INFORME FINAL DE AUDITORIA PROCESO DE GESTIÓN ADMINSTRATIVA

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 Victimas, 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:	Gestión Administrativa - Grupo Gestión Administrativa y Documental
Dependencia líder:	Secretaría General
Responsable del Proceso:	Javier Eduardo Delgadillo Rodriguez
Tipo de auditoría realizada:	De primera parte, efectividad del Sistema de Control Interno
Fecha de auditoría:	Del 01 de agosto al 15 de diciembre de 2025
Equipo Auditor:	José David Murcia Rodríguez - Auditor Líder Liliana Marcela Criales Rincon - Auditora Deisy Carolina Diaz Vargas– Auditora Maria Constanza Barco Perez – Auditora William Arturo Marquez Montero – Auditor Juan Carlos Castellanos Mayorga – Auditor Basco German Ricaurte Guerra – Auditor Jose de Jesus Gutierrez Villalba – Auditor

1. OBJETIVO DE LA AUDITORIA

La auditoría tiene como objetivo evaluar el Sistema de Control Interno del Proceso de Gestión Administrativa visto desde el logro de metas, la aplicación de normas y modelos de gestión efectivos. Para lograr el propósito, se examinan los aspectos comunicacionales y de seguimiento a las acciones de control que se deben realizar de conformidad con la naturaleza del grupo.

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, 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 recolección y análisis de la información obtenida por el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno de las fuentes identificadas y concluye con el informe final de auditoría. En lo pertinente se auditan los resultados de los modelos de medición, riesgo, control y gestión.

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 2025. 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 LOS 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 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 monitorea 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 Gestión Administrativa, el cual está dispuesto en la caracterización del proceso en su V10 del 26 de octubre de 2022, en los siguientes términos:

> *"Garantizar la gestión de los servicios administrativos, la adecuada administración de los bienes de las dependencias y la implementación, mantenimiento y mejora del Sistema de Gestión Ambiental a nivel central y territorial por medio de la definición de directrices y lineamientos enmarcados en los ODS y pacto global de naciones unidas, y la contratación de servicios para garantizar el desarrollo y funcionamiento de la UARIV, mejora continua del desempeño ambiental y la satisfacción de los servicios prestados durante cada anualidad."*

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 2017[2]. 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 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]

---

[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 5° 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."

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

Continuando la línea conductora normativa, el Decreto 1083 de 2015, (que recopila al Decreto 1537 de 2001 artículo 2°) 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. (p. 30)*[4]

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

[4] COLOMBIA, DEPARATAMENTO 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

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 ésta 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.

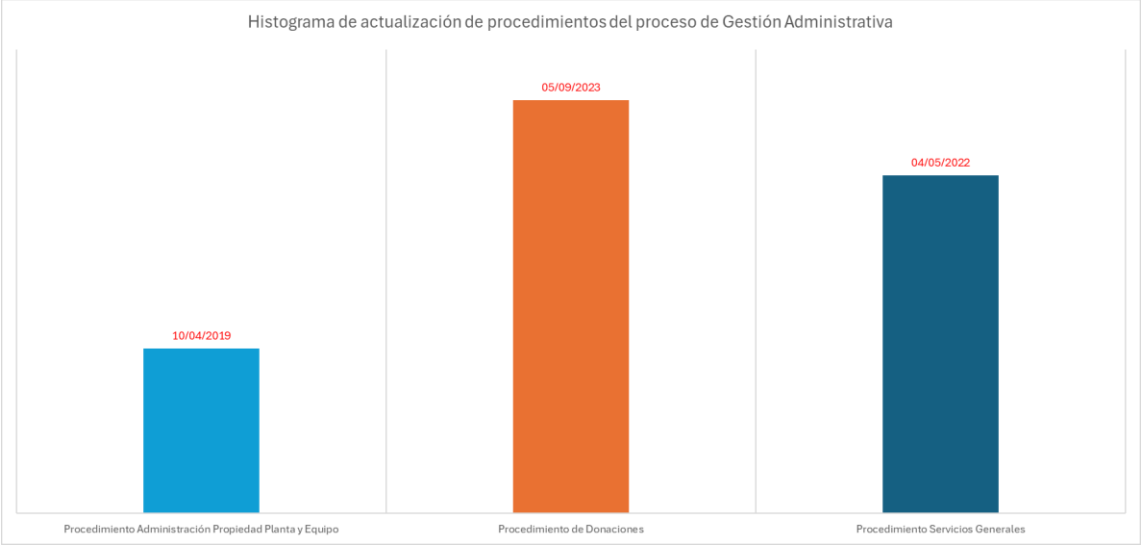
Examinada la página web institucional se evidencia que el proceso de Gestión Administrativa cuenta con los siguientes procedimientos relacionados a continuación:

No.	Nombre	No. de versión	Fecha de versión
1	Procedimiento Administración Propiedad Planta y Equipo	5	10/04/2019

2	Procedimiento de Donaciones	7	05/09/2023
3	Procedimiento Servicios Generales	3	04/05/2022

Fuente: Fuente propia OCI

Esta información se puede consultar a corte 22 de septiembre de 2025 en el enlace Gestión Administrativa | Unidad para las Víctimas



Fuente: Fuente propia OCI

El Equipo Auditor verifica la caracterización del proceso tiene en la actualidad una versión 10 está publicada con más de dos (2) años (26/10/2022), que en términos generales se puede considerar como desactualizado.

Tabla N° 1. Evaluación de actualización de los procedimientos del Proceso de Gestión Administrativa

N°	Procedimientos de Gestión Administrativa	Fecha de la versión	Fecha de la revisión OCI	Fecha versión - fecha revisión	Criterio OCI en días	Criterio de actualización
1	Procedimiento Administración Propiedad Planta y Equipo	10/04/2019	22/09/2025	2357	548	4.3
2	Procedimiento de Donaciones	05/09/2023	22/09/2025	748	548	1.4
3	Procedimiento Servicios Generales	04/05/2022	22/09/2025	1237	548	2.3

Fuente: Fuente propia OCI

De igual manera, se evaluaron tres procedimientos administrativos en relación con la fecha de su última versión frente al criterio de actualización definido por la Oficina de Control Interno (OCI), establecido en 548 días (aproximadamente un año y medio).

El Procedimiento de Administración de Propiedad, Planta y Equipo presenta un alto nivel de desactualización, con más de seis años sin revisión. Ha superado 4.3 veces el criterio de actualización definido por la OCI, por lo que requiere atención prioritaria.
El Procedimiento de Servicios Generales también se encuentra vencido, con un desfase superior a dos ciclos de actualización. Su situación es crítica, aunque no tan grave como la del procedimiento anterior.

Finalmente, el Procedimiento de Donaciones, pese a ser el más reciente, ya ha superado el plazo de actualización previsto. En consecuencia, es necesario programar una revisión oportuna para evitar que entre en un estado de rezago.

OBSERVACIÓN No. 1

En relación con los procedimientos y su caracterización dentro del proceso, se evidenció que el 100% de los procedimientos supera el criterio de actualización establecido en 1.5 años (548 días).

Si bien no existe una norma expresa que determine la obsolescencia de un procedimiento, sí se reconoce que el transcurso del tiempo incrementa los riesgos asociados, en la medida en que los procesos pueden carecer de las consideraciones legales más recientes, desconocer avances tecnológicos aplicables o no incorporar lineamientos doctrinales actualizados que orienten adecuadamente la gestión.

Como consecuencia de este panorama, el equipo auditor formula una observación al líder del proceso de Gestión Administrativa, recomendando adelantar las acciones pertinentes para mantener actualizados todos los procedimientos que integran la caracterización, de manera que se minimicen los riesgos de obsolescencia administrativa.

5.2 ANALISIS A LA GESTIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA.

El Proceso de Gestión Administrativa, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 01650 del 12 de mayo de 2022, tiene como función administrar, controlar y suministrar bienes y servicios de la entidad, de conformidad con las directrices impartidas por la Dirección General y la Secretaría General de la Unidad a la luz de las normas y procedimientos vigentes.

Conforme en lo dispuesto en la caracterización del proceso en su versión 10 actualizado el 26 de octubre de 2022, tiene como función de garantizar la gestión eficiente de los servicios administrativos, la adecuada administración de los bienes de las dependencias y la implementación, mantenimiento y mejora del Sistema de Gestión Ambiental, tanto a nivel central como territorial. Para ello, define directrices y lineamientos enmarcados en los Objetivos de Desarrollo Sostenible

(ODS) y en el Pacto Global de Naciones Unidas, además de gestionar la contratación de servicios que aseguren el desarrollo y funcionamiento de la UARIV, la mejora continua del desempeño ambiental y la satisfacción con los servicios prestados en cada vigencia anual.

En este marco, el Gobierno Nacional, a través de la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV), será responsable de velar porque estos procesos se desarrollen en concordancia con la normatividad vigente, las políticas públicas de sostenibilidad y los principios de eficiencia, eficacia y transparencia en la gestión institucional.

Por su parte, el Equipo Auditor, mediante correo electrónico institucional enviado el miércoles 17 de septiembre de 2025 a las 4:48 p. m., solicitó el diligenciamiento del cuestionario sobre la gestión del Proceso de Gestión Administrativa, con base en lo establecido en el procedimiento de Administración de Propiedad, Planta y Equipo (versión 5 del 10 de abril de 2019), así como la entrega de las evidencias correspondientes a más tardar el jueves 25 de septiembre de 2025 a las 5:00 p. m. Esta información permitirá determinar el nivel de madurez del Sistema de Control Interno, en concordancia con el artículo 2° de la Ley 87 de 1993, que define los objetivos de este, obteniendo el siguiente resultado:

La auditoría tuvo como referencia el papel de trabajo de almacén que contiene 35 criterios de control relacionados con:

- Infraestructura y organización.
- Responsables y funciones.
- Control de inventarios.
- Identificación, codificación y bajas de bienes.
- Cumplimiento del Sistema de Control Interno.
-

El análisis se enmarca en la normativa aplicable:

- Ley 87 de 1993 (Control Interno).
- Ley 489 de 1998 (Organización y funcionamiento de entidades).
- Ley 734 de 2002 y Ley 1952 de 2019 (Régimen Disciplinario).
- Resolución 533 de 2015 – CGN (Normas contables y control de bienes).
- Decreto 1082 de 2015 (Contratación pública).
- Marco Normativo de Contabilidad Pública – CGN.

El miércoles 17 de septiembre de 2025, a las 11:43 a. m., la Oficina de Control Interno remitió comunicación electrónica al coordinador del proceso auditado, Javier Eduardo Delgadillo Rodríguez javier.delgadillo@unidadvictimas.gov.co, solicitando el acceso a la bodega 23 con el propósito de efectuar la prueba de recorrido de auditoría interna en el área de almacén, programada para el 18 de septiembre de 2025 a las 2:30 p. m.

Dicha actividad tiene como objetivo aplicar el papel de trabajo del área de almacén, el cual comprende 35 criterios de control orientados a verificar si la Entidad administra los bienes y recursos físicos de manera eficiente, eficaz y transparente, en cumplimiento de la normatividad vigente, las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y los principios de control interno.

El Equipo Auditor examina las evidencias aportadas por parte del proceso de Gestión Administrativa – Almacén, conforme con la prueba de recorrido realizada en el 18 de septiembre de 2025. El propósito es determinar si la Entidad administra de manera adecuada, eficiente y transparente los bienes y recursos físicos, o si existen debilidades que afecten el aseguramiento, custodia, control y calidad de la información generada en el proceso de almacén.

El Decreto 1083 de 2015, en su 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 MIPG aborda desde las diferentes dimensiones los aspectos fundamentales del mejoramiento continuo y el valor agregado. En este escenario, el modelo señala como objetivo:

> "*Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua*", y resalta la necesidad de "*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 establecido en el MIPG y en la Ley 87 de 1993 en materia de control interno, respecto a la gestión de bienes, recursos y procesos administrativos. En el marco de la auditoría al proceso de Gestión Administrativa – Almacén, se evidenciaron las siguientes 10 debilidades, asociadas a las dimensiones de MIPG, la Ley 87 de 1993 y demás normas aplicables:

Debilidad No. 1 – Infraestructura y organización del almacén

El Equipo Auditor evidenció que el espacio físico destinado al almacén no cumple con criterios de seguridad, señalización y organización. No existe separación física ni documental de bienes nuevos, en uso y dados de baja; además, no se encontraron condiciones de ventilación y señalización adecuadas en las instalaciones. Esta situación no está conforme con lo establecido en la Ley 87 de 1993 *art. 2 lit. b, d* y *MIPG art. 2.2.22.3.4* sobre el control interno, el Decreto 1072 de 2015 en materia de SG-SST y la Resolución 0312 de 2019 sobre condiciones de seguridad laboral. Como causa potencial, se identifica la ausencia de una planeación en

infraestructura y de procesos formales de gestión de espacios, lo que incrementa el riesgo de pérdidas, deterioro de bienes y afectación a la seguridad de los funcionarios.

Debilidad No. 2 – Responsables y talento humano

Se evidenció que el responsable del almacén no está formalmente designado mediante acto administrativo y que las funciones del cargo no están definidas con claridad en los manuales de funciones. Esta situación incumple lo dispuesto en la *Ley 87 de 1993 art. 2 lit. d; Decreto 1082 de 2015 Artículo 2.2.1.2.4.1. Inventarios. "Las entidades estatales deberán llevar inventarios permanentes de sus bienes, y designar a los servidores responsables de su custodia y administración"; MIPG art. 2.2.22.3.3, numeral 2: "Fortalecer el liderazgo y el talento humano bajo los principios de integridad y legalidad (...)"* y Artículo 2.2.22.3.6. Comités Sectoriales de Gestión y Desempeño Numeral 5: *"Coordinar la operación de las políticas de gestión y desempeño, incluyendo (...) la administración de recursos físicos y tecnológicos"; la* Ley 1952 de 2019 (Código Disciplinario) *art. 34* y la Ley 734 de 2002, Numeral 4: *"Custodiar y cuidar la documentación e información que por razón de su empleo, cargo o función conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, e impedir o evitar su sustracción, destrucción, ocultamiento o utilización indebidos" y el Numeral 22: "Ejercer con responsabilidad la guarda y administración de los bienes y fondos públicos que le sean confiados"* al no existir responsabilidad formal ni trazabilidad en la administración de bienes. La causa radica en la ausencia de delegación formal y actualización de manuales de funciones, lo cual aumenta el riesgo de negligencia, duplicidad de funciones y falta de control sobre el patrimonio de la Entidad.

Debilidad No. 3 – Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)

El área de almacenamiento no cuenta con condiciones adecuadas de seguridad laboral, como ventilación, iluminación y señalización suficiente. Asimismo, no existen evidencias de inspecciones periódicas de riesgos laborales. Lo anterior, no cumple con lo señalado en la *Ley 87 de 1993 art. 2 lit. c; art. 4 lit. e;* Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 0312 de 2019; MIPG *Política de Bienestar y SST* que establecen estándares mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Como causa se identifica la falta de seguimiento a los programas de seguridad laboral y de inversión en adecuación física. Esto incrementa el riesgo de accidentes de trabajo y sanciones administrativas.

Debilidad No. 4 – Registro e inventarios

Se observó que los registros de entrada, salida y bajas de bienes presentan inconsistencias y no se encuentran actualizados en tiempo real. Asimismo, no se lleva un control uniforme con códigos o placas para todos los bienes. Esta situación incumple la *Ley 87 de 1993 art. 2 lit. d; art. 4 lit. j; MIPG numeral 4.1;* el Marco Normativo de Contabilidad Pública de la CGN y la Resolución 533

de 2015, que exigen control, registro y trazabilidad de bienes. La ausencia de un sistema robusto y automatizado de inventarios constituye la causa principal, lo cual genera riesgo de pérdidas, errores contables y falta de confiabilidad de la información financiera.

Debilidad No. 5 – Inventarios físicos y conciliaciones

El Equipo Auditor evidenció que no se realizan conciliaciones periódicas entre inventarios físicos y registros contables, ni existen reportes actualizados que permitan garantizar la correspondencia de saldos. Esta situación incumple lo dispuesto en la Ley 87 de 1993 *art. 2 lit. d; art. 4 lit. g; Ley 489/1998 arts. 54 y 55; MIPG gestión de riesgos* y el Manual de Procedimientos de Almacén UARIV. La causa está relacionada con la ausencia de cronogramas de conciliación y la falta de interoperabilidad entre sistemas de información. Esto expone a la Entidad a riesgos de fraude, extravío y deterioro de bienes sin control oportuno.

Debilidad No. 6 – Procedimientos escritos y normatividad interna

Se evidenció la inexistencia de procedimientos formalmente documentados y aprobados para la gestión de bienes en el almacén, lo que genera discrecionalidad en la ejecución de actividades. Lo anterior contraviene el Manual de Almacén UARIV, la Ley 87 de 1993 *art. 2 lit. a; art. 4 lit. b; Decreto 1499/2017 numeral 4.2; Ley 489/1998 art. 209 CP* y las disposiciones de la Contaduría General de la Nación en materia de control. La causa corresponde a la falta de actualización normativa interna, lo que impide la estandarización de procesos y aumenta el riesgo de errores administrativos y falta de transparencia.

Debilidad No. 7 – Archivo documental y gestión de soportes

Se evidenció la carencia de un archivo documental organizado y completo que soporte la trazabilidad de los bienes almacenados, así como ausencia de evidencias de bajas y movimientos anteriores. Esta situación incumple lo establecido en la Ley 594 de 2000 *arts. 21 y 22* (Ley General de Archivos) y en la Ley 87 de 1993 *art. 2 lit. e; art. 4 lit. j*, al no garantizar la custodia de la información Y *MIPG política de gestión documental*. La causa se relaciona con la falta de implementación de un sistema de gestión documental. Esto incrementa el riesgo de pérdida de información, inconsistencias y falta de defensa institucional en caso de auditorías externas.

Debilidad No. 8 – Control interno, reportes y conciliaciones

El Equipo Auditor evidenció deficiencias en la implementación de controles internos en la gestión de almacén, especialmente en la consolidación de reportes y conciliaciones periódicas con otras dependencias. Esto no está conforme con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993 *art. 2 lit. b, d, f; art.*

4 lit. g y el Decreto 1537 de 2001 sobre el fortalecimiento del control interno Y *MIPG – componente de evaluación y control*. La falta de articulación entre las áreas responsables y de tableros de control actualizados constituye la causa raíz, lo cual incrementa el riesgo de incumplimiento de objetivos institucionales y debilita la transparencia.

Debilidad No. 9 – Seguros y protección de bienes

Se evidenció que la Entidad no cuenta con pólizas de seguro actualizadas para la protección de bienes en custodia del almacén. Esto incumple lo dispuesto en la Ley 87 de 1993 *art. 2 lit. d; art. 4 lit. h; Ley 489/1998 art. 54; MIPG – gestión de riesgos y planeación de recursos* y en las normas de administración de riesgos establecidas por la Contaduría General de la Nación. La causa se relaciona con la falta de planeación y asignación presupuestal para asegurar bienes. Esto eleva el riesgo financiero de pérdidas por hurto, siniestros o deterioro de activos.

Debilidad No. 10 – Proceso de bajas de bienes

No existen lineamientos claros ni procedimientos formalizados para la baja de bienes obsoletos o inservibles, lo que genera acumulación y riesgos de deterioro físico en las instalaciones. Lo anterior incumple la *Ley 87 de 1993 art. 2 lit. d, e; art. 4 lit. f, j;* el Manual de Almacén UARIV, la Resolución 533 de 2015 (CGN); *MIPG gestión de recursos y sostenibilidad*. y el Marco Normativo de Contabilidad Pública. La causa principal es la falta de procedimientos técnicos y administrativos para la disposición final de bienes. Esto incrementa el riesgo de afectación ambiental, pérdida de espacio y deficiencias en el control contable.

La Oficina de Control Interno, a través del Equipo Auditor, procede a comunicar las debilidades identificadas en el proceso de Gestión Administrativa – componente de Almacén, encontradas durante el ejercicio de auditoría el lunes 29 de septiembre 2025 a las 5:09 pm a través de correo electrónico al coordinador del proceso auditado.

El jueves, 2 de octubre de 2025 16:29 el coordinador del proceso auditado Javier Eduardo Delgadillo Rodriguez javier.delgadillo@unidadvictimas.gov.co brinda respuesta fuera de los términos (martes 7 de octubre de 2025, hasta las 5:00 p.m), manifestando lo siguiente:

> "*De manera atenta, me permito remitir las apreciaciones correspondientes a las observaciones realizadas sobre el primer borrador de la auditoría aplicada al proceso de PPyE, sustentadas en la mesa de trabajo llevada a cabo el 30 de septiembre de 2025, bajo el título "Análisis y Formulación de Acciones".*

Respecto a las observaciones 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 10, se concluye que son procedentes. En consecuencia, se requiere la formulación de acciones que permitan al proceso superar las siguientes situaciones:

- *Carencia de actualización de políticas institucionales e indicadores de gestión para el manejo del proceso PPyE.*
- *Desactualización de las Tablas de Retención Documental (TRD) del subproceso.*
- *Ausencia de diagnóstico sobre condiciones laborales seguras por parte de SST-ARL.*
- *Falta de delimitación clara de roles y responsabilidades dentro del equipo de trabajo.*
- *Carencia de indicadores de gestión específicos para el proceso PPyE.*
- *Fallas estructurales en el sistema de información.*

En cuanto a la observación No. 9, se considera no procedente, toda vez que la entidad cuenta con cobertura de seguros, la cual incluye: todo riesgo por daño material, manejo global, entre otras pólizas que protegen los intereses asegurables de la UARIV. No obstante, durante la auditoría no se registró solicitud de copia de las carátulas del programa de seguros de la entidad. Por lo tanto, se remiten las carátulas correspondientes a las pólizas mencionadas."

El Equipo Auditor revisó las evidencias documentales presentadas por el proceso de Gestión Administrativa – Almacén, en atención a la Debilidad No. 9 identificada en el primer comunicado de debilidades anterior. El auditado aportó como soportes los archivos denominados "TRDM 980-83-994000000332.PDF" y "MANEJO GLOBAL 994000000660.PDF".

El archivo "TRDM 980-83-994000000332.PDF" corresponde a la prórroga de la póliza de todo riesgo – daños materiales para entidades estatales, con vigencia comprendida entre el 12 de septiembre de 2025 y el 30 de noviembre de 2025.

Por su parte, el archivo "MANEJO GLOBAL 994000000660.PDF" hace referencia a la prórroga de la póliza de seguro de manejo – sector oficial, con la misma vigencia, del 12 de septiembre de 2025 al 30 de noviembre de 2025.

No obstante, tras el análisis efectuado, el Equipo Auditor determinó que las evidencias presentadas no son aplicables al periodo objeto de evaluación, toda vez que el alcance de la auditoría corresponde a la vigencia 2024. En consecuencia, la debilidad se mantiene vigente, al no haberse soportado con documentación correspondiente a la debilidad comunicada.

Continuando con el análisis a la gestión del proceso de gestión administrativa, el Equipo Auditor, mediante correo electrónico institucional enviado el martes 23 de septiembre de 2025 a las 12:03 p. m., solicitó el diligenciamiento del cuestionario sobre la gestión del proceso de servicios generales, con base en lo establecido en el Procedimiento de Servicios Generales, (versión 3 del 5 de mayo de 2022), así como la entrega de las evidencias correspondientes a más tardar el martes

30 de septiembre de 2025 a las 5:00 p. m. Esta información permitirá determinar el nivel de madurez del Sistema de Control Interno, en concordancia con el artículo 2° de la Ley 87 de 1993, que define los objetivos de este, obteniendo el siguiente resultado:

La auditoría tuvo como referencia el papel de trabajo de Servicios Generales que contiene 60 criterios de control relacionados con:

- Aseo y cafetería.
- Vigilancia.
- Transporte.
- Seguros y reclamaciones.
- Mantenimiento locativo.
- Gestión documental y control (documentación relacionada con los criterios anteriores).

El análisis se enmarca en la normativa aplicable:

- Control interno y gestión institucional (Ley 87/1993, MIPG).
- Seguridad, salud y sanidad (Decretos 1072/2015, 612/2018, Res. 0312/2019, 2674/2013).
- Gestión de bienes, contratos y mantenimiento (Ley 80/1993, Decreto 1082/2015, Res. 533/2015).
- Gestión documental y transparencia (Ley 594/2000, Ley 1712/2014, Ley 1581/2012).
- Sostenibilidad y medio ambiente (Ley 99/1993, Res. 2184/2019).

El Equipo Auditor examinó las evidencias aportadas por el Proceso de Gestión Administrativa – Servicios Generales, conforme a la información remitida mediante correo institucional por el coordinador del proceso auditado, Javier Eduardo Delgadillo Rodríguez (javier.delgadillo@unidadvictimas.gov.co), dentro del plazo establecido, el martes 30 de septiembre de 2025 a las 10:00 a.m. El análisis tuvo como propósito determinar si la Entidad administra de manera adecuada, eficiente y transparente los servicios de apoyo institucional (aseo, cafetería, mantenimiento, suministros, entre otros), de acuerdo con la normatividad vigente, las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y los principios del Sistema de Control Interno.

En concordancia con lo anterior, resulta pertinente destacar lo dispuesto en el MIPG y en la Ley 87 de 1993 en materia de control interno, en cuanto a la gestión eficiente de los bienes, recursos y procesos administrativos. En el marco de la auditoría aplicada al proceso de Gestión Administrativa – Servicios Generales, se identificaron las siguientes debilidades, asociadas a las dimensiones del MIPG, la Ley 87 de 1993 y demás normas aplicables:

Debilidad No. 11 – Aseo y cafetería: ausencia de evaluación de calidad del servicio

Se evidenció que la Entidad no realiza la evaluación periódica de la calidad del servicio de aseo y cafetería mediante indicadores de gestión y de resultados, lo que impide medir la eficiencia, eficacia y satisfacción en la prestación de este servicio de apoyo institucional. Esta situación incumple lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, art. 2 lit. b) "*Garantizar la eficacia, eficiencia y economía en todas las operaciones*" y art. 4 lit. g) "*Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación*". Asimismo, contraviene lo establecido en el Decreto 612 de 2018 – MIPG, art. 2.2.22.3.2 y art. 2.2.22.3.3, en cuanto a la obligatoriedad de formular, aplicar y hacer seguimiento a indicadores de gestión y de resultados para evaluar la calidad de los servicios institucionales. La causa se asocia a la ausencia de un sistema de medición y seguimiento con indicadores definidos para el servicio de aseo y cafetería. Esto incrementa el riesgo de ineficiencia en la prestación del servicio, deficiencias en la planeación de recursos, incumplimiento de estándares de calidad y pérdida de oportunidades de mejora continua en el marco del MIPG.

Debilidad No. 12 – Mantenimiento locativo y preventivo: ausencia de planeación, registros e indicadores

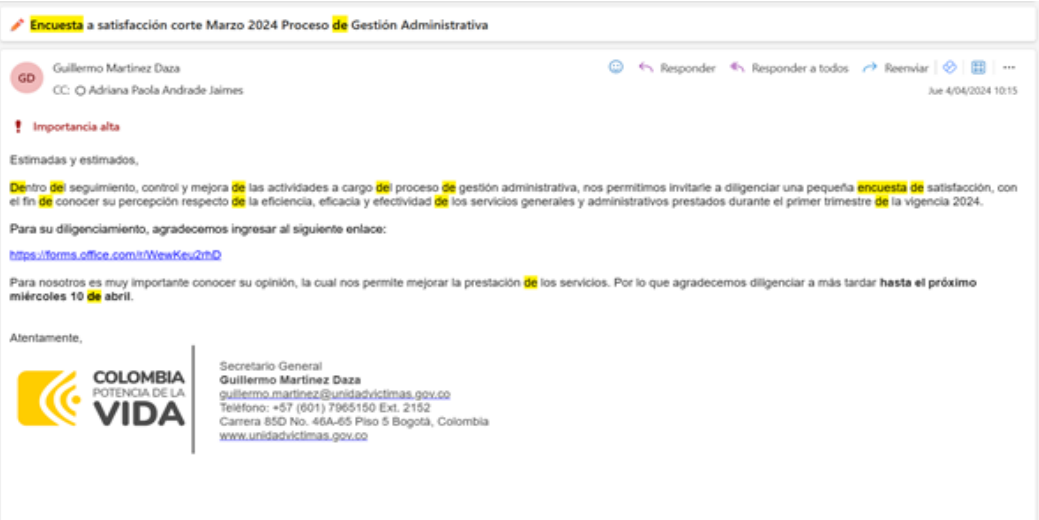
Se evidenció que, aunque las actividades de mantenimiento preventivo se encuentran estipuladas como obligación en los contratos de arrendamiento, la Entidad no cuenta con un plan de mantenimiento locativo aprobado. Adicionalmente, no se conservan registros de órdenes de trabajo ni reportes de mantenimiento ejecutado, no existen indicadores definidos para medir la eficiencia de estas actividades, no se dispone de un plan de emergencias asociado a las instalaciones locativas y tampoco se mantienen registros sobre los equipos y materiales utilizados que permitan verificar el cumplimiento de normas técnicas aplicables. Esta situación incumple lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, art. 2 lit. a) "*Establecer un ambiente de control*", lit. d) "*Proteger los recursos de la organización*" y lit. f) "*Definir y aplicar medidas para prevenir riesgos*", así como el art. 4 lit. b) "*Políticas, normas y procedimientos internos*" y lit. g) "*Controles que garanticen razonabilidad de la información*". Igualmente, vulnera el Decreto 1499 de 2017 – MIPG, numeral 4.2 sobre fortalecimiento institucional y el Decreto 612 de 2018 – MIPG, art. 2.2.22.3.2 y 2.2.22.3.3, en cuanto a la obligación de formular y hacer seguimiento a indicadores de gestión y de resultados. También se desconoce lo previsto en el Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 0312 de 2019, que establecen lineamientos mínimos en materia de seguridad en instalaciones locativas.

La causa se asocia a la inexistencia de un esquema formal de planeación y control del mantenimiento locativo y preventivo, así como a la falta de articulación entre los contratos de arrendamiento y los procedimientos internos de seguimiento y verificación. Esto incrementa el riesgo de deterioro prematuro de la infraestructura, afectación de la seguridad de los funcionarios, ineficiencia en el uso de recursos, incumplimiento normativo y pérdida de oportunidades de mejora continua.

La Oficina de Control Interno, a través del Equipo Auditor, procede a comunicar las debilidades identificadas en el proceso de Gestión Administrativa – componente de Servicios Generales, encontradas durante el ejercicio de auditoría el lunes 6 de octubre de 2025 a las 16:03 a través de correo electrónico del líder de auditoría Maria Constanza Barco Perez maria.barco@unidadvictimas.gov.co.

El martes, 14 de octubre de 2025 14:52, el coordinador del proceso auditado Javier Eduardo Delgadillo Rodriguez javier.delgadillo@unidadvictimas.gov.co brinda respuesta dentro de los términos, manifestando lo siguiente:

> *"De manera atenta, me permito remitir las repuestas al tercer comunicado de observaciones de la auditoría de OCI para la vigencia 2024.*
> *Frente a la debilidad.*
> *Se considera que no procede, por las siguientes razones:*
> *Tras la revisión de la debilidad señalada, se concluye que sí se realiza la evaluación de la calidad del servicio. Durante la vigencia 2024, se llevaron a cabo encuestas de satisfacción a cargo del Grupo de Gestión Administrativa y Documental (GGAD).*



Encuesta a satisfacción corte Marzo 2024 Proceso de Gestión Administrativa

Guillermo Martinez Daza
CC: Adriana Paola Andrade Jaimes

Responder | Responder a todos | Reenviar

Jue 4/04/2024 10:15

Importancia alta

Estimadas y estimados,

Dentro del seguimiento, control y mejora de las actividades a cargo del proceso de gestión administrativa, nos permitimos invitarle a diligenciar una pequeña encuesta de satisfacción, con el fin de conocer su percepción respecto de la eficiencia, eficacia y efectividad de los servicios generales y administrativos prestados durante el primer trimestre de la vigencia 2024.

Para su diligenciamiento, agradecemos ingresar al siguiente enlace:

https://forms.office.com/r/WewKev2rhD

Para nosotros es muy importante conocer su opinión, la cual nos permite mejorar la prestación de los servicios. Por lo que agradecemos diligenciar a más tardar **hasta el próximo miércoles 10 de abril.**

Atentamente,

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Secretario General
Guillermo Martinez Daza
guillermo.martinez@unidadvictimas.gov.co
Teléfono: +57 (601) 7965150 Ext. 2152
Carrera 85D No. 46A-65 Piso 5 Bogotá, Colombia
www.unidadvictimas.gov.co

> *Para dicha vigencia, la entidad contó con los siguientes mecanismos para evaluar la calidad del servicio:*
>
> *Aplicación periódica de encuestas de satisfacción a clientes internos.*
> *Revisión de indicadores de desempeño relacionados con tiempos de respuesta, nivel de cumplimiento y percepción del servicio.*

Evidencias:
Se dispone de registros de los "Informes de Tabulación de Encuestas de Satisfacción de Servicios Generales" del proceso de Gestión Administrativa, los cuales fueron elaborados y analizados durante los cuatro trimestres de la vigencia 2024. Estos informes permiten identificar oportunidades de mejora y realizar ajustes al servicio prestado por el GGAD.

Corte de marzo de 2024
Corte de junio de 2024
Corte de septiembre de 2024
Corte de diciembre de 2024

No obstante, se acoge la recomendación de la auditoría como una oportunidad para fortalecer y formalizar el proceso de evaluación, alineándolo con mejores prácticas y metodologías estandarizadas, de manera que sea más visible, trazable y conforme a los criterios de auditoría.

Respecto a la observación:
La observación no se acoge, toda vez que durante la vigencia 2024 la UARIV no contó con un grupo de mantenimiento locativo, por lo que no existió ningún tipo de plan de mantenimiento. Lo anterior se sustenta en que la Unidad no posee ninguna sede ni bien inmueble de propiedad.

