

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>1</b> de <b>101</b>

## INFORME FINAL DE AUDITORIA PROCESO DE GESTIÓN PARA LA ASISTENCIA – SUBDIRECCIÓN DE ASISTENCIA Y ATENCIÓN HUMANITARIA

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, en ejercicio de las funciones legales dispuestas en la Ley 87 de 1993, el Decreto 943 de 2014 y la Resolución 100 del 5 de febrero de 2016 de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, además de las normas que reglamentan o modifican las anteriores disposiciones normativas en el ámbito de la evaluación del Sistema de Control Interno, presenta el informe final del proceso auditor que se relaciona a continuación:

Nombre del Proceso:	Gestión para la Asistencia
Dependencia líder:	Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria
Responsable del Proceso:	Karol Vanessa Ortigoza Vargas
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:	Ana Sofia Iregui - Auditor Líder Deisy Carolina Díaz – Auditor Liliana Marcel Críales Rincón - Auditora María Constanza Barco – Auditor William Arturo Márquez - Auditor Basco German Ricaurte Guerra – Auditor Jose de Jesús Gutiérrez – Auditor Juan Carlos Castellanos – Auditor

### 1. OBJETIVO DE LA AUDITORIA

La auditoría tiene como objetivo evaluar el sistema de control interno al proceso Gestión para la Asistencia – Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria, 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 proceso.

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 o 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,

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>2</b> de <b>101</b>

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 -OCI-, de las fuentes identificadas y concluye con el informe final de auditoría. En lo pertinente se auditan los resultados de los modelos de medición, riesgo, control, seguimiento y gestión.

Para la presente auditoría se evalúa la gestión de la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria, como responsable del proceso Gestión para la Asistencia, desde el 1° de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre del mismo año.

## **3. GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR**

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

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

## **4. METODOLOGÍA UTILIZADA**

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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>3</b> de <b>101</b>

## 5. RESULTADOS DE LA AUDITORIA

Con el propósito de contextualizar los resultados e información presentada a continuación, en el marco de la auditoría interna al proceso de Gestión para la Asistencia, con respecto a las funciones desarrolladas por la Dirección de Gestión Social y Humanitaria, específicamente la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria, la cual se encuentra a cargo del proceso misional en mención, se debe tener en cuenta la normatividad que da origen a su creación como dependencia; la cual se relaciona a continuación:

La Ley 1448 de 2011 "Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.", establece en su capítulo XI Otras Medidas de Reparación, lo siguiente:

**Artículo 47. DERECHO A LA AYUDA HUMANITARIA.** *Las víctimas de que trata el artículo 3 de la presente ley, tendrán derecho a la ayuda humanitaria de acuerdo a las necesidades que guarden relación con el hecho victimizante, con el objetivo de socorrer, asistir, proteger y atender sus necesidades de alimentación, aseo personal, manejo de abastecimientos, utensilios de cocina, atención médica y psicológica de emergencia, transporte de emergencia y alojamiento transitorio en condiciones dignas, y con enfoque diferencial, en el momento de la violación de los derechos o en el momento en el que las autoridades tengan conocimiento de la misma, en todo caso no podrán exceder de 72 horas para su entrega. Las víctimas de los delitos contra la libertad, integridad y formación sexual recibirán asistencia médica y psicológica especializada de emergencia.*

(...)

**ARTÍCULO 168. DE LAS FUNCIONES DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL PARA LA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS.**

(...)

*16. Entregar la asistencia humanitaria a las víctimas de que trata el artículo 47 de la presente ley, al igual que la ayuda humanitaria de emergencia de que trata el artículo 64, la cual podrá ser entregada directamente o a través de las entidades territoriales. Realizar la valoración de que trata el artículo 65 para determinar la atención humanitaria de transición a la población desplazada.*

(...)

Por su parte, el Decreto 4802 de 2011 Por el cual se establece la estructura de la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, determina en su artículo 3º como una función de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, la siguiente:

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>4</b> de <b>101</b>

9. Entregar la asistencia y ayuda humanitaria a las víctimas en los términos de los artículos 47, 64 y 65 de la Ley 1448 de 2011 y en las normas que la reglamenten.

Decreto 1084 de 2015 Sector de Inclusión Social y Reconciliación "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Inclusión Social y Reconciliación", establece en el artículo **2.2.6.5.1.1.:**

**ARTÍCULO 2.2.6.5.1.1. Objeto.** El presente Capítulo establece los criterios y procedimientos para la entrega de la atención humanitaria de emergencia y transición a las víctimas de desplazamiento forzado con base en la evaluación de los componentes de la subsistencia mínima.

Igualmente, fija los criterios técnicos para evaluar la superación de la situación de vulnerabilidad derivada del hecho victimizante de desplazamiento forzado, dentro de un proceso de retorno, reubicación en un lugar distinto al de recepción, o permaneciendo en el lugar de recepción.

**PARÁGRAFO 1.** Las víctimas de desplazamiento forzado, una vez incluidas en el Registro Único de Víctimas - RUV, acceden a la atención humanitaria mientras presenten carencias en la subsistencia mínima. Una vez superadas dichas carencias, y en concordancia con lo establecido en los artículos 2.2.7.4.6 y 2.2.7.4.7 del presente Decreto, serán priorizadas para el acceso a las medidas de reparación y particularmente a la medida de indemnización, así como a la oferta estatal aplicable para avanzar en la superación de la situación de vulnerabilidad. En todo caso, una vez superada la situación de vulnerabilidad la víctima continuará en el proceso de reparación hasta acceder a todas las medidas de este tipo a las que tiene derecho.

**PARÁGRAFO 2.** Para efectos de las poblaciones a que se refieren los decretos ley 4633, 4634 y 4635 de 2011, los criterios y procedimientos para la entrega de atención humanitaria y para la medición de la superación de la situación de vulnerabilidad serán definidos de conformidad con lo establecido en los mencionados decretos y demás normas relacionadas.

(Decreto 2569 de 2014, artículo 1)

**ARTÍCULO 2.2.6.5.1.2. Finalidad.** Las previsiones contenidas en este Capítulo están dirigidas a caracterizar la situación real de cada hogar víctima de desplazamiento forzado y, con base en ello, acompañar a los hogares en el acceso a las diferentes medidas, planes, programas y proyectos contemplados en la Ley [1448](#) de 2011, particularmente los relacionados con la atención humanitaria de emergencia y de transición, la superación de la situación de vulnerabilidad y la reparación integral, con el fin de garantizar el goce efectivo de los derechos de las víctimas de desplazamiento forzado, el mejoramiento de la calidad de vida, y la superación progresiva del estado de cosas inconstitucional declarado por la Corte Constitucional.

Para cumplir la finalidad prevista, la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas se valdrá del Modelo de Atención, Asistencia y Reparación Integral a las Víctimas - MAARIV y de los Planes

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>5</b> de <b>101</b>

de Atención, Asistencia y Reparación Integral - PAARI, además de las estrategias, mecanismos y herramientas que sean pertinentes.

Por otra parte, la Resolución 1645 de 2019 **“Por la cual se deroga la Resolución No. 1291 del 2 de diciembre de 2016 y se adopta el procedimiento y mecanismos técnicos y operativos de reconocimiento y entrega de la Atención Humanitaria de emergencia y transición a Víctimas de Desplazamiento forzado”**, en la cual se especifican las condiciones y se adopta el procedimiento, mecanismos técnicos y operativos de reconocimiento y entrega de la atención humanitaria en las etapas de emergencia y transición a las víctimas de desplazamiento forzado incluidas en el Registro Único de Víctimas — RUV, se establece:

*ARTÍCULO 2: Procedimientos para el trámite de las solicitudes de atención humanitaria. La Unidad para la Atención y Reparación Integral para las Víctimas, a través de la Dirección de Gestión Social y Humanitaria, contará con los siguientes procedimientos para el trámite de las solicitudes de atención humanitaria de emergencia y transición:*

*1. Procedimiento para primer año: Para atender a los hogares incluidos en el Registro Único de Víctimas - RUV, cuyo desplazamiento haya ocurrido dentro del año anterior a la fecha de la declaración. En estos casos se presumirá que el hogar presenta carencias graves en los componentes de alojamiento temporal y alimentación de su derecho a la subsistencia mínima y no será sujeto de identificación de carencias.*

*2. Procedimiento para identificación de carencias: Para tramitar las solicitudes de hogares incluidos en el Registro Único de Víctimas — RUV cuyo desplazamiento haya ocurrido hace más de un año contado a partir de la fecha de la solicitud.*

*ARTICULO 3: Solicitud de atención humanitaria. Las solicitudes de atención humanitaria se entenderán de la siguiente manera, según el procedimiento mediante el cual se tramiten:*

*1. Procedimiento para primer año: La inclusión en el Registro Único de Víctimas - RUV de los hogares cuyo desplazamiento haya ocurrido dentro del año anterior a la fecha de la declaración, será tomada como solicitud. Para estos casos la inclusión en el Registro Único de Víctimas - RUV bastará para activar la entrega de la atención humanitaria de emergencia.*

*Para aquellos casos en los que por novedades la valoración para la inclusión en el Registro Único de Víctimas — RIJV se realice en un término mayor al establecido en el artículo 156 de la Ley 1448 de 2011, no podrán transcurrir más de 12 meses entre la fecha de declaración y la fecha de inclusión para que aplique esta ruta.*

*2. Procedimiento para identificación de carencias: El requerimiento de atención humanitaria que realicen los hogares incluidos en el Registro Único de Víctimas - RUV por cualquiera de los canales de atención dispuestos por la Unidad para las Víctimas, cuyo desplazamiento haya ocurrido hace más de un año contado a partir de la fecha de la solicitud, aplicarán para el procedimiento de identificación de carencias y serán atendidos de acuerdo con el resultado del mismo.*

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>6</b> de <b>101</b>

*PARÁGRAFO 1. En aplicación del principio de participación conjunta establecido en el artículo 29 de la Ley 1448 de 2011, los hogares facilitarán a la Unidad para las Víctimas el acopio de información necesaria para conocer mejor su situación actual, sea mediante la consulta con registros administrativos o instrumentos de caracterización disponibles por la Red Nacional de Información — RNI de la Unidad para las Víctimas.*

*PARÁGRAFO 2: Para las solicitudes de atención humanitaria en donde no sea posible la aplicación de procedimiento de identificación de carencias, serán objeto de trámite a través de la Ruta de Trámite Especial y asignación de un giro de atención humanitaria por el valor que determine la Unidad con vigencia de 4 meses. Por esta ruta se tramitarán:*

- 1. Solicitudes de atención humanitaria que provengan de providencias judiciales en firme y en las que se ordene la entrega de los componentes de la atención humanitaria.*
- 2. Solicitudes de atención humanitaria que correspondan a víctimas en circunstancias excepcionales, valga decir, cuando no es posible efectuar el proceso de identificación de carencias, y su priorización para la entrega esté debidamente justificada y autorizada por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, a través de la Dirección de Gestión Social y Humanitaria.*

*En todo caso, las solicitudes que se tramiten por este procedimiento contarán con los debidos procesos de caracterización, acreditación y programación, incluyendo aspectos como la verificación del estado de inclusión en el RUV, plena identificación de la víctima, validación en las bases de fallecidos, ayudas vigentes y acceso a vivienda.*

*Los casos que se tramiten a través de la ruta de trámite especial, por tratarse de casos excepcionales que no cuentan con un proceso de medición de carencias efectivo serán comunicados a las víctimas de forma escrita en instancia administrativa o judicial según sea el caso.*

De acuerdo con la normatividad establecida al respecto, las medidas de asistencia a cargo de la Unidad están dirigidas a mitigar las condiciones de vulnerabilidad de las víctimas del conflicto armado interno, incluidas en el Registro Único de Víctimas RUV.

