24

Las fallas sistémicas en la gobernanza de los sistemas de información, la gestión de riesgos, la planeación y la respuesta oportuna a las víctimas, representan un riesgo alto para el cumplimiento de la misión de la Unidad y exponen a la entidad a riesgos operativos, fiscales y reputacionales. Es imperativo que la Dirección General lidere una intervención estratégica para modernizar los sistemas de información, fortalecer la cultura de control y mejorar la efectividad de la planeación, a fin de garantizar una reparación integral eficiente, transparente y oportuna para las víctimas.

Más allá de las debilidades, se formulan las siguientes observaciones y recomendaciones para la Dirección General:

Modernización Tecnológica: Es imperativo liderar un proyecto estratégico para la interoperabilidad y automatización de los sistemas de información. La falta de un sistema integrado que garantice un expediente único de la víctima es la causa raíz de múltiples ineficiencias, riesgos de fraude y fallas en la calidad de la información.

Fortalecer la Cultura de Control y Gestión de Riesgos: Se debe fortalecer el proceso con respecto a la elaboración de mapas de riesgos verdaderamente integrales que incluyan los riesgos fiscales y de corrupción. La Dirección General puede promover una cultura donde el control interno sea una herramienta de gestión y no solo un requisito formal.

Revisión de la Planeación Estratégica: Las desviaciones constantes en el Plan de Acción indican que las metas no se están formulando con base en la capacidad real de la entidad. Se debe liderar una revisión de la metodología de planeación para que sea más realista y efectiva.

Plan de Choque para la Gestión de PQRS: El volumen de peticiones vencidas requiere una intervención directa y un plan de choque liderado desde la alta dirección para garantizar el derecho de petición de las víctimas y mitigar los riesgos legales y reputacionales.

En conclusión, el sistema de control interno debe ser fortalecido de manera integral mediante la elaboración e implementación de planes de mejoramiento diferenciados, verificables y articulados, que aborden las causas raíz de las debilidades detectadas y promuevan una cultura institucional orientada a la eficiencia, transparencia y responsabilidad.

APROBÓ



JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

Elaborado:

José David Murcia Rodríguez -Profesional Universitario
 Gonzalo Eduardo Amórtegui Jiménez – Profesional Especializado
 Nohemilce Quintero Cetina – Profesional Especializado
 Ana Sofía Iregui Carillo – Profesional Especializado

 Unidad para las Víctimas	FORMATO DE INFORMES	Código: 120.19.15-10
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 06
	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN INFORMES	Fecha: 18/07/2024
		Páginas: 24 de 24

Anexo 1 Control de cambios

Versión	Fecha de Cambio	Descripción de la modificación
1	04/08/2014	Creación del formato.
2	09/03/2015	Al revisar el formato se evidencia que la casilla fecha de informe está repetida.
3	02/08/2017	Se modifica formato y se adiciona firma aprobación del Jefe Oficina de Control Interno.
4	30/04/2020	Se actualiza formato, se ajusta la distribución del texto en filas y columnas, las fuentes y fecha de la tabla control de cambios.
5	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.
6	19/07/2024	Se actualiza el formato es su estructura de contenido, de acuerdo con los requerimientos de la Oficina de Control Interno.