Es importante señalar que las direcciones territoriales donde opera la Unidad se encuentran en calidad de arrendamiento, y dentro de las obligaciones contractuales se establecen algunas actividades de mantenimiento locativo preventivo, las cuales son responsabilidad del arrendador. Asimismo, las sedes donde operan los CRAVS son propiedad de las alcaldías o gobernaciones, quienes tienen a cargo dichas actividades.

Finalmente, en relación con lo indicado sobre un presunto deterioro de las sedes, esto no es procedente, dado que ninguna sede es propiedad de la UARIV. Además, para la vigencia 2024 no se destinaron recursos para este fin."

No obstante, tras el análisis efectuado frente a la respuesta de la debilidad , el Equipo Auditor revisó las evidencias documentales remitidas y verificó que las encuestas de satisfacción y los informes de tabulación aportados constituyen mecanismos válidos de percepción del usuario interno, sin embargo, no configuran indicadores de gestión ni de resultados formales, en los términos exigidos por el Decreto 612 de 2018 – MIPG y la Guía para la Implementación de Indicadores de Desempeño emitida por el DAFP.

Las encuestas permiten recoger opiniones sobre el servicio, pero no establecen metas, fórmulas de cálculo, periodicidad, líneas base o responsables, elementos esenciales para considerar una medición como indicador institucional de calidad.

Así mismo, no se evidenció la incorporación de estos instrumentos dentro del Plan de Acción del proceso ni en los tableros de control institucional, lo que limita la trazabilidad y el seguimiento sistemático de los resultados.

En consecuencia, aunque la respuesta demuestra avances parciales en la medición de la percepción del servicio, no subsana completamente la debilidad, ya que no se evidencia un sistema formal, aprobado y articulado al MIPG que permita evaluar de manera integral la eficiencia, eficacia y satisfacción del servicio de aseo y cafetería.
Por lo anterior, la respuesta del auditado se acoge parcialmente, en tanto demuestra la existencia de mecanismos de percepción y análisis cualitativo de satisfacción del servicio; sin embargo, la debilidad se mantiene vigente, por cuanto no se cuenta con indicadores de gestión y resultados definidos, validados y monitoreados conforme a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993 y el Decreto 612 de 2018 – MIPG.

Se recomienda formalizar la metodología de evaluación mediante la definición de indicadores cuantitativos y cualitativos, incorporándolos al sistema de seguimiento del proceso y al Plan de Mejoramiento Institucional, garantizando trazabilidad, análisis de tendencias y mejora continua en la gestión del servicio.
Frente a la respuesta de la debilidad, el Auditor analizó los argumentos y evidencias expuestas por el proceso auditado, concluyendo que, si bien la Unidad no cuenta con bienes inmuebles de propiedad y las obligaciones de mantenimiento recaen sobre los arrendadores o las entidades territoriales que proveen los espacios, ello no exime a la Entidad de su responsabilidad de gestión y control respecto al estado, seguridad y funcionalidad de las instalaciones donde desarrolla sus actividades.

De acuerdo con la Ley 87 de 1993, art. 2 lit. d) y art. 4 lit. b), el control interno debe garantizar la protección de los recursos y la implementación de políticas, normas y procedimientos que aseguren la eficiencia y seguridad de las operaciones institucionales. En concordancia, el Decreto 1499 de 2017 y el Decreto 612 de 2018 – MIPG disponen que cada entidad debe incorporar mecanismos de seguimiento y evaluación sobre la gestión de recursos físicos, incluso cuando sean operados mediante terceros o contratos de arrendamiento, con el fin de asegurar la continuidad del servicio y la mitigación de riesgos operacionales.

La respuesta no demuestra la existencia de un esquema formal de seguimiento y verificación sobre el cumplimiento de las obligaciones contractuales de mantenimiento locativo por parte de los arrendadores, ni evidencia de inspecciones o controles documentados que acrediten el estado de las sedes arrendadas. Tampoco se aportaron mecanismos de evaluación sobre las condiciones locativas, de seguridad o salubridad, ni un plan de contingencia o emergencia locativa articulado con el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

Por tanto, aunque los argumentos del proceso son válidos en cuanto a la titularidad y distribución de responsabilidades contractuales, no subsanan el componente de control, planeación y seguimiento que debe ejercer la Entidad sobre las condiciones de infraestructura utilizadas para el cumplimiento de su misión.

La respuesta del auditado se acoge parcialmente, en tanto se reconoce que la Entidad no cuenta con bienes inmuebles propios y que el mantenimiento locativo recae en los arrendadores o entidades propietarias; sin embargo, la debilidad se mantiene vigente en lo relativo a la falta de un mecanismo institucional de seguimiento, registro y evaluación de las condiciones locativas.

En consecuencia, se recomienda:

1. Implementar un protocolo de seguimiento a las condiciones locativas de las sedes arrendadas, que permita verificar y documentar el cumplimiento de las obligaciones contractuales de mantenimiento preventivo y correctivo.
2. Articular dicho protocolo con la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), conforme al Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 0312 de 2019, asegurando condiciones seguras para los funcionarios y usuarios.
3. Definir indicadores de verificación y desempeño en materia de mantenimiento locativo y ambiente de trabajo, en cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 612 de 2018 – MIPG.

5.3 ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN EL PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el nivel de madurez del sistema de control interno - SCI, en el cual se establece como método de medición la verificación, análisis y evaluación de 5 variables (indicadores, riesgos, sistema de control, mejora o valor agregado y sistema de seguimiento) que permiten identificar la efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta el Proceso de Gestión Administrativa para el cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales que contribuya al fortalecimiento y mejoramiento continuo de la misionalidad de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas UARIV.

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

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

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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo del sistema de control, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor, mediante correo electrónico institucional enviado el jueves 21 de agosto de 2025 a las 16:52 p. m., solicitó el diligenciamiento y la entrega de las evidencias relacionadas con la aplicación de la herramienta en Excel diseñada para determinar el nivel de madurez del Sistema de Control Interno, considerando los siguientes criterios: indicadores, riesgos, sistema de control, mejora o valor agregado y sistema de seguimiento. Esta solicitud se enmarca en lo dispuesto en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993, que establece los objetivos del Sistema de Control Interno.

El proceso auditado, a través del correo electrónico institucional de Alejandro Hernández Echeverry alejandro.hernandez@unidadvictimas.gov.co, solicitó una prórroga hasta el martes 9 de septiembre de 2025, la cual fue concedida por el Equipo Auditor. En esa misma fecha, la profesional Adriana Paola Andrade Jaimes adriana.andrade@unidadvictimas.gov.co remitió la matriz denominada "Herramienta de Evaluación del Sistema de Control Interno – SCI 2025" debidamente diligenciada. Asimismo, confirmó el cargue de las evidencias requeridas en el repositorio Drive – Herramienta Evaluación SCI 2025, correspondientes a los ítems solicitados para cada una de las variables: indicadores, riesgos, control, mejora o valor agregado y seguimiento del proceso de Gestión Administrativa.

5.3.1 Sistema de Control Interno por la variable modelo de medición (indicadores diferentes al plan de acción) al Proceso de Gestión Administrativa.

El Equipo Auditor analizó indicadores distintos a los establecidos en el Plan de Acción que integra los dieciséis (16) planes con los que cuenta la Entidad, con el propósito de determinar si el proceso auditado dispone y reconoce un sistema de medición diferente al asociado a las metas del plan de acción institucional, que le permita contar con una herramienta gerencial para el seguimiento de las actividades institucionales.

El Decreto 1083 de 2015, en su 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 MIPG aborda, desde sus diferentes dimensiones, los aspectos esenciales del sistema de medición institucional mediante el uso de indicadores de gestión. En este contexto, el Modelo no se limita exclusivamente a las metas del Plan de Acción, sino que reconoce que todo proceso debe contar con un sistema de medición propio, sustentado en indicadores que reflejen su desempeño integral. En consecuencia, el sistema de medición a través de indicadores de gestión abarca ámbitos más amplios y diversos que aquellos vinculados únicamente al cumplimiento de las metas operativas.

En concordancia con lo anterior, el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), en la Guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión, desarrolla lo dispuesto en el artículo 2.2.21.5.5 del Decreto 1083 de 2015, el cual señala que las guías, circulares e instructivos expedidos por el DAFP constituyen directrices generales para el diseño de políticas de control interno que deben ser implementadas en cada entidad pública. En ese sentido, el DAFP elabora guías prioritarias sobre la formulación de manuales de procedimientos y sobre el diseño de indicadores de gestión, los cuales constituyen herramientas esenciales para promover la eficiencia y la transparencia institucional.

De acuerdo con el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – versión 5, vigente para la anualidad 2024, en la Segunda Dimensión: Direccionamiento Estratégico y Planeación, numeral 2.2 "*Política de Planeación Institucional*", se establecen los siguientes lineamientos para la formulación de indicadores*:*

"Desde el ejercicio de planeación se deben definir los mecanismos de seguimiento y evaluación al cumplimiento de los objetivos y metas (ver Cuarta Dimensión: Evaluación de Resultados). Esto permitirá verificar el logro de los resultados propuestos e introducir los ajustes necesarios a los planes de acción. Por ello, se recomienda contar con un conjunto de indicadores que permita conocer el estado real de ejecución de las actividades, el cumplimiento de metas y los efectos generados en la ciudadanía."

Para su construcción, el manual sugiere:

- Definir con claridad los objetivos, planes y programas a medir.
- Identificar los factores críticos de éxito asociados al logro de los objetivos.
- Determinar qué se debe medir, qué información se requiere y con qué frecuencia.
- Seleccionar los indicadores y el método de construcción más adecuados según la dinámica institucional.

Según la CEPAL (2011), los indicadores de desempeño más utilizados son:

a) Eficiencia, relación entre resultados alcanzados y recursos utilizados.
b) Eficacia, grado de cumplimiento de las actividades y resultados planificados.
c) Efectividad, medida en que la gestión logra los resultados planeados optimizando los recursos.
d) Calidad, nivel de satisfacción y cumplimiento en la prestación del servicio.

Asimismo, los indicadores de resultados más comunes se clasifican en:

a) Producto, bienes y servicios producidos por la entidad;
b) Resultado, cambios observados en los ciudadanos tras recibir los servicios; y
c) Impacto, variaciones en las condiciones que la entidad busca transformar mediante su gestión.

En la Cuarta Dimensión: Evaluación de Resultados, el MIPG establece que el seguimiento institucional y la evaluación de resultados deben apoyarse en indicadores de desempeño que permitan monitorear los avances y logros alcanzados, asegurando la coherencia entre la planeación y los resultados obtenidos. Los lineamientos recomiendan revisar y actualizar periódicamente los indicadores para garantizar su pertinencia, confiabilidad y alineación con las directrices de los organismos de control y las entidades rectoras de política pública.

Por su parte, en la Sexta Dimensión: Gestión del Conocimiento e Innovación, el MIPG destaca la importancia de la analítica institucional como herramienta que permite no solo describir el estado actual de la gestión, sino también realizar análisis predictivos y prospectivos mediante el uso de datos históricos, orientados a la mejora continua.

De acuerdo con la Guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión – versión 4, del DAFP, los resultados de los programas, planes y proyectos deben medirse en las diferentes etapas de su desarrollo, de manera que las mediciones sirvan para mejorar la planeación, identificar oportunidades de mejora y analizar el desempeño de los procesos institucionales. Según el DANE (2005), una medición adecuada debe ser:

- Pertinente, relevante y útil para la toma de decisiones;
- Precisa, reflejando fielmente la magnitud del fenómeno analizado;
- Oportuna, disponible en el momento adecuado; y
- Económica, proporcional en costo-beneficio frente al valor de la información generada.

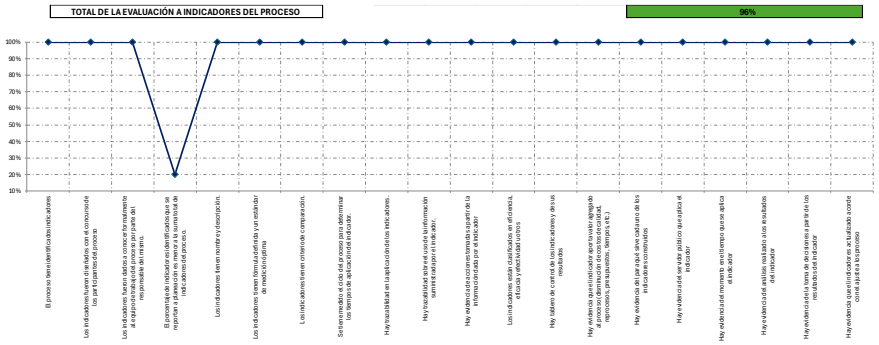
En aplicación de este marco normativo y técnico, la Oficina de Control Interno, a través del Equipo Auditor, remitió al proceso auditado la Matriz de Evaluación del Sistema de Control Interno – Indicadores, mediante correo institucional enviado el jueves 21 de agosto de 2025 a las 16:52 p. m. El proceso auditado respondió el martes 9 de septiembre de 2025, anexando los respectivos soportes documentales.
El Equipo Auditor, a través de la matriz como papel de trabajo, busca determinar el nivel de madurez del modelo de indicadores conforme a lo dispuesto en el artículo 2° de la **Ley 87 de 1993**, relativo a los objetivos del Sistema de Control Interno. En particular, los literales b), c), d), e), g) y h) señalan que la administración de los indicadores debe propender por:

- Garantizar la eficacia, eficiencia y economía en las operaciones institucionales.
- Velar porque todas las actividades y recursos se orienten al cumplimiento de los objetivos misionales.
- Asegurar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional.
- Garantizar la oportunidad y confiabilidad de la información.
- Disponer de mecanismos de verificación y evaluación propios del Sistema de Control Interno.
- Implementar procesos de planeación y mecanismos adecuados para el desarrollo organizacional.

De igual manera, el artículo 3° de la misma ley establece que el Sistema de Control Interno forma parte integral de los sistemas contables, financieros, de planeación, de información y operacionales de la entidad, y que cada responsable de área es directamente responsable del control interno ante su superior jerárquico.

El papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – indicadores tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert[5]. 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.



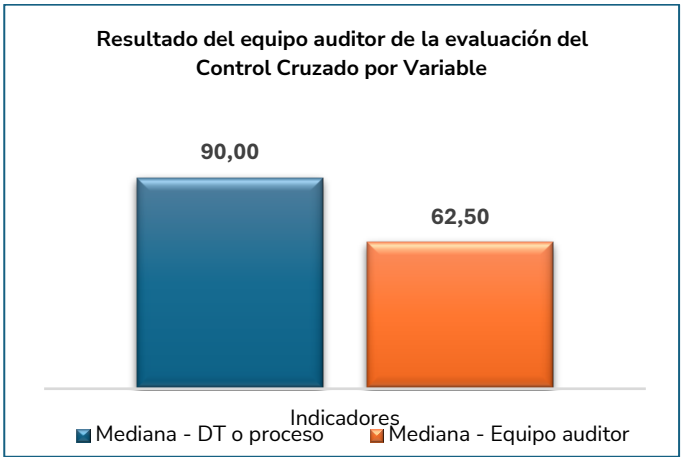
Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión. Fuente propia OCI

Como se observa, la calificación que se da la auditada corresponde a 96% 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 33 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 63 puntos respecto de la calificación del proceso 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 de Gestión Administrativa 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 27.5 puntos en la variable "*Indicador*", toda vez que el resultado de la valoración del auditado es de 90 y la del Equipo Auditor de 62.50.

"*La Oficina de Control Interno evalúa el nivel de cumplimiento de la variable (indicadores), mediante el uso de normas de auditoría generalmente aceptadas.*"

"Para el efecto, se analizan las evidencias aportadas por el auditado de las acciones planteadas en el (proceso o DT), en lo que corresponde al componente evaluado; donde el equipo auditor evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza del cumplimiento. Por lo anterior, en este caso se evidencia que la variable (indicador) logra un nivel de calificación Medio con un 62%"
(Información tomada resultado papel de trabajo de la OCI).



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

En esta línea también se encuentran los indicadores que se construyen para hacer seguimiento a los acuerdos de gestión, base para la evaluación de estos. Teniendo en cuenta lo reportado por el proceso de Gestión Administrativa existen indicadores complementarios diferentes a los reportados en SISGESTION 2.0.

Por lo anterior, el proceso de Gestión Administrativa en el análisis de los indicadores correspondiente a evaluación del sistema de control Interno presenta debilidad.

Debilidad No. 13:

Se evidenció la ausencia de un modelo de medición de indicadores de gestión, distinto a los reportados en el plan de acción. Además, no se reconocen ni utilizan otros indicadores no informados al equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, a pesar de estar relacionados con los establecidos en la Ley 87 de 1993 (artículo 2, literales b), c), d), e), g) y h)), en el Decreto 1083 de 2015 (artículo 2.2.22.3.2) y en la *Guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión, versión 4*. Siendo una potencial causa el no tener en consideración de su gestión lo ordenado en normas que regulan y regentan la administración pública y por la falta de liderazgo en el tema por parte del proceso responsable de coadyuvar en estos temas. Lo anterior conlleva a la posible materialización de eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales, dado que no se tiene una herramienta de gestión que brinde información del que hacer funcional del proceso en tiempo real y que permita la toma de decisiones informada, sin la información suficiente y necesaria, lo que puede derivar en incumplimiento de logros o metas institucionales desde la perspectiva sistémica. Asimismo, la falta de indicadores gerenciales conlleva a limitar al proceso de Gestión Administrativa al cumplimiento específico de los lineamientos establecidos para todos en la Unidad, sin generar un valor agregado que resalte las fortalezas en la gestión del proceso de Gestión Administrativa frente a las demás.

A través del correo institucional, el líder del proceso Javier Eduardo Delgadillo Rodriguez javier.delgadillo@unidadvictimas.gov.co, el miércoles, 15 de octubre de 2025 11:52, remite respuesta frente a la debilidad manifestando lo siguiente:

> *"En relación con la debilidad, la observación no se admite, toda vez que el proceso Gestión Administrativa y Documental cuenta con un modelo de medición basado en el indicador de satisfacción del cliente interno, el cual constituye un instrumento de gestión que permite evaluar de forma continua el desempeño del proceso frente a las expectativas y requerimientos de sus usuarios.*
>
> *Dicho indicador integra los distintos frentes de trabajo del proceso y se aplica conforme a los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), sirviendo como herramienta de control y mejora continua.*
>
> *Asimismo, este mecanismo de medición se encuentra documentado y respaldado con fichas técnicas e informes de análisis de resultados, lo que garantiza la trazabilidad y validez de la información recolectada, cumpliendo con los principios establecidos en la Ley 87 de 1993 y el Decreto 1083 de 2015.*
>
> *Evidencias:*
> - *Formato y ficha técnica de la Encuesta de Satisfacción al Cliente Interno.*
> - *Informe de tabulación de resultados.*
>
> *Indicador: Nivel de satisfacción del cliente interno frente al servicio prestado por el proceso de Gestión Administrativa.*
>
> *Evidencias: Respuesta Auditoria 2024 SCI*"

El proceso Gestión Administrativa y Documental, a través de su líder, manifestó no acoger la observación formulada por el Equipo Auditor, argumentando que cuenta con un modelo de medición sustentado en el indicador de satisfacción del cliente interno, el cual, según su planteamiento, constituye un instrumento de gestión que permite evaluar de manera continua el desempeño del proceso en relación con las expectativas y requerimientos de sus usuarios. Como soporte, allegó la ficha técnica del indicador, el formato de la encuesta y el informe de tabulación de resultados.

No obstante, tras el análisis de las evidencias remitidas y la confrontación con los criterios normativos aplicables —Ley 87 de 1993, Decreto 1083 de 2015 y la Guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión (versión 4, DAFP)—, el Equipo Auditor concluye que la respuesta del proceso no subsana la causa raíz de la debilidad identificada ni acredita la existencia de un modelo integral de medición de indicadores de gestión distinto a los reportados en el Plan de Acción Institucional.

En efecto, el indicador de satisfacción del cliente interno constituye un instrumento válido y pertinente en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), específicamente dentro de la dimensión de Gestión del Conocimiento e Innovación, al permitir evaluar la percepción de los usuarios respecto a la calidad del servicio. Sin embargo, dicho indicador, por su naturaleza, no refleja el desempeño global ni operativo del proceso, ni permite realizar un análisis gerencial integral que evidencie la eficacia, eficiencia, efectividad, calidad y economía de la gestión institucional, conforme a los lineamientos establecidos por la CEPAL (2011) y el Manual Operativo del MIPG – versión 5 (2024).

De igual forma, el artículo 2° de la Ley 87 de 1993, en sus literales b), c), d), e), g) y h), dispone que el Sistema de Control Interno debe garantizar mecanismos de verificación, evaluación, planeación y desarrollo organizacional que aseguren la eficacia, eficiencia, economía y confiabilidad de la información. En este sentido, un único indicador de percepción de satisfacción no satisface dichos requerimientos, ni evidencia la existencia de un sistema de medición integral que abarque los diferentes ámbitos de gestión del proceso (administrativo, operativo, financiero, logístico y documental).

Asimismo, conforme a lo dispuesto en el artículo 2.2.22.3.2 del Decreto 1083 de 2015, el MIPG exige que los procesos cuenten con mecanismos de planeación, seguimiento y evaluación soportados en conjuntos de indicadores que permitan medir de manera objetiva los resultados, impactos y valor público generado. El indicador reportado por el auditado no guarda trazabilidad con las metas estratégicas, operativas o de control interno establecidas por la Entidad, ni se evidencia su incorporación dentro de un sistema de análisis de desempeño institucional.

Del análisis técnico efectuado mediante la Matriz de Evaluación del Sistema de Control Interno – Indicadores, el Equipo Auditor verificó que las evidencias aportadas por el auditado no resultan pertinentes, conducentes ni suficientes para demostrar la existencia de un sistema de medición estructurado. En consecuencia, la valoración obtenida por el proceso corresponde a un 33% del total posible (100%), lo cual difiere significativamente del 96% autoevaluado por el proceso y refleja una brecha de 63 puntos porcentuales.

Esta diferencia fue corroborada mediante el análisis cruzado de resultados entre la herramienta de evaluación del SCI y las autoevaluaciones de control interno del proceso correspondientes al primer y segundo semestre de 2024. El ejercicio estadístico evidenció una diferencia de 27,5 puntos en la variable “Indicadores”, siendo el resultado del proceso de 90%, frente al 62,5% determinado por la Oficina de Control Interno. Dicho comportamiento confirma la existencia de una percepción inflada de cumplimiento, sustentada en evidencias parciales o no alineadas con los criterios de medición definidos por el MIPG.

En consecuencia, el Equipo Auditor, aplicando las normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas, determinó que el proceso Gestión Administrativa y Documental no cuenta con un modelo integral de medición de indicadores de gestión, distinto a los reportados en el Plan de Acción Institucional, y que permita evaluar el desempeño de manera sistémica, oportuna y basada en información verificable.

La ausencia de un esquema robusto de medición conlleva riesgos asociados a:

- La limitación en la toma de decisiones informadas,
- La posible materialización de eventos adversos que afecten el cumplimiento de los objetivos institucionales, y
- La falta de generación de valor agregado en la gestión del proceso, al restringirse al cumplimiento operativo de metas sin mecanismos de análisis gerencial ni de mejora continua.

Por lo anterior, se concluye que la respuesta del proceso auditado no se acoge, en tanto no desvirtúa la debilidad observada, ni demuestra la implementación de un modelo de medición integral conforme a lo establecido en el MIPG, la Ley 87 de 1993 y las directrices del DAFP.

5.3.2 Sistema de Control Interno por la variable modelo riesgos del Proceso de Gestión Administrativa (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 el proceso de Gestión Administrativa 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 2° de la Ley 87 de 1993, al hablar de los objetivos del Sistema de Control Interno, dispone en los literales a) y f) que la administración de los riesgos propende por:

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

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

> *"Marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de*

desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio."

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

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

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

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

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

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

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

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

Dentro del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, Consejo para la Gestión y desempeño institucional en su versión 5, vigente para la anualidad 2023, dentro de la 1ª. Dimensión: Talento Humano en el numeral 1.3 Política de Integridad, en los Lineamientos generales para la implementación se 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."*

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:

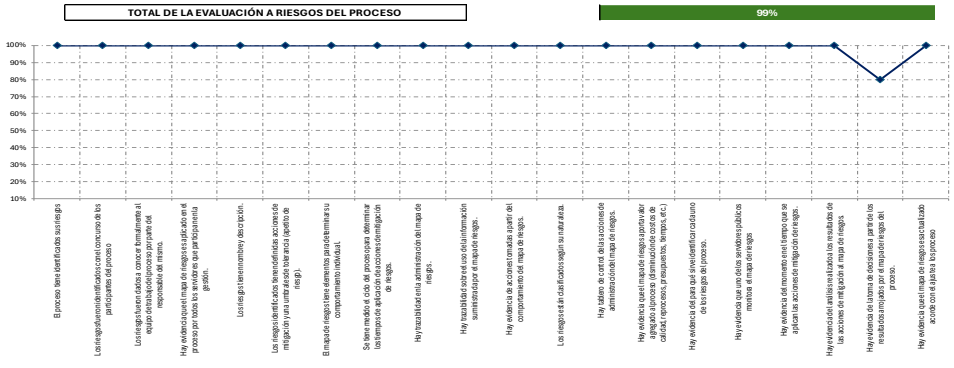
> *"Considerando que la gestión del riesgo es un proceso efectuado por la alta dirección de la entidad y por todo el personal con el propósito de proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos, los principales beneficios para la entidad son los siguientes:*
>
> - *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 jueves 21 de agosto de 2025 a las 16:53 La auditada da respuesta mediante correo electrónico del lunes 8 de septiembre de 2025 a las 9:05 am, 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 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 Likert[6]. El proceso de Gestión Administrativa 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:



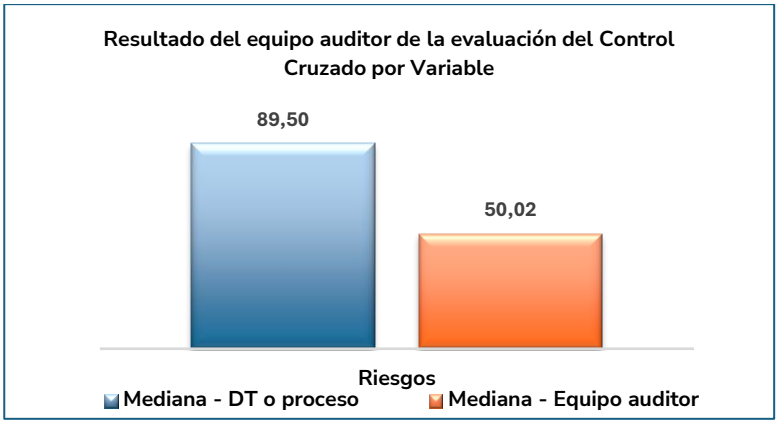
Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión. Fuente propia OCI

Como se observa, la calificación que se da la auditada corresponde al 99% de 100% posibles. El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la

[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.

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 17 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 82 puntos respecto de la calificación del auditado y de 83 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 de Gestión Administrativa 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 39.48 puntos en la variable *"Riesgos"*, toda vez que el resultado de la valoración del auditado es de 89.50 y la del Equipo Auditor de 50.02. 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 el proceso 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 del Proceso de Gestión Administrativa 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

La Oficina de Control Interno evalúa el nivel de cumplimiento de la variable (riesgos), mediante el uso de normas de auditoría generalmente aceptadas. Para el efecto, se analizan las evidencias aportadas por el auditado de las acciones planteadas (proceso o DT), en lo que corresponde al

componente evaluado; donde el equipo auditor evidencia que ellas generan incertidumbre aplicando los principios de escepticismo profesional, dado que no existe cumplimiento.

Por lo anterior, en este caso se evidencia que la variable (riesgos) logra un nivel de calificación Bajo con un 50% (Información tomada resultado papel de trabajo de la OCI). Por ende, 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. 14

La ausencia de un mapa de riesgos integral , que consolide no solo los riesgos identificados en el instrumento institucional, sino también aquellos que puedan afectar directamente el logro de los objetivos estratégicos y misionales, así como los derivados del marco normativo aplicable a la gestión, constituye una situación de incumplimiento frente a lo establecido en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 sobre los objetivos del Sistema de Control Interno, específicamente en sus literales a) y f).

De igual forma, se evidencia una falta de alineación con lo dispuesto en los artículos 2.2.21.3.1 **y** 2.2.21.5.4 del Decreto 1083 de 2015, con las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG**)** mencionadas en este informe, y con lo establecido en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Versión 6**.**

Esta situación genera un escenario propenso a la materialización de eventos adversos, al no contar con una herramienta de gestión que integre información de manera oportuna, confiable y en tiempo real sobre el quehacer funcional de los procesos. En consecuencia, se limita la capacidad de la entidad para realizar una toma de decisiones informada y preventiva**,** lo que incrementa la probabilidad de ocurrencia de riesgos negativos y afecta el cumplimiento eficaz y eficiente de los objetivos institucionales.

A través del correo institucional, el líder del proceso Javier Eduardo Delgadillo Rodriguez javier.delgadillo@unidadvictimas.gov.co, el miércoles, 15 de octubre de 2025 11:52, remite respuesta frente a la debilidad manifestando lo siguiente:

> *"Frente a la observación, esta no se admite, dado que el Grupo de Gestión Administrativa y Documental cuenta con un Mapa de Riesgos Institucional debidamente aprobado para la vigencia 2024, el cual está alineado con los componentes del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y con las disposiciones de la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Versión 6.*

El mapa contempla riesgos estratégicos, misionales y de apoyo, asociados al cumplimiento de los objetivos institucionales y normativos, incluyendo el seguimiento periódico mediante actas del Comité de Coordinación de Control Interno, lo que evidencia el ejercicio preventivo y la gestión proactiva del riesgo.
Evidencias:
Acta de aprobación del Mapa de Riesgos Institucional – Vigencia 2024.
Mapa de Riesgos alineado a los lineamientos del MIPG.
Evidencias: Respuesta Debilidad "

La Oficina de Control Interno evidenció que el proceso de Gestión Administrativa solo reconoce los riesgos incluidos en el Mapa de Riesgos Institucional, sin considerar otros riesgos inherentes, emergentes, operativos, estratégicos, tecnológicos, financieros, disciplinarios o de integridad, que surgen del marco normativo del MIPG, la Ley 87 de 1993 y la Guía para la Administración del Riesgo (DAFP).

Esta situación impide contar con una visión integral del riesgo, limita la toma de decisiones informada y contraviene lo dispuesto en:

- Ley 87 de 1993, art. 2 lits. a) y f).
- Decreto 1083 de 2015, arts. 2.2.21.3.1 y 2.2.21.5.4.
- Manual Operativo del MIPG (versión 5 – 2023).
- Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles (versión 6 – DAFP).

El Equipo Auditor, aplicando la matriz de evaluación del SCI – Riesgos, estableció que la autoevaluación del proceso (99%) no correspondía con la verificación objetiva del modelo de riesgos (17%), identificándose una diferencia de 82 puntos.

Adicionalmente, al contrastar con las autoevaluaciones 2024 del proceso mediante análisis de mediana, se evidenció una diferencia de 39.48 puntos, confirmando inconsistencias en la gestión del riesgo.

Tras revisar detalladamente la respuesta y los soportes aportados, el Equipo Auditor concluye:

1. El proceso confunde "existencia de mapa institucional" con "gestión integral del riesgo".

La respuesta demuestra que el proceso posee un Mapa de Riesgos Institucional, pero:

- No evidencia que identifique riesgos adicionales propios de su operación, como lo exige el MIPG.

- No evidencia riesgos emergentes, tecnológicos, de seguridad digital, integridad, corrupción, incumplimiento contractual, riesgos fiscales, disciplinarios, riesgos operativos cotidianos o riesgos derivados de la prestación de los servicios a su cargo.
- Limita su gestión de riesgos a la lectura del instrumento institucional, desconociendo riesgos inherentes a su propio proceso, tal como lo señala el Manual Operativo del MIPG.

La normativa es clara: el mapa institucional NO reemplaza la obligación de identificar riesgos propios en cada proceso.

2. La respuesta no desvirtúa la brecha entre la autoevaluación (99%) y la evaluación real (17%).

El auditado no explicó:
- por qué su autoevaluación arrojó un resultado de 99%,
- por qué sus evidencias no soportan sus valoraciones, y
- por qué existe un desfase tan alto con la evaluación técnica de la OCI.

En auditoría, esta situación evidencia falta de escepticismo profesional, sobreestimación de la madurez del proceso y ausencia de análisis crítico del riesgo.

3. No se aportaron evidencias de identificación ni análisis de riesgos distintos a los institucionales.

El auditado no presentó:
- matrices de riesgos propias del proceso,
- identificación de causas, eventos y consecuencias específicas del proceso,
- análisis metodológico actualizado (probabilidad, impacto, exposición),
- mecanismos de seguimiento diferentes al Comité de Control Interno.

El seguimiento general institucional no sustituye la obligación de administrar riesgos propios, tal como exige el:
- art. 2.2.21.5.4 del Decreto 1083/2015
- Manual Operativo del MIPG (dimensiones 1, 2, 3 y 4)
- Guía para la Administración del Riesgo – DAFP (v6)

4. Se confirma la ausencia de un modelo de riesgos integral y robusto

El Equipo Auditor ratifica que el proceso:
- No reconoce riesgos operativos cotidianos propios de su gestión
- No identifica riesgos de integridad, seguridad digital, SG-SST, continuidad, información, bienes, contractual, fiscal, anticorrupción, entre otros

- No cuenta con herramientas para medir la exposición real al riesgo
- No dispone de controles derivados de un análisis ampliado
- No evidencia madurez en la gestión del riesgo más allá del instrumento institucional

Lo anterior confirma la debilidad identificada y coincide con los hallazgos de las matrices cruzadas.

En conclusión, la respuesta del auditado no subsana la debilidad y no se acoge, dado que:

- La existencia del Mapa de Riesgos Institucional no suple la obligación de gestionar riesgos propios del proceso.
- No se presentaron evidencias de identificación, análisis, evaluación o seguimiento de riesgos adicionales a los institucionales.
- La respuesta no desvirtúa la diferencia entre la autoevaluación y la valoración técnica de la OCI.
- No se evidencia alineación integral con los lineamientos del MIPG ni con la Guía del DAFP.