En este sentido, las medidas brindadas por la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria, contempladas en el proceso de Gestión para la Asistencia son:

- **Atención Humanitaria:** Orientada o dirigida a las víctimas de desplazamiento forzado.
- **Ayuda Humanitaria:** Orientada a las víctimas de hechos victimizantes diferentes al desplazamiento forzado.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>7</b> de <b>101</b>

Con respecto a la Atención Humanitaria, esta se otorga de acuerdo con dos etapas o temporalidades:

- **Atención Humanitaria de Emergencia:** Desplazamiento que haya ocurrido dentro del año anterior a la fecha de la declaración: Procedimiento Primer Año: Para estos casos la inclusión en el Registro Único de Víctimas - RUV bastará para activar la entrega de la atención humanitaria de emergencia.
- **Atención Humanitaria de Transición:** Desplazamiento que haya ocurrido hace más de un año contado a partir de la fecha de la solicitud: Procedimiento Identificación de Carencias

Con respecto a la Ayuda Humanitaria por afectación, a cargo de la Unidad, brindada a las víctimas de hechos diferentes al desplazamiento forzado, se brinda una sola vez por un monto máximo de 2 SMLV a las víctimas registradas en el RUV y cuya declaración debe realizarse en un tiempo no mayor a un año desde la ocurrencia del hecho.

Lo anterior se resume de manera gráfica como se muestra a continuación:



Fuente: Presentación SAAH

De acuerdo con lo anterior, a continuación, se presentan las cifras más significativas presentadas por la Subdirección en su informe de gestión 2024:

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

ATENCIÓN HUMANITARIA	HOGARES	COBRADOS EFECTIVAMENTE	DIFERENCIA
DE EMERGENCIA Y TRANSICIÓN	414.171		
GIROS	565.632	519.147	46.485
RECURSOS	\$ 345.872.665.000	\$ 318.501.420.000	\$ 27.371.245.000

Fuente: Datos reportados Informe de Gestión 2024

Como se puede observar en la tabla, la efectividad de cobro de los giros colocados para atención humanitaria, incluyendo las etapas de emergencia y transición, es del 91%, lo que demuestra la gestión realizada por el proceso con el fin de contactar a los beneficiarios e informar sobre la colocación, empleando los diferentes canales establecidos y a través de las diferentes campañas y seguimientos realizados, los cuales demuestran un resultado positivo de acuerdo con su propósito.

A continuación, se presenta la relación de forma específica, de los giros colocados, asociados a las etapas primer año (emergencia) y transición:

AH TRANSICIÓN (Superior a un año)	HOGARES
IDENTIFICACIÓN DE CARENCIAS	251.464
GIROS	330.243
RECURSOS	\$ 184.904.385.000

Fuente: Datos reportados Informe de Gestión 2024.

AH DE EMERGENCIA (Primer Año)	HOGARES
HOGARES PRIMER AÑO	158.554
GIROS	211.054
RECURSOS	\$ 146.530.840.000

Fuente: Datos reportados Informe de Gestión 2024.

Con respecto a la ayuda humanitaria entregada a las víctimas de hechos diferentes al desplazamiento forzado, se registra la siguiente información:

AYUDA HUMANITARIA (Hechos Diferentes al Desplazamiento Forzado)	HOGARES	COBRADOS EFECTIVAMENTE	DIFERENCIA
GIROS	6.733	6.028	705
RECURSOS	16.999.450.000	15.201.550.000	1.797.900.000

Fuente: Datos reportados Informe de Gestión 2024

En el caso de ayuda humanitaria, también se presenta una efectividad de cobro de casi el 90%, lo que refleja que la atención es entregada en un porcentaje importante con respecto a los giros colocados, teniendo en cuenta además que en este caso al proceso inicia con la solicitud de la víctima.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>9</b> de <b>101</b>

De acuerdo con lo reportado en el informe de gestión, los hechos con mayor recurrencia son: Amenaza (31,40%), Delitos contra la libertad e integridad sexual (28,35%) y Acto Terrorista (20,07%).

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

La tercera dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG Gestión Con Valores Para Resultados, tiene como propósito permitirle a la entidad realizar las actividades que la conduzcan a lograr los resultados propuestos y a materializar las decisiones plasmadas en su planeación institucional, en el marco de los valores del servicio público.

Dentro de esta dimensión se encuentra la Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos, la cual tiene como propósito 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.

Como resultado de la implementación de esta política, se obtiene la cadena de valor de la Entidad, la cual determina claramente la(s) cadena(s) de entrega (actuales mapas de procesos) más adecuada(s) para generar los resultados previstos en el Direccionamiento Estratégico y Planeación.

De acuerdo con el MIPG, 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.

Documentalmente, la descripción de cada uno de los procesos del mapa se desarrolla a través de una caracterización de proceso, que contempla las entradas, proveedores, salidas y clientes, para cada una de las actividades clave ejecutadas por el proceso, entre otras características propias del proceso.

En el caso del proceso objeto de la presente auditoría, Gestión para la Asistencia, contempla dentro de sus actividades clave, las siguiente:

- i. Analizar, tramitar las solicitudes y realizar la colocación de recursos a los registros viables por concepto de Atención Humanitaria y Ayuda Humanitaria.
- ii. Proyectar y sustanciar los actos administrativos, de acuerdo con el resultado del proceso de identificación de carencias en el marco del modelo de Subsistencia Mínima, con el fin de

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

informar a la población víctima de desplazamiento forzado la decisión adoptada frente a la solicitud de entrega la atención humanitaria y referente a la respuesta en sede de reposición.

Ahora bien, es importante tener presente que, a partir del marco normativo establecido en el Decreto 4802 de 2011 *“Por el cual se establece la estructura de la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.”*, en su artículo 20 se establecen las funciones de la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria, para este análisis se citan las siguientes:

*“1. Diseñar mecanismos eficaces y eficientes para asegurar que los destinatarios reciban la ayuda humanitaria completa y oportunamente.*

*2. Implementar los planes, programas y proyectos que en materia de ayuda, atención y asistencia humanitaria adopte la Unidad a nivel nacional, departamental, distrital y municipal, en cumplimiento de los artículos 64 y 65 de la Ley 1448 de 2011, en coordinación con las demás autoridades competentes.*

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

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

Lo anterior proporciona un marco general con respecto al quehacer del proceso y específicamente de la Subdirección, estas actividades clave, relacionadas en la caracterización, se desagregan y detallan documentalmente a través de los procedimientos, manuales e instructivos, los cuales se convierten en un criterio de auditoría para esta oficina y son susceptibles de evaluación y revisión, con el fin de validar su cumplimiento, ya que es allí donde además se establecen los requisitos y lineamientos normativos a tener en cuenta para desarrollar el objetivo del proceso y cada una de sus subdirecciones y grupos, de acuerdo con las funciones asignadas legalmente.

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

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>11</b> de <b>101</b>

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

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

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

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

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

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

En cuanto al artículo 4 "Elementos para el Sistema de Control Interno", se citan los aspectos que se deben implementar para orientar la aplicación del control interno, para este se considera el literal b) *Definición de políticas como guías de acción y procedimientos para la ejecución de los procesos.*

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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>12</b> de <b>101</b>



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.

Por consiguiente, la Oficina de Control Interno revisa la documentación asociada al proceso, específicamente a la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria, encontrando que cuenta a la fecha con los siguientes procedimientos, publicados en su página web y con base en los cuales se realiza la revisión en sitio, verificando su implementación.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página <b>13</b> de <b>101</b>

Nombre del Documento	Versión	Fecha de Actualización
PROCEDIMIENTO SOLICITUDES DE ATENCION HUMANITARIA	6	20/12/2024
INSTRUCTIVO PARA COBRO DE ATENCIÓN/AYUDA HUMANITARIA CON COMPROBANTES DE DOCUMENTO EN TRÁMITE.	4	18/11/2022
PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE Y COLOCACIÓN DE AYUDA HUMANITARIA PARA VÍCTIMAS DE HECHOS VICTIMIZANTES DIFERENTES AL DESPLAZAMIENTO FORZADO	4	04/05/2022
PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN HUMANITARIA EN LAS RUTAS DE PRIMER AÑO ÉTNICO E IDENTIFICACIÓN DE CARENCIAS A COMUNIDADES ÉTNICAS	1	23/02/2022
PROCEDIMIENTO PROYECCIÓN DE ACTOS ADMINISTRATIVOS DE ATENCIÓN HUMANITARIA MODELO INDIVIDUAL	4	04/05/2022
MANUAL OPERATIVO MODELO DE SUBSISTENCIA MÍNIMA - CONSULTAS DE INFORMACIÓN EN LA BASE DE DATOS DE SUBSISTENCIA MÍNIMA	1	23/09/2020
MANUAL PARA TRAMITE DE COLOCACIÓN Y NOVEDADES A PERSONAS CON DOCUMENTO NO VIGENTE "FALLECIDAS".	1	12/12/2019
IDENTIFICACIÓN DE CARENCIAS EN LA SUBSISTENCIA MÍNIMA	6	23/06/2021
MANUAL OPERATIVO DE IDENTIFICACIÓN DE CARENCIAS EN LA SUBSISTENCIA MÍNIMA EN COMUNIDADES Y PUEBLOS ÉTNICOS	1	23/02/2022
INSTRUCTIVO PARA EL TRAMITE DE ACTOS ADMINISTRATIVOS	3	04/05/2022

Fuente propia

Para llevar a cabo la prueba de recorrido con respecto al cumplimiento e implementación de los lineamientos y actividades establecidas en procedimientos asociados a la Subdirección, se toma una muestra de dos (2) procedimientos para realizar la verificación.