Por tanto, la Debilidad se mantiene vigente y en firme, al evidenciarse deficiencias críticas en la gestión del riesgo, lo que impacta negativamente el Sistema de Control Interno y limita la capacidad del proceso para anticipar y mitigar eventos adversos que afecten el logro de los objetivos institucionales.

5.3.3 Sistema de Control Interno por la variable Modelo de Control del Proceso de Gestión Administrativa

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 el Proceso de Gestión Administrativa 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.

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 lideres de proceso o dependencias al igual que de todos los servidores de la entidad.
Por su parte el Decreto 1083 de 2015 en el artículo 2.2.22.3.2 define el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) como el:

> **"***Marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de*

desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio."

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

Según lo estipulado por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI, 2014 en el numeral 5.1 Objetivos específicos del MECI en lo correspondiente al control de planeación y gestión en los literal b) y c) debe velar porque la entidad disponga de:

> **"***b) Procesos y procedimientos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales, de acuerdo con su naturaleza, características 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 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)*."[7]

[7] DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, Manual Operativo MIPG, Bogotá, p-114.

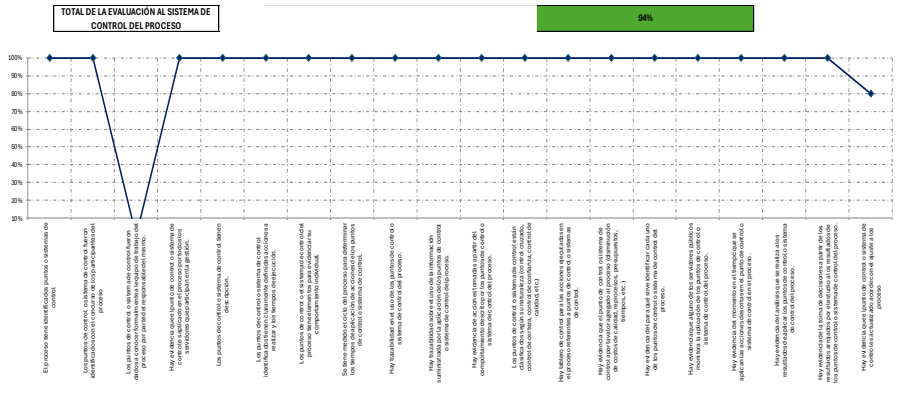
Siguiendo los parámetros de la herramienta citada en los numerales anteriores, el Equipo Auditor la aplica para determinar el nivel de madurez del modelo de control inherente a los procesos en su interacción que implementa el Proceso de Gestión Administrativa.

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 al Proceso de Gestión Administrativa 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 Likert[8]. 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

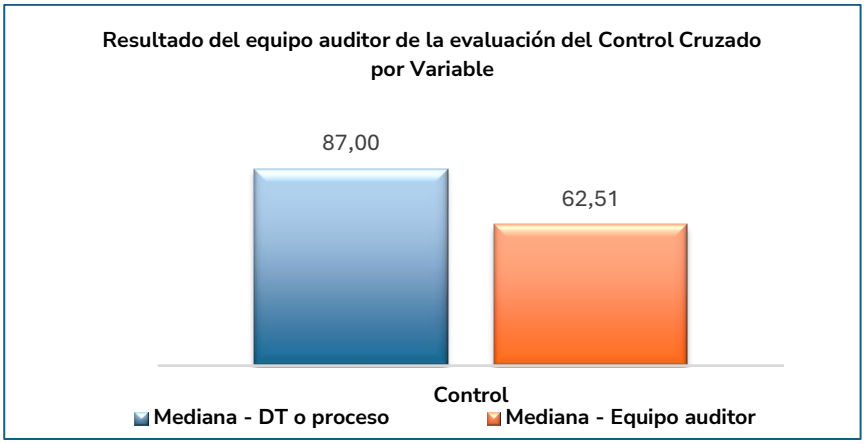
[8] La escala de Likert es una de las escalas más utilizadas en investigación en ciencias sociales. Ofrecen un sistema de clasificación simple que es común a las encuestas de todo tipo. La escala se llama así por el psicólogo que lo creó, Rensis Likert. Un uso común de la escala de Likert es una encuesta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

Como se observa, la calificación que se da al proceso de Gestión Administrativa corresponde a 94 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 – control corresponde a 67 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 27 puntos respecto de la calificación del auditado y 33 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 de Gestión Administrativa 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 24.49 puntos en la variable *"Control"*, toda vez que el resultado de la valoración del Proceso de Gestión Administrativa es de 87 y la del Equipo Auditor de 62.51. No obstante, el Equipo Auditor analiza las evidencias del SCI, como resultado de la valoración de las evidencias aportadas por el proceso de Gestión Administrativa para comprobar que existen controles adicionales del sistema de control interno. Lo que significa que:

"La Oficina de Control Interno evalúa el nivel de cumplimiento de la variable (control), mediante el uso de normas de auditoría generalmente aceptadas.
Para el efecto, se analizan las evidencias aportadas por el auditado de las acciones planteadas en el (proceso o DT), en lo que corresponde al componente evaluado; donde el equipo auditor evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza del cumplimiento.
Por lo anterior, en este caso se evidencia que la variable (control) logra un nivel de calificación Medio con un 62%" (Información tomada resultado papel de trabajo).



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

Por lo anterior, el proceso de Gestión Administrativa en el análisis de los controles correspondiente a evaluación del sistema de control presenta debilidad.

Debilidad No. 15

La ausencia de un modelo de (control) evidencia una debilidad del sistema de control inherente al proceso de Gestión Administrativa en la identificación y aplicación de controles a las actividades diferentes descritas en los procedimientos, así como la implementación de tableros de control que permitan verificar el estado y seguimiento de las acciones que se desarrollan en cada uno de los procesos para contribuir en la toma de decisiones y análisis necesarios que permitan contribuir a la mejora continua en la gestión y el logro de los objetivos institucionales, situación que no está conforme con la Ley 87 de 1993 en el artículo 2º literales b, d, e y g; Decreto 1083 de 2015 en los artículos 2.2.21.3.1 y 2.2.21.5.4; los lineamientos dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión 2023 V5. Siendo las potenciales causas el desconocimiento del marco jurídico que regula el tema de controles en la administración pública y la ausencia de una metodología de control gerencial como estrategia para el análisis, seguimiento, revisión y prevención para la toma de decisiones que permitan el cumplimiento de los objetivos y metas del Proceso de Gestión Administrativa. Lo anterior conlleva a la posible materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales. Así también, transgrede lo contemplado en la Dimensión 7 "Control Interno" del MIPG (Decreto 1499 de 2017) frente a asegurar la gestión del control, la implementación de actividades de monitoreo y supervisión continua en el proceso de Gestión Administrativa. El Equipo Auditor considera como potenciales causas la falta de identificación de los puntos de control de cada proceso y su respectiva clasificación que permita obtener una herramienta solida en el análisis de los resultados para el cumplimiento de la misión institucional, así como el desconocimiento en el diseño y seguimiento de tableros de control, en modelos de control gerencial para el proceso de Gestión Administrativa Lo anterior aumenta el riesgo de no lograr los objetivos institucionales y del proceso en particular.

A través del correo institucional, el líder del proceso Javier Eduardo Delgadillo Rodriguez javier.delgadillo@unidadvictimas.gov.co, el miércoles, 15 de octubre de 2025 11:52, remite respuesta frente a la debilidad manifestando lo siguiente:

> "*Con respecto a la observación.*
>
> *Con respecto a la observación, la misma no se admite, en razón a que el proceso Gestión Administrativa y Documental dispone de un mecanismo de control permanente a través del seguimiento del indicador de satisfacción al cliente interno, cuyos resultados se consolidan en un tablero de control que permite verificar el comportamiento del proceso, identificar desviaciones y adoptar medidas de mejora.*

Dicho tablero constituye una herramienta funcional de monitoreo, alineada con la Dimensión 7 del MIPG – Control Interno, y contribuye a la toma de decisiones informadas en coherencia con los principios de eficacia, eficiencia y mejora continua establecidos en la Ley 87 de 1993.

Evidencias:
Tablero de control de tabulación de la medición de satisfacción – Gestión Administrativa (2024).
Evidencias: TABLERO CONTROL TABULACIÓN MEDICIÓN DE SATISFACCIÓN -GESTIÓN ADMINISTRATIVA (1).xlsx"

Tras revisar la respuesta emitida por el proceso de Gestión Administrativa frente a la Debilidad No. 13, se identifican aspectos que no desvirtúan la debilidad emitida por la Oficina de Control Interno (OCI) y que, por el contrario, confirman la existencia de la debilidad descrita. El análisis se estructura en los siguientes puntos:

Sobre el argumento del auditado: existencia de un "*tablero de control de satisfacción*" el proceso manifiesta que sí cuenta con un mecanismo de control permanente mediante:

- el indicador de satisfacción al cliente interno, y
- un tablero de control donde se consolidan los resultados de las encuestas.

Sin embargo, ese instrumento no constituye un modelo de control interno, el tablero de satisfacción es un control operativo puntual y limitado, orientado únicamente a medir la percepción del usuario interno sobre servicios generales.

El control declarado es sólo un indicador, no un sistema de control, por ende, No cumple las características de un modelo de control, las cuales deben incluir:

- visión integral del proceso,
- controles preventivos, detectivos y correctivos,
- mecanismos de verificación,
- diseño de controles inherentes y residuales,
- seguimiento sistemático y trazable,
- articulación con riesgos,
- tableros gerenciales integrados y no dependientes de una sola variable.

Por lo anterior, la respuesta del auditado no desvirtúa la debilidad, debido a que:

1. Confunde un indicador operativo con un modelo de control interno.
2. No evidencia la existencia de controles adicionales o gerenciales, distintos a los descritos en los procedimientos.
3. No presenta estructura, metodología ni herramientas que correspondan a un modelo de control conforme a Ley 87 de 1993, Decreto 1083 de 2015, Decreto 1499 de 2017, MECI y MIPG.

4. El control exhibido es reactivo y limitado, sin alcance sobre toda la operación.
5. La auditoría documentó, con base en el papel de trabajo, que el nivel real de madurez del control corresponde a 62% (nivel Medio), cifra que evidencia la brecha entre la auto calificación y la evaluación técnica.

Por lo tanto, se mantiene la Debilidad, debido a que el proceso carece de un modelo de control interno integral y formal, más allá de los puntos de control descritos en los procedimientos, situación que afecta la capacidad del proceso para garantizar eficacia, eficiencia, seguimiento y mejoramiento continuo.

5.3.4 Sistema de Control Interno por la variable modelo de mejora o valor agregado del Proceso de Gestión Administrativa.

El Equipo Auditor examina el modelo de mejora o valor agregado que aplica al proceso de Gestión Administrativa 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 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".

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."*

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 jueves 21 de agosto de 2025 a las 16:53 pm. La auditada da respuesta mediante correo electrónico del lunes 8 de septiembre de 2025 a las 9:05 am, con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de mejora o valor agregado en concordancia con las

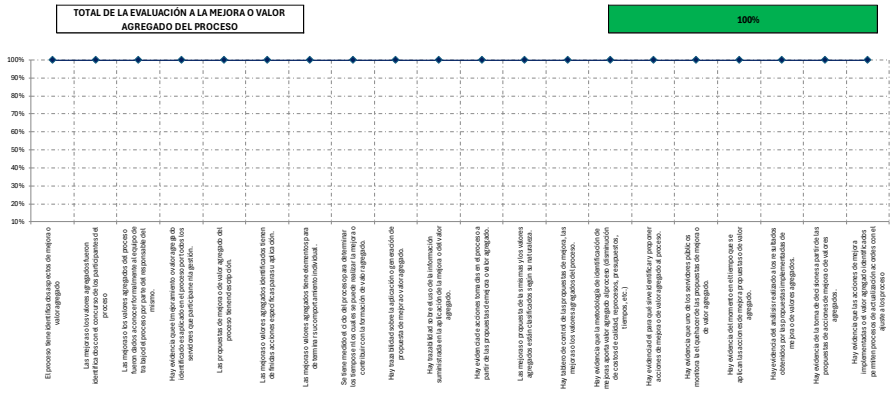
características del sistema de control interno definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema, el cual dispone en los literales b), c), d), e), g) y h) al señalar que se debe:

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

Teniendo en cuenta los parámetros de la herramienta citada en los numerales anteriores, el Equipo Auditor la aplica para determinar el nivel de uso de la práctica de gestión para que el Proceso de Gestión Administrativa pueda mejorar constantemente sus procesos y así ser más eficiente y tener un mayor rendimiento para el logro de sus proyectos, programas, metas, objetivos, estrategias, políticas y lineamientos formulados en el proceso de planeación, con el objeto de optimizar las actividades que generan valor agregado para las partes interesadas y eliminar las ineficiencias inherentes en el proceso de Gestión Administrativa.

Los resultados obtenidos a través de la aplicación del papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – mejora o valor agregado el cual tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert[9].El Proceso de Gestión Administrativa responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz así:

[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.



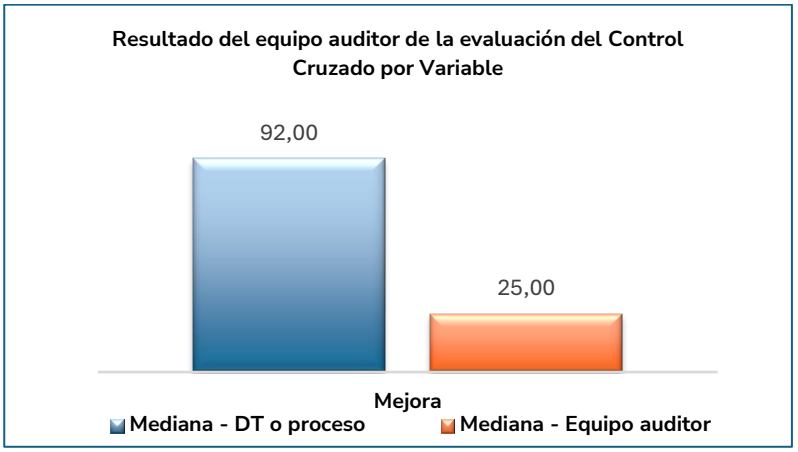
Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión. Fuente propia OCI

Como se observa, la calificación que se da el auditado corresponde a 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, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – mejora o valor agregado corresponde a 0 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 100 puntos respecto de la calificación del auditado y de 100 respeto 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 de Gestión Administrativa 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 67puntos en la variable *"Mejora o Valor Agregado"*, toda vez que el resultado de la valoración del proceso de Gestión Administrativa es de 92 y la del Equipo Auditor de 25.

La Oficina de Control Interno evalúa el nivel de cumplimiento de la variable (mejora), mediante el uso de normas de auditoría generalmente aceptadas.
Para el efecto, se analizan las evidencias aportadas por el auditado de las acciones planteadas (proceso o DT), en lo que corresponde al componente evaluado; donde el equipo auditor evidencia que ellas generan incertidumbre aplicando los principios de escepticismo profesional, dado que no existe cumplimiento.
Por lo anterior, en este caso se evidencia que la variable (mejora) logra un nivel de calificación Bajo con un 24%"
(Información tomada resultado papel de trabajo).



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

Por lo anterior, el Proceso de Gestión Administrativa en el análisis de mejora o valor agregado correspondiente a evaluación del Sistema de Control Interno presenta debilidad.

Debilidad No. 16

La ausencia de un modelo de (mejoramiento) o de agregación de valor que sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones, no fueron reportados al equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, lo cual no está conforme con la Ley 87 de 1993 artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales b), c), d), e), f), g) y h), el Decreto 1083 de 2015 en el artículo 2.2.22.3.3. Siendo una potencial causa el no tener en consideración de su gestión lo ordenado en normas que regulan y regentan la administración pública y por la falta de liderazgo en el tema por parte del proceso responsable de coadyuvar en estos temas. Lo anterior conlleva a la posible materialización de eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales, dado que no se tiene una herramienta de gestión que brinde información del que hacer funcional del proceso de Gestión Administrativa en tiempo real y que permita la toma de decisiones informada.

- Lo anterior conlleva a una falta de acciones, iniciativas o valores agregados que permitan un mejoramiento continuo que impacte los comportamientos habituales que se pretendan ejercer gestión en temas tales como:

- Identificación de aspectos de mejora en los procesos y procedimientos que involucre al Proceso con el objetivo de buscar el mejoramiento a la prestación de servicios tanto para clientes internos como externos.
- Implementación de buenas prácticas a la gestión de la innovación y mejora continua.

- Falta de toma de decisiones informadas acorde a los análisis y evaluación de los datos recopilados en la gestión misional.
- Ausencia de tableros de control que permitan detectar desviaciones para detectar alertas tempranas que reduzcan los riesgos a la gestión misional.

A través del correo institucional, el líder del proceso Javier Eduardo Delgadillo Rodriguez javier.delgadillo@unidadvictimas.gov.co, el miércoles, 15 de octubre de 2025 11:52, remite respuesta frente a la debilidad manifestando lo siguiente:

> *"Frente a la observación, se aclara que no se evidencia requerimiento de plan de mejora en los archivos del proceso para la vigencia 2024, dado que durante este periodo no se identificaron hallazgos o no conformidades derivadas de auditorías internas o externas que generaran la obligación de establecer un plan formal de mejoramiento.*
>
> *No obstante, el proceso mantiene acciones permanentes de autoajuste y optimización operativa, evidenciadas a través del seguimiento a los indicadores de gestión y satisfacción, en coherencia con los principios de mejoramiento continuo y agregación de valor institucional definidos en el MIPG y en la Ley 87 de 1993."*

La respuesta del auditado manifiesta que no existió la necesidad de formular un plan de mejora para la vigencia 2024, argumentando que no se identificaron hallazgos o no conformidades de auditorías que lo exigieran. Así mismo, indica que sí existen "*acciones permanentes de autoajuste y optimización operativa*", pero no aporta ninguna evidencia verificable que soporte dicha afirmación. Tras el análisis, se determina que la respuesta no desvirtúa la debilidad inicialmente planteada, por las siguientes razones:

1. No se responde al alcance real de la debilidad formulada, la debilidad señalada por el Equipo Auditor no se limita a la existencia o no de un plan de mejoramiento derivado de auditorías.

   El objetivo era verificar si el proceso:

   - Posee un modelo de mejora o valor agregado que oriente de forma sistemática sus decisiones.
   - Cuenta con mecanismos de evaluación continua de la gestión.
   - Implementa acciones documentadas que evidencien innovación, optimización o ajustes metodológicos.
   - Usa herramientas gerenciales que soporten la toma de decisiones.

El auditado no evidencia ninguna de estas prácticas, y limita la respuesta a decir que "*no hubo hallazgos*", lo cual no responde al alcance de la evaluación realizada por OCI.

2. La inexistencia de evidencia, se incumplen criterios de auditoría, el auditado afirma que existen "*acciones permanentes de autoajuste y optimización operativa*", pero no remite registros, matrices, informes, tableros, actas, reportes de seguimiento, ni evidencia trazable que lo demuestre. Esto genera incertidumbre conforme al principio de escepticismo profesional, aplicable bajo normas de auditoría generalmente aceptadas.

   Sin evidencia, no hay verificación ni trazabilidad, por lo tanto, no es posible aceptar la respuesta como válida frente al criterio evaluado.

3. La respuesta confirma la debilidad identificada, al no aportar evidencias ni mecanismos estructurados de mejoramiento, la respuesta del auditado ratifica lo observado por el Equipo Auditor:

   - No existe un modelo de mejora reconocido ni documentado.
   - No hay tableros de seguimiento para detectar desviaciones.
   - No se evidencia identificación de oportunidades de mejora.
   - No hay trazabilidad ni metodología que permita un ciclo PHVA.
   - No hay evidencia de acciones de valor agregado a la gestión.

Esto sustenta la calificación real de 0/100 evidenciada en el papel de trabajo, en contraste con la auto calificación del proceso.
Por lo anterior, la respuesta no desvirtúa la debilidad ni cumple con los parámetros normativos ni metodológicos aplicables. Además, al no aportar evidencia, el principio de escepticismo profesional obliga a considerar que el modelo de mejora no existe o no está implementado. Por tanto, se mantiene la debilidad: "*El proceso no cuenta con un modelo de mejoramiento o valor agregado formal, trazable y verificable que soporte la toma de decisiones y promueva la eficiencia, eficacia y mejora continua del proceso.*"

5.3.5 Sistema de Control Interno por la variable Modelo de Seguimiento del Proceso de Gestión Administrativa

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 el Proceso de Gestión Administrativa para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. El propósito es determinar si el auditado 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.*2

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 los dispuesto en el:

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

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

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

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

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

> *"Evaluar y hacer seguimiento a las estrategias de atención y servicio al ciudadano (mejora continua)."*

En la 3ª Dimensión: Gestión con valores para resultados, 3.5. Atributos de calidad para la Dimensión, establece que:

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

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

> *"Así mismo, es importante verificar permanentemente que la ejecución de las actividades, el cumplimiento de metas o el uso de recursos correspondan con lo programado en la planeación institucional. En este punto, es importante señalar que la ejecución de programas, planes y proyectos se debe medir en los diferentes momentos o etapas de su desarrollo, para garantizar el logro de los resultados previstos, e identificar con mayor precisión las oportunidades de mejora que se deban emprender.*
>
> *Los procesos de seguimiento y evaluación tienen como una de sus finalidades aportar información a los responsables de la gestión institucional para tomar decisiones en cuanto al diseño, ejecución y resultados. Por tanto, los resultados del seguimiento y evaluación permiten definir recomendaciones para la mejora en todos los procesos de gestión institucional y así maximizar el aprovechamiento de los recursos disponibles."*

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

> **"***Mejora continua: Establecer acciones de mejora para la producción, acceso y uso de las estadísticas y la administración y la gestión de los registros administrativos, atendiendo a la dimensión "Direccionamiento Estratégico y Planeación", "Evaluación de resultados" y "Control interno".*
>
> *Implementar acciones de mejora continua en los procesos de producción de información estadística y registros administrativos.*
>
> *Para la mejora continua, la entidad debe considerar los resultados de los seguimientos, las revisiones y las evaluaciones de las operaciones estadísticas y se desarrolla atendiendo los lineamientos de las políticas asociadas a la dimensión "Evaluación de resultados" y "Control interno".*

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

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

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

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

Por su parte en la Dimensión 7° 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."*

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 mediante correo electrónico del jueves 21 de agosto de 2025 a las 16:53 La auditada da respuesta mediante correo electrónico del lunes 8 de septiembre de 2025 a las 9:05 am, con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

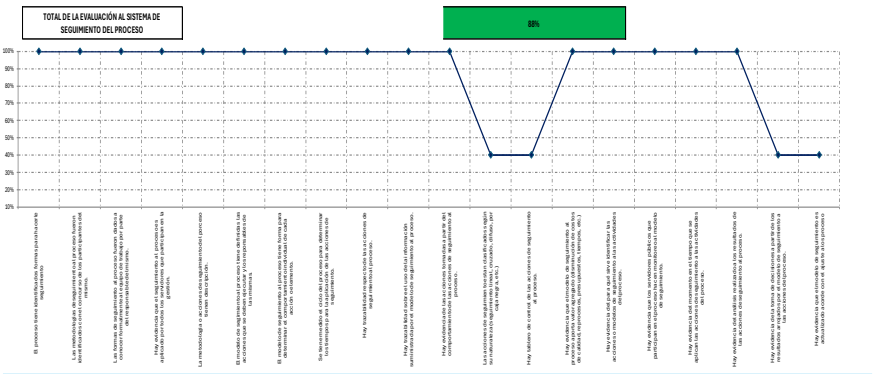
El Equipo Auditor, a través de la matriz citada, como papel de trabajo diseñado para determinar el nivel de madurez del modelo de control y seguimiento definidos en la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales b), c), d), e), f), g) y h) 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."

Por lo anterior, el Equipo Auditor aplica al proceso de Gestión Administrativa el papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – seguimiento el cual tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert[10]. El auditado responde

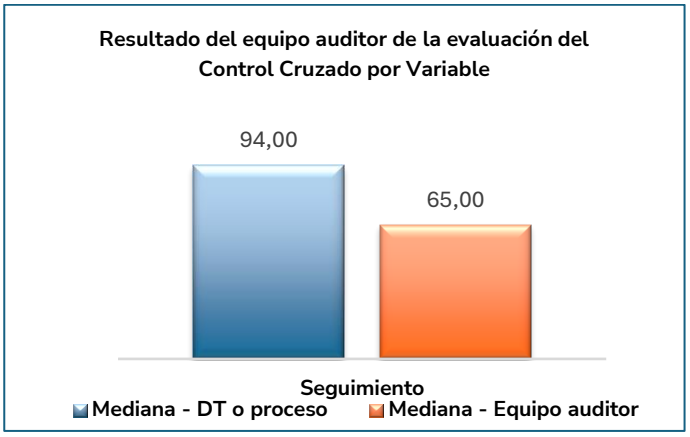
[10] La escala de Likert es una de las escalas más utilizadas en investigación en ciencias sociales. Ofrecen un sistema de clasificación simple que es común a las encuestas de todo tipo. La escala se llama así por el psicólogo que lo creó, Rensis Likert. Un uso común de la escala de Likert es una encuesta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

el 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 88 puntos de 100 posibles. El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – seguimiento corresponde a 80 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 8 puntos respecto de la calificación de auditado y de 20 respecto del máximo posible (100 puntos).



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

Así mismo, se confronta la información y evidencias registradas en la herramienta de evaluación al SCI frente a los resultados de las autoevaluaciones del proceso de Gestión Administrativa

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 de 29 puntos en la variable *"Seguimiento"*, toda vez que el resultado de la valoración del grupo auditado es de 94 y la del Equipo Auditor de 65 .

La Oficina de Control Interno evalúa el nivel de cumplimiento de la variable (seguimiento), mediante el uso de normas de auditoría generalmente aceptadas.
"Para el efecto, se analizan las evidencias aportadas por el auditado de las acciones planteadas en el (proceso o DT), en lo que corresponde al componente evaluado; donde el equipo auditor evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza del cumplimiento".
Por lo anterior, en este caso se evidencia que la variable (seguimiento) logra un nivel de calificación Medio con un 64%
(Información tomada resultado papel de trabajo).

Por lo anterior, el Proceso de Gestión Administrativa en análisis del modelo de seguimiento correspondiente a evaluación del sistema de control Interno presenta debilidad.

Debilidad No. 17

La ausencia de un modelo de (seguimiento) robusto y gerencial reportado al equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, lo cual no está conforme con la Ley 87 de 1993 artículo 2° referente a los objetivos del sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales b), c), d), e), g) y h), Decreto 1499 de 2017 Manual Operativo de MIPG, en la dimensión 4° evaluación de resultados, en los ítems 4.2.1. Seguimiento y evaluación del desempeño institucional se extrae los lineamientos generales para la implementación: "*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*".

En el modelo estándar de control de interno – MECI, establece en el titulo 2 Módulo Control de Evaluación y Seguimiento, donde dispone que: *(...) los instrumentos y herramientas de gestión y de control de la entidad requieren evaluación y seguimiento, Esto se consigue mediante actividades de supervisión continua, evaluaciones periódicas o una combinación de ambas cosas (...).*
Lo anterior conlleva a la posible materialización de eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales, dado que no se tiene una herramienta de gestión que brinde información del quehacer funcional del proceso en tiempo real y que permita la toma de decisiones informada porque a las tomadas no se les hace un estricto seguimiento.

A través del correo institucional, el líder del proceso Javier Eduardo Delgadillo Rodriguez javier.delgadillo@unidadvictimas.gov.co, el miércoles, 15 de octubre de 2025 11:52, remite respuesta frente a la debilidad manifestando lo siguiente:

> *"En relación con la Observación.*
>
> *En relación con la observación la misma no se admite, en atención a que durante la vigencia 2024, el proceso Gestión Administrativa y Documental no contó con personal en la planta de cargos cuya función misional estuviera orientada a la gestión del Sistema Integrado de Gestión (SIG), lo que limita la implementación de herramientas de seguimiento gerencial propias.*
>
> *Sin embargo, el proceso participa activamente en las instancias de planeación, seguimiento y evaluación institucional coordinadas por la Oficina Asesora de Planeación y Calidad, lo que garantiza la articulación con los mecanismos de control y evaluación del desempeño establecidos en la entidad."*

La respuesta del auditado indica que la inexistencia de personal asignado al SIG (Sistema Integrado de Gestión) impidió contar con herramientas propias de seguimiento gerencial. Como soporte, argumenta su participación en instancias institucionales de seguimiento lideradas por la Oficina Asesora de Planeación y Calidad. Sin embargo:

- NO presenta evidencias documentales, registros, matrices de seguimiento, informes, actas, tableros o cualquier elemento trazable que demuestre dicha participación o un modelo de seguimiento propio del proceso.
- El argumento de falta de personal no exonera del cumplimiento de los criterios establecidos por el MIPG, MECI y Ley 87 de 1993, que exigen seguimiento, monitoreo y evaluación permanente, independientemente de la estructura del proceso.

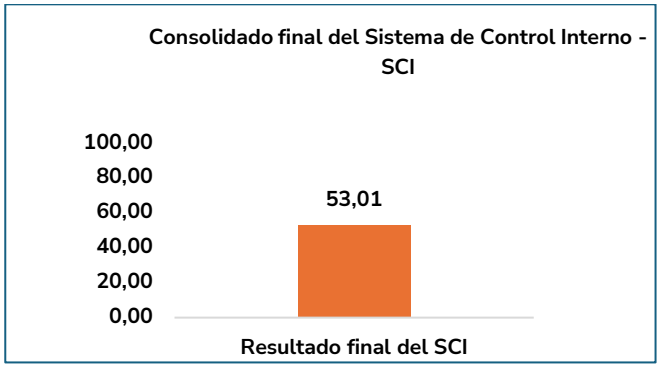
La respuesta del auditado no aporta evidencia, no responde al alcance de la debilidad, no demuestra modelo propio de seguimiento y no garantiza trazabilidad para toma de decisiones. Por lo tanto, no se desvirtúa la debilidad, y el principio de escepticismo profesional obliga a clasificar la respuesta como insuficiente y no sustentada.

5.3.6 Consolidado del Sistema de Control del Proceso de Gestión Administrativa.

En el marco de la auditoría realizada al Proceso de Gestión Administrativa, 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 del Proceso de Gestión Administrativa 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, estos no son suficientes para asegurar un cumplimiento sólido y sostenido de los objetivos institucionales. Por lo anterior, el Equipo Auditor observa que se genera incertidumbre al aplicar los principios del escepticismo profesional, dado que no se tiene certeza plena del cumplimiento en los aspectos evaluados por lo cual la calificación asignada es "Medio" con una puntuación de 53.01%, 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

En consecuencia, se concluye que el resultado final del SCI en los cinco (5) componentes alcanza un nivel de calificación "Medio".

5.3.7 Falla en el Sistema de Control del Proceso de Gestión Administrativa en la entrega oportuna en los plazos establecidos al ente de control.

El Equipo Auditor, mediante correo institucional enviado el jueves 21 de agosto de 2025 a las 4:52 p. m. al entonces Coordinador del Grupo de Gestión Administrativa y Documental, Miguel Ángel Luna Saravia (miguel.luna@unidadvictimas.gov.co), solicitó el diligenciamiento de la Herramienta de Evaluación del Sistema de Control Interno – Proceso de Gestión Administrativa, y precisó que era necesario habilitar el acceso a las evidencias correspondientes a los informes de autoevaluación del primer y segundo semestre de 2024, las cuales soportarían el análisis del control interno. En el

mismo correo se indicó que el cargue y remisión de estas evidencias debía efectuarse a más tardar el 5 de septiembre de 2025 a las 5:00 p. m.

Durante el desarrollo de este plazo, se produjo el cambio de Coordinador del Grupo, y el nuevo líder del proceso, Alejandro Hernández Echeverry (alejandro.hernandez@unidadvictimas.gov.co), mediante correo del lunes 8 de septiembre de 2025 a las 9:05 a. m., manifestó:

> "*Ante la necesidad de culminar el proceso de consolidación de todas las evidencias que soportan el cumplimiento de las variables de indicadores, riesgos, control, mejora o valor y seguimiento del proceso de Gestión Administrativa, respetuosamente solicitamos un plazo adicional hasta el día 9 de septiembre de 2025 para la remisión de la información solicitada dentro de la auditoría que se viene adelantando por la Oficina de Control Interno*."

El Equipo Auditor accedió a esta solicitud y concedió la prórroga.

Posteriormente, mediante correo del martes 9 de septiembre de 2025 a las 5:41 p. m., la servidora Adriana Paola Andrade Jaimes (adriana.andrade@unidadvictimas.gov.co) informó el cargue de las evidencias en la carpeta "Herramienta Evaluación SCI 2025", relacionadas con las variables de indicadores, riesgos, control, mejora o valor y seguimiento del proceso.

Sin embargo, tras la revisión de la información cargada en el drive, se identificó que las evidencias no se encontraban completas, dado que no se había otorgado acceso a los soportes correspondientes a las autoevaluaciones del primer y segundo semestre de 2024, los cuales resultan indispensables para la verificación de la información suministrada en la herramienta.

Ante esta situación, el miércoles 10 de septiembre de 2025 a las 4:53 p. m., el líder del proceso, Alejandro Hernández Echeverry, remitió un nuevo correo al Equipo Auditor indicando:

> "*…ya se otorgaron los permisos de acceso a la carpeta donde reposan los soportes de la autoevaluación del segundo semestre de 2024 del Proceso de Gestión Administrativa (…) Respecto a los soportes del primer semestre de 2024, nos encontramos en proceso de búsqueda, toda vez que estos eran gestionados por una persona que actualmente no se encuentra vinculada con la Entidad. Tan pronto logremos ubicarlos, procederemos a remitirlos…*"

El viernes 12 de septiembre de 2025 a las 11:31 a. m., el nuevo líder del proceso, Javier Eduardo Delgadillo Rodríguez (javier.delgadillo@unidadvictimas.gov.co,), solicitó formalmente una nueva extensión del plazo, así como autorización para que el funcionario Orlando Grueso Solis pudiera acceder a las carpetas y realizar el cargue respectivo de evidencias.

Ese mismo día, a las 3:32 p. m., el Equipo Auditor respondió concediendo un nuevo plazo hasta el martes 16 de septiembre de 2025 a las 5:00 p. m., en atención a dificultades de acceso que debía resolver la Oficina de Tecnología de la Información (OTI).

No obstante, vencido dicho plazo, el proceso auditado no presentó la autoevaluación correspondiente al primer semestre de 2024, argumentando las dificultades previamente mencionadas sobre la localización de evidencias.

En consecuencia, el Equipo Auditor procedió a aplicar la Herramienta de Control Cruzado para la Evaluación del Sistema de Control Interno del Proceso de Gestión Administrativa, con la información disponible y con las bases de datos de la OCI. Como resultado, se obtuvo una calificación en nivel "Medio", con un puntaje del 53,01%, lo cual evidencia la necesidad de fortalecer los mecanismos de seguimiento, mejorar la trazabilidad de las evidencias y fortalecer el cumplimiento oportuno de los requerimientos del ente de control, en concordancia con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y con los principios del Sistema de Control Interno – SCI.

Debilidad No. 18

El equipo Auditor, encuentra debilidad en el SCI por la falta de entrega oportuna en los plazos establecidos de las evidencias que soportan la gestión de autoevaluación para los semestres 1 y semestre 2 de la vigencia 2024. En revisión de matriz de autoevaluación ejecutada por el proceso de gestión Administrativa, el equipo auditor procede a revisar las evidencias soporte de los resultados, los soportes que respaldan los resultados de las Autoevaluaciones de la vigencia 2024; se encuentra que el equipo auditado entrega evidencias que están por fuera de la vigencia de la auditoria, y varias de sus carpetas donde debían subir las evidencias se encuentran vacías, esto transgrede a lo ordenado en los literales d); f) y g) del artículo 2°, literal a) del artículo 3°, literal j) del artículo 4° y artículos 6° y 8° por la Ley 87 de 1993. Literal e) del artículo 2.2.21.2.2 y 2.2.21.5.5 del Decreto 1083 de 2015 y artículo 8° y 10° del Decreto 648 de 2017 y dispuesto en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno mediante el Acta del 20 de marzo de 2018, reglamentada mediante la Circular 016 de 6 de junio de 2018 emanada de la Dirección General.

El Equipo Auditor considera como potenciales causas la falta de capacitación y apropiación en temas de la autoevaluación de control, la falta de aplicación de mejores prácticas, falta de un tablero de control que permita realizar seguimiento a las acciones y evidencias que permitan identificar diagnósticos y aporte en el fortalecimiento del proceso y la organización. Situación que impide el logro de objetivos institucionales.

A través del correo institucional, el líder del proceso Javier Eduardo Delgadillo Rodriguez javier.delgadillo@unidadvictimas.gov.co, el miércoles, 15 de octubre de 2025 11:52, remite respuesta frente a la debilidad manifestando lo siguiente:

> *"La observación se admite parcialmente, en tanto se reconoce que durante la vigencia 2024 se presentaron retrasos en la carga oportuna de algunas evidencias correspondientes a las autoevaluaciones semestrales.*
>
> *No obstante, se adoptaron acciones correctivas orientadas a fortalecer la oportunidad en la entrega de información, entre ellas la designación de un responsable para el control de evidencias y la actualización del cronograma de seguimiento del proceso.*
>
> *Con ello, se busca mejorar la trazabilidad de los resultados de autoevaluación y garantizar la conformidad con las disposiciones establecidas en la Ley 87 de 1993, el Decreto 1083 de 2015, y los lineamientos del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno."*

A continuación, se presenta el análisis técnico de la respuesta del auditado frente a la Debilidad No. 16, con enfoque en el Sistema de Control Interno (SCI) y bajo el criterio de escepticismo profesional, teniendo en cuenta que la respuesta del auditado NO presenta evidencias que demuestren acciones correctivas reales, trazables y sustentadas.

El incumplimiento en la entrega oportuna y pertinente de evidencias – Autoevaluaciones 2024, la respuesta del auditado admite parcialmente el hallazgo, reconociendo la entrega tardía de evidencias para las autoevaluaciones semestrales de la vigencia 2024. Sin embargo, NO aporta evidencias documentales de las supuestas acciones correctivas mencionadas (designación de responsable, actualización del cronograma de seguimiento, mecanismos de trazabilidad).

Por lo tanto, no se desvirtúa el hallazgo, y se mantiene vigente como debilidad del SCI, especialmente por afectar los principios de oportunidad, confiabilidad, razonabilidad y trazabilidad exigidos normativamente.

5.4 ANÁLISIS DEL DISEÑO Y EFECTIVIDAD DEL CONTROL DEL RIESGO EN EL PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA

El proceso Gestión Administrativa, conforme a la Resolución 01650 de 2022, tiene como función administrar, controlar y suministrar los bienes y servicios de la entidad, de conformidad con las directrices impartidas con la Dirección General y la Secretaría General de la Unidad a la luz de las normas y procedimientos vigentes.

En este contexto, los riesgos, entendidos como la posibilidad de que ocurra un evento que impacte el cumplimiento de los objetivos, constituyen una herramienta de gestión fundamental para la

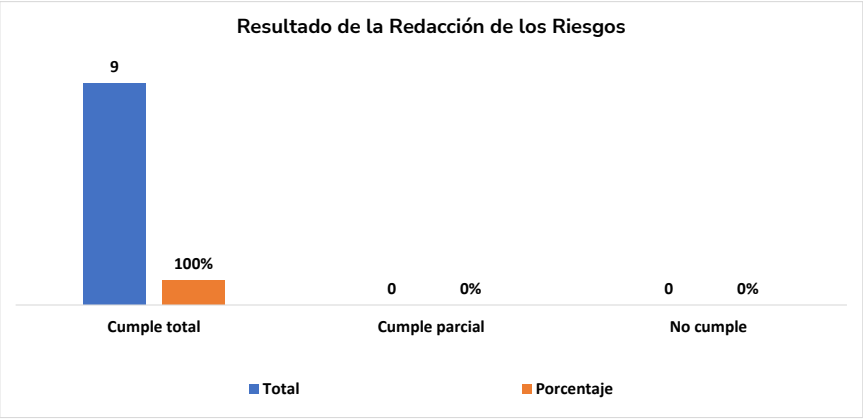
entidad. En particular, permiten a los gerentes públicos o servidores responsables ejercer un control efectivo sobre su gestión. Por esta razón, el Equipo Auditor examina el uso de esta herramienta de manera integral, considerando tanto su implementación como su función dentro del sistema de control.

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

Es pertinente señalar que el propósito de la presente evaluación consiste en determinar si el proceso auditado diseña de manera adecuada y conforme a criterios metodológicos el control de los riesgos y a su vez verifica si la evidencia disponible cumple el propósito y efectividad de la acción del control implementado.

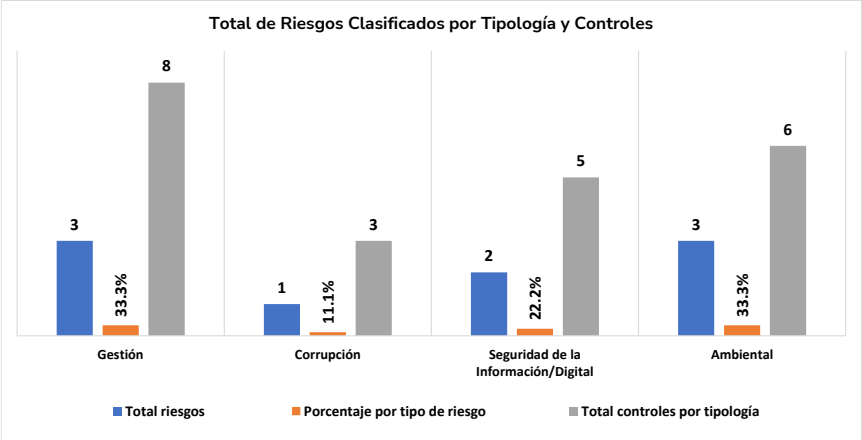
El análisis realizado por el Equipo Auditor se desarrolla mediante la técnica de confrontación documental, con el fin de examinar si los controles incorporan los aspectos referenciados por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) y, en consecuencia, contribuyen efectivamente a mitigación de los riesgos.

En concordancia con el Mapa de Riesgos Institucional correspondiente a la vigencia 2024, el Equipo Auditor realiza el análisis de los riesgos asociados al proceso Gestión Administrativa y evalúa la pertinencia de su redacción y la claridad en la definición de causas, consecuencias y controles vinculados.



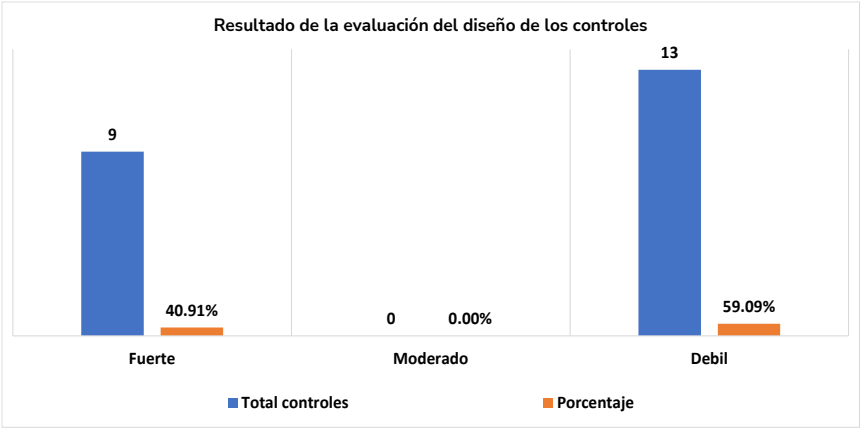
Fuente: Herramienta Análisis de Riesgos de la OCI

De acuerdo con la gráfica, se observa que el 100% de los riesgos identificados por el proceso cumplen con la estructura mínima establecida en la Guía para la Administración de Riesgos del DAFP. Este resultado refleja que los riesgos fueron definidos con precisión en cuanto a los elementos constitutivos el "qué" (impacto), el "cómo" (causa inmediata) y el "por qué" (causa raíz), lo cual favorece la comprensión y gestión de los mismos.



Fuente: Herramienta Análisis de Riesgos de la OCI

En relación con el análisis realizado sobre la tipología de los riesgos, se identificaron nueve (9) riesgos en total. De estos, el Equipo Auditor evidencia tres (3) riesgos asociados a la gestión, que representan el 33.3%, un (1) riesgo de corrupción, equivalente al 11.1%, dos (2) riesgos vinculados con la seguridad de la información/digital que corresponde al 22.2% y por último tres (3) riesgos ambientales que representan el 33.3% restante. Para la mitigación de dichos riesgos, el proceso auditado ha implementado veintidós (22) controles orientados a su adecuada gestión y seguimiento. *(Datos tomados de la matriz de riesgos estandarizada del año 2024).*



Fuente: Herramienta Análisis de Riesgos de la OCI

Respecto a la evaluación del diseño de los controles adoptados para los nueve (9) riesgos, se identifica que el 59.09% (13 controles) se ubican en la zona "débil", mientras que el 40.91% (9 controles) se encuentran en zona "fuerte". Lo anterior indica que, si bien gran proporción de los controles se encuentran bien estructurados en relación con los criterios de la guía establecida por la Entidad, predomina una debilidad general en el diseño de los controles lo que puede limitar la efectividad para la mitigación de los riesgos identificados en el proceso. *(Información obtenida de la herramienta análisis de riesgos de la OCI – "resultado y zona – rango del control actual del diseño").*

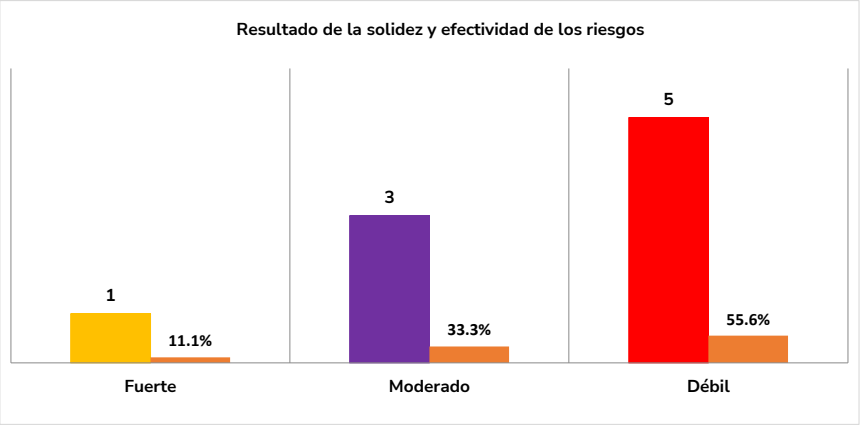
De manera general, las falencias en el diseño de los controles se concentran principalmente en la definición del responsable de su aplicación. De acuerdo con la *Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas*, dentro de la estructura para la descripción del control se debe identificar de forma clara y específica el cargo del servidor público responsable de su ejecución, garantizando así la trazabilidad y la rendición de cuentas sobre su implementación.

Durante el análisis efectuado, se evidenció que el responsable se encuentra descrito de manera genérica, utilizando denominaciones como *"El proceso de Gestión Administrativa"*, *"El Grupo de Gestión Administrativa"*, *"El área de almacén"*, lo que impide establecer una responsabilidad individual y verificable. Esta práctica limita la eficacia del control, dificulta el seguimiento de su ejecución y reduce la capacidad de respuesta ante posibles desviaciones o fallas en su aplicación.

Responsable de ejecutar el control: identifica el cargo del servidor que ejecuta el control, en caso de que sean controles automáticos se identificará el sistema que realiza la actividad.

Fuente: Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas

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

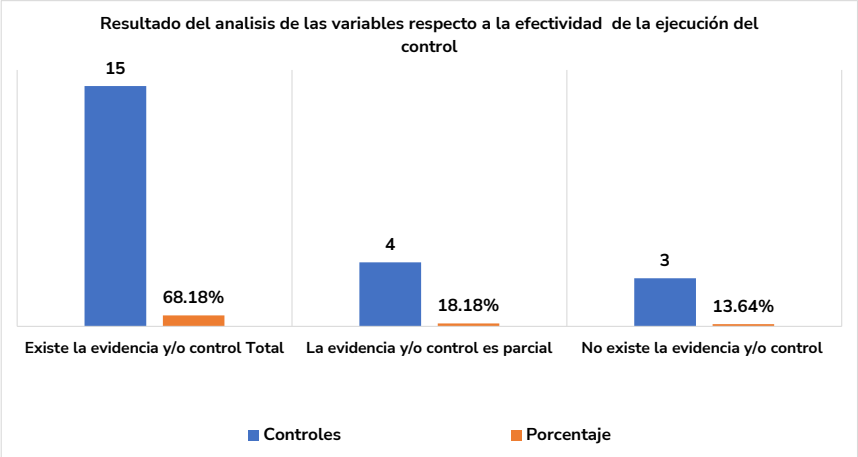


Fuente: Herramienta análisis de riesgos de la OCI

Al analizar las variables representadas en la gráfica, se concluye que el 11.1% de los riesgos adoptados por el proceso, equivalentes a un (1) riesgo, se encuentra clasificado en el rango *"Fuerte"*, mientras que tres (3) riesgos, que representan el 33.3%, se ubica en el rango *"Moderado"* y por último cinco (5) riesgos son valorados dentro de la categoría *"débil"* representando el 55.6% restante. Este resultado refleja que, si bien se evalúa el cumplimiento de los lineamientos establecidos para la formulación de controles y su efectividad con base en las evidencias disponibles, la existencia de cinco riesgos clasificados como *"débil"* está directamente relacionada con deficiencias en el cumplimiento de los lineamientos de redacción de los controles.

En cuanto al análisis de las evidencias de la ejecución de los controles, entendidas como la información que brinda certeza sobre su aplicación y resultados, independientemente del tipo de soporte utilizado, estas fueron objeto de evaluación por parte del Equipo Auditor, quien determina que, al momento de la auditoría, se contó con su acopio. En relación con las evidencias el Equipo Auditor identifica como fortaleza la presentación organizada de las evidencias por parte del auditado permitiendo realizar una valoración adecuada e integra de las mismas. Sin embargo, se recomienda dar cumplimiento estricto a los plazos establecidos por el Equipo Auditor para la entrega de las evidencias, mantener la organización y trazabilidad de las mismas e implementar mecanismos internos de seguimiento que aseguren la disponibilidad oportuna y completa de los soportes; permitiendo fortalecer la confiabilidad de la información reportada por el proceso.

Ahora bien, las evidencias aportadas fueron analizadas conforme a criterios de auditoría generalmente aceptados. Partir de dicha revisión se concluye lo siguiente:



Fuente: Herramienta análisis de riesgos de la OCI.

De acuerdo con los resultados reflejados en la gráfica, se observa que el 68.18% de los controles evaluados *"existe la evidencia y el control total"*, lo que indica que existe documentación suficiente y verificable que respalda la aplicación de los controles y permite constatar su efectividad en

relación con lo descrito en estos.

Por otro lado, del 18.18% de los controles *"La evidencia y/o control es parcial"*, es decir, que, aunque se identificaron soportes que demuestran acciones de control, resultan incompletos o no evidencian de manera integral su aplicación. Finalmente, el 13.64% restante (3 controles) *"no existe la evidencia y/o control"*, lo cual representa una debilidad en la gestión del riesgo, al no ser posible verificar la existencia, pertinencia, ni la efectividad de las acciones implementadas. Esta situación se origina porque la evidencia aportada no guarda correspondencia con la información descrita en los controles. *(Información tomada resultado papel de trabajo).*

Con respecto al resultado de *"no existe la evidencia y/o control"*, en la efectividad de la ejecución del control, se identificó esta situación en el riesgo: *"Posibilidad de pérdida económica y reputacional por sanciones de entes de control a causa de Incumplimiento de los requisitos legales ambientales aplicables a la entidad."*, en particular el control 1 *"El profesional ambiental apoya la implementación del SGA, se encarga de actualizar el Normograma mediante remisión de formatos de encuesta a la oficina asesora jurídica, esto con periodicidad bimestral. En caso de no realizar el reporte a tiempo se solicita a la Oficina asesora Jurídica una actualización extemporánea o se espera ala próxima a actualización para la inclusión de la norma. Evidencia: Correo electrónico y registro en el formulario enviado por el área Jurídica*", donde no se encontraron evidencias que acrediten la ejecución del control, en relación con la descripción de este. De la misma manera sucede con el riesgo "*Posibilidad de pérdida económica y reputacional ante nuestras partes interesadas internas y externas, por afectación en el desempeño ambiental y sanciones ante entes de control*" en su control 3 *"El profesional ambiental cada que vez que se requiera, apoya la implementación del SGA remitiendo la información asociada con los principios ambientales para dar cumplimiento a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en caso de incumplimiento se comunicará a la coordinación respectiva con el fin de tomar las medidas pertinentes. Evidencia: Correos electrónicos".* En este sentido se recomienda que al proceso Gestión Administrativa reevalúe esta situación y analice junto con los responsables el cumplimiento de esta medida, con el propósito de asegurar la efectividad de los controles, prevenir riesgos potenciales y evitar impactos negativos en la operación con entes externos.

En resumen, se evidencia que solo la mitad de los controles cumplen plenamente con los criterios de evidencia y trazabilidad, mientras que la otra mitad presenta limitaciones que pueden afectar la confiabilidad de los resultados del proceso y la eficacia de la gestión de riesgos.

Una vez evaluado la gestión de riesgos del mapa institucional del proceso criterio de la auditoria, se verifica conformidad a los lineamientos mínimos establecidos en la *"guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas"* emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Con el propósito de fortalecer de manera integral el Sistema de Control Interno del proceso Gestión Administrativa, en particular en lo relacionado con el mapa de riesgos, se recomienda que la redacción de los controles contemple y refleje todos los lineamientos establecidos para su adecuada identificación, evaluación, y gestión, aplicando el total de los lineamientos dados por la *"Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas"*, iniciando con la concepción formal del control el cual debe contemplar tres características para la redacción. *"**a) responsable de** ejecutar el control, b) acción y c) complemento"*, este último debe aludir la *"periodicidad, como se realiza la actividad del control, que pasa con las observaciones o desviaciones y la evidencia de ejecución del control"* y *la "metodología administración de riesgos v11".* Esto permitirá asegurar el cumplimiento efectivo de las normativas vigentes, promover la transparencia, facilitar la toma de decisiones informadas, y garantizar un control continuo y oportuno sobre los riesgos, contribuyendo así al logro de los objetivos institucionales.

De acuerdo con el ejercicio de la auditoría gestionado por el Equipo Auditor a la administración de los riesgos del Proceso Gestión Administrativa, se debe dar cumplimiento a:

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

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

> ***Artículo 2.2.21.3.1 Sistema Institucional de Control Interno.*** *El Sistema Institucional de Control Interno estará integrado por el esquema de controles de la organización, la gestión de riesgos, la administración de la información y de los recursos y por el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos, y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por la entidad, dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas, resultados u objetivos de la entidad." (subrayado fuera de texto).*
>
> ***Artículo 2.2.21.5.4 Administración de riesgos.*** *Como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas las autoridades correspondientes establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo. Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y las oficinas de control interno o quien haga sus veces, evaluando los aspectos tanto internos como externos que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos organizaciones (sic), con miras a establecer acciones efectivas, representadas en actividades de control, acordadas entre los responsables de las áreas o procesos y las oficinas de control interno e integradas de manera inherente a los procedimientos. (subrayado fuera de texto).*

De lo anterior se desprende que la entidad debe tener una política de riesgos la cual, según lo estipulado por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, 2024 V6, en la página 36 establece:

> *Esta es una tarea propia del equipo directivo y se debe hacer desde el ejercicio de Direccionamiento Estratégico y de Planeación. En este punto, se deben emitir los lineamientos precisos para el tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos que afectan el logro de los objetivos institucionales para lo cual es importante tener en cuenta los siguientes aspectos*:
>
> - *La política de administración de riesgos es la declaración de dirección y las intenciones generales de la entidad con respecto a la gestión del riesgo, la cual establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.*
> - *El alcance de la política establece el ámbito de aplicación de los lineamientos, el cual debe abarcar todos los procesos y áreas de la entidad.*
> - *La política establece "los niveles aceptables de desviación relativa a la consecución de los objetivos", asociados a la estrategia de la entidad y pueden considerarse para cada uno de los procesos. Los riesgos de corrupción son inaceptables.*
> - *En la política se determina la estructura para la administración del riesgo, con aspectos metodológicos para cada una de las etapas de la gestión del riesgo. (Subrayado fuera de texto).*

Por otra parte, en el mismo documento a pagina 58 al hablar del trabajo por procesos dentro de la Dimensión 3° "Gestión con valores para resultados" dispone:

> *En este punto, los aspectos mínimos que una entidad debe tener en cuenta para trabajar por procesos son los siguientes:*
>
> *(...) Identificar los riesgos del proceso, así como establecer los controles correspondientes (subrayado fuera de texto).*

En este escenario, la misma disposición en pagina 104 dicta que:

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

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

riesgos emergentes.

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

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

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

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

> *5.5.* Acciones para abordar riesgos y oportunidades
>
> *"La Unidad administra integralmente los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos estratégicos, trabajando para la reparación integral de las víctimas y la implementación de la ley 1448 del 2011, con el fin de aumentar su eficacia y eficiencia a través de la identificación, análisis y valoración de riesgos que permita tomar acciones para evitar su materialización".*
>
> *La política de administración de riesgos de la Unidad se desarrolla con mayor detalle en la Metodología de Administración de riesgos, la cual integra los lineamientos aplicables a los riesgos de corrupción, Operativos, de Seguridad de la Información y Seguridad Digital, de Seguridad y Salud en el trabajo, Ambientales y Públicos (...).*

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

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

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

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

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

A partir del marco normativo Ley 87 de 1993, artículo 2º literales a) y f); el Decreto 1083 de 2015, artículo 2.2.21.5.4; el Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017, artículo 2.2.21.3.1; los lineamientos dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas y la metodología administración de riesgos adoptada por la Entidad, el Equipo Auditor establece que el proceso Gestión Administrativa requiere fortalecer la gestión de los riesgos identificados y consolidar de manera integral las causas que puedan impactar las actividades propias para el desarrollo de su gestión.

Debilidad No. 19

Debilidad en el sistema de control interno del proceso Gestión Administrativa, relacionada con la gestión y administración del riesgo, específicamente en lo relacionado con el diseño de controles, asignación de responsabilidades de implementación, seguimiento y documentación que respalde totalmente su gestión, lo que limita la implementación de controles efectivos para su mitigación y eficiencia en la gestión pública. Esta situación no está conforme a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993,

artículo 2º literales a) y f); el Decreto 1083 de 2015, artículo 2.2.21.5.4; el Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017, artículo 2.2.21.3.1; así como los lineamientos dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, y la metodología administración de riesgos adoptada por la Entidad. El Equipo Auditor identifica como causas principales la ausencia de una adecuada interpretación e implementación de los lineamientos para la redacción de controles idóneos y eficaces y la incorrecta selección de soportes que respalden de manera adecuada cada control establecido.

Mediante correo electrónico enviado el miércoles 19 de noviembre de 2025 a las 9:43 a.m. se le comunica a el doctor, Javier Eduardo Delgadillo Rodríguez javier.delgadillo@unidadvictimas.gov.co en su calidad de auditado las debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor al papel de trabajo *"evaluación de riesgos, diseño de controles y efectividad de las evidencias"*. De acuerdo con lo establecido en la actividad 9 del procedimiento: *"Auditorías Internas al Sistema de Control Interno – Versión 8"*. El Grupo Gestión Administrativa y Documental, para el proceso Gestión Administrativa mediante correo electrónico del martes 25 de noviembre de 2025 a las 9:00 a. m., remite respuesta a la Oficina de Control Interno, en los siguientes términos:

> *"Conforme a las observaciones expuestas, producto de la auditoria aplicada al proceso de Gestión Administrativa, a continuación, me permito dar alcance a cada una de las observaciones de interés.*
>
> *'Debilidad en el sistema de control interno del proceso Gestión Administrativa, relacionada con la gestión y administración del riesgo, específicamente en lo relacionado con el diseño de controles, asignación de responsabilidades de implementación, seguimiento y documentación que respalde totalmente su gestión.*
>
> *R/. Se permite informar que, desde la Oficina Asesora de Planeación, la primera semana de diciembre se tiene proyectado la realización de mesas de trabajo para la actualización del mapa de riesgos institucional de cada uno de los procesos, y Direcciones Territoriales, en este espacio revisaremos de manera integral cada uno de los riesgos asociados a cada proceso, incluyendo sus controles y planes de tratamiento. Esto servirá para establecer un plan de mejoramiento que responda a las siguientes observaciones:*
>
> *De manera general, las falencias en el diseño de los controles se concentran principalmente en la definición del responsable de su aplicación. De acuerdo con la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, dentro de la estructura para la descripción del control se debe identificar de forma clara y específica el cargo del servidor público responsable de su ejecución, garantizando así la trazabilidad y la rendición de cuentas sobre su implementación.*

Durante el análisis efectuado, se evidenció que el responsable se encuentra descrito de manera genérica, utilizando denominaciones como "El proceso de Gestión Administrativa", "El Grupo de Gestión Administrativa", "El área de almacén", lo que impide establecer una responsabilidad individual y verificable. Esta práctica limita la eficacia del control, dificulta el seguimiento de su ejecución y reduce la capacidad de respuesta ante posibles desviaciones o fallas en su aplicación.

De acuerdo con la debilidad identificada, la cual se denomina "no existe la evidencia y/o control", en la efectividad de la ejecución del control, se identificó esta situación en el riesgo: "Posibilidad de pérdida económica y reputacional por sanciones de entes de control a causa de Incumplimiento de los requisitos legales ambientales aplicables a la entidad."

· Control 1 "El profesional ambiental apoya la implementación del SGA, se encarga de actualizar el Normograma mediante remisión de formatos de encuesta a la oficina asesora jurídica, esto con periodicidad bimestral. En caso de no realizar el reporte a tiempo se solicita a la Oficina asesora Jurídica una actualización extemporánea o se espera ala próxima a actualización para la inclusión de la norma. Evidencia: Correo electrónico y registro en el formulario enviado por el área Jurídica".

R/. Las respectivas Evidencias se encuentran en la carpeta "evaluación de Riesgo GGAD 2024, subcarpeta RIESGO 29". -Control 1. Contenido; Act021_Correo_ actualización normograma 2024.pdf. Act.021_NormogramaActualizado18Noviembre2024.xlsx FORMULARIO ACTUALIZACIÓN NORMOGRAMA 2024.pdf

· Control 3 "El profesional ambiental cada que vez que se requiera, apoya la implementación del SGA remitiendo la información asociada con los principios ambientales para dar cumplimiento a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en caso de incumplimiento se comunicará a la coordinación respectiva con el fin de tomar las medidas pertinentes. Evidencia: Correos electrónicos". R/. Las respectivas evidencias se encuentran en la Carpeta "evaluación de Riesgo GGAD 2024, subcarpeta RIESGO 29" - Control 2. Contenido; Act.020_Avances N°4 PIGA2024_ Comité y desempeño.pdf Act.020_Matriz-Agua-Energía-SGA_DT's_2024.xlsx Act.020_Matriz-control-seguimineto-PGM-SGA_NN-2024.xlsx Act.020_Matriz-ResiduosSolídos-SGA_DT's_2024.xlsx Act.20_Infografía Plan-Implementación 2024_Act.25.pdf.

Anexos: RIESGO 29.

Consideraciones del Equipo Auditor a la respuesta aportada

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa la respuesta emitida por el proceso Gestión Administrativa, 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 los riesgos desde la revisión integral que se realiza a cada uno de los riesgos asociados a cada proceso en las mesas de trabajo que se realizan anualmente con la Oficina Asesora de Planeación, en la cual se incluirán los controles y planes de tratamiento de los mismos.

En relación con las evidencias cargadas para verificar la aplicación del control, tras una nueva revisión, se concluye que estas no demuestran de manera precisa la implementación del control conforme a lo descrito. En primer lugar, respecto al control No. 1 del Riego No. 29, efectivamente se identificaron correos electrónicos en los que el área jurídica remite el formato de registro para la actualización del Normograma. Sin embargo, no es posible constatar que el proceso enviara al área solicitante el formato actualizado y en la periodicidad establecida, lo cual no permite dar certeza de la "*remisión de formatos de encuesta a la oficina asesora jurídica, esto con periodicidad bimestral*", como los menciona el control.

Por otra parte, en la respuesta dada por el auditado en lo concerniente al control No. 3 *"El profesional ambiental cada que vez que se requiera, apoya la implementación del SGA remitiendo la información asociada con los principios ambientales para dar cumplimiento a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en caso de incumplimiento se comunicará a la coordinación respectiva con el fin de tomar las medidas pertinentes. Evidencia: Correos electrónicos"* del Riesgo No. 30, se relacionan las evidencias del control No. 2 del riesgo No. 29, por lo que no guardan relación con el riesgo evaluado "*R/. Las respectivas evidencias se encuentran en la Carpeta "evaluación de Riesgo GGAD 2024, subcarpeta RIESGO 29" - Control 2. Contenido; Act.020_Avances N°4 PIGA2024_ Comité y desempeño.pdf Act.020_Matriz-Agua-Energía-SGA_DT's_2024.xlsx Act.020_Matriz-control-seguimineto-PGM-SGA_NN-2024.xlsx Act.020_Matriz-ResiduosSolídos-SGA_DT's_2024.xlsx Act.20_Infografía Plan-Implementación 2024_Act.25.pdf".*

Por lo anterior, el Equipo Auditor considera pertinente mantener la debilidad inicialmente comunicada con el propósito de que el proceso realice un plan de mejoramiento donde determine las acciones de mejora que lleven a superar las causas generadoras de la debilidad.

5.5 HALLAZGO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO POR LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA

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 de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información y 12. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.*
>
> *Parágrafo 1°. La integración de los planes mencionados en el presente artículo se hará sin perjuicio de las competencias de las instancias respectivas para formularlos y adoptarlos. Cuando se trate de planes de duración superior a un (1) año, se integrarán al Plan de Acción las actividades que correspondan a la respectiva anualidad.*
>
> *Parágrafo 2°. Harán parte del Plan de Acción las acciones y estrategias a través de las cuales las entidades facilitarán y promoverán la participación de las personas en los asuntos de su competencia, en los términos señalados en la Ley 1757 de 2015.*

Lo anterior está dentro del ámbito de aplicación de lo dispuesto en la Ley 152 de 1994 artículo 26 que determina: *Planes de acción. Con base en el Plan Nacional de Desarrollo aprobado cada uno de los organismos públicos de todo orden a los que se aplica esta Ley preparará su correspondiente plan de acción.*

En la elaboración del plan de acción y en la programación del gasto se tendrán en cuenta los principios a que se refiere el artículo 3° de la presente Ley, así como las disposiciones constitucionales y legales pertinentes.

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

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

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

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

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 al Grupo Gestión Administrativa y Documental de los Procesos Gestión Administrativa y Gestión Documental. De acuerdo con lo anterior, se aplica la matriz de seguimiento a la ejecución del Plan de Acción 2024, teniendo en cuenta los cuatro (4) reportes trimestrales registrados en el aplicativo SISPLAN+ con corte a 31 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre de 2024.

Una vez se haya efectuado el diligenciamiento de la citada herramienta con base en la información reportada en SISPLAN+ por el Grupo Gestión Administrativa y Documental de los Procesos Gestión Administrativa y Gestión Documental, el equipo auditor determina el nivel porcentual de avance y ejecución obtenida de acuerdo con la meta programada en cada periodo objeto de análisis.