Los procedimientos seleccionados fueron los siguientes:

- i. Procedimiento Solicitudes de Atención Humanitaria
- ii. Procedimiento de Trámite y Colocación de Ayuda Humanitaria para Víctimas de Hechos Victimizantes Diferentes al Desplazamiento Forzado

Las visitas realizadas al proceso se llevaron a cabo los días 21, 22, 23 y 27 de octubre de la presente vigencia, de acuerdo con la disponibilidad de tiempo del Equipo Auditor y del auditado.

Es importante tener en cuenta que los procedimientos diseñados y aprobados dentro de los procesos hacen parte de los criterios de auditoría a tener en cuenta por parte de la Oficina de Control Interno, ya que desarrollan los lineamientos, actividades, etapas y normatividad aplicable para el desarrollo de las funciones y propósito de estos.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>14</b> de <b>101</b>

Los procedimientos seleccionados corresponden a las actividades más importantes desarrolladas en la Subdirección, por lo tanto, representan el quehacer del proceso en lo que a asistencia humanitaria se refiere y contienen el paso a paso, criterios de operación, requisitos y normatividad asociada en cada caso.

Como resultado de la revisión de los procedimientos y verificación de su cumplimiento se puede establecer que son documentos muy completos que describen las actividades a desarrollar en lo que corresponde a la atención y ayuda humanitaria, lo que se considera una fortaleza, dado que en parte garantizan la gestión del conocimiento y la estandarización de las tareas a ejecutar.

Sin embargo, algunas actividades y controles aplicados por los profesionales, los cuales requieren un amplio conocimiento técnico y experiencia de su parte con respecto al manejo de bases de datos y herramientas ofimáticas, las cuales resultan altamente relevantes y complejas, no se encuentran documentadas, por lo tanto se sugiere validar para cuáles de ella aplicaría la elaboración de procedimientos o instructivos, o la inclusión dentro de los documentos ya establecidos, con el fin de que se garantice la continuidad del conocimiento y la operación del proceso.

En este sentido, es importante tener presente que, aun cuando la normatividad no establece una periodicidad para la actualización de los documentos asociados a un proceso, dado que dicha actualización debe darse en el momento en el que se presente algún cambio o ajuste con respecto a las actividades desarrolladas o en el marco jurídico y requisitos en los que se basa el documento (procedimiento, instructivo, manual, etc.); es importante revisar de manera periódica dichos documentos, de tal forma que se garantice su pertinencia y adecuación, de acuerdo con los posibles cambios presentados. De acuerdo con la tabla, en su mayoría, los documentos asociados al proceso presentaron su última actualización en 2022, por lo que resulta pertinente realizar su revisión de manera general y realizar los ajustes que corresponda, en los casos que aplique.

Como resultado de lo anterior y de la revisión de documentos y registros asociados a la gestión del proceso, a continuación, se presentan las Debilidades identificadas.

### **DEBILIDAD N°1**

De acuerdo con el reporte enviado por el Grupo de Servicio al Ciudadano, el cual es comunicado a todas las dependencias, con corte a 04 de noviembre de 2025, la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria cuenta con 58 PQR'S en estado "Vencido", es decir, se encuentran por fuera de los términos establecidos para dar respuesta; entre las solicitudes reportadas se encuentran las siguientes: 8405805 del 22/01/2025, 8481518 del 13/03/2025, 8483708 del 14/03/2025, 8614218 del 09/06/2025 y 8628329 del 16/06/2025. incumpliendo de esta manera con el artículo 14 de la Ley 1755 de 2015, el cual establece: "Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. Salvo norma legal especial y so pena de sanción disciplinaria, toda petición deberá

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

resolverse dentro de los quince (15) días siguientes a su recepción. Estará sometida a término especial la resolución de las siguientes peticiones:

1. *Las peticiones de documentos y de información deberán resolverse dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción. Si en ese lapso no se ha dado respuesta al peticionario, se entenderá, para todos los efectos legales, que la respectiva solicitud ha sido aceptada y, por consiguiente, la administración ya no podrá negar la entrega de dichos documentos al peticionario, y como consecuencia las copias se entregarán dentro de los tres (3) días siguientes.*
2. *Las peticiones mediante las cuales se eleva una consulta a las autoridades en relación con las materias a su cargo deberán resolverse dentro de los treinta (30) días siguientes a su recepción"; lo anterior, de acuerdo con información confirmada en la entrevista realizada al líder del equipo el día 29 de abril de la presente vigencia y el reporte enviado por esta misma dependencia el 02/05/2025.*

Con respecto a lo anterior, se sugiere validar y acogerse a las medidas establecidas en la ley para ampliar los términos, en los casos que sea posible y de esta manera contar con un tiempo razonable, dada la naturaleza de las solicitudes radicadas.

Es importante tener en cuenta que este reporte incluye solamente las solicitudes radicadas por medio del canal escrito y tramitadas a través del aplicativo LEX; adicionalmente, que en el reporte fueron filtrados los temas "Atención Humanitaria SM" y "Ayuda Humanitaria Hechos Diferentes a Desplazamiento Forzado".

Mediante correo electrónico enviado el martes 11 de noviembre de 2025 a las 7:30 a.m. se le comunica a la Doctora, Karol Vanessa Ortigoza karol.ortigoza@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado el primer grupo de debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor a la gestión del proceso. En este comunicado 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 recibirá hasta el miércoles 19 de noviembre de 2025 a las 5:00 p.m.

Transcurrido el plazo otorgado, la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria no presentó consideraciones ni documentación adicional que sustentara una aclaración o justificación frente al hallazgo señalado. Por lo tanto, la debilidad identificada se mantiene en el informe final de auditoría.

## **DEBILIDAD N°2**

Se evidencia en el normograma publicado en la página de la Entidad, en la pestaña Decreto, para el proceso Gestión para la Asistencia, los Decretos: 605 "Por el cual se reglamenta la ley 142 de 1994 en relación con la prestación del servicio público domiciliario de aseo" y 2069 "Por medio del cual se reglamenta parcialmente la Ley 418 de 1997"; de acuerdo con lo anterior y consultadas las normas en mención, no se evidencia relación del contenido de estas, con las funciones y actividades desarrolladas en el

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>16</b> de <b>101</b>

proceso, por su parte, en la pestaña Resoluciones, se relaciona la Resolución 1645 "Por la cual se deroga la resolución 1291 de 2016 y se adopta el procedimiento y mecanismo técnico y operativo de reconocimiento y entrega de atención humanitaria de emergencia y transición a víctimas de desplazamiento forzado", sin embargo, se encuentra relacionada para el proceso "Gestión Interinstitucional"; por lo tanto no es posible identificar con claridad y certeza la normatividad aplicable al proceso y por ende los requisitos legales a tener en cuenta en la ejecución de sus actividades y procedimientos.

Es importante tener en cuenta que, si bien corresponde a un documento consolidado y publicado por la Oficina Asesora Jurídica, el líder de cada proceso es el responsable de asegurar que la normatividad asociada a su proceso se encuentre actualizada, así como de solicitar la inclusión o derogación de normas en los casos que aplique.

Lo anterior se encuentra establecido en el Procedimiento Identificación y Verificación de Requisitos Legales, generado por el proceso Gestión Jurídica, así mismo, en concepto de la Dirección Jurídica del Departamento Administrativo de la Función Pública 048371 de 2021, se concluye lo siguiente: "(...) 1. Con el objeto de dar eficaz cumplimiento al mandato legal de enmarcar la actuación administrativa en las disposiciones de todo el ordenamiento jurídico, las entidades deberán contar con una herramienta que les permita determinar el marco legal vigente en el que deben fundamentar sus unciones, obligaciones, responsabilidades y compromisos (...)"; por lo tanto este es el documento que permite conocer a las partes interesadas, incluidos los mismos colaboradores del proceso, así como al Equipo Auditor, el marco normativo y requisitos legales aplicables a la ejecución de sus actividades.

Mediante correo electrónico enviado el martes 11 de noviembre de 2025 a las 7:30 a.m. se le comunica a la Doctora, Karol Vanessa Ortigoza karol.ortigoza@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado el primer grupo de debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor a la gestión del proceso. En este comunicado 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 recibiría hasta el miércoles 19 de noviembre de 2025 a las 5:00 p.m.

Transcurrido el plazo otorgado, la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria no presentó consideraciones ni documentación adicional que sustentara una aclaración o justificación frente al hallazgo señalado. Por lo tanto, la debilidad identificada se mantiene en el informe final de auditoría.

### **DEBILIDAD N°3**

En visita realizada al proceso el 21 de octubre en la que se inició la validación del procedimiento "Solicitudes de Atención Humanitaria", no se evidenció la remisión de la solicitud a la SRNI (Subdirección Red Nacional de Información), de los hogares que resultaron con clasificación "Hogar para caracterizar", para las solicitudes analizadas y tramitadas correspondientes al 16 de mayo de 2024, de acuerdo con lo establecido en el procedimiento en mención, en la actividad No 6.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>17</b> de <b>101</b>

Se confirmó que en estos casos se registra dicha observación como insumo para dar respuesta parcial al peticionario en el aplicativo utilizado por la unidad, sin embargo, no es posible evidenciar que se hubiera gestionado la entrevista y que como resultado de la misma se hubiera dado respuesta de fondo al solicitante. De acuerdo con lo anterior no se ejecuta seguimiento a la aplicación de la entrevista, ni se conoce si finalmente se dio respuesta de fondo al usuario, para estos casos en particular.

Para las solicitudes consultadas en la visita, no se pudo evidenciar que se hubiera ejecutado finalmente la entrevista y dado respuesta de fondo al usuario; es importante tener presente que el proceso de “Atención Humanitaria” implica en algunos casos la ejecución de este paso o requisito (aplicación de la entrevista de caracterización) y por tanto se requiere su ejecución para dar respuesta al solicitante, aun cuando sean diferentes dependencias las involucradas.

Mediante correo electrónico enviado el martes 11 de noviembre de 2025 a las 7:30 a.m. se le comunica a la Doctora, Karol Vanessa Ortigoza karol.ortigoza@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado el primer grupo de debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor a la gestión del proceso. En este comunicado 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 recibirá hasta el miércoles 19 de noviembre de 2025 a las 5:00 p.m.

Transcurrido el plazo otorgado, la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria no presentó consideraciones ni documentación adicional que sustentara una aclaración o justificación frente al hallazgo señalado. Por lo tanto, la debilidad identificada se mantiene en el informe final de auditoría.