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

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

La Oficina Asesora de Planeación dentro de su fuero, ámbito normativo y operativo estudia el comportamiento de las metas pactadas con el Grupo Gestión Administrativa y Documental de los Procesos Gestión Administrativa y Gestión Documental 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 Grupo Gestión Administrativa y Documental de los Procesos Gestión Administrativa y Gestión Documental.

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 el Grupo Gestión Administrativa y Documental de los Procesos Gestión Administrativa y Gestión Documental tiene en total 2 actividades en el Plan de Acción para la vigencia 2024. En lo que concierne al primer trimestre de 2024, aplica reporte de avance en las dos (2) actividades. Por lo anterior, la muestra de trabajo para el primer trimestre es del 100% de la población. De éstas 2 actividades, 1 registra estado medio del 92% y 1 estado superlativo del 118%.

De igual manera, en el segundo trimestre de 2024 aplica reporte de avance en las 2 actividades programadas para la vigencia 2024, razón por la cual la muestra de trabajo es del 100% de la población. En este contexto se tiene que, para el segundo trimestre de 2024, las dos (2) actividades presentan estado medio del 66% y 93%.

En lo que respecta al tercer trimestre de 2024, las 2 actividades programadas registran avance en estado medio del 84% y 93%.

Así mismo, en el cuarto trimestre de 2024, las 2 actividades establecidas presentan ejecución en estado medio del 94% y 97%.

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 del Grupo Gestión Administrativa y Documental de los Procesos Gestión Administrativa y Gestión Documental, 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 GRUPO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DOCUMENTAL		ACTIVIDADES GRUPO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DOCUMENTAL									
		1. Nivel de satisfacción del cliente interno frente al servicio prestado por el proceso de Gestión Administrativa (Cód 174)					2.Implementación del Plan Institucional de Archivos – PINAR (Cód 175)				
		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	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
2	Febrero	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
3	Marzo	82,87	90	92,078	92%	92%	11,76	10	117,6	118%	12%
4	Abril	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
5	Mayo	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
6	Junio	83,33	90	92,589	93%	93%	26,47	40	66,175	66%	26%
7	Julio	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
8	Agosto	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
9	Septiembre	83,33	90	92,589	93%	93%	58,82	70	84,029	84%	59%
10	Octubre	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
11	Noviembre	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
12	Diciembre	87,5	90	97,222	97%	97%	94,11	100	94,11	94%	94%
	OCI					93,62%					94%
	OAP					93%					94%

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 el Grupo Gestión Administrativa y Documental de los Procesos Gestión Administrativa y Gestión Documental, 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 al del Grupo Gestión

Administrativa y Documental de los Procesos Gestión Administrativa y Gestión Documental, teniendo como parámetro de evaluación que tanto los reportes de avance como de ejecución deben corresponder al 100% de lo planeado.

Por consiguiente, se tiene que para los cuatro (4) trimestres de 2024 el parámetro en mención no se cumple en 2 de las 2 metas programadas, lo que corresponde al 100% del total de indicadores a 30 de marzo, 30 de junio de 2024, 30 septiembre de 2024 y 31 de diciembre de 2024, toda vez que ambas actividades presentan porcentaje de avance ya sea superior o inferior al establecido.

Por último, cabe aclarar que, a pesar de que en el último trimestre las 2 actividades se encuentran en nivel satisfactorio de ejecución vigencia 2024, ambas están por debajo (93% y 94%) de la meta ideal del 100%.

1	Satisfactorio		Entre 90% y 100%	2	100%
2	Aceptable		Entre 60 y 89%	0	0%
3	Insatisfactorio		Menor de 60%	0	0%
Total actividades Plan de Acciòn G.G. Adtiva Doc. 2024				2	100%

Debilidad No. 20

Esta situación evidencia debilidad en la gestión del Grupo Gestión Administrativa y Documental de los Procesos Gestión Administrativa y Gestión Documental referente a la ejecución del total de actividades (indicadores) programadas en su plan de acción para la vigencia 2024. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2° literales b) y d), 4° literal c), i) y j) y 6° de la Ley 87 de 1993 y la Ley 152 de 1994 artículo 3° literal k). Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 4.1. El Equipo Auditor establece como potenciales causas falta de conocimiento en la planeación apropiada de la programación de las metas a determinar en cada actividad (indicador), teniendo como referencia una línea base tomada de los resultados obtenidos en las vigencias anteriores, que permita la realización adecuada en el diseño 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.

Mediante correo electrónico enviado el martes 18 de noviembre de 2025 a las 9:22 a.m. se le comunica al doctor, Javier Eduardo Delgadillo Rodríguez javier.delgadillo@unidadvictimas.gov.co en su calidad de auditado las debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor al papel de trabajo "papel de trabajo diseñado para determinar el nivel de avance y ejecución del modelo de indicadores del plan de acción". De acuerdo con lo establecido en la actividad 9 del procedimiento: *"Auditorías Internas al Sistema de Control Interno – Versión 8"*. El Grupo Gestión

Administrativa y Documental, para el proceso Gestión Administrativa mediante correo electrónico del lunes 24 de noviembre de 2025 a las 3:20 p. m., remite respuesta a la Oficina de Control Interno, en los siguientes términos:

> *"En atención a la comunicación remitida por la Oficina de Control Interno respecto al primer grupo de debilidades identificadas en el marco de la auditoría interna al proceso de Gestión Documental, me permito informar que, una vez revisado el informe, no se tienen observaciones frente a lo presentado.*
>
> *Agradecemos el trabajo adelantado por el Equipo Auditor y quedamos atentos al informe final o a cualquier requerimiento adicional que consideren pertinente."*

Por lo anterior, el Equipo Auditor considera pertinente mantener la debilidad inicialmente comunicada con el propósito de que el proceso realice un plan de mejoramiento donde determine las acciones de mejora que lleven a superar las causas generadoras de la debilidad.

5.6 ANÁLISIS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN RELACIÓN CON LAS FUNCIONES Y POLÍTICAS DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el cumplimiento de las funciones del Proceso de Gestión Administrativa contenidas en el artículo 9 de la Resolución Interna 01650 del 12 de mayo de 2022 y las políticas del MIPG incluidas en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión versión 6 de diciembre de 2024 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 al Proceso de Gestión Administrativa 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 1499 de 2017, 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).

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

De igual manera, el Decreto Decreto 1499 de 2017 en el artículo 2.2.22.3.2 define el Modelo Integrado de planeación y Gestión (MIPG) como el: *"Marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio".* Por lo anterior se ordena en el:

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

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

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

> *"a) Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional; c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad; d) Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional; e) Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros; g) Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación; y h) Velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características, y en artículo 3° literales a) El Sistema de Control Interno forma parte integrante de los sistemas. 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 al Grupo de Administrativa, bajo la normativa antes mencionada y el Modelo de Planeación y Gestión (MIPG) con sus siete dimensiones y las 19 políticas.

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

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

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

> *"b. Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando <u>la correcta ejecución de las funciones</u> y actividades definidas para el logro de la misión institucional;" (subrayado fuera de texto).*

Por su parte, el Decreto 1499 de 2017 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 del proceso de Gestión Administrativa 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 al proceso auditado de Gestión Administrativa, la matriz de evaluación de Funciones Vs MIPG, mediante correo electrónico del viernes 22 de agosto de 2025 a las 11:59 a.m., donde el proceso auditado carga las evidencias en 17 de septiembre 2025 a las 10:33 a.m. fuera de términos (12 de septiembre 2025 a las 5:00 p.m.) en el siguiente enlace: Evidencias Funciones VS MIPG.

El Equipo Auditor evalúa las evidencias registradas por el proceso de Gestión Administrativa, 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 establecidas en la normativa anteriormente citada y las políticas del MIPG dispuestas en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión adoptado en el Decreto 1499 de 2017, y su actualización Versión 6 Diciembre de 2024, el cruce de la información permite evidenciar que los métodos o actuaciones funcionales de los servidores de este grupo interno de trabajo 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 Versión 6 y esta con las políticas que tienen asociado, el análisis consiste en tener certeza, a partir de las evidencias, que el proceso de Gestión Administrativa cumple tanto las

funciones como las políticas. Si una de las dos variables no logra el nivel de certeza que rompa el escepticismo profesional, el Equipo Auditor dará por no cumplida la función.

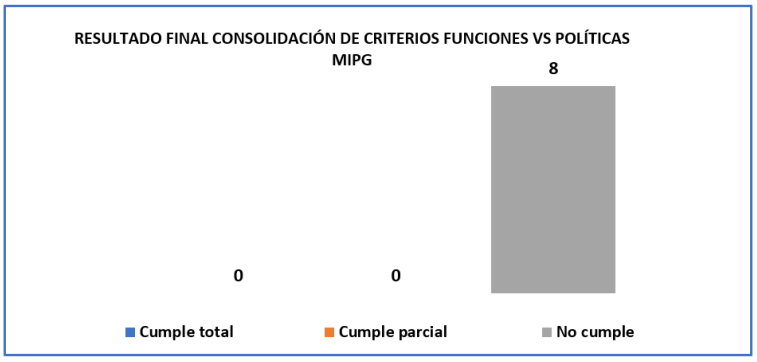
En caso contrario, cumplidas las funciones y las políticas de MIPG, el Equipo Auditor tiene la certeza suficiente que supera los limitantes del principio del escepticismo profesional y de la prudencia y dará como resultado el cumplimiento de la función.

Una vez analizada y evaluada las evidencias remitidas por el proceso de Gestión Administrativa, relacionada con el cumplimiento de las funciones y las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y aplicando los criterios de auditoría generalmente aceptadas obtiene como resultado que, con respecto a las 19 políticas del MIPG, el equipo auditor evidencia que la información emitida por el proceso da certeza del cumplimiento y aporte desde lo operativo a las 19 de políticas definidas en las dimensiones de MIPG. Sin embargo, vale aclarar que el aporte a las políticas se realiza desde la operación ya que el Grupo de Gestión Administrativa no gerencia ninguna política especifica. Se presenta evidencias relacionadas con cada una de las políticas en forma general. Por consiguiente, se recomienda fortalecer la aplicabilidad de los lineamientos establecidos en las políticas MIPG para que dicha información reúna las características relevantes y pertinentes que contribuyan a la mejora continua en el desarrollo de estas.

Sin embargo, este resultado se presenta en las 8 funciones evaluadas en donde se evidencia la falta de interacción y cumplimiento de los lineamientos de las políticas MIPG establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP; así mismo se hace necesario que el Sistema de Control Interno del proceso y su interrelación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión junto a las funciones contribuyan con las políticas de gestión y desempeño de la entidad.

Concerniente a lo anterior se muestra los siguientes resultados:

Resultados de interacción de funciones vs política MIPG



Fuente Propia: Instrumento Funciones vs Políticas MIPG Oficina de Control Interno

En cuanto a las funciones identificadas en el marco normativo se observa:

- **No se evidencia cumplimiento.** Se analiza la evidencia aportada por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan incertidumbre y aplicando los principios de prudencia y escepticismo profesional, se determina que la función no se cumple. De ocho (8) funciones identificadas no se evidencia cumplimiento total, equivalente a un cien por ciento 100,00 %

Como resultado del análisis efectuado a la evaluación de la herramienta cruzada *"Funciones Vs Políticas del MIPG"*, el proceso de Gestión Administrativa no cumple con la gestión de sus funciones y la implementación de las políticas de MIPG dispuesto en el marco normativo, por consiguiente, se evidencia una debilidad del sistema de control interno relacionada con el cumplimiento de las funciones y las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Debilidad No. 21

De acuerdo con lo expuesto en el análisis del papel de trabajo "Funciones vs Políticas MIPG", se evidencia una debilidad del Sistema de Control Interno, dado que el proceso no acredita mediante evidencias suficientes, pertinentes y verificables la articulación entre las funciones asignadas en el artículo 9 de la Resolución 01650 de 2022 y las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, adoptadas mediante el Decreto 1499 de 2017 y desarrolladas en el Manual Operativo del DAFP.

La articulación entre las funciones del proceso, las dimensiones del MIPG y sus políticas es parte integral del Sistema de Control Interno de obligatorio cumplimiento, conforme a los artículos 2, 3 y 4 de la Ley 87 de 1993, donde expresamente se indica que el SCI debe garantizar la consistencia, eficacia, eficiencia, oportunidad y confiabilidad de la gestión institucional y contraviene la obligación de las entidades de articular su gestión conforme al Modelo Integrado de Planeación y Gestión, definido en el artículo 2.2.22.3.2 del Decreto 1083 de 2015.

Esta situación refleja baja apropiación de los lineamientos del MIPG, afecta la trazabilidad del cumplimiento funcional y puede comprometer la gestión del desempeño institucional, especialmente en la medición del FURAG y el cumplimiento de los principios de eficiencia, eficacia y calidad del servicio público establecidos en la Ley 87 de 1993.

El viernes 31 de octubre de 2025 a las 11:44 a.m., se le comunica al auditado la debilidad encontrada y este remite respuesta a través del correo institucional, el líder del proceso Javier Eduardo Delgadillo Rodríguez javier.delgadillo@unidadvictimas.gov.co, el lunes 10 de noviembre de 2025 a las 16:17, frente a la debilidad 21 manifestando lo siguiente:

"Buen Día, Dr. Maria Constanza,

En atención a las observaciones realizadas por la Oficina de Control Interno, me permito dar alcance a los hallazgos identificados en el marco del proceso de gestión administrativa, específicamente en lo relacionado con la evaluación de funciones frente a las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

De manera respetuosa, se acoge parcialmente lo señalado por la OCI, toda vez que, según información suministrada por el personal responsable de la custodia de las evidencias, se ha realizado un esfuerzo significativo por recuperar y consolidar la información pertinente, a pesar de las dificultades presentadas por la pérdida de algunos datos. Es de resaltar que, debido a los cambios administrativos de la entidad, a la fecha el nuevo personal desconoce los criterios asociados a las ocho (8) funciones identificadas relacionadas directamente con el ejercicio administrativo de las diez y nueve (19) políticas de MIPG referenciadas en el borrador del hallazgo como herramienta cruzada "Funciones Vs Políticas del MIPG".

Por lo anterior, se solicitará como plan de mejora la herramienta cruzada "Funciones Vs Políticas del MIPG" a la Oficina Asesora de Planeación, copia de evidencias de vigencias anteriores y la capacitación para el desarrollo de la herramienta.

En ese sentido, se remiten los repositorios alojados en OneDrive, los cuales contienen las carpetas denominadas FUNCIONES, POLÍTICAS, y la Copia del archivo Excel "Evaluación funciones Vs Políticas MIPG", en donde se relacionan las evidencias correspondientes y sus respectivos enlaces para la verificación de la información soportada.

Agradecemos la observación realizada, la cual contribuye al fortalecimiento de los procesos internos, y reiteramos nuestro compromiso con la mejora continua y la transparencia en la gestión administrativa.

Quedamos atentos a cualquier requerimiento adicional que permita complementar o aclarar la información suministrada. Se adjunta el link de las evidencias nuevamente para su consideración"

La respuesta remitida por el líder del proceso evidencia una aceptación parcial del hallazgo, toda vez que reconoce dificultades en la reconstrucción de la información, pérdida de evidencias y desconocimiento de los criterios funcionales asociados a las ocho (8) funciones evaluadas frente a las políticas del MIPG.

La respuesta no evidencia cumplimiento de las funciones frente a las políticas del MIPG. Por el contrario, ratifica la existencia de debilidad del Sistema de Control Interno, al reconocer desconocimiento funcional, pérdida de información, ausencia de criterios aplicados y carencia de trazabilidad institucional.

Se confirma la necesidad de fortalecer la gestión del proceso, implementar la herramienta de matriz cruzada, capacitar al personal y generar evidencia verificable para futuras mediciones del desempeño institucional y reporte al FURAG.

Por lo anterior, el Equipo Auditor considera pertinente mantener la debilidad inicialmente comunicada con el propósito de que el proceso realice un plan de mejoramiento donde determine las acciones de mejora que lleven a superar las causas generadoras de la debilidad.

5.7 ANÁLISIS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN RELACIÓN CON LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN QUE GESTIONA EL PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA.

El Equipo Auditor examina las evidencias aportadas por parte el proceso de la Gestión Administrativa, y conforme con la prueba de recorrido realizada el jueves 02 de octubre de 2025. El propósito es determinar si el proceso de Gestión Administrativa 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 y gestionados en cumplimiento de su misionalidad en el manejo de activos de la Entidad.

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 continúa 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 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)*

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de las variables anteriormente indicada, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor solicito mediante correo electrónico enviado el día 08 de agosto a las 10:25 am lo siguiente:

"Buenos días, Alejandro,

En virtud de la auditoría interna de gestión al Sistema de Control Interno a realizar en el proceso de Gestión Administrativa, y en cumplimiento al cronograma de auditorías para la vigencia 2025, de manera atenta solicito de su colaboración en cuanto a al diligenciamiento de la información de la matriz adjunta, en esta, se debe relacionar los sistemas de información que son utilizados en el proceso con sus actividades o gestiones respectivas de cada uno de los procedimientos asociados al proceso, a continuación, envió un ejemplo:

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
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 constancia 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.

De la anterior solicitud se recibió respuesta por parte del proceso auditado el día 20 de agosto en donde remiten la matriz denominada "*Sistemas de Informacion Gestión Administrativa ajustado" en* donde se incluye la siguiente información:

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
Gestión Administrativa	Procedimiento Administración Propiedad Planta y Equipo V5	SICOF	9PC 10 11 13 15 19PC 21 22 31 33 35 38 45 46	Recepción Devolución Traslados Dar de Baja Inventario Fisico Devolucion Cierre Periodo Solicitud de Bienes Reclasificación Entrega de Bienes	* Movimientos relacionados con el manejo y administración de los activos fijos, intangibles y bienes almacenados para consumo que hacen parte de Propiedad, Planta y Equipo (ingreso, tralados, bajas de bienes, ajustes de vida útil, depreciación). * Suministro de Insumos de papelería y útiles de oficina. *Cierres Contables

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de las variables anteriormente indicadas, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor solicito mediante correo electrónico enviado el día 25 de septiembre a las 9:52 am el agendamiento de la prueba de recorrido para el jueves 02 de octubre de la siguiente manera:

"Doctor Javier Eduardo, reciba un cordial saludo.

En el marco de la auditoría al proceso "Gestión Administrativa", y conforme con la planeación establecida por la Oficina de Control Interno, me permito informarle que el jueves 2 de octubre del presente año, en el horario de 9:00 a 10:00 a. m., se llevará a cabo la prueba de recorrido para realizar las revisiones

correspondientes a las evaluaciones sobre las tecnologías de la información y las comunicaciones que soportan dicho proceso.

De manera atenta, solicitamos su apoyo para disponer de los recursos profesionales y técnicos de su área que cuenten con el conocimiento en los siguientes temas:

Uso, manejo y administración del sistema de información SICOF, en el marco de las funciones asignadas al proceso de Gestión Administrativa.

La sesión de trabajo tendrá una duración aproximada de una hora; no obstante, de requerirse mayor tiempo, se programarán nuevas sesiones con el fin de garantizar la completitud de la información necesaria para las evaluaciones de la Oficina de Control Interno."

El objetivo de la prueba de recorrido es el de evaluar la pertenencia, eficiencia y eficacia del sistema de información utilizado para la gestión de activos de la Entidad denominado SICOF, 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 están definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales a), b), c), d), e), f), g) y h) que la administración del aseguramiento propende por:

a) Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten; b) Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional; c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad; d) Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional; e) <u>Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros;</u> 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 grupo auditor procedió en la prueba recorrido a realizar la entrevista correspondiente en donde se tiene en cuenta el papel de trabajo elaborado para la revisión del sistema de información SICOF donde se tienen en cuenta los siguientes aspectos técnicos:

- Registro de Activos
- Movimientos de Activos
- Auditoria Física
- Seguridad de la Información y Acceso
- Experiencia del Usuario

Teniendo en cuenta lo anteriormente indicado el equipo auditor procede a realizar la entrevista en la prueba de recorrido donde toma nota de las respuestas suministradas y solicita al auditado se cargue los soportes correspondientes para su posterior evaluación en cumplimiento de cada uno de los requerimientos.

El auditado mediante correo electrónico de fecha lunes 06 de octubre confirma el cargue de la información soporte de la prueba de recorrido en el SharePoint dispuesto por la Oficina de Control Interno.

El equipo auditor sobre la base de información cargada por el proceso de Gestión Administrativa procede a la evaluación de las características técnicas evaluadas de la siguiente manera:

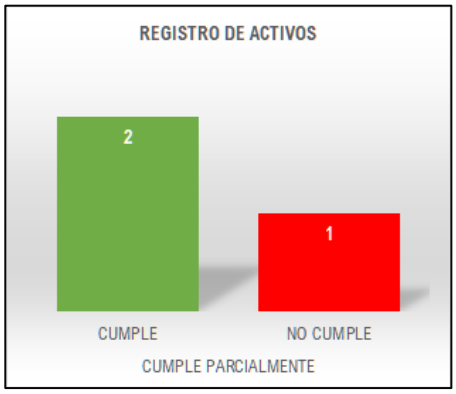
REGISTRO DE ACTIVOS

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, evalúa los soportes presentados por el auditado y evidencia que, el sistema de información cumple parcialmente las características técnicas necesarias en su gestión y operatividad que garanticen un control y seguimiento al registro de activos de la Entidad, donde se detallan las siguientes observaciones:

REGISTRO DE ACTIVOS			
No.	DESCRIPCIÓN - LINEAMIENTOS	OBSERVACIONES AUDITOR - OCI	EVALUACION
1	¿Asigna un código único o número de serie por activo?	El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, evalúa las evidencias presentadas por el auditado y concluye que, la caracteristica que debe gestionar el sistema se realiza a conformidad y por lo tanto se tiene como cumplida.	CUMPLE
2	¿Registra fecha de adquisición, valor, vida útil y valor residual?	No se presentaron soportes por parte del auditado y confome a lo expuesto en la prueba de recorrido en donde se indico que el sistema no posee la funcionalidad indicada se concluye que, no cumple y por lo tanto se tiene como no cumplida	NO CUMPLE
3	¿Clasifica activos por tipo, ubicación, categoría, etc.?	El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, evalúa las evidencias presentadas por el auditado y concluye que, la caracteristica que debe gestionar el sistema se realiza a conformidad y por lo tanto se tiene como cumplida.	CUMPLE

Fuente: Herramienta de evaluación OCI

Resultado - Registro de Activos



Fuente: Herramienta de evaluación OCI

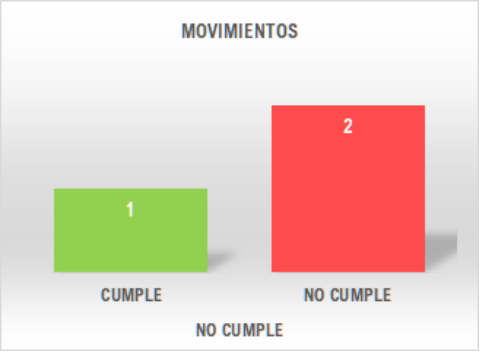
MOVIMIENTOS DE ACTIVOS

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, evalúa los soportes presentados por el auditado y concluye que el sistema de información SICOF en sus opciones para la gestión de los movimientos de los activos no cumple con los requerimientos técnicos que aseguran una trazabilidad y control a cada movimiento que se realice a los activos de la Entidad, por lo tanto, se tiene como No cumplida con base en las siguientes observaciones:

MOVIMIENTOS			
No.	DESCRIPCIÓN - LINEAMIENTOS	OBSERVACIONES AUDITOR - OCI	EVALUACION
4	¿Guarda historial de movimientos por activo?	El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, evalúa las evidencias presentadas por el auditado y concluye que, la caracteristica que debe gestionar el sistema se realiza a conformidad y por lo tanto se tiene como cumplida.	CUMPLE
5	¿Registra quién aprueba o solicita movimientos?	El sistema cuenta con la opción de quien aprueba o solicita el movimiento, sin embargo se evidencia que no se tiene implementada en la gestion que se realiza, se debe actualizar el procedimiento de administracion propiedad planta y equipo, con el objetivo de ejecutar el control.	NO CUMPLE
6	¿Requiere aprobación para movimientos o traspasos?	El sistema no tiene la opcion de seguridad donde a traves de un validador o aprobador se generen los traslados o movimientos	NO CUMPLE

Fuente: Herramienta de evaluación OCI

Resultado - Movimiento de Activos



Fuente: Herramienta de evaluación OCI

Debilidad No. 22

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evidenció la ausencia de controles que permitan registrar de manera continua y confiable los movimientos de los activos de la Entidad dentro del sistema de información SICOF a lo largo de las distintas etapas del proceso. Esta situación afecta la adecuada gestión y actualización de los registros, generando un riesgo significativo en términos de control, trazabilidad y eficiencia en el manejo de la información.

La falta de mecanismos sistemáticos para el seguimiento y control de los bienes institucionales limita la capacidad para una toma de decisiones oportuna, la optimización de los procesos y el avance hacia un desarrollo organizacional sostenido. Esta debilidad no solo dificulta el cumplimiento de los objetivos institucionales, sino que también afecta la articulación con las necesidades de los diferentes procesos, lo que resulta fundamental 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 que deben cumplir los sistemas de información utilizados en las Entidades Públicas.

AUDITORIA FISICA

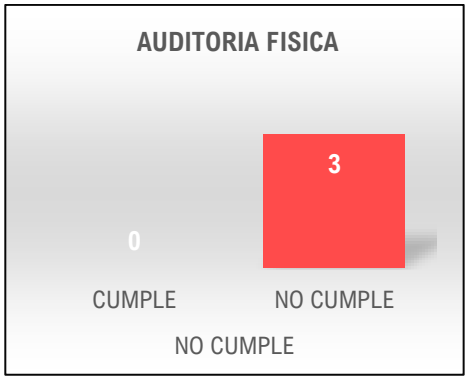
El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, evalúa los soportes presentados por el auditado y concluye que en el sistema de información SICOF no evidencia el cumplimiento de los requerimientos técnicos que permiten realizar un seguimiento y control a cada uno de los activos, por lo tanto, se tiene como no cumplida.

El anterior resultado se debe al análisis de los soportes y pruebas de recorrido efectuadas donde se detallan los siguientes aspectos y observaciones de la siguiente manera:

AUDITORIA FISICA			
NUMERAL	DESCRIPCIÓN - LINEAMIENTOS	OBSERVACIONES AUDITOR - OCI	EVALUACION
7	¿Registra hallazgos como activos no encontrados o en mal estado?	El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, evalúa las evidencias presentadas por el auditado y concluye que, la caracteristica que debe gestionar el sistema en cuanto al registro de activos no encontrados o en mal estado no se registra de manera automatica.	NO CUMPLE
8	¿Conciliación física vs. sistema automatizada?	No se presentaron soportes por parte del auditado y confome a lo expuesto en la prueba de recorrido en donde se indico que el sistema no posee la funcionalidad se concluye que, no cumple y por lo tanto se tiene como no cumplida	NO CUMPLE
9	¿Cómo se controla la modificación o eliminación de registros de activos?	No se presentaron soportes por parte del auditado y confome a lo expuesto en la prueba de recorrido en donde se indico que el sistema no posee la funcionalidad se concluye que, no cumple y por lo tanto se tiene como no cumplida	NO CUMPLE

Fuente: Herramienta de evaluación OCI

Resultado – Auditoria Física



Fuente: Herramienta de evaluación OCI

Debilidad No. 23

No se evidencia que el sistema de información SICOF cuente con características técnicas orientadas a la gestión de auditoría física y lógica, que permitan generar alertas automáticas ante modificaciones en los registros de los activos de datos procesados durante las distintas etapas del proceso.
La ausencia de estos controles limita la posibilidad de realizar revisiones periódicas y sistemáticas para el monitoreo y validación de los datos, lo que impide detectar oportunamente posibles fugas de información o accesos no autorizados a los datos que son gestionados en cuanto a los activos de la Entidad.
Esta situación representa un riesgo alto, dado que el sistema podría estar expuesto a alteraciones o inclusiones no autorizadas en la información. Dicha condición resulta especialmente relevante al tratarse de un sistema que administra registros de misión crítica, esencial para el procesamiento de datos que permite llevar un control de los bienes e inmuebles que la Entidad posee, y que sustentan 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.

SEGURIDAD Y ACCESO

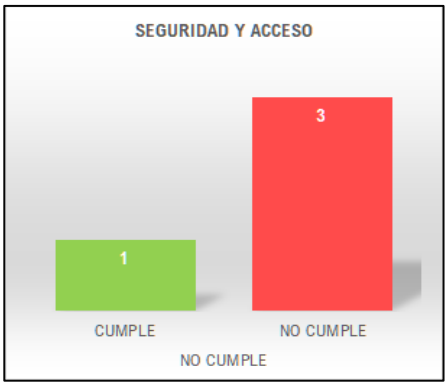
El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, evalúa los soportes presentados por el auditado y concluye que el sistema de información SICOF no posee las características técnicas que deben ser implementadas para asegurar la información y un control de los accesos que sean permitidos a los diferentes roles que gestionen en el proceso del manejo de los activos, por lo tanto, se tiene como no cumplida.

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

SEGURIDAD Y ACCESO			
No.	DESCRIPCIÓN - LINEAMIENTOS	OBSERVACIONES AUDITOR - OCI	EVALUACION
10	¿Tiene control de accesos por roles?	El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, evalúa las evidencias presentadas por el auditado y concluye que, la caracteristica que debe gestionar el sistema se realiza a conformidad y por lo tanto se tiene como cumplida.	CUMPLE
11	¿Registra logs de acciones por usuario?	No se presentaron soportes por parte del auditado y confome a lo expuesto en la prueba de recorrido donde se indico que el sistema no posee la funcionalidad indicada, se concluye que, no cumple y por lo tanto se tiene como no cumplida	NO CUMPLE
12	¿Impide modificar datos históricos sin autorización?	No se presentaron soportes por parte del auditado y confome a lo expuesto en la prueba de recorrido donde se indico que el sistema no posee la funcionalidad indicada, se concluye que, no cumple y por lo tanto se tiene como no cumplida	NO CUMPLE
13	¿Posee modulo de auditoria de cambio de registro de datos ?	No se presentaron soportes por parte del auditado y confome a lo expuesto en la prueba de recorrido donde se indico que el sistema no posee la funcionalidad indicada, se concluye que, no cumple y por lo tanto se tiene como no cumplida	NO CUMPLE

Fuente: Herramienta de evaluación OCI

Resultado – Seguridad y Acceso



Fuente: Herramienta de evaluación OCI

Debilidad No. 24

Del análisis realizado por parte de los auditores de control interno y de los soportes suministrados por el auditado, se evidencia que los controles implementados no cumplen con las características necesarias como lo indica la política de seguridad de la información asociada a la seguridad y el acceso en los sistemas de información conforme a lo indicado en la resolución 01357 del 10 de noviembre del 2021 donde se permita garantizar la seguridad de los datos gestionados en los sistemas de información, lo cual representa un alto riesgo de fuga, perdida o manipulación de la información que gestiona el proceso de la gestión de los activos a través del sistemas de información utilizado para tal fin, adicionalmente no proporciona las trazas de seguridad que permitan el seguimiento a los cambios en los registros de la información. La ausencia de un marco

técnico regulado en donde se indiquen de manera concisa los lineamientos en donde se describan los métodos y las mejores estrategias en cuanto a seguridad y el acceso que se debe implementar en 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 lo expuesto en las normativas y regulaciones expedidas por del Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones en su modelo de seguridad y privacidad de la Información y la Norma ISO 27001 de Seguridad de la Información.

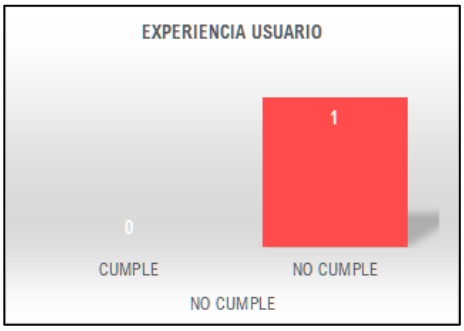
EXPERIENCIA USUARIO

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evidencia que el sistema de información SICOF no posee ayudas que permitan el conocimiento, administración y uso del sistema en sus diferentes módulos o menús que se utilizan en la gestión de los activos de la Entidad, ni tampoco está incluido un plan formal de capacitación o sensibilización de la herramienta a los usuarios finales respecto a la operación y buenas prácticas. No existen manuales de usuario, guías de procedimientos, ni registros de sesiones de formación que aseguren la apropiada comprensión y manejo de la herramienta tecnológica, adicionalmente se indica por parte del auditado que no se tiene previsto un contrato de soporte con el proveedor o desarrollador del sistema, por lo tanto, este requerimiento se tiene como no cumplido con base a las siguientes observaciones:

EXPERIENCIA USUARIO			
No.	DESCRIPCIÓN - LINEAMIENTOS	OBSERVACIONES AUDITOR - OCI	EVALUACION
14	¿Existen manuales, capacitaciones o soporte técnico disponible?	No se presentaron soportes por parte del auditado y conforme a lo expuesto en la prueba de recorrido donde se indico que el sistema no poseeningun tipo de ayuda que permita dar un conocimiento de la funcionalidad u operatividad del sistema, se concluye que, no cumple y por lo tanto se tiene como no cumplida.	NO CUMPLE

Fuente: Herramienta de evaluación OCI

Resultado – Experiencia Usuario



Fuente: Herramienta de evaluación OCI

Debilidad No. 25

No se evidencia que el sistema de información SICOF cuente con ayudas documentales que permitan procesos de formación para mitigar riesgos de errores operativos y un uso apropiado del sistema, esto afecta la eficiencia y eficacia en el cumplimiento de los objetivos institucionales y puede comprometer la integridad de la información registrada en el sistema.

La ausencia de una política institucional que establezca lineamientos claros en cuanto a que es necesario que cada sistema de información que posee la Entidad cuente con una base de conocimiento en su uso, manejo, y administración que permitan a los usuarios una continua y repetitiva formación o sensibilización cuando se requiera 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 la implementación de la política de gobierno digital de acuerdo con el decreto 767 de 2022 sobre el uso y apropiación de las TICs.