### **OBSERVACIÓN N° 1**

Al revisar las actividades y paso a paso del procedimiento “Gestión para la Asistencia” se evidencia que aplica para la atención humanitaria en la etapa de transición, es decir desplazamiento posterior a un año. Se sugiere aclarar en el documento este aspecto, explicando cómo es el proceso para la etapa de atención humanitaria de emergencia (primer año de desplazamiento) y en qué casos aplica la identificación de carencias, la cual como tal no corresponde a una ruta sino a una metodología o procedimiento que aplica como paso inicial en la fase de transición.

Es recomendable revisar y actualizar el procedimiento, teniendo en cuenta que hace referencia a la "Atención Humanitaria", que como tal incluye las etapas a cargo del proceso Gestión para la Asistencia: Atención Humanitaria de Emergencia (no aplica solicitud ni los demás pasos del procedimiento) y Atención Humanitaria de Transición, sin embargo, en el documento no es claro qué pasos y requisitos aplican en cada caso, así como las temporalidades: Emergencia (primer año), Transición (superior a un año); es decir, se sugiere aclarar el procedimiento contemplando los

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>18</b> de <b>101</b>

lineamientos y conceptos establecidos en la Resolución 1645 de 2019, con el fin de que sea de más fácil comprensión para el lector del documento y se maneje un mismo lenguaje, en concordancia con la normatividad vigente.

### **OBSERVACIÓN N° 2**

Validar los riesgos que implica que diferentes profesionales ingresen, realicen consultas y ajustes en el aplicativo SM con el mismo usuario; en este sentido es importante revisar las razones por las cuales se tiene la necesidad de acceder al aplicativo empleando el mismo usuario y los posibles riesgos o implicaciones que esto conlleva con respecto a los lineamientos y normatividad asociados a seguridad de la información, se sugiere gestionar la asignación de usuarios para todos los profesionales que requieran acceder al aplicativo.

### **OBSERVACIÓN N° 3**

Establecer y materializar estrategias para la depuración de los casos que presentan condiciones especiales y que deben ser subsanados, ya que aún continúan apareciendo en el listado con giros pendientes, pero no pueden ser seleccionados para colocación teniendo en cuenta que presentan alguna condición o restricción que lo impide. Sin embargo, aún no se ha realizado el análisis y proceso correspondiente para determinar si realmente aplican o no para la colocación de giros. En el proceso de auditoría se expone que no se ha contado con la capacidad de personal para realizar la depuración, sin embargo, esta situación también puede implicar reprocesos y pérdida de tiempo al tener que validar personas para las que no aplica la colocación o errores en su aprobación.

### **OBSERVACIÓN N° 4**

Implementar estrategias de gestión del conocimiento dentro del proceso, de tal manera que las funciones, actividades y procedimientos que requieren verificaciones muy técnicas y de gran relevancia ya que implican la ejecución de controles, sean conocidos y manejados por diferentes colaboradores del equipo, con el fin de que se garantice la continuidad de la operación y el manejo de la información por los diferentes integrantes del proceso.

### **OBSERVACION N° 5**

Documentar los controles adicionales implementados en los diferentes procedimientos y actividades, que aún no se ven reflejados de forma específica en la documentación; con el fin de garantizar su permanencia e implementación de manera oficial, como, por ejemplo, los controles asociados a evitar la modificación de las bases de datos que son enviadas al operador para la colocación de pagos.

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

## 5.2 ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN EL PROCESO GESTIÓN PARA LA ASISTENCIA.

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 Gestión para la Asistencia 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 (...)*” (cursiva fuera de texto).

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

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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>20</b> de <b>101</b>

### **5.2.1 Sistema de Control Interno por la variable modelo de medición (indicadores diferentes al plan de acción) del proceso Gestión para la Asistencia.**

El Equipo Auditor examina indicadores diferentes a los establecidos en el plan de acción que hace parte de los 18 planes con los cuales cuenta la entidad. El propósito es determinar si el proceso posee y reconoce un sistema de medición diferente a las metas del plan de acción y con ello le permita tener una herramienta gerencial de las actividades institucionales.

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

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

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

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

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

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

Dentro del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional en su versión 6, dentro de la 2ª. Dimensión; Direccionamiento

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>21</b> de <b>101</b>

Estratégico y Planeación en el numeral 2.2 Política de Planeación institucional, en el numeral 4° de los lineamientos generales para la implementación de la política, se tiene que:

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

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

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

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

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

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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>22</b> de <b>101</b>

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

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

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

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

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

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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>23</b> de <b>101</b>

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de los indicadores de gestión, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – indicadores, mediante correo electrónico del jueves 21 de agosto de 2025 a las 11:05 a.m. La auditada da respuesta mediante correo electrónico del viernes 5 de septiembre de 2025 a las 9:23 a.m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

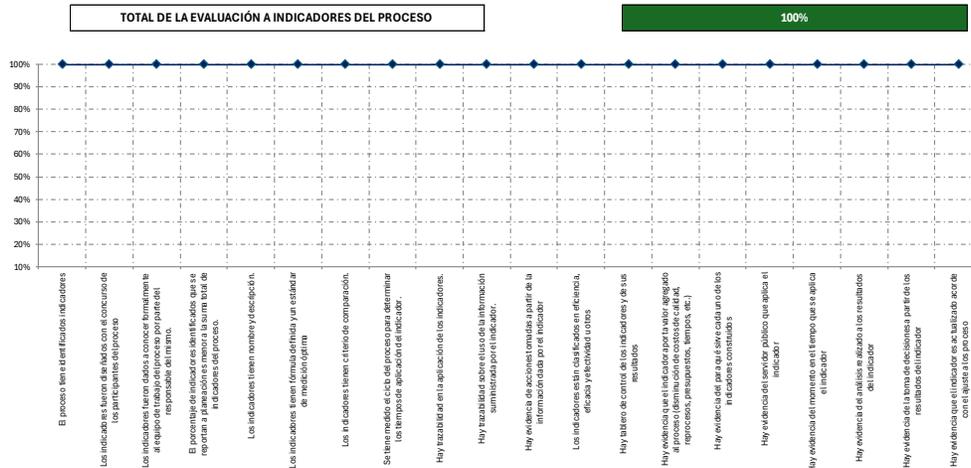
El Equipo Auditor, a través de la matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de indicadores definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del Sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales b), c), d), e), g)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

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

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

---

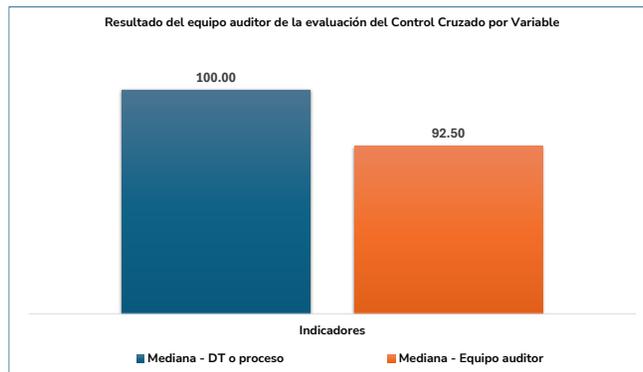
<sup>1</sup> La escala de Likert es una de las escalas más utilizadas en investigación en ciencias sociales. Ofrecen un sistema de clasificación simple que es común a las encuestas de todo tipo. La escala se llama así por el psicólogo que lo creó, Rensis Likert. Un uso común de la escala de Likert es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



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 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 – indicadores corresponde a 93 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 7 puntos respecto de la calificación del proceso auditado y de 7 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 Gestión para la Asistencia correspondientes al primer y segundo semestre de 2024, donde se realiza un análisis cruzado de los valores y porcentajes obtenidos en ambas herramientas, en la cual se establece la valoración a través de la aplicación de la mediana, ello implica una diferencia 7.5 puntos en la variable "Indicador", toda vez que el resultado de la valoración del auditado es de 100 y la del Equipo Auditor de 92.50. Lo que significa que "Hay evidencia de un sistema de medición en plane producción que sustenta

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

la toma de decisiones, que es inherente al proceso, actualizado y socializado adecuadamente". (Información tomada resultado papel de trabajo de la 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. Estos indicadores son de común conocimiento de los directivos dado a lo ordenado en la Ley 909 de 2004. Teniendo en cuenta la información reportada por el proceso Gestión para la Asistencia, se identificó la existencia de indicadores de gestión distintos a los registrados en SISGESTIÓN 2.0. Estos indicadores adicionales se encuentran descritos en las evidencias aportadas, las cuales permiten observar de manera cuantitativa el comportamiento, avance y desempeño del proceso, complementando la información registrada en el sistema institucional.

Con base en el análisis efectuado, el proceso Gestión para la Asistencia, no evidencia debilidad en los indicadores asociados a la evaluación del Sistema de Control Interno.

Sin embargo, en coherencia con los lineamientos del subsistema de Evaluación y Seguimiento del Modelo Estándar de Control Interno MECl, se recomienda fortalecer los instrumentos de monitoreo y control sobre los indicadores adicionales al plan de acción. Dicha acción permitirá garantizar la disponibilidad de información confiable, relevante y oportuna que sustente de manera efectiva los procesos de retroalimentación, evaluación del desempeño de la gestión y la toma de decisiones al interior del proceso, promoviendo así la mejora continua y la consolidación con la gestión institucional.

### **5.2.2 Sistema de Control Interno por la variable modelo riesgos del Proceso Gestión para la Asistencia (Riesgos de gestión diferentes al mapa de riesgos institucional).**

El Equipo Auditor examina los riesgos adicionales a aquellos identificados en el mapa de riesgos institucional y la gestión desplegada en la aplicación de la metodología institucional para el manejo 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 Gestión para la Asistencia en 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.*

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>26</b> de <b>101</b>

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

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

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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>27</b> de <b>101</b>

DAPF a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión 2023 V6, en la pagina 36:

*Esta es una tarea propia del equipo directivo y se debe hacer desde el ejercicio de Direccinamiento 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 6, 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: Direccinamiento 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.*

 <p>Unidad para las <b>Víctimas</b></p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>28</b> de <b>101</b>

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.*

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>29</b> de <b>101</b>

- *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.*

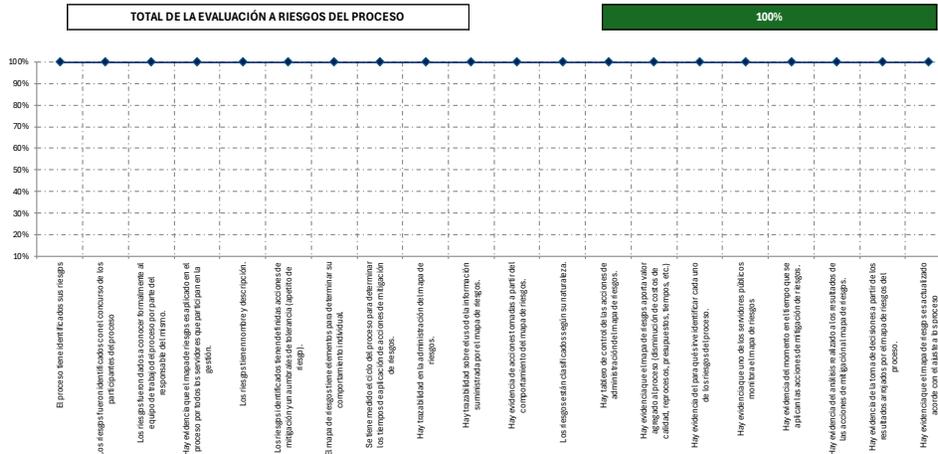
Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de la gestión del riesgo, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – riesgos, mediante correo electrónico del jueves 21 de agosto de 2025 a las 11:05 a.m. La auditada da respuesta mediante correo electrónico del viernes 5 de septiembre de 2025 a las 9:23 a.m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

El Equipo Auditor, a través de la matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de 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<sup>2</sup>. El proceso Gestión para la Asistencia 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:

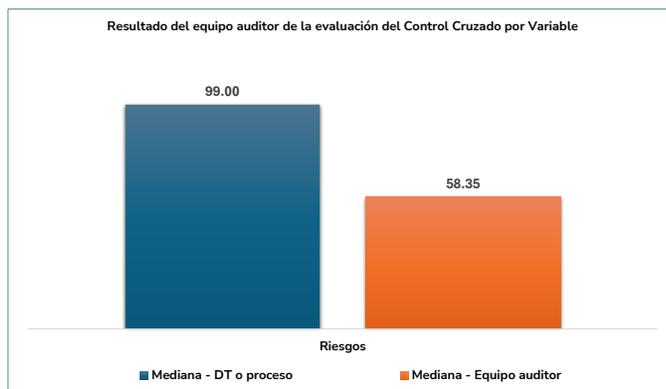
<sup>2</sup> La escala de Likert es una de las escalas más utilizadas en investigación en ciencias sociales. Ofrecen un sistema de clasificación simple que es común a las encuestas de todo tipo. La escala se llama así por el psicólogo que lo creó, Rensis Likert. Un uso común de la escala de Likert es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



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 100% 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 – riesgos corresponde a 50 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 50 puntos respecto de la calificación del auditado y de 50 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 Gestión para la Asistencia 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 40.65 puntos en la variable “Riesgos”, toda vez que el resultado de la valoración del auditado es de 99.00 y la del Equipo

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>31</b> de <b>101</b>

Auditor de 58.35. Lo que significa que *“Hay evidencia de un mapa de riesgo en formación y con indicios de administración de los mismos. No obstante, falta que el mapa de riesgos y la administración de estos sea reconocida como fuente de información que soporte la toma de decisiones).*

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 cotidianamente se presentan como temas de *sustracción, seguridad de la información, incumplimiento de funciones* por solo citar algunos ejemplos.

Por otro lado, en la solicitud realizada para el cargue de evidencias que aporten documentalmente respuesta a la matriz denominada *“Herramienta Evaluación Sistema de Control Interno – SCI”*, instrumento mediante el cual se realiza el análisis del SCI, fue solicitado el cargue de evidencias para 5 de las 20 preguntas de la variable *“Riesgos”*, las cuales no cuentan con evidencias que den respuesta de manera completa y precisa a los criterios de evaluación establecidos.

Por ejemplo, frente a la pregunta 18, referida a la existencia del análisis realizado a los resultados de las acciones de mitigación al mapa de riesgos se aporta el Acta No. 02 del 25 de noviembre de 2024, mediante la cual se aprueba el Mapa de Riesgos para el proceso Gestión para la Asistencia correspondiente a la vigencia 2025, de acuerdo con la metodología de administración de riesgos definida por la UARIV. Si bien, este documento acredita la culminación del proceso de actualización de riesgos, no se evidencia el análisis detallado que sustente el diseño de los controles o de las acciones de mitigación a los riesgos identificados. De igual manera, en relación con la pregunta No. 19, orientada a verificar la existencia de evidencia sobre la toma de decisiones derivadas de los resultados del mapa de riesgos del proceso, se aportó el documento en Excel que contiene los riesgos aprobados para el proceso Gestión para la Asistencia. Sin embargo, no se observan registros o documentos que demuestren las decisiones adoptadas a partir del análisis de los resultados, tales como actas, planes de mejora, hojas de ruta o reportes de seguimiento por parte del líder del proceso.

En consecuencia, se evidencia una debilidad en la trazabilidad y documentación del análisis y uso de los resultados de la gestión del riesgo, lo cual puede limitar la efectividad del Subsistema de Evaluación y Seguimiento del MECI, así como la capacidad del proceso en el fortalecimiento interno de la gestión del riesgo. Por lo anterior, el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno califica como debilidad del sistema de control interno en el componente gestión de riesgos del auditado de la siguiente manera:

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>32</b> de <b>101</b>

#### **DEBILIDAD N°4**

La ausencia de un análisis integral y documentado del mapa de riesgos que consolide no solo los riesgos identificados en el instrumento institucional sino también aquellos inherentes a la gestión del proceso y los que se desprenden de normas aplicables a la gestión, lo cual no está conforme con la Ley 87 de 1993 artículo 2° referente a los objetivos del sistema de Control Interno, donde se dispone en los literales a) y f), el Decreto 1083 de 2015 en los artículos 2.2.21.3.1 y 2.2.21.5.4, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión en las dimensiones señaladas en este acápite del informe y lo dispuesto en lo pertinente en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas Versión 6. Lo anterior se fundamenta en que el proceso Gestión para la Asistencia aportó evidencias que no dan certeza sobre la trazabilidad, análisis y documentación del uso de los resultados de la gestión del riesgo, lo cual limita la capacidad del proceso para generar una retroalimentación efectiva, seguimiento oportuno y fortalecimiento del control interno y, por lo tanto, la posibilidad de materialización del riesgo negativo que tiene un impacto en el logro de los objetivos institucionales, dado que no se tiene una herramienta de gestión que brinde información del quehacer funcional del proceso en tiempo real y que permita la toma de decisiones informada.

Mediante correo electrónico enviado el martes 11 de noviembre de 2025 a las 7:30 a.m. se le comunica a la Doctora, Karol Vanessa Ortigoza karol.ortigoza@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado el primer grupo de debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor a la gestión del proceso. En este comunicado 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 recibirá hasta el miércoles 19 de noviembre de 2025 a las 5:00 p.m.

Transcurrido el plazo otorgado, la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria no presentó consideraciones ni documentación adicional que sustentara una aclaración o justificación frente al hallazgo señalado. Por lo tanto, la debilidad identificada se mantiene en el informe final de auditoría.

#### **5.2.3 Sistema de Control Interno por la variable Modelo de control del Proceso Gestión para la Asistencia.**

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 Gestión para la Asistencia en el cumplimiento de los objetivos

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>33</b> de <b>101</b>

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.*

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>34</b> de <b>101</b>

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

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

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) aborda desde las diferentes dimensiones los aspectos fundamentales del sistema de control. En este escenario, el modelo no se circunscribe a los puntos de control de los procesos y procedimientos identificados e inscritos en un mapa de procesos institucional, dado que en toda actividad se debe identificar los controles que le son 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. Marco Conceptual del Control Interno 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 Dirección 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:

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>35</b> de <b>101</b>

- *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 56 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 (...)”.*

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>36</b> de <b>101</b>

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

*“El objetivo del MECl 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).”<sup>3</sup>*

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de los modelos de control de gestión, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – control, mediante correo electrónico del jueves 21 de agosto de 2025 a las 11:05 a.m. La auditada da respuesta mediante correo electrónico del viernes 5 de septiembre de 2025 a las 9:23 a.m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

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

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

Por lo anterior, el Equipo Auditor aplica al proceso Gestión para la Asistencia el papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – control el cual tiene veinte (20) afirmaciones

<sup>3</sup> DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, Manual Operativo MIPG, Bogotá, p-137.



Unidad para las Víctimas

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

Código: 150,19,15-8

PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

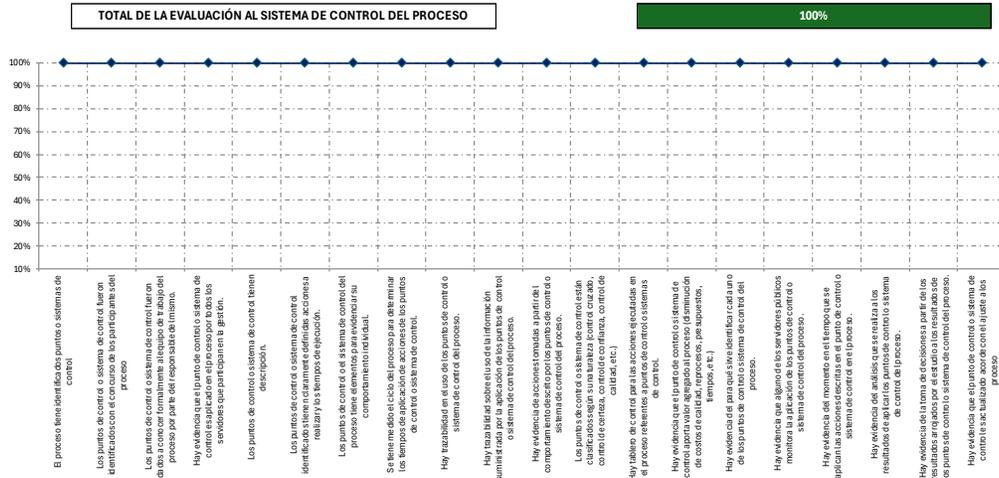
Versión: 08

PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO

Fecha: 25/10/2022

Página 37 de 101

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



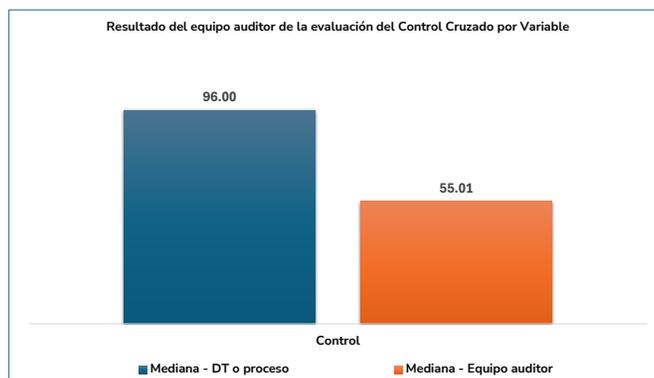
Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión. Fuente propia OCI

Como se observa, la calificación que se da en proceso Gestión para la Asistencia corresponde a 100 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 77 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 23 puntos respecto de la calificación del auditado y 23 del máximo posible (100 puntos).