Estos aspectos fueron comunicados al auditado el martes 21 de octubre de 2025 a las 16:35 a.m., donde se indica que "cuenta con cinco días (5) hábiles contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones; es decir, la respuesta con sus respectivas aclaraciones por parte de la auditada se recibe hasta el martes 28 de octubre de 2025 a las 5:00 pm".

Mediante correo electrónico del martes 28 de octubre de 2025 enviado a las 16:32 p.m. por parte del Coordinador del Proceso de Gestión Administrativa, emite respuesta al cuarto grupo de debilidades remitidas por la Oficina de Control Interno mediante correo electrónico del 21 de octubre del 2025 a las 16:35 pm, de la siguiente manera:

> *Dr. Maria Constanza Barco, Buena Tarde:*
> *Con relación a los hallazgos (debilidades) presentados en el documento titulado "Comunicación de Debilidades - Auditoría al Proceso de Gestión Administrativa", la dependencia de Gestión Administrativa y Documental se permite aclarar que, durante la prueba de recorrido realizada el 2 de octubre de 2025 —la cual se fundamentó en la matriz "Sistemas de Información Gestión Administrativa Ajustado", entregada a su oficina el 20 de agosto—, el equipo auditor no solicitó evidencias adicionales relacionadas con el sistema de información SICOF a los funcionarios que atendieron la auditoría en sitio. Asimismo, no se realizó el cargue de documento alguno, lo cual contradice lo indicado en la página 5 del documento:*
>
> *"Teniendo en cuenta lo anteriormente indicado, el equipo auditor procede a realizar la entrevista en la prueba de recorrido, donde toma nota de las respuestas suministradas y solicita al auditado que se carguen los soportes correspondientes para su posterior evaluación en cumplimiento de cada uno de los requerimientos.*

El auditado, mediante correo electrónico de fecha lunes 6 de octubre, confirma el cargue de la información soporte de la prueba de recorrido en el SharePoint dispuesto por la Oficina de Control Interno."

Además, los correos recibidos durante el mes de agosto no fueron debidamente socializados por el coordinador saliente de la dependencia de Gestión Administrativa y Documental, lo que hizo improbable brindar alcance a los requerimientos citados, toda vez que, para el mes de octubre, se desconocía dicho requerimiento.

Con base en los hechos expuestos, la dependencia de Gestión Administrativa y Documental queda atenta a que la OCI indique, por este medio, las evidencias que considere necesarias para cumplir con los objetivos de la auditoría, así como el medio y el canal para realizar la entrega.

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa la respuesta dada por el proceso de Gestión administrativa y considera que los argumentos expuestos en su comunicación no desvirtúan las causas que sustentan las debilidades comunicadas, en virtud de que lo expuesto no está acorde al proceso y las actividades que la Oficina de Control Interno ha realizado durante el ejercicio de auditoría, esto teniendo en cuenta la trazabilidad de la gestión realizada en la evaluación de la línea de auditoría sobre las Tecnologías de la información y la Telecomunicaciones expuestas a continuación:

Fecha	Asunto	Comunicación o Acción	Respuesta
08/08/2025	**Solicitud Información Auditoria Proceso Gestión Administrativa 2025**	Correo electrónico donde se solicita al proceso de Gestión administrativa se envié la relación de los sistemas de información que son utilizados en el proceso	Mediante correo electrónico del 20 de agosto se brinda respuesta por parte de Andrea Andrade Jaimes donde remite la matriz de la información de los sistemas de información
24/09/2025	**Citación a prueba de recorrido Sistemas de Información – Proceso Gestión Administrativa**	Correo electrónico donde se indica al líder del proceso que se va a realizar una prueba de recorrido el jueves 02 de octubre y se solicita: *De manera atenta, solicitamos su apoyo para disponer de los recursos profesionales y técnicos de su área que cuenten con el conocimiento en los siguientes temas:* *Uso, manejo y administración del sistema de información **SICOF**, en el marco de las funciones asignadas al proceso de Gestión Administrativa.*	No Aplica
02/10/2025	**Prueba de Recorrido - OCI – Proceso de Gestión Administrativa**	Se realiza la prueba de recorrido con los funcionarios del proceso de Gestión Administrativa: Juan Sebastián Montoya y Nataly Torres López.	En la prueba de recorrido se realiza la entrevista respectiva en donde se formula una serie de preguntas asociadas a requerimientos técnicos

			del sistema, se adquiere el compromiso de enviar los soportes de las respuestas a cada uno de los temas evaluados.
02/10/2025	**Envió Papel de Trabajo prueba de recorrido SICOF**	Por parte de la Oficina de Control Interno se envía el papel de trabajo con el cual se contestó en la prueba de recorrido sobre la evaluación del sistema denominado SICOF y se solicita el cargue de las evidencias de cada una de las respuestas en un repositorio de SharePoint dispuesto por la OCI	Mediante correo electrónico del 06 de octubre por parte del proceso de Gestión Administrativa se confirma el cargue de las evidencias.

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

5.8 ANALISI DE GESTION FINANCIERA PROCESO DE GESTION ADMINISTRATIVA

EJECUCIÓN POR DEPENDENCIA 31 DE DICIEMBRE 2024						
DEPENDENCIA	VALOR RP	VALOR PAGADO	VALOR PAGADO - VALOR RP	RESERVA INDUCIDA	RESERVA PRESUPUESTAL	CUENTA POR PAGAR
Grupo de Gestión Administrativa	55,826,767,293	45,725,462,623	10,101,304,670	9,104,506,835	500,546,696	496,251,139
% PARTICIPACIÓN		81.906%	18.094%	90.132%	9.868%	996,797,835

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL 2024 GRUPO GESTION ADMINISTRATIVA UARIV

El Proceso de Gestión Administrativa de la Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas presento para el año 2024 y de acuerdo con la información aportada por el equipo auditado una asignación presupuestal de ejecución por INVERSION por valor de $ 55.826.767.293 de los cuales a diciembre 31 de 2024 cancelo la suma de 45.725.462.623 (81.906%) de los cuales en Registro presupuestal no hizo uso por $ 10.101.304.670 (18.094%), recursos que obligo para el año 2025 por medio de Reserva Inducida por valor de $ 9.104.506.835 (90.132%) y una Reserva Presupuestal por valor de $ 500.546.696 (9.868%).

Los Recursos asignados presupuestalmente para ser ejecutados durante los meses de enero a diciembre de 2024 fueron controlados por la Secretaria General y gestionados bajo la Coordinación del Grupo de Gestión Administrativa para el cubrimiento económico de las obligaciones contractuales de Bienes y Servicios en el desarrollo de las actividades de funcionamiento para el cumplimiento del objeto social por medio de la misionalidad de la Unidad para las Victimas entre otros los siguientes los que se detallan con la información aportada por el proceso auditado:

EJECUCIÓN GESTION ADMINISTRATIVA Y DOCUMENTAL POR CONCEPTO ENEO 1 A 31 DE DICIEMBRE 2024								
CONCEPTO	VALOR INICIAL	VALOR ACTUAL	RESERVA INDUCIDA	RESERVA PRESUPUESTAL	CUENTA POR PAGAR	VALOR PAGADO 2024	% PAGOS 2024	% (RI+RP+CP)
ARRIENDOS	6,375,616,511.00	6,385,615,031.00	884,809,908.57	1,137,281.00	5,924,907.00	5,493,742,934.43	86.03%	13.97%
AJUSTE - ARRIENDOS	11,428,877,290.00	10,383,378,197.00	149,025,457.00			10,234,352,740.00	98.56%	1.44%
ASEO Y CAFETERIA	3,443,004,345.26	3,368,503,064.22	109,204,247.99	169,584,332.99	100,650,146.21	2,777,568,586.26	82.46%	11.26%
APERTURA CAJA MENOR	15,000,000.00	23,500,000.00	0.00	0.00	0.00	23,500,000.00	100.00%	0.00%
COMBUSTIBLE	10,000,000.00	15,000,000.00	1,527,397.45	1,508,759.00	0.00	11,963,843.55	79.76%	20.24%
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS - PROFESIONALES	2,282,387,428.00	1,975,403,919.00	742,656.00	28,680,480.00	10,152,864.00	1,935,827,919.00	98.00%	2.00%
CONVENIO - LA PREVISORA	840,555,819.00	840,555,819.00	840,555,819.00	0.00	0.00	0.00	0.00%	100.00%
CORRESPONDENCIA	16,043,461,208.00	16,043,461,208.00	4,914,501,710.00	0.00	0.00	11,128,959,498.00	69.37%	30.63%
MANTENIMIENTO	242,495,503.46	242,495,503.46	9,197,689.01	165,796,399.32	57,459,834.00	10,041,581.13	4.14%	95.86%
REEMBOLSOS CAJA MENOR	119,275,371.23	119,275,371.23	0.00	0.00	0.00	119,275,371.23	100.00%	0.00%
SERVICIOS PROTECCION - SEGURIDAD	664,732,445.00	521,794,173.00	0.00	0.00	0.00	521,794,173.00	100.00%	0.00%
SERVICIOS FINANCIEROS Y SERVICIOS CONEXOS - SEGUROS	959,536,114.00	948,956,122.00	0.00	0.00	0.00	948,956,122.00	100.00%	0.00%
SERVICIOS PÚBLICOS	3,137,188,176.73	3,123,858,815.55	0.00	0.00	0.00	3,123,858,815.55	100.00%	0.00%
SUMINISTROS IMPRESOS	120,000,000.00	74,283,824.00	74,042,024.00	0.00	0.00	241,800.00	0.33%	99.67%
TRANSPORTE DE PASAJEROS - TERRITORIALES	4,807,219,411.86	4,807,219,403.97	897,129,344.76	21,172,607.73	0.00	3,888,917,451.48	80.90%	19.10%
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS - VIGILANCIA	6,878,508,575.57	6,953,466,841.43	1,223,770,581.10	62,801,478.60	322,063,387.90	5,344,831,393.83	76.87%	23.13%
TOTALES	**57,367,858,199.11**	**55,826,767,292.86**	**9,104,506,834.88**	**450,681,338.64**	**496,251,139.11**	**45,563,832,229.46**	**81.616%**	**18.005%**
% PARTICIPACIÓN		**97.314%**	**16.308%**	**0.807%**	**0.889%**	**81.616%**	**100%**	**100%**

INFORMACION TOTALIZADA POR CONCEPTO A CARGO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA AÑO 2024

Con la información anterior evidenciamos como se cumplió con el pago oportuno de las obligaciones a cargo de la Unidad para las Víctimas durante el periodo de enero a diciembre del año 2024 por valor de $ 45,563,832,229.46 (81.616%) con un saldo de estas mismas obligaciones por valor recocido de $ 496,251,139.11 (0.889%), una reserva Presupuestal por ejecutar en el 2025 por valor de $ 450,681,338.64 con una reserva Inducida por $ 9,104,506,834.88 (16.308%).

En la siguiente información aportada por grupo de Gestión Administrativa se detalla cada uno de los contratos de arriendo para el funcionamiento de atención al público de la Unidad para las Víctimas en cada una de Territoriales y la Sede Nacional junto con las bodegas de archivo.

INSTALACIONES Y OFICINAS EN ARRIENDO ENERO A DICIEMBRE DE 2024 UARIV TERRITORIALES Y SEDE NACIONAL							
ITEM	CONTRATO No.	NIVEL TERRITORIAL	SEDE	PROPIETARIO O APODERADO	Valor 2024	Ejecución 2024	% EJECUCIÓN
1	1777-2023	DIRECCIÓN TERRITORIAL CESAR Y GUAJIRA	Riohacha	DAYANA MARTINEZ DÍAZ	132,000,000.00	132,000,000.00	0.79%
2	1911-2023	DIRECCIÓN TERRITORIAL META Y LLANOS ORIENTALES	Villavicencio	PRIETO PRIETO EDNA ROCIO	109,844,928.00	114,214,248.00	0.68%
3	1912-2023	DIRECCIÓN TERRITORIAL MAGDALENA	Santa Marta	PROKSOL S.A.S	165,519,684.00	172,102,668.00	1.03%
4	1913-2023	DIRECCIÓN TERRITORIAL CHOCÓ	Quibdo	MARTINEZ ANDRADE ANA LUISA	158,602,548.00	164,910,444.00	0.98%
5	1914-2023	DIRECCIÓN TERRITORIAL PUTUMAYO	Mocoa	ALEXANDER BARRETO CARDOZO	94,873,512.00	98,646,792.00	0.59%
6	1916-2023	DIRECCIÓN TERRITORIAL META Y LLANOS ORIENTALES	San Jose del Guaviare	SANCHEZ CAGUA DILSA NOALBI	52,786,764.00	54,886,188.00	0.33%
7	1917-2023	DIRECCIÓN TERRITORIAL URABÁ- DÁRIEN	Apartadó	MULTIMOTOS BIKE S.A.S.	123,552,984.00	128,466,876.00	0.77%
8	1918-2023	DIRECCIÓN TERRITORIAL NORTE DE SANTANDER Y ARAUCA	Arauca	MANOSALVA DE VILLAMIZAR ELSY FIDELIA (Bladimir)	74,186,808.00	77,137,344.00	0.46%
9	1919-2023	DIRECCIÓN TERRITORIAL CAQUETA Y HUILA	Florencia	SUAREZ SANCHEZ ALEXANDER	104,721,900.00	108,886,860.00	0.65%
10	1920-2023	DIRECCIÓN TERRITORIAL CENTRAL	Ibague	RUIZ HERNANDEZ LUIS ENRIQUE	54,213,444.00	56,369,592.00	0.34%
11	1921-2023	DIRECCIÓN TERRITORIAL ATLANTICO	Barranquilla	RENJIFO SAAVEDRA ELIZABETH	165,519,744.00	172,102,740.00	1.03%
12	1925-2023	DIRECCIÓN TERRITORIAL META Y LLANOS ORIENTALES	Puerto Carreño	BELTRAN REY SHAMELTH	48,662,784.00	50,598,180.00	0.30%
13	1927-2023	DIRECCIÓN TERRITORIAL NORTE DE SANTANDER Y ARAUCA	Cúcuta	CIO PROYECTOS E INVERSIONES S.A.S.	107,588,976.00	111,867,960.00	0.67%
14	1929-2023	DIRECCIÓN TERRITORIAL CENTRAL	Bogotá D.T. central	INMOBILIARIA ROBERTO ESCALLON E.	147,688,800.00	150,747,216.00	0.90%
15	1930-2023	DIRECCIÓN TERRITORIAL VALLE	Cali	GRUPO SIANCA S.A.S	142,643,832.00	148,317,012.00	0.88%
16	1931-2023	DIRECCIÓN TERRITORIAL BÓLIVAR Y SAN ANDRÉS	Cartagena	SARTRE SAS	195,701,232.00	203,484,588.00	1.21%
17	1932-2023	DIRECCIÓN TERRITORIAL SANTANDER	Bucaramanga	INMOBILIARIA ESTEBAN RIOS S.A.S.	157,902,240.00	164,182,272.00	0.98%
18	1933-2023	DIRECCIÓN TERRITORIAL CESAR Y GUAJIRA	Valledupar	FUNDACION CARBOANDES	105,057,960.00	109,236,288.00	0.65%
19	1934-2023	DIRECCIÓN TERRITORIAL CAUCA	Popayán	PROYECTOS Y CONSTRUCCIONES DE OCCIDENTE S.A.	214,874,748.00	223,420,668.00	1.33%
20	1935-2023	DIRECCIÓN TERRITORIAL META Y LLANOS ORIENTALES	Yopal	LUCIA MARIÑO BARRERA	75,672,000.00	78,681,600.00	0.47%
21	1936-2023	DIRECCIÓN TERRITORIAL EJE CAFETERO	Manizales	MILLAN Y ASOCIADOS PROPIEDAD RAIZ SAS	56,504,148.00	59,817,862.00	0.36%
22	1937-2023	DIRECCIÓN TERRITORIAL EJE CAFETERO	Armenia	LOPEZ DE CASTAÑO LUZ DARY	48,128,868.00	50,043,029.00	0.30%
23	1938-2023	DIRECCIÓN TERRITORIAL CENTRAL	Tunja	INMOBILIARIA MACANI S.A.S	59,420,784.00	61,784,052.00	0.37%
24	1939-2023	DIRECCIÓN TERRITORIAL META Y LLANOS ORIENTALES	Inírida	REINA MONTENEGRO YENY ZULAY	31,892,052.00	33,160,452.00	0.20%
25	1944-2023	DIRECCIÓN TERRITORIAL MAGDALENA MEDIO	Barrancabermeja	INVERSIONES E INMOBILIARIA DEL ORIENTE INVERCOL S.A.S.	149,151,732.00	155,083,740.00	0.92%
26	1945-2023	DIRECCIÓN TERRITORIAL SUCRE	Sincelejo	SOCIEDAD GANADERA AGRICOLA INDUSTRIAL Y COMERCIAL DE COLOMBIA LIMITADA SOGAINCOL LTDA	151,344,000.00	157,363,200.00	0.94%
27	1946-2023	DIRECCIÓN TERRITORIAL META Y LLANOS ORIENTALES	Mitú	TORRES PORES MONICA ALEJANDRA	64,200,120.00	66,753,468.00	0.40%
28	1947-2023	DIRECCIÓN TERRITORIAL ANTIOQUIA	Medellín	COMUNICACIONES REDES Y SISTEMAS SAS	379,976,568.00	395,088,864.00	2.36%
29	1948-2023	DIRECCIÓN TERRITORIAL NARIÑO	Pasto	LUNA MEZA S.A.S.		134,578,299.00	0.80%
30	1951-2023	DIRECCIÓN TERRITORIAL EJE CAFETERO	Pereira	CONSTRUTEC S.A.S	102,396,408.00	106,628,896.00	1%
31	1952-2023	DIRECCIÓN TERRITORIAL CAQUETA Y HUILA	Neiva	PERDOMO PINZON RICARDO	117,560,568.00	122,236,140.00	0.73%
32	1958-2023	SEDE NACIONAL	Bogotá D.T. Central	FAMOC DEPANEL S.A.S.		11,901,404,587.00	70.98%
						1,001,918,492.00	5.98%
SUMAS TOTALES						**16,766,120,617.00**	**100%**

INFORMACION DETALLADA ARRIENDO UARIV EN TERRITORIO Y BOGOTA 2024.

El más alto presupuesto de recursos asignados para este rubro corresponde a la Sede Nacional en Bogotá D.C., por valor de $ 12.903.323.079 (76.96%) y para las Direcciones Territoriales los recursos asignados fueron de $3,862,797,538 (23.04%), en donde las instalaciones de la Sede Territorial Antioquia con $ 395,088,864 (2.36%) de los recursos asignados.

En el link *DOCUMENTOS AUDITORIA AL PROCESO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA - OneDrive* se encuentra de forma detallada de las evidencias aportadas por el equipo auditado en donde reposan los documentos de los pagos por el los Arriendos para las Direcciones Territoriales y Sede Nacional de los meses de enero, junio y diciembre de 2024 dando cumplimiento a los documentos exigidos por la UARIV para soportar el pago correspondiente.

En el link *EVIDENCIAS AUDITORIA AL PROCESO DE GESTION ADMINISTRATIVA -SERVICIOS GENERALES* - OneDrive se evidencian los documentos de ley que corresponden a los registros contables como: "*Orden de pago presupuestal de gastos*, *Obligación Presupuestal*, *Formato de Pago Servicios Públicos, Factura Proveedor*", de los meses de enero, marzo, junio, septiembre y diciembre de 2024 soportando el uso de los recursos asignados a los pagos por los servicios generales identificados en Acueducto y Alcantarillado, Energía, Teléfono fijo (conmutador), Teléfono Celular LDN 018000, Servicio de Voz, Trafico Número Corto #121 entre otros, para cada una de las Territoriales y de la Sede a nivel nacional y como titular del uso del servicio la Unidad de Atención y Reparación Integral para las Víctimas.

En el cuadro denominado *"INFORMACION TOTALIZADA POR CONCEPTO A CARGO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA AÑO 2024"* para el concepto de SERVICIOS PÚBLICOS los recursos económicos asignados y ejecutados para el periodo de enero a diciembre de 2024 para este rubro se totalizaron por valor de $ 3.123.858.815,55 los que se ejecutaron al 100%.

En el link *EVIDENCIAS AUDITORIA AL PROCESO DE GESTION ADMINISTRATIVA -SERVICIOS GENERALES* - OneDrive se evidencian los documentos de POLIZAS de CUMPLIMIENTO para garantizar el cumplimiento de la OC-123477 en respaldo de garantizar la prestación del "Servicio de Transportes por el proveedor UNION TEMPORAL ALIANZA TRANSNACIONAL Nit. 900.490.473-6 en donde los terceros encargados de prestar los servicios como socios de la UT en los siguientes porcentajes de participación Transportes Esivans Sas NIt 830.102.646-7 (25%), Buseexepres Sas en Reorganización Nit. 806.123.364-1 (25%), Servitac Sas Nit. 830.090.037-8 (25%), Inversiones Trans-Sabana Sas Nit.900.510.082-6 (25%).

Contrato de Prestación de *SERVICIOS No. 1612 por" PRESTAR LOS SERVICIOS DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA, CUSTODIA Y MONITOREO CON MEDIOS TECNOLOGICOS DE LOS BIENES MUEBLES E INMUEBLES, ASI COMO LA SEGURIDAD DE LOS FUNCIONARIOS, CONTRATISTAS Y VISITANTES EN LAS OFICINAS PRINCIPALES, DIRECCIONES TERRITORIALES, Y LOS CRAV*" donde hace presencia la Unidad de Atención y Reparación Integral para las Víctimas.

El cumplimiento de las OC-123479-123480-123482–1238483-123484–123486-123487–123488-123489- 123490 en respaldo de garantizar la prestación del "Servicio de Transportes por el proveedor TRANSPORTES CSC S.A.S- EN REORGANIZACION identificada con NIT: 900.470.772-8 para el cumplimiento del objeto es la Prestación del servicio de Transporte Terrestre Automotor Especial donde hace presencia la Unidad de Atención y Reparación Integral para las Víctimas.

El cumplimiento de las OC-123477-123478-123479-123481-123485 en respaldo de garantizar la prestación del "Servicio de Transportes por el proveedor UNION TEMPORAL ALIANZA TRANSNACIONAL identificada con NIT: 901.669.120-6 para el cumplimiento del objeto contractual es la Prestación del servicio de Transporte Terrestre Automotor Especial donde hace presencia la Unidad de Atención y Reparación Integral para las Víctimas.

En el cuadro denominado "INFORMACION TOTALIZADA POR CONCEPTO A CARGO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA AÑO 2024" para el concepto de SERVICIOS FINANCIEROS Y SERVICIOS CONEXOS - SEGUROS los recursos económicos asignados y ejecutados para el periodo de enero a diciembre de 2024 para este rubro se totalizaron por valor de $ 948,956,122.00 los que se ejecutaron al 100%.

En el link EVIDENCIAS AUDITORIA AL PROCESO DE GESTION ADMINISTRATIVA -SERVICIOS GENERALES - OneDrive se evidencian los documentos soportes de las OC-123477-123478-123479-123481-123485 donde se contrata la prestación del "Servicio de Transportes por el proveedor UNION TEMPORAL ALIANZA TRANSNACIONAL identificada con NIT: 901.669.120-6, los números de OC – 123479 – 12480 – 123482 – 123483 - 123484 – 123486 – 123487 – 123488 – 123489 - 123490 donde se contrata la prestación del "Servicio de Transportes por el proveedor TRANSPORTES CSC S.A.S- EN REORGANIZACION identificada con NIT: 900.470.772-8.

En el link EVIDENCIAS AUDITORIA AL PROCESO DE GESTION ADMINISTRATIVA -SERVICIOS GENERALES - OneDrive se evidencian los documentos soportes de las OC-123477-123478-123479-123481-123485 donde se contrata la prestación del "Servicio de Transportes por el proveedor UNION TEMPORAL ALIANZA TRANSNACIONAL identificada con NIT: 901.669.120-6, los números de OC – 123479 – 12480 – 123482 – 123483 - 123484 – 123486 – 123487 – 123488 – 123489 - 123490 donde se contrata la prestación del "Servicio de Transportes por el proveedor TRANSPORTES CSC S.A.S- EN REORGANIZACION identificada con NIT: 900.470.772-8.

En este mismo link los "Soportes de Pago" en donde podemos evidenciar por separado y a nombre de cada proveedor UNION TEMPORAL ALIANZA TRANSNACIONAL identificada con NIT: 901.669.120-6 y TRANSPORTES CSC S.A.S- EN REORGANIZACION identificada con NIT: 900.470.772-8 el "INFORME DE SUPERVISIÓN de ACTIVIDADES", el INFORME TECNICO MENSUAL DE SUPERVISIÓN, el FORMATO PARA TRAMITE DE PAGOS DE CONVENIOS Y PROVEEDORES, FACTURA ELECTRONICA DE VENTA junto con los SOPORTES de PAGO Aportes Seguridad Social y Aportes Parafiscales según Ley 789 de 2002 art.50, Planilla de "CONSOLIDACIÓN DE SERVICIOS" en cada una de las sedes donde se PRESTO el SERVICIOS DE TRANSPORTE" y los RECIBOS DE PAGO de los PEAJES de cada una de las Direcciones Territoriales y por cada uno de los meses de la prestación del servicio de enero a diciembre de 2024. El total de los "SOPORTES DE PAGO" es de treinta y nueve (39) archivos digitales.

En el cuadro denominado "INFORMACION TOTALIZADA POR CONCEPTO A CARGO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA AÑO 2024" para el concepto de TRANSPORTE DE PASAJEROS - TERRITORIALES los recursos económicos asignados y ejecutados para el periodo de enero a diciembre de 2024 para este rubro se totalizaron por valor de $ 4,807,219,403.97 los que se ejecutaron en 3,888,917,451.48 (80.90%), Reserva Inducida por valor de 897,129,344.76 y una Reserva Presupuestal por ejecutar en el 2025 por valor de $ 21,172,607.73(19.10%).

En el link EVIDENCIAS AUDITORIA AL PROCESO DE GESTION ADMINISTRATIVA -SERVICIOS GENERALES - OneDrive se evidencian los documentos soportes de CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No 1010-2023 donde se contrata la prestación del "Prestar el servicio de vigilancia,

seguridad privada, custodia y monitoreo con medios tecnológicos de los bienes muebles e inmuebles, así como la seguridad de los funcionarios, contratistas y visitantes en las Oficinas Principales, Direcciones Territoriales - Oficinas Territoriales y Centros Regionales - y/o aquellos donde haga presencia la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. por el proveedor SEGURIDAD DIGITAL LTDA identificado con NIT No 800.248.541-0 por un valor inicial de $ 4.085.087.795 y una adición presupuestal por $270.474.15.
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 1612 DE 2024 Prestar los servicios de vigilancia y seguridad privada, custodia y monitoreo con medios tecnológicos de los bienes muebles e inmuebles, así como la seguridad de los funcionarios, contratistas y visitantes en las Oficinas Principales, Direcciones Territoriales, y Centros Regionales de Atención y Reparación a Víctimas y/o aquellos donde haga presencia la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas por un valor inicial de $ 4.642.229.731 junto con las cuatro (4) adiciones contractuales a nombre del proveedor UNIÓN TEMPORAL VICTIMAS identificado con NIT No. 901.818.963-8 con asignación de recursos por valor de $ 322,851,270.14 con plazo de ejecución hasta el 31-12-2024 con un valor final de ejecución por $ 4.965.081.001,14.

Entre los dos contratos, el No. 1010-2023 con SEGURIDAD DIGITAL LTDA identificado con NIT No 800.248.541-0 y el contrato No. 1612-2024 con UNIÓN TEMPORAL VICTIMAS identificado con NIT No. 901.818.963-8 se asignaron recursos por valor de $ 6,953,466,841.4, ya que en el cuadro *"INFORMACION TOTALIZADA POR CONCEPTO A CARGO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA AÑO 2024"* se cancelaron de enero a diciembre de 2024 la suma de $ 5,344,831,393.83 (76.87%), Reserva Inducida por valor de 1,223,770,581.10 (17.60%) y una Reserva Presupuestal por ejecutar en el 2025 por valor de $ 62,801,478.60 (0.90%), Cuentas por Pagar por valor de $ 496,251,139.11 (4.63%) como obligación a favor del proveedor UNIÓN TEMPORAL VICTIMAS identificado con NIT No. 901.818.963-8 responsable de la ejecución del contrato No. 1612-2024 .

En el link 2024 CIERRES INVENTARIOS GGAD al interior de la capeta "EVIDENCIAS AUDITORIA AL PROCESO DE GESTION ADMINISTRATIVA-SERVICIOS GENERALES" evidenciamos la carpeta de CIERRES en se depositaron doce (12) archivos correspondientes a:

- Seis (6) archivos con CIERRES de los meses de junio 1 a diciembre 31 de 2024, esta información se encuentra soportada los siguientes archivos:
  - Conciliación depreciación propiedad planta y equipo Código 168504
  - Conciliación depreciación propiedad planta y equipo cuentas de orden Código 831510
  - Conciliación depreciación propiedad planta y equipo Licencias Código 197507
  - Conciliación depreciación propiedad planta y equipo Código 163504, 163707, 167080, 167090, 163710, 165504, 165520, 165522, 165526,165590, 166009, 166501-02-05, 167001-02-09, 167502.

- Movimiento Propiedad Planta y Equipo
- Entradas Enero a septiembre de 2024
- Memorando Políticas
- Reintegro Enero s septiembre de 2024
- Salidas de Enero a septiembre de 2024

- Conciliaciones Inventarios Fto GGFC (Grupo de Gestión Financiera y Contable)
  - Otras mercancías en existencias marzo a diciembre de 2024 anexando seis (6 archivo digitales) soportados con el "Reporte de Auxiliar Contable por PCI".
  - FORMATO PARA CONCILIACIÓN - PROCEDIMIENTO FINANCIERO - CONTROL INTERNO CONTABLE - PROCESO GESTIÓN FINANCIERA Y CONTABLE Cuenta Contable 16 - Propiedades, planta y equipo, Reporte de Auxiliar Contable por PCI con 16 archivos digitales de enero a diciembre de 2024.
  - Cuenta contable 1970 Licencias con 14 archivos digitales de enero a diciembre de 2024.
  - Cuentas de orden Código 831510 Conciliación depreciación propiedad planta y equipo con 10 archivos digitales de enero a diciembre de 2024
  - Conciliaciones último radicado de Otras mercancías en existencias con cinco (5) archivos digitales de marzo a diciembre de 2024.
  - Notas al cierre de PPE y DONACIONES del mes de diciembre 2024.

Esta información se remite al Grupo de Gestión Financiera para el cálculo de la Depreciación Acumulada, la anterior información para la validación y registro en operaciones contables de la Unidad para las Víctimas por quien era responsable de la Coordinación Administrativa de los meses de febrero, marzo, abril junio, julio y diciembre de 2024.

Unidad para las Víctimas	FORMATO PARA CONCILIACIÓN	Código: 163,15,15-88
		Versión: 01
	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA Y CONTABLE	Fecha: 05/09/2024
	PROCEDIMIENTO PREPARACIÓN, PRESENTACIÓN Y PUBLICACIÓN DE LOS INFORMES FINANCIEROS Y CONTABLES	Páginas: 01

FECHA ELABORACION	10-ene-25
FECHA DE CORTE	31-dic-24

CUENTA CONTABLE	8315
NOMBRE	BIENES Y DERECHOS RETIRADOS
CUENTA CONTABLE CONTRAPARTIDA (Cuando aplique)	8915
NOMBRE	DEUDORAS DE CONTROL POR CONTRA (CR)

I.D. (NIT / CC / CE)	RAZON SOCIAL	TOTAL DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	SALDO EN LIBROS DE CONTABILIDAD (SIIF NACION)	SALDO REPORTADO POR LA DEPENDENCIA	DIFERENCIAS		OBSERVACIONES
					PRESUPUESTO VS CONTABILIDAD	CONTABILIDAD VS SALDO DE LA DEPENDENCIA	
8315	**BIENES Y DERECHOS RETIRADOS**						
831510001	Propiedades, planta y equipo	N/A	$ 0,00	$ 306.654.456,21	N/A	-$ 306.654.456,21	
TOTAL BIENES Y DERECHOS RETIRADOS			$ 0,00	$ 306.654.456,21	N/A	-$ 306.654.456,21	
8915	**DEUDORAS DE CONTROL POR CONTRA (CR)**						
891506001	Bienes y derechos retirados	N/A	$ 0,00	N/A	N/A	$ 0,00	
TOTAL DEUDORAS DE CONTROL POR CONTRA (CR)			$ 0,00	N/A	N/A		
			$ 0,00				

Análisis	
	Representa el valor de los bienes retirados del servicio por destrucción o por encontrarse inservibles, así como los bienes totalmente depreciados, agotados o amortizados, los cuales han sido retirados del servicio por no encontrarse en condiciones de uso. También registra los derechos retirados por castigo que, a criterio de la entidad, requieren ser controlados. Esta conciliacion refleja los bienes que por política contable fueron retirados del serivicio por haber cumplido su vida útil y requieren ser controlados. Representa el valor de la contrapartida de las cuentas clasificadas en el Grupo 83 Deudoras de Control. Esta conciliacion refleja la contrapartida de la cuenta 8315 de los bienes que por politica contable fueron retirados del serivicio por haber cumplido su vida útil y requieren ser controlados.