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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>38</b> de <b>101</b>



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 Gestión para la Asistencia 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 40.99 puntos en la variable “Control”, toda vez que el resultado de la valoración del proceso Gestión para la Asistencia es de 96.00 y la del Equipo Auditor de 55.01. El Equipo Auditor analiza las evidencias del Sistema de Control Interno (SCI), las cuales no se observa la existencia de controles complementarios a los establecidos formalmente en los puntos de control definidos por los instrumentos de gestión de la entidad. Esto indica que *“Hay evidencia de un modelo de control que se soporta en el uso de puntos de control u otro mecanismo válido. No obstante, falta que este mecanismo de control sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones”*. (Información tomada resultado papel de trabajo).

A partir del análisis de las evidencias aportadas en las autoevaluaciones de los dos semestres del 2024 en el componente “Gestión del Control” se observa que el auditado presentó documentos que se centran exclusivamente en los seguimientos realizados a los riesgos registrados en el mapa de riesgos institucional, sin que se evidencien otros controles asociados a la gestión operativa o estratégica propia del proceso. Además, frente a la afirmación No. 3, no aporta evidencias que demuestren que se dieron a conocer al equipo de trabajo los puntos de control o el sistema de control de sus procesos. Esta situación refleja falencias en el compromiso del líder respecto a la concientización, apropiación e implementación de controles efectivos que promuevan el fortalecimiento del Sistema de Control Interno.

Si bien, como resultado de la aplicación de la herramienta en mención, se identificó una falencia con respecto a la variable de control, la cual se analizó en su momento con base en las evidencias aportadas en el proceso de auditoría por parte del auditado, como soporte al diligenciamiento de la herramienta; es importante resaltar que en el proceso de auditoría correspondiente a la validación

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>39</b> de <b>101</b>

en campo, realizada a los procedimientos seleccionados, mencionados con anterioridad, fue posible evidenciar la ejecución de controles en el desarrollo de las actividades y de acuerdo con los puntos críticos del proceso, como validación de bases de datos, cumplimiento de requisitos de las víctimas, de acuerdo con los criterios del procedimiento, previo a la colocación del pago, sumatoria de valores en los archivos planos generados para pago, a remitir al proveedor, entre otros, por lo que en este sentido no se genera debilidad al proceso.

#### **5.2.4 Sistema de Control Interno por la variable modelo de mejora o valor agregado del proceso Gestión para la Asistencia.**

El Equipo Auditor examina el modelo de mejora o valor agregado que aplica el proceso Gestión para la Asistencia en la misión 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 el auditado para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. El propósito es determinar si el auditado 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:

 <p>Unidad para las <b>Víctimas</b></p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>40</b> de <b>101</b>

*“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.”*

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>41</b> de <b>101</b>

*“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 11:05 a.m. La auditada da respuesta mediante correo electrónico del viernes 5 de septiembre de 2025 a las 9:23 a.m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>42</b> de <b>101</b>

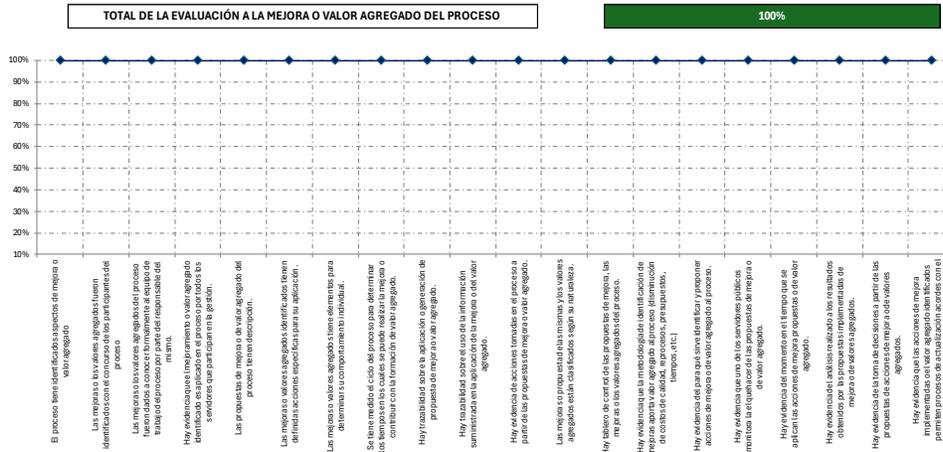
El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de mejora o valor agregado en concordancia con las características del sistema de control interno definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos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

Los resultados obtenidos a través de la aplicación del papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – mejora o valor agregado el cual tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert<sup>5</sup>. El proceso Gestión para la Asistencia 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:

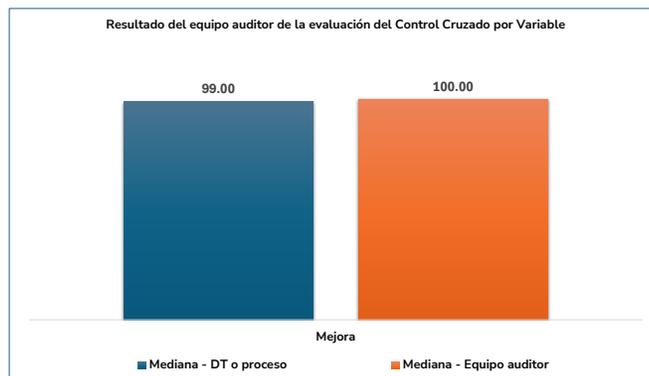
<sup>5</sup> La escala de Likert es una de las escalas más utilizadas en investigación en ciencias sociales. Ofrecen un sistema de clasificación simple que es común a las encuestas de todo tipo. La escala se llama así por el psicólogo que lo creó, Rensis Likert. Un uso común de la escala de Likert es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



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 100 de 100 posibles. Ello implica que no se presentan diferencias.



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 de proceso Gestión para la Asistencia 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 1 punto en la variable “Mejora o Valor Agregado”, toda vez que el resultado de la valoración del proceso Gestión para la Asistencia es de 99 y la del Equipo Auditor de 100. Lo que significa que “Hay evidencia que el modelo de mejoramiento o valor agregado pasa del nivel de propuestas al de acciones, lo que permite sustentar la toma

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>44</b> de <b>101</b>

de decisiones, que son inherentes al proceso, actualizado y socializado adecuadamente”. (Información tomada resultado papel de trabajo).

Por lo anterior, el proceso Gestión para la Asistencia en el análisis del modelo mejora o valor agregado correspondientes a la evaluación del Sistema de Control Interno, no presenta debilidad.

### **5.2.5 Sistema de Control Interno por la variable Modelo de Seguimiento del proceso Gestión para la Asistencia.**

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 Gestión para la Asistencia 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”.

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*

 <p>Unidad para las <b>Víctimas</b></p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>45</b> de <b>101</b>

*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 6, se 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”.*

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>46</b> de <b>101</b>

*“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, Eje 1 Herramientas de apropiación y analítica pública señala que:

*“El propósito de este eje se centra en la generación, organización y apropiación del conocimiento a partir de datos e información inicial, en sistemas que sean usados y aplicados de manera continua por las y los servidores públicos de la entidad. La transformación de datos crudos en conocimiento estratégico es fundamental para fortalecer la toma de decisiones, la creación de políticas públicas y la mejora de los procesos operativos dentro de las entidades públicas.”*

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

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

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

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

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

Adicionalmente, en la misma Dimensión 7º Control Interno, en Lineamientos generales de implementación, Implementar las actividades de monitoreo y supervisión continua en la entidad, se establece:

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>47</b> de <b>101</b>

*“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 del jueves 21 de agosto de 2025 a las 11:05 a.m. La auditada da respuesta mediante correo electrónico del viernes 5 de septiembre de 2025 a las 9:23 a.m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

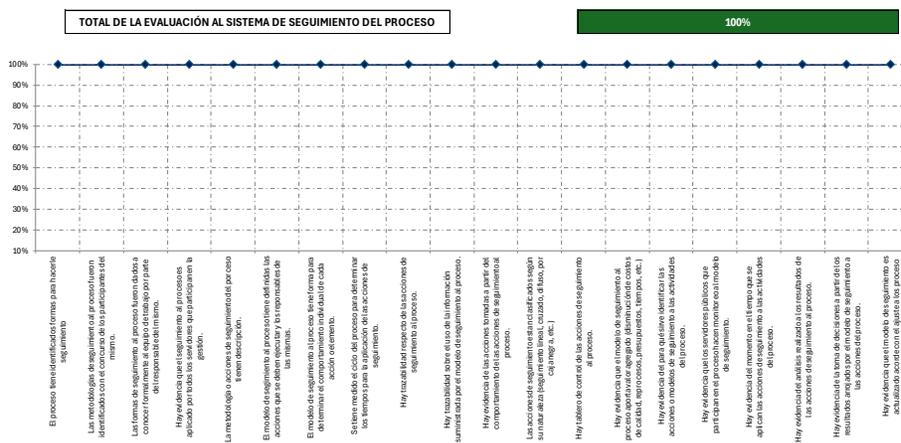
El Equipo Auditor, a través de la matriz citada, como papel de trabajo diseñado para determinar el nivel de madurez del modelo de control y seguimiento definidos en la Ley 87 de 1993 referente a

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página <b>48</b> de <b>101</b>

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 3º literales a) El Sistema de Control Interno forma parte integrante de los sistemas contables, financieros, de planeación, de información y operacionales de la respectiva entidad; y c) En cada área de la organización, el funcionario encargado de dirigirla es responsable por control interno ante su jefe inmediato de acuerdo con los niveles de autoridad establecidos en cada entidad.

Por lo anterior, el Equipo Auditor aplica al proceso Gestión para la Asistencia el papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – seguimiento el cual tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert<sup>6</sup>. El auditado responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz así:



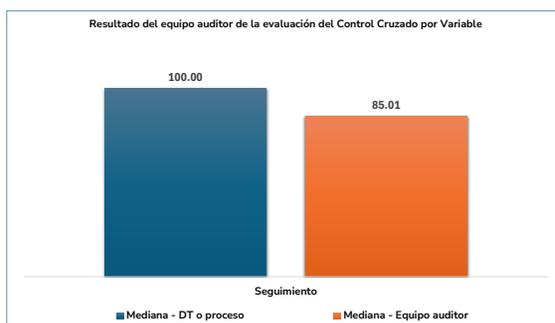
Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión. Fuente propia OCI

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

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>49</b> de <b>101</b>

Como se observa, la calificación que se da el auditado corresponde a 100 puntos de 100 posibles. El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – seguimiento corresponde a 70 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 30 puntos respecto de la calificación de auditado y de 30 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 Gestión para la Asistencia 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 14.99 puntos en la variable “Seguimiento”, toda vez que el resultado de la valoración del grupo auditado es de 100 y la del Equipo Auditor de 85.01. Lo anterior significa que *“Hay evidencia que existe un sistema de seguimiento a la gestión del proceso medianamente conformado. No obstante, falta que este modelo sea reconocido como una fuente de información que soporte la toma de decisiones.”* (Información tomada resultado papel de trabajo).



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

En resumen, resulta fundamental efectuar un seguimiento permanente a las acciones, proyectos, actividades u objetivos propuestos los cuales constituyen en el eje estructural de un modelo de seguimiento interno en construcción del proceso Gestión para la Asistencia. Desde la perspectiva del Equipo Auditor, el análisis del ejercicio del seguimiento se configura como uno de los pilares para una adecuada toma de decisiones, sustentado en herramientas de monitoreo que fortalecen la gestión pública, brindan certeza al gestor y garantiza a los usuarios de la Entidad una atención o asistencia oportuna y de calidad, en coherencia con la misionalidad de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

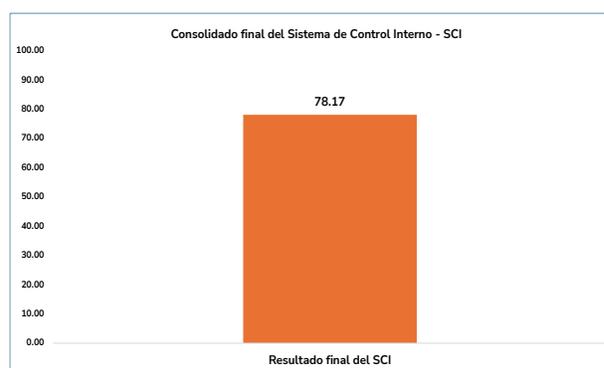
Por lo anterior, el proceso Gestión para la Asistencia en análisis del modelo de seguimiento correspondiente a evaluación del sistema de control Interno no presenta debilidad.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>50</b> de <b>101</b>

### 5.2.6 Consolidado del Sistema de Control del proceso Gestión para la Asistencia.

En el marco de la auditoría realizada al proceso Gestión para la Asistencia, 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 Gestión para la Asistencia 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 78.17%, indicando la necesidad de fortalecer los controles existentes y desarrollar mecanismos de mejora continua para alcanzar un nivel superior de desempeño.



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

### 5.3 ANÁLISIS DEL DISEÑO Y EFECTIVIDAD DEL CONTROL DEL MAPA DE RIESGOS DEL PROCESO GESTIÓN PARA LA ASISTENCIA (Herramienta Evaluación Mapa de Riesgos)

El proceso Gestión para la Asistencia, conforme al artículo 20 del Decreto 4802 de 2011, tiene como propósito diseñar mecanismos eficaces y eficientes para asegurar que los destinatarios reciban la ayuda humanitaria completa y oportunamente.

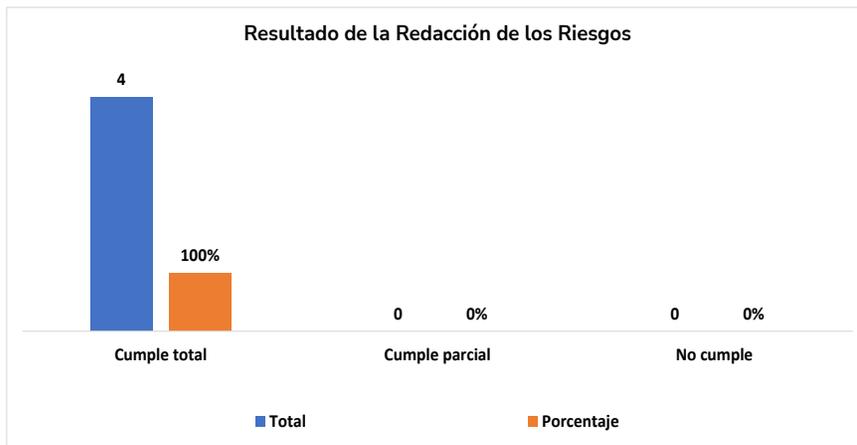
 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>51</b> de <b>101</b>

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 proceso de Gestión para la Asistencia, se aplica el papel de trabajo “Evaluación de riesgos, diseño de controles y efectividad de las evidencias”, que consulta los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través de la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas”. Este instrumento se elabora siguiendo los parámetros cuantitativos de la guía y por lo mismo, se constituye en un mecanismo de medición de la gestión desplegada por el auditado en el manejo y gestión de sus riesgos. El proceso parte desde la concepción formal del control y se llega a la gestión y aplicación realizada a cada control asociado al riesgo identificado.

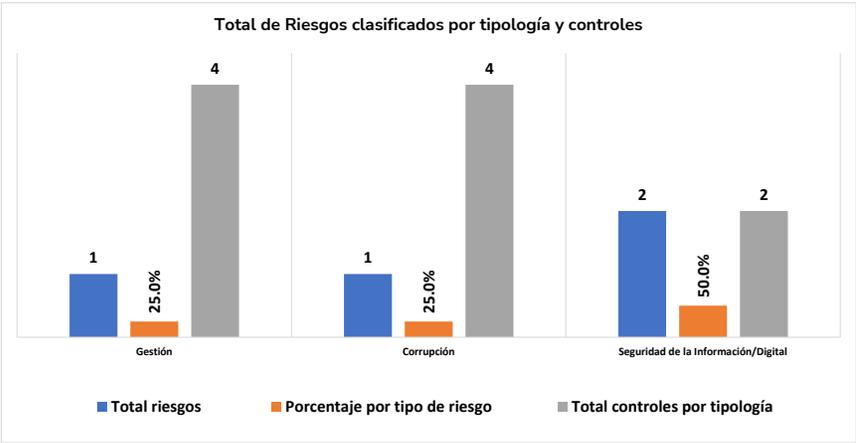
Es pertinente señalar que el propósito de esta evaluación es determinar si el proceso Gestión para la Asistencia diseña adecuada y conforme a los criterios metodológicos el control de los riesgos y a su vez verificar si la evidencia cumple el propósito y efectividad de la acción del control. El análisis realizado por el Equipo Auditor se desarrolla, mediante la técnica de confrontación documental, para examinar que el control posee todos los aspectos referenciados por el Departamento Administrativo de la Función Pública y en consecuencia contribuye a controlar 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 para la Asistencia y evalúa la pertinencia de su redacción y la claridad en la definición de causas, consecuencias y controles vinculados.



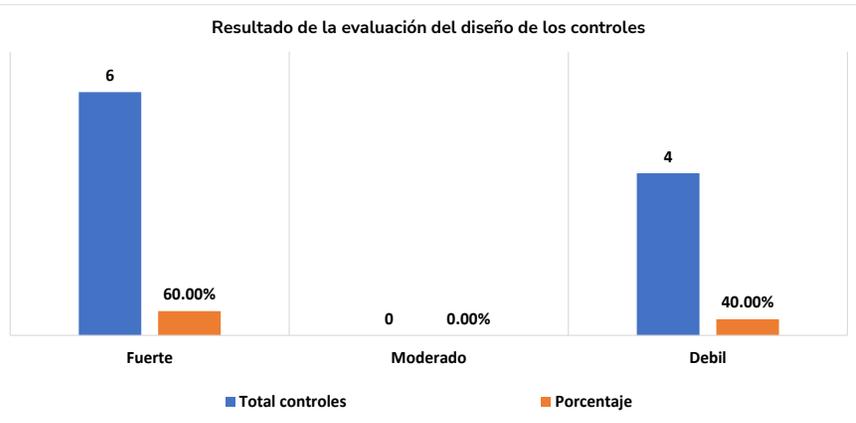
Fuente: Herramienta Análisis de Riesgos de la OCI

De acuerdo con la gráfica anterior, 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 en cuanto a la tipología de los riesgos, se identifica que de los cuatro (4) riesgos, el Equipo Auditor evidencia un (1) riesgo asociado a la gestión, que representan el 25%, un (1) riesgo de corrupción, equivalente al 25% y dos (2) riesgos vinculados con la seguridad de la información/digital que corresponde al 50% restante. Para la mitigación de dichos riesgos, el proceso auditado ha implementado diez (10) controles orientados a su adecuada gestión y seguimiento. *(Datos tomados de la matriz de riesgos estandarizada del año 2024).*

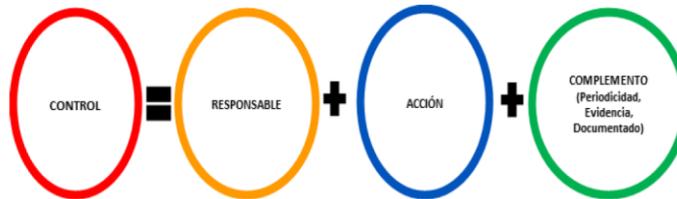


Fuente: Herramienta Análisis de Riesgos de la OCI.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>53</b> de <b>101</b>

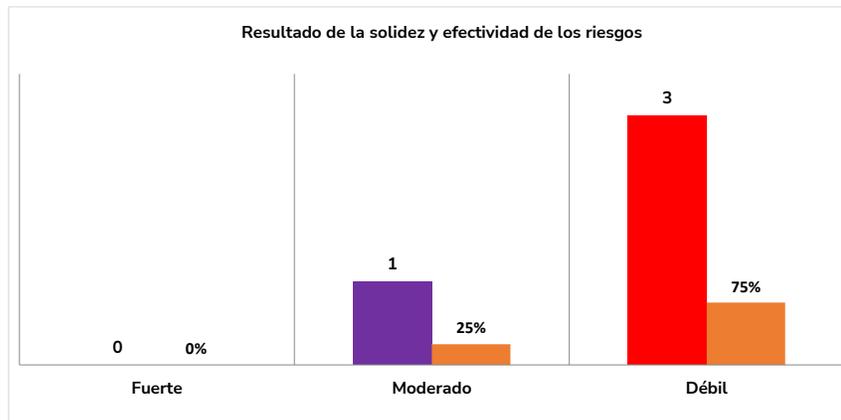
Respecto a la evaluación del diseño de los controles adoptados para los cuatro (4) riesgos, se identifica que el 40% (4 controles) se ubican en la zona “débil”, mientras que el 60% (6 controles) se encuentran en zona “fuerte”. Lo anterior indica que, si bien gran proporción de los controles se encuentran 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”).*

En relación con las falencias en el diseño de los controles, estas se han identificado en la definición de la acción a realizar, la cual según el numeral 2.4.4.2.1 de la Metodología Administración de Riesgos V11 de la UARIV “se determina mediante verbos que indican la acción que deben realizar como parte del control (verifica, valida, concilia, coteja, compara, etc.)” y en el complemento que “corresponde a los detalles que permiten identificar claramente el objeto del control (periodicidad, evidencia que soporta el control, acción a realizar en caso de desviación encontrada al efectuar el control)”. De acuerdo con la Metodología Administración de Riesgos V11, dentro de la estructura para la descripción del control se debe identificar estos elementos.