PROCESO RESPONSABLE	SOPORTES DE LA CONCILIACION	ELABORACIÓN	ELABORACIÓN	APROBACIÓN	APROBACIÓN
GGFC	Auxiliar contable por PCI		Carolina Mozo	Adriana Paola Andrade Jaimes	Maribel Caballero Zea
GGAD			Contratista-GGFC	Coordinadora- GGA	Contador Publico- Profesional Especializado

INFORMACIÓN SALDO A DIC-2024 CUENTAS DE ORDEN CÓDIGO 831510

Unidad para las Víctimas	FORMATO PARA CONCILIACIÓN	Código: 163,15,15-88
		Versión: 01
	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA Y CONTABLE	Fecha: 05/09/2024
	PROCEDIMIENTO PREPARACIÓN, PRESENTACIÓN Y PUBLICACIÓN DE LOS INFORMES FINANCIEROS Y CONTABLES	Páginas: 01

FECHA ELABORACION	10-ene-25
FECHA DE CORTE	31-dic-24

CUENTA CONTABLE	1970
NOMBRE	ACTIVOS INTANGIBLES
CUENTA CONTABLE CONTRAPARTIDA (Cuando aplique)	1975
NOMBRE	AMORTIZACIÓN ACUMULADA DE ACTIVOS INTANGIBLES (CR)

I.D. (NIT / CC / CE)	RAZON SOCIAL	TOTAL DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	SALDO EN LIBROS DE CONTABILIDAD (SIIF NACION)	SALDO REPORTADO POR LA DEPENDENCIA	DIFERENCIAS		OBSERVACIONES
					PRESUPUESTO VS CONTABILIDAD	CONTABILIDAD VS SALDO DE LA DEPENDENCIA	
1970	**ACTIVOS INTANGIBLES**						
197007001	Licencias	N/A	$ 0,00	$ 6.664.145.851,06	N/A	-$ 6.664.145.851,06	
TOTAL ACTIVOS INTANGIBLES			$ 0,00	$ 6.664.145.851,06	N/A		
1975	**AMORTIZACIÓN ACUMULADA DE ACTIVOS INTANGIBLES (CR)**						
197507001	Licencias	N/A	$ 0,00	$ 6.127.922.310,42	N/A	-$ 6.127.922.310,42	
TOTAL AMORTIZACIÓN ACUMULADA DE ACTIVOS INTANGIBLES (CR)			$ 0,00	$ 6.127.922.310,42	N/A		
			$ 0,00	$ 536.223.540,64		-$ 536.223.540,64	

Análisis	
	1970 - Representa el valor de los recursos identificables, de carácter no monetario y sin apariencia física, sobre los cuales la entidad tiene el control, espera obtener beneficios económicos futuros o potencial de servicio y puede realizar mediciones fiables. Estos activos se caracterizan porque se prevé usarlos durante más de 12 meses y no se espera venderlos ni distribuirlos en forma gratuita, en el curso normal de la operación. Dentro de los valores del archivo consolidado del Grupo de Gestion Administrativa se encuentran registrados unos activos intangibles para los cuales su valor historico, es igual a su amortización y para estos se debe verificar y actualizar su vida útil de acuerdo con la politica contable existente, sin embargo, esta verificación se debe llevar a cabo con la Ofcina de Tecnologias de la información dado que existen licencias adquiridas que tienen fecha de finalizacion registrada pero siguen en servicio porque se les realizo una actualizacion, la cual a la fecha no ha sido informada. 1975 - Esta cuenta representa el valor acumulado de las amortizaciones realizadas de acuerdo con el consumo de los beneficios económicos futuros o el potencial de servicio que incorpora el activo, las cuales se estiman teniendo en cuenta el costo, el valor residual, la vida útil y el deterioro acumulado.

PROCESO RESPONSABLE	SOPORTES DE LA CONCILIACION	ELABORACIÓN	ELABORACIÓN	APROBACIÓN	APROBACIÓN
GGFC	Auxiliar contable por PCI		Carolina Mozo	Adriana Paola Andrade Jaimes	Maribel Caballero Zea
GGAD			Contratista-GGFC	Coordinadora- GGA	Contador Publico- Profesional Especializado

INFORMACIÓN SALDO A DIC-2024 LICENCIAS CÓDIGO 197007 – 1975007

Unidad para las Víctimas	FORMATO PARA CONCILIACIÓN PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO	Versión: 01
	PROCESO GESTIÓN FINANCIERA Y CONTABLE	Fecha: 05/09/2024
	PROCEDIMIENTO PREPARACIÓN, PRESENTACIÓN Y PUBLICACIÓN DE LOS INFORMES FINANCIEROS Y CONTABLES	Páginas: 01

FECHA ELABORACION	10-ene-25
FECHA DE CORTE	31-dic-24
CUENTA CONTABLE	16
NOMBRE	Propiedades, planta y equipo

CODIGO	DESCRIPCION	SALDO EN LIBROS DE CONTABILIDAD (SIIF NACION)	MOVIMIENTOS DEL MES DE LA DEPENDENCIA: SALDO INICIAL REPORTADO POR LA DEPENDENCIA	MOVIMIENTOS DEBITO DE LA DEPENDENCIA	MOVIMIENTOS CREDITO DE LA DEPENDENCIA	SALDO FINAL REPORTADO POR LA DEPENDENCIA	OBSERVACIONES
16	PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO						
1635	BIENES MUEBLES EN BODEGA						
163501012	Equipo de ayuda audiovisual	$ 0,00	$ 0,00			$ 0,00	
163503005	Otros muebles, enseres y equipo de oficina	$ 0,00	$ 0,00			$ 0,00	
163504001	Equipo de comunicación	$ 0,00	$ 0,00			$ 0,00	
163504002	Equipo de computación	$ 0,00	$ 83.191.614,19			$ 83.191.614,19	
163505002	Terrestre	$ 0,00	$ 0,00			$ 0,00	
	TOTAL BIENES MUEBLES EN BODEGA	$ 0,00	$ 83.191.614,19	$ 0,00	$ 0,00	$ 83.191.614,19	
1637	PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO NO EXPLOTADOS						
163707012	Equipo de ayuda audiovisual	$ 0,00	$ 79.583.014,71	$ 19.960.000,00	$ 9.979.999,68	$ 89.563.014,39	
163707015	Equipo de seguridad y rescate	$ 0,00	$ 64.247.230,14			$ 64.247.230,14	
163707016	Otra maquinaria y equipo	$ 0,00	$ 52.470.960,30			$ 52.470.960,30	
163708010	Otro equipo médico y científico	$ 0,00	$ 3.160.916,60			$ 3.160.916,60	
163709001	Muebles y enseres	$ 0,00	$ 49.432.389,07	$ 8.374.368,00		$ 57.806.758,13	
163709005	Otros muebles, enseres y equipo de oficina	$ 0,00	$ 29.195.129,67	$ 2.680.000,00		$ 31.875.129,67	
163710001	Equipo de comunicación	$ 0,00	$ 116.753.223,67	$ 13.362.216,00		$ 130.115.439,73	
163710002	Equipo de computación	$ 0,00	$ 176.817.320,22	$ 36.354.465,00	$ 25.762.650,00	$ 187.409.134,74	
163710006	Equipos de comunicación y computación de propiedad de terceros	$ 0,00	$ 0,00			$ 0,00	
163711002	Terrestre	$ 0,00	$ 0,00			$ 0,00	
	TOTAL PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO NO EXPLOTADOS	$ 0,00	$ 571.660.184,58	$ 80.731.049,00	$ 35.742.649,68	$ 617.648.583,90	
1655	MAQUINARIA Y EQUIPO						
165504001	Maquinaria industrial	$ 0,00	$ 358.731.682,95			$ 358.731.682,95	
165520001	Equipo de centros de control	$ 0,00	$ 38.220.625,18			$ 38.220.625,18	
165522001	Equipo de ayuda audiovisual	$ 0,00	$ 778.164.316,72	$ 9.979.999,68	$ 19.960.000,00	$ 768.184.317,04	
165526001	Equipo de seguridad y rescate	$ 0,00	$ 3.136.865,10			$ 3.136.865,10	
165590001	Otra maquinaria y equipo	$ 0,00	$ 4.777.893,64			$ 4.777.893,64	
	TOTAL MAQUINARIA Y EQUIPO	$ 0,00	$ 1.183.031.303,59	$ 9.979.999,68	$ 19.960.000,00	$ 1.173.051.283,91	
1660	EQUIPO MÉDICO Y CIENTÍFICO						
166009001	Equipo de servicio ambulatorio	$ 0,00	$ 13.173.000,00			$ 13.173.000,00	
	TOTAL EQUIPO MÉDICO Y CIENTÍFICO	$ 0,00	$ 13.173.000,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 13.173.000,00	
1665	MUEBLES, ENSERES Y EQUIPO DE OFICINA						
166501001	Muebles y enseres	$ 0,00	$ 1.439.610.672,60		$ 8.374.368,00	$ 1.431.236.303,54	
166502001	Equipo y máquina de oficina	$ 0,00	$ 185.689.919,31		$ 2.680.000,00	$ 183.009.919,31	
166505001	Muebles, enseres y equipo de oficina de propiedad de terceros	$ 0,00	$ 581.030.378,75			$ 581.030.378,75	
166590001	Otros muebles, enseres y equipo de oficina	$ 0,00	$ 0,00			$ 0,00	
	TOTAL MUEBLES, ENSERES Y EQUIPO DE OFICINA	$ 0,00	$ 2.206.330.970,66	$ 0,00	$ 11.054.368,00	$ 2.195.276.601,60	
1670	EQUIPOS DE COMUNICACIÓN Y COMPUTACIÓN						
167001001	Equipo de comunicación	$ 0,00	$ 980.031.833,59		$ 13.362.216,00	$ 966.669.617,53	
167002001	Equipo de computación	$ 0,00	$ 1.248.722.335,28	$ 25.762.650,00	$ 36.354.465,00	$ 1.238.130.520,76	
167090001	Otros equipos de comunicación y computación	$ 0,00	$ 26.827.320,00			$ 26.827.320,00	
	TOTAL EQUIPOS DE COMUNICACIÓN Y COMPUTACIÓN	$ 0,00	$ 2.255.581.488,87	$ 25.762.650,00	$ 49.716.681,00	$ 2.231.627.458,29	
1675	EQUIPOS DE TRANSPORTE, TRACCIÓN Y ELEVACIÓN						
167502001	Terrestre	$ 0,00	$ 120.767.300,00			$ 120.767.300,00	
	TOTAL EQUIPOS DE TRANSPORTE, TRACCIÓN Y ELEVACIÓN	$ 0,00	$ 120.767.300,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 120.767.300,00	
		$ 0,00	$ 6.433.735.941,69	$ 116.473.698,68	$ 116.473.698,68	$ 6.433.735.941,69	

168504	MAQUINARIA Y EQUIPO					
168504004	Maquinaria industrial	$ 0,00	$ 134.279.951,35			$ 137.259.911,72
168504009	Herramientas y accesorios	$ 0,00	$ 0,00			$ 0,00
168504011	Equipo de centros de control	$ 0,00	$ 55.352.417,15			$ 56.001.274,93
168504012	Equipo de ayuda audiovisual	$ 0,00	$ 673.502.273,75			$ 681.908.250,61
168504015	Equipo de seguridad y rescate	$ 0,00	$ 33.135.128,02			$ 33.696.623,63
168504016	Otra maquinaria y equipo	$ 0,00	$ 3.575.367,65			$ 3.633.884,30
TOTAL MAQUINARIA Y EQUIPO		$ 0,00	$ 899.845.137,92	N/A	N/A	$ 912.499.945,18
168505	EQUIPO MÉDICO Y CIENTÍFICO					
168505008	Equipo de servicio ambulatorio	$ 0,00	$ 13.038.842,10			$ 13.130.321,40
168505010	Otro equipo médico y científico	$ 0,00	$ 2.186.301,34			$ 2.212.642,32
TOTAL EQUIPO MÉDICO Y CIENTÍFICO		$ 0,00	$ 15.225.143,44	N/A	N/A	$ 15.342.963,72
168506	MUEBLES, ENSERES Y EQUIPO DE OFICINA					
168506001	Muebles y enseres	$ 0,00	$ 1.462.793.047,28			$ 1.471.992.156,71
168506002	Equipo y máquina de oficina	$ 0,00	$ 155.886.570,57			$ 156.984.356,28
168506004	Muebles, enseres y equipo de oficina de propiedad de terceros	$ 0,00	$ 531.243.787,89			$ 535.277.679,30
168506005	Otros muebles, enseres y equipo de oficina	$ 0,00	$ 26.538.919,15			$ 26.868.365,50
TOTAL MUEBLES, ENSERES Y EQUIPO DE OFICINA		$ 0,00	$ 2.176.462.324,89	N/A	N/A	$ 2.191.122.557,79
168507	EQUIPOS DE COMUNICACIÓN Y COMPUTACIÓN					
168507001	Equipo de comunicación	$ 0,00	$ 984.675.196,78			$ 989.043.331,13
168507002	Equipo de computación	$ 0,00	$ 880.377.112,90			$ 897.393.183,30
168507007	Otros equipos de comunicación y computación	$ 0,00	$ 26.827.320,00			$ 26.827.320,00
TOTAL EQUIPOS DE COMUNICACIÓN Y COMPUTACIÓN		$ 0,00	$ 1.891.879.629,68	N/A	N/A	$ 1.913.263.834,43
168508	EQUIPOS DE TRANSPORTE, TRACCIÓN Y ELEVACIÓN					
168508002	Terrestre	$ 0,00	$ 120.767.300,00			$ 120.767.300,00
TOTAL EQUIPOS DE TRANSPORTE, TRACCIÓN Y ELEVACIÓN		$ 0,00	$ 120.767.300,00	N/A	N/A	$ 120.767.300,00
168513	BIENES MUEBLES EN BODEGA					
168513034	Equipos de comunicación y computación - equipo de computación	$ 0,00	$ 0,00			$ 0,00
168513038	Equipos de comunicación y computación - equipos de comunicaci	$ 0,00	$ 2.685.034,80			$ 2.739.534,81
TOTAL BIENES MUEBLES EN BODEGA		$ 0,00	$ 2.685.034,80	$ 0,00	$ 0,00	$ 2.739.534,81
168515	PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO NO EXPLOTADOS					
168515075	Maquinaria y equipo - equipo de ayuda audiovisual	$ 0,00	$ 0,00			$ 0,00
168515078	Maquinaria y equipo - equipo de seguridad y rescate	$ 0,00	$ 0,00			$ 0,00
168515079	Maquinaria y equipo - otra maquinaria y equipo	$ 0,00	$ 0,00			$ 0,00
168515089	Equipo médico y científico - otro equipo médico y científico	$ 0,00	$ 0,00			$ 0,00
168515090	Muebles, enseres y equipo de oficina - muebles y enseres	$ 0,00	$ 0,00			$ 0,00
168515094	Muebles, enseres y equipo de oficina - otros muebles, enseres y e	$ 0,00	$ 0,00			$ 0,00
168515096	Equipos de comunicación y computación - equipo de comunicació	$ 0,00	$ 0,00			$ 0,00
168515097	Equipos de comunicación y computación - equipo de computación	$ 0,00	$ 0,00			$ 0,00
TOTAL PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO NO EXPLOTADOS		$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00
TOTAL PROPIEDADES, PLANTA Y EQUIPO (PP)		$ 0,00	$ 5.106.864.570,73	N/A	N/A	$ 5.155.736.135,14
		0,00				0,00

Análisis	16 - Esta cuenta abarca todas las propiedades, planta y equipo que representan bienes tangibles que son empleados por la UARIV en el desarrollo de su actividad y propósitos administrativos, los cuales no están disponibles para ser vendidos y se tiene la intención de utilizarlos por más de un periodo contable. 1685 - Representa el valor acumulado de la pérdida sistemática de la capacidad operativa de la propiedad, planta y equipo, originada por el consumo del potencial de servicio o de los beneficios económicos futuros que incorpora el activo, la cual se estima teniendo en cuenta el costo, el valor residual, la vida útil y el deterioro acumulado. En esta subcuenta de la cuenta depreciación acumulada de propiedades, planta y equipo se encuentra registrada la depreciacion de aquellos activos que son necesarios para desarrollar la gestion por parte de la unidad y el fondo de reparacion a las victimas.

PROCESO RESPONSABLE	SOPORTES DE LA CONCILIACION	ELABORACIÓN	ELABORACIÓN	APROBACIÓN	APROBACIÓN
GGFC	Auxiliar contable por PCI		Carolina Mozo	Adriana Paola Andrade Jaimes	Maribel Caballero Zea
GGAD			Contratista-GGFC	Coordinadora- GGA	Contador Publico- Profesional Especializado

INFORMACIÓN A DIC-2024 PROPIEDAD PLANTA Y EQUIPO CÓDIGOS 1635-1637-1655-1670-1675-168504-15

En el informe de Notas al cierre de PPE y DONACIONES del mes de diciembre 2024.

DONACIONES

Desde la vigencia 2020 y a la fecha, la Unidad de Integración y Reparación Integral para las Víctimas ha recibido donaciones por un valor total de $52.739.904.498,27, la cuales se soportan así:

De acuerdo con los registros y resoluciones expedidas por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales y otras organizaciones industriales, comerciales y de servicios del sector privado, se reporta entrega de DONACIONES en especies a la Unidad de Integración y Reparación Integral para las Víctimas de los cuales se hace necesario más aportes en evidencias que den la certeza de los bienes obsequiados y la asignación económica unitaria, para la determinación y cálculo de los valores económicos registrados en Administración y Gestión Financiera entregados por los donantes que realizaron la entrega para cada una de las vigencias relacionadas a diciembre 31 de

2024 por un total de DONACIONES DIAN de $ 39.183.759.486, OTROS DOCUMENTOS $ 13.556.145.012 desagregadas así:

VIGENCIA	DONACIONES DIAN	OTROS DOCUMENTOS	TOTALES
2020	3.727.920.857,oo	5.048.295.322,oo	8.776.216.179,oo
2021	5.928.100.125.oo	6.369.319.024,oo	12.297.419.149,oo
2022	4.636.236.659,oo	1.548.286.023,oo	6.184.522.681,oo
2023	24.891.501.846,oo	67.368.899,oo	24.958.870.745,oo
2024	0,oo	522.875.744,oo	522.875.744,oo
TOTALES	**39.183.759.486,OO**	**13.556.145.012,OO**	**52.739.904.498,OO**

VIGENCIAS DONACIONES DIAN Y OTROS DOCUMENTOS TOTALES

- Nota: La Resolución No. 9143 del 31 de octubre de 2023 presenta una diferencia en los valores económicos asignados a este rubro por valor de $ 3.430.824,90, toda vez que se indica como valor entregado en donaciones el de $ 210.827.363,50 siendo realmente el valor de $ 207.396.538,60, como resultado de la sumatoria de los valores de la mercancía registrados.

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

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

Debilidad No. 1 – Infraestructura y organización del almacén

El Equipo Auditor evidenció que el espacio físico destinado al almacén no cumple con criterios de seguridad, señalización y organización. No existe separación física ni documental de bienes nuevos, en uso y dados de baja; además, no se encontraron condiciones de ventilación y señalización adecuadas en las instalaciones. Esta situación no está conforme con lo establecido en la Ley 87 de 1993 *art. 2 lit. b, d* y *MIPG art. 2.2.22.3.4* sobre el control interno, el Decreto 1072 de 2015 en materia de SG-SST y la Resolución 0312 de 2019 sobre condiciones de seguridad laboral. Como causa potencial, se identifica la ausencia de una planeación en infraestructura y de procesos formales de gestión de espacios, lo que incrementa el riesgo de pérdidas, deterioro de bienes y afectación a la seguridad de los funcionarios.

Debilidad No. 2 – Responsables y talento humano

Se evidenció que el responsable del almacén no está formalmente designado mediante acto administrativo y que las funciones del cargo no están definidas con claridad en los manuales de funciones. Esta situación incumple lo dispuesto en la *Ley 87 de 1993 art. 2 lit. d; Decreto 1082 de 2015 Artículo 2.2.1.2.4.1. Inventarios. "Las entidades estatales deberán llevar inventarios permanentes de sus bienes, y designar a los servidores responsables de su custodia y administración"; MIPG art. 2.2.22.3.3, numeral 2: "Fortalecer el liderazgo y el talento humano bajo los principios de integridad y legalidad (...)"* y Artículo 2.2.22.3.6. Comités Sectoriales de Gestión y Desempeño Numeral 5: *"Coordinar la operación de las políticas de gestión y desempeño, incluyendo (...) la administración de recursos físicos y tecnológicos"; la* Ley 1952 de 2019 (Código Disciplinario) *art. 34* y la Ley 734 de 2002, Numeral 4: "*Custodiar y cuidar la documentación e información que por razón de su empleo, cargo o función conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, e impedir o evitar su sustracción, destrucción, ocultamiento o utilización indebidos" y el Numeral 22: "Ejercer con responsabilidad la guarda y administración de los bienes y fondos públicos que le sean confiados*" al no existir responsabilidad formal ni trazabilidad en la administración de bienes. La causa radica en la ausencia de delegación formal y actualización de manuales de funciones, lo cual aumenta el riesgo de negligencia, duplicidad de funciones y falta de control sobre el patrimonio de la Entidad.

Debilidad No. 3 – Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)

El área de almacenamiento no cuenta con condiciones adecuadas de seguridad laboral, como ventilación, iluminación y señalización suficiente. Asimismo, no existen evidencias de inspecciones periódicas de riesgos laborales. Lo anterior, no cumple con lo señalado en la *Ley 87 de 1993 art. 2 lit. c; art. 4 lit. e;* Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 0312 de 2019; MIPG *Política de Bienestar y SST* que establecen estándares mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. Como causa se identifica la falta de seguimiento a los programas de seguridad laboral y de inversión en adecuación física. Esto incrementa el riesgo de accidentes de trabajo y sanciones administrativas.

Debilidad No. 4 – Registro e inventarios

Se observó que los registros de entrada, salida y bajas de bienes presentan inconsistencias y no se encuentran actualizados en tiempo real. Asimismo, no se lleva un control uniforme con códigos o placas para todos los bienes. Esta situación incumple la *Ley 87 de 1993 art. 2 lit. d; art. 4 lit. j; MIPG numeral 4.1;* el Marco Normativo de Contabilidad Pública de la CGN y la Resolución 533 de 2015, que exigen control, registro y trazabilidad de bienes. La ausencia de un sistema

robusto y automatizado de inventarios constituye la causa principal, lo cual genera riesgo de pérdidas, errores contables y falta de confiabilidad de la información financiera.

Debilidad No. 5 – Inventarios físicos y conciliaciones

El Equipo Auditor evidenció que no se realizan conciliaciones periódicas entre inventarios físicos y registros contables, ni existen reportes actualizados que permitan garantizar la correspondencia de saldos. Esta situación incumple lo dispuesto en la Ley 87 de 1993 *art. 2 lit. d; art. 4 lit. g; Ley 489/1998 arts. 54 y 55; MIPG gestión de riesgos* y el Manual de Procedimientos de Almacén UARIV. La causa está relacionada con la ausencia de cronogramas de conciliación y la falta de interoperabilidad entre sistemas de información. Esto expone a la Entidad a riesgos de fraude, extravío y deterioro de bienes sin control oportuno.

Debilidad No. 6 – Procedimientos escritos y normatividad interna

Se evidenció la inexistencia de procedimientos formalmente documentados y aprobados para la gestión de bienes en el almacén, lo que genera discrecionalidad en la ejecución de actividades. Lo anterior contraviene el Manual de Almacén UARIV, la Ley 87 de 1993 *art. 2 lit. a; art. 4 lit. b; Decreto 1499/2017 numeral 4.2; Ley 489/1998 art. 209 CP* y las disposiciones de la Contaduría General de la Nación en materia de control. La causa corresponde a la falta de actualización normativa interna, lo que impide la estandarización de procesos y aumenta el riesgo de errores administrativos y falta de transparencia.

Debilidad No. 7 – Archivo documental y gestión de soportes

Se evidenció la carencia de un archivo documental organizado y completo que soporte la trazabilidad de los bienes almacenados, así como ausencia de evidencias de bajas y movimientos anteriores. Esta situación incumple lo establecido en la Ley 594 de 2000 *arts. 21 y 22* (Ley General de Archivos) y en la Ley 87 de 1993 *art. 2 lit. e; art. 4 lit. j*, al no garantizar la custodia de la información Y *MIPG política de gestión documental*. La causa se relaciona con la falta de implementación de un sistema de gestión documental. Esto incrementa el riesgo de pérdida de información, inconsistencias y falta de defensa institucional en caso de auditorías externas.

Debilidad No. 8 – Control interno, reportes y conciliaciones

El Equipo Auditor evidenció deficiencias en la implementación de controles internos en la gestión de almacén, especialmente en la consolidación de reportes y conciliaciones periódicas con otras dependencias. Esto no está conforme con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993 *art. 2 lit. b, d, f; art. 4 lit. g* y el Decreto 1537 de 2001 sobre el fortalecimiento del control interno Y *MIPG –*

componente de evaluación y control. La falta de articulación entre las áreas responsables y de tableros de control actualizados constituye la causa raíz, lo cual incrementa el riesgo de incumplimiento de objetivos institucionales y debilita la transparencia.

Debilidad No. 9 – Seguros y protección de bienes

Se evidenció que la Entidad no cuenta con pólizas de seguro actualizadas para la protección de bienes en custodia del almacén. Esto incumple lo dispuesto en la Ley 87 de 1993 *art. 2 lit. d; art. 4 lit. h; Ley 489/1998 art. 54; MIPG – gestión de riesgos y planeación de recursos* y en las normas de administración de riesgos establecidas por la Contaduría General de la Nación. La causa se relaciona con la falta de planeación y asignación presupuestal para asegurar bienes. Esto eleva el riesgo financiero de pérdidas por hurto, siniestros o deterioro de activos.

Debilidad No. 10 – Proceso de bajas de bienes

No existen lineamientos claros ni procedimientos formalizados para la baja de bienes obsoletos o inservibles, lo que genera acumulación y riesgos de deterioro físico en las instalaciones. Lo anterior incumple la *Ley 87 de 1993 art. 2 lit. d, e; art. 4 lit. f, j;* el Manual de Almacén UARIV, la Resolución 533 de 2015 (CGN); *MIPG gestión de recursos y sostenibilidad*. y el Marco Normativo de Contabilidad Pública. La causa principal es la falta de procedimientos técnicos y administrativos para la disposición final de bienes. Esto incrementa el riesgo de afectación ambiental, pérdida de espacio y deficiencias en el control contable.

La Oficina de Control Interno, a través del Equipo Auditor, procede a comunicar las debilidades identificadas en el proceso de Gestión Administrativa – componente de Almacén, encontradas durante el ejercicio de auditoría el lunes 29 de septiembre 2025 a las 5:09 pm a través de correo electrónico al coordinador del proceso auditado.

Debilidad No. 11 – Aseo y cafetería: ausencia de evaluación de calidad del servicio

Se evidenció que la Entidad no realiza la evaluación periódica de la calidad del servicio de aseo y cafetería mediante indicadores de gestión y de resultados, lo que impide medir la eficiencia, eficacia y satisfacción en la prestación de este servicio de apoyo institucional. Esta situación incumple lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, art. 2 lit. b) "*Garantizar la eficacia, eficiencia y economía en todas las operaciones*" y art. 4 lit. g) "*Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación*". Asimismo, contraviene lo establecido en el Decreto 612 de 2018 – MIPG, art. 2.2.22.3.2 y art. 2.2.22.3.3, en cuanto a la obligatoriedad de formular, aplicar y hacer seguimiento a indicadores de gestión y de resultados

para evaluar la calidad de los servicios institucionales. La causa se asocia a la ausencia de un sistema de medición y seguimiento con indicadores definidos para el servicio de aseo y cafetería. Esto incrementa el riesgo de ineficiencia en la prestación del servicio, deficiencias en la planeación de recursos, incumplimiento de estándares de calidad y pérdida de oportunidades de mejora continua en el marco del MIPG.

Debilidad No. 12 – Mantenimiento locativo y preventivo: ausencia de planeación, registros e indicadores

Se evidenció que, aunque las actividades de mantenimiento preventivo se encuentran estipuladas como obligación en los contratos de arrendamiento, la Entidad no cuenta con un plan de mantenimiento locativo aprobado. Adicionalmente, no se conservan registros de órdenes de trabajo ni reportes de mantenimiento ejecutado, no existen indicadores definidos para medir la eficiencia de estas actividades, no se dispone de un plan de emergencias asociado a las instalaciones locativas y tampoco se mantienen registros sobre los equipos y materiales utilizados que permitan verificar el cumplimiento de normas técnicas aplicables. Esta situación incumple lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, art. 2 lit. a) "*Establecer un ambiente de control*", lit. d) "*Proteger los recursos de la organización*" y lit. f) "*Definir y aplicar medidas para prevenir riesgos*", así como el art. 4 lit. b) "*Políticas, normas y procedimientos internos*" y lit. g) "*Controles que garanticen razonabilidad de la información*". Igualmente, vulnera el Decreto 1499 de 2017 – MIPG, numeral 4.2 sobre fortalecimiento institucional y el Decreto 612 de 2018 – MIPG, art. 2.2.22.3.2 y 2.2.22.3.3, en cuanto a la obligación de formular y hacer seguimiento a indicadores de gestión y de resultados. También se desconoce lo previsto en el Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 0312 de 2019, que establecen lineamientos mínimos en materia de seguridad en instalaciones locativas.

La causa se asocia a la inexistencia de un esquema formal de planeación y control del mantenimiento locativo y preventivo, así como a la falta de articulación entre los contratos de arrendamiento y los procedimientos internos de seguimiento y verificación. Esto incrementa el riesgo de deterioro prematuro de la infraestructura, afectación de la seguridad de los funcionarios, ineficiencia en el uso de recursos, incumplimiento normativo y pérdida de oportunidades de mejora continua.

Debilidad No. 13:

Se evidenció la ausencia de un modelo de medición de indicadores de gestión, distinto a los reportados en el plan de acción. Además, no se reconocen ni utilizan otros indicadores no informados al equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, a pesar de estar relacionados con los establecidos en la Ley 87 de 1993 (artículo 2, literales b), c), d), e), g) y h)), en el Decreto 1083 de

2015 (artículo 2.2.22.3.2) y en la *Guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión, versión 4*. Siendo una potencial causa el no tener en consideración de su gestión lo ordenado en normas que regulan y regentan la administración pública y por la falta de liderazgo en el tema por parte del proceso responsable de coadyuvar en estos temas. Lo anterior conlleva a la posible materialización de eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales, dado que no se tiene una herramienta de gestión que brinde información del que hacer funcional del proceso en tiempo real y que permita la toma de decisiones informada, sin la información suficiente y necesaria, lo que puede derivar en incumplimiento de logros o metas institucionales desde la perspectiva sistémica. Asimismo, la falta de indicadores gerenciales conlleva a limitar al proceso de Gestión Administrativa al cumplimiento específico de los lineamientos establecidos para todos en la Unidad, sin generar un valor agregado que resalte las fortalezas en la gestión del proceso de Gestión Administrativa frente a las demás.

Debilidad No. 14

La ausencia de un mapa de riesgos integral , que consolide no solo los riesgos identificados en el instrumento institucional, sino también aquellos que puedan afectar directamente el logro de los objetivos estratégicos y misionales, así como los derivados del marco normativo aplicable a la gestión, constituye una situación de incumplimiento frente a lo establecido en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 sobre los objetivos del Sistema de Control Interno, específicamente en sus literales a) y f).

De igual forma, se evidencia una falta de alineación con lo dispuesto en los artículos 2.2.21.3.1 y 2.2.21.5.4 del Decreto 1083 de 2015**,** con las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) mencionadas en este informe, y con lo establecido en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, Versión 6**.**

Esta situación genera un escenario propenso a la materialización de eventos adversos, al no contar con una herramienta de gestión que integre información de manera oportuna, confiable y en tiempo real sobre el quehacer funcional de los procesos. En consecuencia, se limita la capacidad de la entidad para realizar una toma de decisiones informada y preventiva, lo que incrementa la probabilidad de ocurrencia de riesgos negativos y afecta el cumplimiento eficaz y eficiente de los objetivos institucionales.

Debilidad No. 15

La ausencia de un modelo de (control) evidencia una debilidad del sistema de control inherente al proceso de Gestión Administrativa en la identificación y aplicación de controles a las actividades diferentes descritas en los procedimientos, así como la implementación de tableros de control que

permitan verificar el estado y seguimiento de las acciones que se desarrollan en cada uno de los procesos para contribuir en la toma de decisiones y análisis necesarios que permitan contribuir a la mejora continua en la gestión y el logro de los objetivos institucionales, situación que no está conforme con la Ley 87 de 1993 en el artículo 2º literales b, d, e y g; Decreto 1083 de 2015 en los artículos 2.2.21.3.1 y 2.2.21.5.4; los lineamientos dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión 2023 V5. Siendo las potenciales causas el desconocimiento del marco jurídico que regula el tema de controles en la administración pública y la ausencia de una metodología de control gerencial como estrategia para el análisis, seguimiento, revisión y prevención para la toma de decisiones que permitan el cumplimiento de los objetivos y metas del Proceso de Gestión Administrativa. Lo anterior conlleva a la posible materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales. Así también, transgrede lo contemplado en la Dimensión 7 "Control Interno" del MIPG (Decreto 1499 de 2017) frente a asegurar la gestión del control, la implementación de actividades de monitoreo y supervisión continua en el proceso de Gestión Administrativa. El Equipo Auditor considera como potenciales causas la falta de identificación de los puntos de control de cada proceso y su respectiva clasificación que permita obtener una herramienta solida en el análisis de los resultados para el cumplimiento de la misión institucional, así como el desconocimiento en el diseño y seguimiento de tableros de control, en modelos de control gerencial para el proceso de Gestión Administrativa Lo anterior aumenta el riesgo de no lograr los objetivos institucionales y del proceso en particular.

Debilidad No. 16

La ausencia de un modelo de (mejoramiento) o de agregación de valor que sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones, no fueron reportados al equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, lo cual no está conforme con la Ley 87 de 1993 artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales b), c), d), e), f), g) y h), el Decreto 1083 de 2015 en el artículo 2.2.22.3.3. Siendo una potencial causa el no tener en consideración de su gestión lo ordenado en normas que regulan y regentan la administración pública y por la falta de liderazgo en el tema por parte del proceso responsable de coadyuvar en estos temas. Lo anterior conlleva a la posible materialización de eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales, dado que no se tiene una herramienta de gestión que brinde información del que hacer funcional del proceso de Gestión Administrativa en tiempo real y que permita la toma de decisiones informada.
Lo anterior conlleva a una falta de acciones, iniciativas o valores agregados que permitan un mejoramiento continuo que impacte los comportamientos habituales que se pretendan ejercer gestión en temas tales como:

- Identificación de aspectos de mejora en los procesos y procedimientos que involucre al Proceso con el objetivo de buscar el mejoramiento a la prestación de servicios tanto para clientes internos como externos.
- Implementación de buenas prácticas a la gestión de la innovación y mejora continua.
- Falta de toma de decisiones informadas acorde a los análisis y evaluación de los datos recopilados en la gestión misional.
- Ausencia de tableros de control que permitan detectar desviaciones para detectar alertas tempranas que reduzcan los riesgos a la gestión misional.

Debilidad No. 17

La ausencia de un modelo de (seguimiento) robusto y gerencial reportado al equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, lo cual no está conforme con la Ley 87 de 1993 artículo 2° referente a los objetivos del sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales b), c), d), e), g) y h), Decreto 1499 de 2017 Manual Operativo de MIPG, en la dimensión 4° evaluación de resultados, en los ítems 4.2.1. Seguimiento y evaluación del desempeño institucional se extrae los lineamientos generales para la implementación: "*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*".

En el modelo estándar de control de interno – MECI, establece en el titulo 2 Módulo Control de Evaluación y Seguimiento, donde dispone que: *(…) los instrumentos y herramientas de gestión y de control de la entidad requieren evaluación y seguimiento, Esto se consigue mediante actividades de supervisión continua, evaluaciones periódicas o una combinación de ambas cosas (…).*

Lo anterior conlleva a la posible materialización de eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales, dado que no se tiene una herramienta de gestión que brinde información del quehacer funcional del proceso en tiempo real y que permita la toma de decisiones informada porque a las tomadas no se les hace un estricto seguimiento.

Debilidad N°18

El equipo Auditor, encuentra debilidad en el SCI por la falta de entrega oportuna en los plazos establecidos de las evidencias que soportan la gestión de autoevaluación para los semestres 1 y semestre 2 de la vigencia 2024. En revisión de matriz de autoevaluación ejecutada por el proceso de gestión Administrativa, el equipo auditor procede a revisar las evidencias soporte de los resultados, los soportes que respaldan

los resultados de las Autoevaluaciones de la vigencia 2024; se encuentra que el equipo auditado entrega evidencias que están por fuera de la vigencia de la auditoria, y varias de sus carpetas donde debían subir las evidencias se encuentran vacías, esto transgrede a lo ordenado en los literales d); f) y g) del artículo 2°, literal a) del artículo 3°, literal j) del artículo 4° y artículos 6° y 8° por la Ley 87 de 1993. Literal e) del artículo 2.2.21.2.2 y 2.2.21.5.5 del Decreto 1083 de 2015 y artículo 8º y 10º del Decreto 648 de 2017 y dispuesto en el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno mediante el Acta del 20 de marzo de 2018, reglamentada mediante la Circular 016 de 6 de junio de 2018 emanada de la Dirección General.

El Equipo Auditor considera como potenciales causas la falta de capacitación y apropiación en temas de la autoevaluación de control, la falta de aplicación de mejores prácticas, falta de un tablero de control que permita realizar seguimiento a las acciones y evidencias que permitan identificar diagnósticos y aporte en el fortalecimiento del proceso y la organización. Situación que impide el logro de objetivos institucionales.

Debilidad No. 19

Debilidad en el sistema de control interno del proceso Gestión Administrativa, relacionada con la gestión y administración del riesgo, específicamente en lo relacionado con el diseño de controles, asignación de responsabilidades de implementación, seguimiento y documentación que respalde totalmente su gestión, lo que limita la implementación de controles efectivos para su mitigación y eficiencia en la gestión pública. Esta situación no está conforme a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2º literales a) y f); el Decreto 1083 de 2015, artículo 2.2.21.5.4; el Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017, artículo 2.2.21.3.1; así como los lineamientos dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, y la metodología administración de riesgos adoptada por la Entidad. El Equipo Auditor identifica como causas principales la ausencia de una adecuada interpretación e implementación de los lineamientos para la redacción de controles idóneos y eficaces y la incorrecta selección de soportes que respalden de manera adecuada cada control establecido.

Debilidad No. 20

Esta situación evidencia debilidad en la gestión del Grupo Gestión Administrativa y Documental de los Procesos Gestión Administrativa y Gestión Documental referente a la ejecución del total de actividades (indicadores) programadas en su plan de acción para la vigencia 2024. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2° literales b) y d), 4° literal c), i) y j) y 6° de la Ley 87 de 1993 y la Ley 152 de 1994 artículo 3° literal k). Decreto 1449 de 2017 en el Plan

Operativo de MIPG numeral 4.1. El Equipo Auditor establece como potenciales causas falta de conocimiento en la planeación apropiada de la programación de las metas a determinar en cada actividad (indicador), teniendo como referencia una línea base tomada de los resultados obtenidos en las vigencias anteriores, que permita la realización adecuada en el diseño 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.

Debilidad No. 21

De acuerdo con lo expuesto en el análisis del papel de trabajo "Funciones vs Políticas MIPG", se determina una debilidad del Sistema de Control Interno, dado que el proceso no acredita mediante evidencias suficientes, pertinentes y verificables la articulación entre las funciones asignadas en el artículo 9 de la Resolución 01650 de 2022 y las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, adoptadas mediante el Decreto 1499 de 2017 y desarrolladas en el Manual Operativo del DAFP.
La articulación entre las funciones del proceso, las dimensiones del MIPG y sus políticas es parte integral del Sistema de Control Interno de obligatorio cumplimiento, conforme a los artículos 2, 3 y 4 de la Ley 87 de 1993, donde expresamente se indica que el SCI debe garantizar la consistencia, eficacia, eficiencia, oportunidad y confiabilidad de la gestión institucional y contraviene la obligación de las entidades de articular su gestión conforme al Modelo Integrado de Planeación y Gestión, definido en el artículo 2.2.22.3.2 del Decreto 1083 de 2015.
Esta situación refleja baja apropiación de los lineamientos del MIPG, afecta la trazabilidad del cumplimiento funcional y puede comprometer la gestión del desempeño institucional, especialmente en la medición del FURAG y el cumplimiento de los principios de eficiencia, eficacia y calidad del servicio público establecidos en la Ley 87 de 1993.

Debilidad No. 22

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evidenció la ausencia de controles que permitan registrar de manera continua y confiable los movimientos de los activos de la Entidad dentro del sistema de información SICOF a lo largo de las distintas etapas del proceso. Esta situación afecta la adecuada gestión y actualización de los registros, generando un riesgo significativo en términos de control, trazabilidad y eficiencia en el manejo de la información.

La falta de mecanismos sistemáticos para el seguimiento y control de los bienes institucionales limita la capacidad para una toma de decisiones oportuna, la optimización de los procesos y el avance hacia un desarrollo organizacional sostenido. Esta debilidad no solo dificulta el cumplimiento de los objetivos institucionales, sino que también afecta la articulación con las

necesidades de los diferentes procesos, lo que resulta fundamental 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 que deben cumplir los sistemas de información utilizados en las Entidades Públicas.

Debilidad No. 23

No se evidencia que el sistema de información SICOF cuente con características técnicas orientadas a la gestión de auditoría física y lógica, que permitan generar alertas automáticas ante modificaciones en los registros de los activos de datos procesados durante las distintas etapas del proceso.
La ausencia de estos controles limita la posibilidad de realizar revisiones periódicas y sistemáticas para el monitoreo y validación de los datos, lo que impide detectar oportunamente posibles fugas de información o accesos no autorizados a los datos que son gestionados en cuanto a los activos de la Entidad.

Esta situación representa un riesgo alto, dado que el sistema podría estar expuesto a alteraciones o inclusiones no autorizadas en la información. Dicha condición resulta especialmente relevante al tratarse de un sistema que administra registros de misión crítica, esencial para el procesamiento de datos que permite llevar un control de los bienes e inmuebles que la Entidad posee, y que sustentan 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.

Debilidad No. 24

Del análisis realizado por parte de los auditores de control interno y de los soportes suministrados por el auditado, se evidencia que los controles implementados no cumplen con las características necesarias como lo indica la política de seguridad de la información asociada a la seguridad y el acceso en los sistemas de información conforme a lo indicado en la resolución 01357 del 10 de noviembre del 2021 donde se permita garantizar la seguridad de los datos gestionados en los sistemas de información, lo cual representa un alto riesgo de fuga, perdida o manipulación de la información que gestiona el proceso de la gestión de los activos a través del sistemas de información utilizado para tal fin, adicionalmente no proporciona las trazas de seguridad que permitan el seguimiento a los cambios en los registros de la información. La ausencia de un marco técnico regulado en donde se indiquen de manera concisa los lineamientos en donde se describan los métodos y las mejores estrategias en cuanto a seguridad y el acceso que se debe implementar en 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 lo expuesto en las normativas y regulaciones expedidas por del Ministerio de las Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones en su modelo de seguridad y privacidad de la Información y la Norma ISO 27001 de Seguridad de la Información.

Debilidad N°25

No se evidencia que el sistema de información SICOF cuente con ayudas documentales que permitan procesos de formación para mitigar riesgos de errores operativos y un uso apropiado del sistema, esto afecta la eficiencia y eficacia en el cumplimiento de los objetivos institucionales y puede comprometer la integridad de la información registrada en el sistema.

La ausencia de una política institucional que establezca lineamientos claros en cuanto a que es necesario que cada sistema de información que posee la Entidad cuente con una base de conocimiento en su uso, manejo, y administración que permitan a los usuarios una continua y repetitiva formación o sensibilización cuando se requiera 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 la implementación de la política de gobierno digital de acuerdo con el decreto 767 de 2022 sobre el uso y apropiación de las TICs.

6.1 OBSERVACIONES

OBSERVACIÓN No. 1

En relación con los procedimientos y su caracterización dentro del proceso, se evidenció que el 100% de los procedimientos supera el criterio de actualización establecido en 1.5 años (548 días).

Si bien no existe una norma expresa que determine la obsolescencia de un procedimiento, sí se reconoce que el transcurso del tiempo incrementa los riesgos asociados, en la medida en que los procesos pueden carecer de las consideraciones legales más recientes, desconocer avances tecnológicos aplicables o no incorporar lineamientos doctrinales actualizados que orienten adecuadamente la gestión.

Como consecuencia de este panorama, el equipo auditor formula una observación al líder del proceso de Gestión Administrativa, recomendando adelantar las acciones pertinentes para mantener actualizados todos los procedimientos que integran la caracterización, de manera que se minimicen los riesgos de obsolescencia administrativa.

7. ASPECTOS SOBRESALIENTES

- Gestión adecuada de los enlaces del proceso: Los funcionarios enlace asignados realizaron una gestión operativa eficiente, caracterizada por comunicación oportuna, disponibilidad de información. Su actuación facilitó el ejercicio auditor y evidenció compromiso con el seguimiento y fortalecimiento del proceso.
- Comunicación permanente y colaboración interdependencial: Se mantuvo un monitoreo continuo del plan de trabajo y se realizaron ajustes cuando fueron necesarios. La coordinación del proceso permitió realizar pruebas, contrastar información y avanzar en la definición de compromisos institucionales orientados al mejoramiento.
- Documentación existente y formalizada en la mayoría de los procedimientos: De los seis procedimientos del Proceso de Gestión Administrativa, cuatro cuentan con manuales e instructivos formalmente diseñados, socializados y aplicados, lo que favorece la estandarización de actividades y la coherencia operativa. Este avance evidencia bases para fortalecer el modelo de control interno.
- Correcto manejo de la ejecución presupuestal: Se evidenció que la ejecución presupuestal cuenta con soportes técnicos y jurídicos adecuados. Los contratos cumplen requisitos legales y existen cuadros de control presupuestal que demuestran uso responsable y transparente de los recursos, especialmente en convenios, órdenes de compra y contratación de servicios.
- Segregación de funciones y control de accesos a sistemas de información: El proceso cuenta con mecanismos de autorización y asignación de roles definidos en los sistemas de

información. Se verificó la existencia de controles de trazabilidad y revisión documental frecuente, lo cual contribuye a la calidad y confiabilidad de la información registrada.

- Disposición y apertura frente al ejercicio auditor: Durante la auditoría se evidenció buena disposición del personal, lo cual facilitó la ejecución de entrevistas, pruebas de recorrido y análisis documental. Este aspecto es relevante, pues muestra cultura institucional de cooperación y mejora continua.
- Potencial para fortalecimiento estructural del proceso: A pesar de las debilidades identificadas, el proceso cuenta con condiciones favorables para una transición hacia un modelo preventivo y de mejora continua, especialmente si se fortalecen los procedimientos faltantes y se avanza en la implementación de herramientas tecnológicas y gestión de riesgos articulada al ciclo PHVA.

8. RESULTADOS DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.

8.1 Plan de Mejoramiento Auditoría 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.

Para el caso particular del Proceso “Gestión Administrativa”, se evidenció que de 2018 a la fecha se ha ejecutado una auditoría en la vigencia 2018, en la cual se identificaron 14 debilidades.

Ahora bien, como resultado del ejercicio de seguimiento en la presente vigencia, se dio cierre a siete (7) debilidades y siete (7) debilidades se mantuvieron abiertas, de acuerdo con el detalle que se muestra a continuación.

Debilidad No.	Descripción Debilidades del SCI	Tipo de acción efectuada	Descripción de la acción Ejecutada	Estado	Evidencias	Análisis	Estado Final
2(2018)	2. Debilidad respecto al conocimiento de mecanismos y metodología de medición. Lo anterior no está conforme con Ley 87 de 1993, artículo 2º literales b) y f); Decreto 1499 de 2017 dimensión Evaluación de Resultados, lo que aumenta el riesgo en la calidad y oportunidad de la toma de decisiones gerenciales, siendo las potenciales causas el desconocimiento de las baterías de medición como herramienta de gerencia, la falta de capacitación en la elaboración e interpretación de los indicadores de la gestión del proceso y procedimientos asociados. (5.1.2).	Correctiva y Preventiva	Solicitar a la Oficina Asesora de Planeación mesas de trabajo para la formulación e identificación de indicadores asociados al Proceso de Gestión Administrativa y Documental. Así mismo actualizar los indicadores de acuerdo a los lineamientos de la OAP.	En ejecución	Plan de trabajo, una vez se programen las actividades con la OAP para la respectiva vigencia.	Dado que el proceso no envió avances con respecto a esta actividad y se trata de un plan de mejoramiento al cual apenas se va a dar inicio, se considera pertinente mantener abierta esta debilidad, además teniendo en cuenta que el proceso no cuenta aún con claridad con respecto a la forma de abordarlo.	Abierta
3(2018)	3. Debilidad en la identificación y controles específicos a los riesgo Lo anterior no está conforme con la Ley 87 de 1993, artículo 2º literales a), b), d) y f); artículo 3º literal a) y artículo 4º literales b); e); i) y j); Decreto 1499 de 2017 dimensiones de Direccionamiento estratégico y planeación al igual que Gestión con valores para resultado, lo que aumenta el riesgo presencia de eventos no identificados de tipo negativo que afecten el logro de las metas del proceso y su injerencia en las metas y servicios institucionales, siendo las potenciales causas el desconocimiento de los mapas de riesgos como herramienta de gerencia, la falta de capacitación en la identificación y administración de eventos negativos en el marco de las normas técnicas de riesgos. (5.1.3).		Plantear mesas de trabajo conjuntamente con el Grupo de Gestión Financiera y Contable y la Oficina de Planeación para trasladar el Procedimiento de Servicios Públicos del Proceso de Gestión Financiera, de esta manera actualizar la caracterización del proceso del GGAD y solicitar a la OAP la actualización de la matriz de riesgos formulando nuevos controles y plan de acción.	En ejecución	Plan de trabajo cuando se realice el traslado del procedimiento de Servicios Públicos del Proceso de Gestión Financiera al Proceso de Gestión Administrativa.	El equipo Auditor en el informe de auditoría indico: Al consultar los mapas de riesgos del Proceso de Gestión Administrativa se observó que el proceso tiene identificado cinco riesgos de gestión y uno de corrupción. De ellos, uno es la suspensión de servicios públicos en las sedes administrativas y Direcciones Territoriales de la Unidad con valoración baja, sin embargo, este se ha materializado y no cuenta con plan de respuesta lo que implica que estos riesgos no se afrontan de manera robusta. El proceso de Gestión administrativa no ha dado cumplimiento a la METODOLOGÍA ADMINISTRACION DE RIESGOS definida en la unidad de víctimas, en cuanto a la materialización de los riesgos. las evidencias aportadas no reflejan acciones contundentes para mitigar la debilidad. De acuerdo con lo anterior, no será viable dar cierre a la debilidad, hasta tanto no se actualice el mapa de riesgos del proceso, incluyendo todos los riesgos de carácter estratégico identificados, aplicables a sus actividades clave y se definan los controles en cada	Abierta
4(2018)	4. Incumplimiento en la ejecución de la política de "Cero Papel". L anterior no está conforme con lo dispuesto en la Directiva Presidencial 4 de 2012, que trata sobre la Eficiencia Administrativa, Lineamientos de la "Política Cero Papel" para la Administración Pública y lo determinado en el artículo 104 de la Ley 1815 de 2016 - Plan de Austeridad del Gasto, lo que aumenta el riesgo de posible vulneración de los principios de austeridad y economía que son de obligatorio cumplimiento para la entidad y riesgo de representaciones erróneas de información de inventarios dentro de los estados financieros, siendo las potenciales causas el desconocimiento de la normatividad que regula el tema de austeridad, la falta de capacitación y un adecuado control y seguimiento por parte del responsable del proceso. (5.2.1)	Correctiva	En atención a la debilidad identificada en su momento, el registro de las solicitudes de resmas obedecen a la centralización de la información por parte del área de inventarios que integral el Grupo de Gestión Administrativa y Documental - GGAD utilizando el aplicativo SICOF, el cual corresponde a la información primaria entregada al SGA para su respectivo seguimiento en el documento "Matriz de Seguimiento a Programas de Gestión Ambiental" con código Nº 162,18,15-54.	Ejecutada	Debilidad 4 - 5.2.1	Las evidencias aportadas reflejan para la vigencia 2024 un incremento en el consumo de papel, en comparación con la vigencia 2023, donde las acciones planteadas para subsanar la debilidad no son efectivas. Es decir, la información planteada en el campo de plan de acción no da respuesta a las medidas implementadas o que se implementarán para dar cumplimiento a la política y obtener los resultados esperados, por el contrario, en los soportes se evidencia un incremento en el consumo de papel de vigencia a vigencia, lo que implicaría que la política aún no se cumple o no refleja el impacto que debería tener con respecto a consumo de papel y por ende los lineamientos y normatividad aplicable en lo que se refiere a austeridad del gasto.	Abierta
7(2018)	7. Incumplimiento de normativa interna con respecto a la baja de bienes. Lo anterior no está conforme con Resoluciones internas de la Unidad Nº 01599 y Nº 00795 de 2017 y 2018 respectivamente y la Ley 87 de 1993 artículo 2º literales b); d), g); artículo 3º literal d) y artículo 4º literales e), i) y j). Lo anterior aumenta el riesgo de obsolescencia, deterioro o perdida de las bajas, generando reprocesos, aumentando los costos asociados a la administración de bienes que deberían haber sido dados de baja, siendo las probables causas la falta de seguimiento, ejecución y control a lo resuelto en los actos administrativos de bajas de inventario. (5.2.4)		Se reconoce la necesidad de fortalecer el seguimiento y ejecución de los procesos de bajas en consecuencia se proceder a formular un plan de mejoramiento para validar el estado de los procesos de bajas y los bienes identificados para baja de acuerdo con la toma física de bienes efectuada en el segundo semestre de la vigencia 2024.	En ejecución	Plan de Choque Baja de Bienes Formulado Soportes de la Ejecución de las actividades del Plan de Choque	Continua abierta el proceso esta planteando formular un plan de mejoramiento	Abierta
8(2018)	8. Falta de Implementación licencias ESIGNA. Lo anterior no est conforme con la Ley 872 de 2003 (vigente para la fecha de alcance de auditoría); Circular Conjunta 02 del 2003 emitida por la Contraloría General de la República y Procuraduría General de la Nación "Deberes de las entidades en la administración y cuidado de los bienes; responsabilidad fiscal y disciplinaria de los funcionarios públicos por pérdida o daño de los bienes a su cargo" y Ley 87 de 1993, artículo 2º literales a), b) y c). Lo anterior aumenta el riesgo de obsolescencia, deterioro y costos administrativos a los cuales se unen los costos de oportunidad. siendo las probables causas el desconocimiento normativo, la falta de gestión comunicativa entre procesos institucionales y la ausencia de seguimiento y control por parte del responsable del proceso. (5.2.5) El Grupo de Gestión Administrativa y Documental ratifica que la supervisión, implementación y uso de las licencias ESIGNA corresponden a la Oficina de Tecnologías de la Información, según lo establecido en los contratos revisados. Dado que esta dependencia es la responsable de la administración de dichas licencias, solicitamos que cualquier ampliación sobre la solución a este hallazgo sea remitida directamente a dicha oficina, con el fin de garantizar una respuesta precisa y acorde con sus competencias.	Correctiva	En atención al hallazgo identificado por el Equipo Auditor respecto a la adquisición y uso de las licencias ESIGNA (Designar, Tramitador, Sede Electrónica y Batch Server), el Grupo de Gestión Administrativa y Documental informa que la supervisión, implementación y puesta en funcionamiento de estas licencias fue responsabilidad de la Oficina de Tecnologías de la Información, dependencia encargada de su adquisición y administración. No obstante, con el propósito de brindar una respuesta más acertada a esta solicitud de información, nos permitimos comentar lo siguiente: Se revisaron los inventarios documentales y se confirmó que la supervisión de los contratos y la implementación de las licencias corresponden a la Oficina de Tecnologías de la Información, lo cual se encuentra documentado en los contratos: 1173_2014, 1136_2015, 1306_2016, 1121_2017, 1533_2018 y 1869-2019. Finalmente, solicitamos respetuosamente que la ampliación	Ejecutada	Debilidad 8 - 5.2.5	No están claras las responsabilidades ni acciones establecidas para que este tipo de situaciones se vuelva a presentar, ya sea en cabeza de la OTI o de Gestión Documental, deben ser analizadas las causas y plan de mejoramiento para evitar que este riesgo se vuelva a materializar, por lo tanto se deja abierta y se sugiere realizar una reunión con los involucrados, para definir este PM.	Abierta
9(2018)	9. Acumulación de material institucional e impresos en la bodega en sedes de la Unidad. Lo anterior no está conforme con la Circular Conjunta 02 del 2003 emitida por la Contraloría General de la República y Procuraduría General de la Nación "Deberes de las entidades en la administración y cuidado de los bienes; responsabilidad fiscal y disciplinaria de los funcionarios públicos por pérdida o daño de los bienes a su cargo" y Ley 87 de 1993, artículo 2º literales a), c) y g). Lo anterior aumenta el riesgo frente al cumplimiento de los principios de austeridad, economía y responsabilidad, incrementando los riesgos administrativos de pérdida del material impreso contratado por desuso y obsolescencia, siendo las probables causas la falta de seguimiento y control del proceso adquirente y las fallas comunicacionales entre el proceso auditado y aquellos usuarios de la gestión. (5.2.6)	Correctiva y Preventiva	En respuesta al hallazgo identificado por el Equipo Auditor sobre la acumulación de material impreso e institucional en las sedes de Bavaria, Afinsa y Fontibón, la Unidad ha implementado una serie de medidas para mitigar los riesgos administrativos y garantizar el uso eficiente de los recursos públicos. Las acciones Ejecutadas son las siguientes: **1. Unificación de Sedes Centralización del Archivo** Se unificaron todas las sedes administrativas del nivel nacional en el Complejo Logístico San Cayetano, lo que permitió optimizar los procesos administrativos, la custodia del archivo y la gestión del material impreso. Se alquiló un edificio y tres bodegas que cuentan con todos los requisitos técnicos para garantizar la conservación y organización del archivo, asegurando mejores condiciones de custodia. **2. Intervención y organización d archivo** Se inició el proceso de intervención del archivo, organizando y depurando la documentación de acuerdo con los criterios establecidos en la normativa archivística. **3. Implementación de Tablas d Retención Documental (TRD)** Se elaboraron, aprobaron y convalidaron las Tablas de Retención Documental, garantizando la correcta gestión de los documentos en toda la	Ejecutada	Debilidad 9 - 5.2.6	Si bien, las acciones planteadas por la Secretaria General – Grupo Interno de Trabajo Gestión Administrativa, evidencian un gran avance con respecto a las gestión documental de la entidad y la organización de su archivo; se considera que estas acciones no necesariamente tienen una relación directa con respecto al manejo o acumulación de material institucional e impresos; por lo tanto, se sugiere solicitar información adicional y soportes en este sentido, que permitan confirmar si actualmente se cuenta con material impreso publicitario almacenado y cuál es la política con respecto a este tipo de elementos o actividades de publicidad.	Abierta
13(2018)	13.Fallas de supervisión en el contrato de mantenimiento No. 1293 de 2017, con TEC-CONS INGENIERÍA SAS. Lo anterior no está conforme con lo citado en los literales a.), e.), f.) y g.) del artículo 2º de la Ley 87 de 1993. Lo anterior aumenta el riesgo de incumplimiento de los criterios mínimos para generar certeza respecto del manejo financiero del contrato. Las potenciales causas son la falta de gestión y control del supervisor en cuanto a no revisar, advertir y dejar trazabilidad de estas situaciones. (5.2.10).	Correctiva	En respuesta a las debilidades descritas sobre las fallas de supervisión en la ejecución del contrato de mantenimiento No. 1293 de 2017, suscrito con TEC-CONS INGENIERÍA SAS, se verificaron las acciones realizadas durante la ejecución del contrato contenidas en el expediente encontrando lo siguiente: • Se verificaron las facturas TC-966, TC-984, TC-1000 y TC-1043, las cuales forman parte integral del expediente contractual, junto con la relación de pagos emitida en el SIISF. Estos documentos respaldan la veracidad financiera de la ejecución presupuestal de los pagos realizados, como se muestra en la siguiente tabla:	Ejecutada	Debilidad 13 - 5.2.10	Si bien se soportan las actividades de verificación llevadas a cabo con respecto al contrato ejecutado en su momento y los respectivos soportes que evidencian el cumplimiento de las obligaciones establecidas, así como la relación de los pagos realizados versus los soportes correspondientes, los cuales, de acuerdo con la revisión que realizó el proceso, son coherentes; es importante aclarar que toda la información aportada y documentos relacionados permiten confirmar que en su momento se realizaron las "correcciones" del caso y a hoy, validados los registros, se encuentra todo al día, con respecto al contrato relacionado en la Debilidad; no obstante, se deben aclarar las "Acciones Correctivas" tomadas en su momento, es decir, actuales controles que permitan garantizar que hoy en día, esta situación no se está presentando para los contratos a cargo del proceso. Por tanto, no se podrá dar cierre, hasta tanto no se informen dichas acciones y sus correspondientes evidencias.	Abierta

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 encuentra vigente un hallazgo del cual el Grupo de Gestión Administrativa y Documental se responsabiliza de la suscripción de sus actividades.

El hallazgo hace parte de la auditoria financiera de la vigencia 2023 cuya causa es por falencias en la labor ejercida por la interventoría en cuanto al control de las cantidades de obra ejecutadas. Debilidades en el apoyo técnico, administrativo y financiero brindado por el Supervisor del contrato de interventoría designado por la UARIV.

El siguiente cuadro determina el estado actual del plan de mejoramiento asociado al Grupo de Gestión Administrativa:

CÓDIGO HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ACCIÓN DE MEJORA	ACTIVIDADES / DESCRIPCIÓN	ACTIVIDADES / UNIDAD DE MEDIDA	ACTIVIDADES / CANTIDADES UNIDAD DE MEDIDA	ACTIVIDADES / FECHA DE INICIO	ACTIVIDADES / FECHA DE TERMINACIÓN
14	En la ejecución del contrato 1838 de 2023, se evidenció que en el CRAV del municipio de Soledad (Atlántico), se pagó un mayor valor en el ítem de suministro e instalación de piso en el baño de mujeres del área administrativa, así como en el ítem mantenimiento y pintura de puerta; adicionalmente, se pagó un mayor valor por los sanitarios instalados.	Gestionar la Liquidación del Contrato de Mantenimiento	Solicitar a la Interventoria el informe final de liquidación, que evidencia la diferencia presenta y el reintegro gestionado.	Acta de Liquidación	1	2024/08/05	2025/12/31
		Fortalecimiento de capacidades técnicas para supervisores de contratos de interventoría	Capacitaciones que se incluirán en plan institucional de capacitación a cargo del grupo de gestión de talento humano, que se realizarán por intermedio del Grupo de Gestión Contractual frente a las responsabilidades y actividades de supervisión conforme al Manual de Supervisión e Interventoría vigente	Capacitación	2	2024/08/05	2025/06/30

Existe dos (2) actividades vigentes dentro del plan de mejoramiento institucional de la UARIV asociados al Grupo de Gestión Administrativa de las cuales, su énfasis de mejora consiste en:

Fortalecimiento de capacidades técnicas para supervisores de contratos de interventoría(preventiva)
Gestionar la Liquidación del Contrato de Mantenimiento (correctiva)

Del seguimiento de estas dos (2) actividades para el primer periodo del año 2025 el cual fue evaluado en el mes de julio de 2025, se encontró que una de las dos (2) actividades fue reportada, por lo tanto, se encuentra cumplida. La segunda actividad, se encuentra en ejecución y su cumplimiento se dará el 31 de diciembre de 2025. El seguimiento de esta actividad se realizará en el mes de enero de 2026 y en próximos seguimientos se verificará la efectividad de las mismas.

9. RESULTADOS DE LOS LOGROS DE GESTIÓN

El resultado de la gestión del Proceso de Gestión Administrativa, dentro de la evaluación por dependencias, obtuvo un logro del 9,66/10.00 para la vigencia 2024

10. CONCEPTO DE AUDITORIA

En cumplimiento del Plan Anual de Auditoría de la Oficina de Control Interno, se ejecutó la auditoría al proceso de Gestión Administrativa, con enfoque específico en el componente de Sistema de Control Interno del Proceso. El alcance comprendió revisión documental, entrevistas, prueba de recorrido, verificación normativa, evaluación del Sistema de Control Interno y análisis de riesgos, conforme a los lineamientos del MECI y del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Durante el desarrollo de la auditoría se identificaron 25 debilidades y una observación relevante, que evidencian un sistema de control interno con madurez operativa limitada y vulnerabilidades asociadas a la eficiencia, trazabilidad y cumplimiento normativo. Se determinó que la totalidad de los procedimientos superan el tiempo máximo de actualización (548 días) sin evidencia de revisión, ajustes o actos administrativos de aprobación, lo que demuestra un déficit en la administración documental y ausencia del ciclo PHVA, afectando la toma de decisiones y el cumplimiento de directrices MIPG y normativas internas.

Se evidenció que la gestión del almacén opera con registros manuales dispersos, ausencia de herramientas tecnológicas, falta de conciliaciones sistemáticas entre inventarios físicos y registros contables, baja articulación interdependencia y escasa evidencia de seguimiento a proveedores o tiempos de respuesta. Adicionalmente, no existe formalización del responsable del almacén por acto administrativo, no se cuenta con manuales de funciones actualizados y no hay evidencia de capacitaciones o inducción técnica, lo cual genera dependencia del conocimiento empírico y riesgos de sostenibilidad operativa.

La infraestructura actual presenta condiciones limitadas en Seguridad y Salud en el Trabajo – SST y en protección del patrimonio público; no se observan protocolos de clasificación, señalización o conservación de bienes, ni mecanismos de seguridad suficientes. Igualmente, se constató que el registro de riesgos no corresponde a la realidad operativa, carece de seguimiento y no genera acciones de mitigación, lo que impide su función preventiva y estratégica.

Como consecuencia, el componente de Almacén evidencia una operación predominantemente reactiva, sin mecanismos que garanticen trazabilidad, eficiencia o gestión anticipada de riesgos, lo cual representa un nivel de riesgo institucional alto, con posibilidad de afectación patrimonial, errores contables, reprocesos operativos, reclamos de terceros y eventual incumplimiento de principios de control fiscal.

En conclusión, el sistema de control interno del proceso se encuentra en un nivel de madurez inicial–intermedio, caracterizado por esfuerzos individuales, pero sin articulación institucional. Se requiere la formulación de un plan de fortalecimiento estructural, que incluya:

- Actualización normativa y documental,
- Formalización de roles mediante acto administrativo,
- Implementación de herramientas tecnológicas,
- Gestión de riesgos articulada al ciclo PHVA,
- Articulación interdependencia con áreas misionales y de apoyo,
- Seguimiento e indicadores de desempeño.

El proceso tiene potencial para alcanzar niveles óptimos de eficiencia, siempre que se adopten acciones inmediatas y mecanismos de seguimiento estratégico orientados a la mejora continua y sostenibilidad institucional.

El componente de Almacén del Proceso de Gestión Administrativa presenta debilidades estructurales de tipo operativo, normativo, documental y estratégico que requieren intervención prioritaria. Su nivel de control interno es limitado y evidencia riesgo institucional alto, por lo que se recomienda avanzar hacia un rediseño funcional que permita garantizar el cumplimiento del MIPG, la protección del patrimonio público y la eficiencia en la gestión administrativa de la entidad.

En consecuencia, la Oficina de Control Interno, por medio del Equipo Auditor, recomienda a la Dirección General solicitar al Líder del Proceso Administrativo la formulación de un Plan de Mejoramiento del Sistema de Control Interno. Dicho plan debe incluir estrategias para el tratamiento de las debilidades evidenciadas en el presente informe.

Jefe Oficina de Control Interno

Elaboro: Maria Constanza Barco Perez -Auditora

ANEXO

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.
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.