Fuente: Metodología Administración de Riesgos V11 UARIV

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



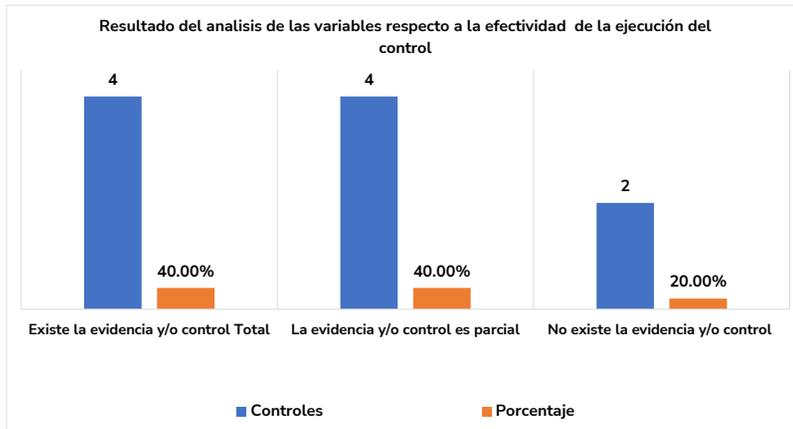
Fuente: Herramienta Análisis de Riesgos de la OCI.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>54</b> de <b>101</b>

Al analizar las variables representadas en la gráfica, se concluye que el 25% de los riesgos adoptados por el proceso, equivalente a un (1) riesgo, se encuentra clasificado en el rango "Moderado", mientras que tres (3) riesgos, que representan el 75%, se ubica en el rango "débil". 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 tres riesgos clasificado como "débil" está directamente relacionada con deficiencias en el cumplimiento de los lineamientos de redacción de los controles.

Tras el análisis y evaluación de las evidencias suministradas, se identificaron deficiencias significativas en el diseño y documentación de los controles evaluados. En primer lugar, no existe una descripción precisa de la acción que debe ejecutarse para la aplicación del control, lo cual contraviene los criterios establecidos en la metodología. Adicionalmente, se evidencia la ausencia de elementos complementarios en la estructura del control tales como la periodicidad, la evidencia que lo soporta y las acciones a realizar en caso tal de desviaciones, según lo dispuesto en la guía institucional. Esta falta de integración dificulta la trazabilidad de las acciones, genera vacíos en la ejecución efectiva y limita su efectividad. Por lo anterior, se recomienda revisar el diseño de los controles calificados como débiles, asegurando su alineación con los objetivos del proceso y con la metodología institucional.

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 40% 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.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>55</b> de <b>101</b>

Por otro lado, del 40% 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 20% restante “*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*).

No obstante, durante los recorridos realizados en sitio para verificar la gestión del proceso Gestión para la Asistencia, se constató la implementación efectiva de los controles establecidos. La verificación en campo permite confirmar que, aunque existen deficiencias en el diseño de los controles y la documentación aportada por el auditado para verificar la herramienta, estos se están ejecutando en la práctica. Esta situación evidencia el compromiso operativo por parte de proceso, pero también resalta la necesidad de fortalecer la entrega de evidencias para las actividades de auditoría con el fin de garantizar la trazabilidad y efectividad en el análisis de soportes y registros por parte del Equipo Auditor.

Con el propósito de fortalecer de manera integral el Sistema de Control Interno del proceso Gestión para la Asistencia, 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 realizados por el Equipo Auditor a la administración de los riesgos asignados al Proceso de Gestión para la Asistencia, se debe dar cumplimiento al Artículo 2° de la Ley 87 de 1993 al hablar de los objetivos del sistema de Control Interno dispone en los literales a) y f) que la administración de los riesgos propende por:

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

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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>56</b> de <b>101</b>

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

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

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

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

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

Por otra parte, en el mismo documento en la página 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.”*

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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>57</b> de <b>101</b>

***“Evaluar la gestión del riesgo en la entidad.***

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

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

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

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

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

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

***“5.5. Acciones para abordar riesgos y oportunidades:***

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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>58</b> de <b>101</b>

*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”.*

Más 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 para la Asistencia 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.

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>59</b> de <b>101</b>

## DEBILIDAD N° 5

El objetivo del proceso Gestión para la Asistencia hace referencia a " *Determinar la entrega o no de la atención y ayuda humanitaria a las víctimas del conflicto armado en Colombia, incluidos en el RUV, a través de la identificación de necesidades, capacidades y/o afectaciones en cumplimiento de los requisitos legales durante la vigencia de la ley*"; en este sentido, dentro de las actividades clave relacionadas en su caracterización se encuentra: *Analizar, tramitar las solicitudes y realizar la colocación de recursos a los registros viables por concepto de Atención Humanitaria y Ayuda Humanitaria*; por ende, uno de los riesgos asociados a esta actividad clave, sino es que el más importante del proceso, corresponde a autorizar y colocar los pagos de ayuda y/o atención humanitaria a víctimas que no cumplan los criterios o requisitos de validación exigidos en cada caso.

Teniendo en cuenta lo anterior, no se evidencia en el mapa de riesgos institucional de la vigencia 2024, proceso de Gestión para la Asistencia, el riesgo antes mencionado, así como tampoco se observa la inclusión de riesgos fiscales los cuales se deben identificar a partir de la ejecución de actividades de Gestión Fiscal entre las cuales se encuentran: *administración, gestión, ordenación, ejecución, manejo, adquisición, planeación, conservación, custodia, explotación, enajenación, {consumo, adjudicación, gasto, inversión y disposición de bienes o recursos públicos*, (contempladas en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en entidades públicas emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública).

Por otra parte, el Equipo Auditor identificó una debilidad en el diseño de los controles establecidos por el Proceso Gestión para la Asistencia. Esta situación se evidencia particularmente en que la redacción de los controles asociados a los riesgos analizados no cumple la totalidad de criterios establecidos en *Metodología Administración de Riesgos V11 de la UARIV*, lo cual afecta la eficacia del modelo de administración del riesgo adoptado por la entidad.

Entre las omisiones más relevantes se encuentran que los controles evaluados presentan algunas deficiencias en su diseño e implementación, comprometiendo su eficacia como mecanismos de mitigación de riesgos:

En el caso del riesgo No. 95, el cual hace referencia a un riesgo de corrupción, se considera que los controles se encuentran más encaminados a verificar que las colocaciones se realicen para las víctimas que cumplen con los requisitos para acceder a la asistencia, es decir, estos controles podrían aplicar para el riesgo principal de la gestión que se mencionó anteriormente, *que no ha sido incluido en el mapa*, más que a evitar el hecho propio de corrupción mencionado en el riesgo, por lo tanto debe ser validado. Adicionalmente, los controles de los riesgos 1 y 2, son similares, por lo tanto, también requieren una validación para que realmente ataquen la causa del riesgo que se está pretendiendo mitigar.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>60</b> de <b>101</b>

Es importante validar en todos los casos que la redacción del control incluya una acción concreta de control como los son validaciones, comparaciones, segregación de funciones, ente otras, así como los demás elementos mencionados en la guía como lo son periodicidad, responsable y evidencia; se sugiere validar el control número 3 ya que no se aprecia con claridad la acción concreta de control.

El Equipo Auditor estable como causas de las deficiencias identificadas, la aplicación de la metodología para la elaboración de la identificación de los riesgos y controles adoptada por la Unidad para que sean idóneos y adecuados para prevenir y/o mitigar los eventos potenciales, así como el cumplimiento total de las actividades establecidas en la metodología de administración de riesgos, en cuanto a la materialización y mitigación de riesgos. Esta situación no se encuentra conforme con lo establecido en la Ley 87 de 1993, artículo 2º literales a) y f); el Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017, artículo 2.2.21.3.1; y el artículo 2.2.21.5.4 del mismo decreto. Igualmente, se contravienen los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública en el *Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión 2023 – Versión 5*, así como la *Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas – Versión 6*.

Mediante correo electrónico enviado el viernes 21 de noviembre de 2025 a las 3:16 p.m. se le comunica a la Doctora, Karol Vanessa Ortigoza karol.ortigoza@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado el segundo grupo de debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor a la gestión del proceso. En este comunicado 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 recibiría hasta el viernes 28 de noviembre de 2025 a las 5:00 p.m.

Transcurrido el plazo otorgado, la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria no presentó consideraciones ni documentación adicional que sustentara una aclaración o justificación frente al hallazgo señalado. Por lo tanto, la debilidad identificada se mantiene en el informe final de auditoría.

#### **5.4 EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO POR LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN DE LA VIGENCIA 2024 PROCESO GESTIÓN PARA LA ASISTENCIA - SUBDIRECCIÓN DE ASISTENCIA Y ATENCIÓN HUMANITARIA.**

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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>61</b> de <b>101</b>

*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.*

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>62</b> de <b>101</b>

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

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

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

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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>63</b> de <b>101</b>

información base de los análisis es la aportada directamente por los citados responsables y almacenada en aplicativo SIPLAN+.

Por consiguiente, el Equipo Auditor selecciona a la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria del Proceso Gestión para la Asistencia. De acuerdo con lo anterior, se aplica la matriz de seguimiento al avance y ejecución Plan de Acción 2024, teniendo en cuenta los cuatro (4) reportes trimestrales registrados en el aplicativo SIPLAN+ 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 SIPLAN+ por parte de la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria del Proceso Gestión para la Asistencia, 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 SIPLAN+, el que a su vez es alimentado (mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral, semestral o anual) a través de reportes realizados por cada responsable de las acciones y actividades de acuerdo con el periodo de tiempo establecido en cada meta programada para cada vigencia.

La Oficina Asesora de Planeación dentro de su fuero, ámbito normativo y operativo estudia el comportamiento de las metas pactadas con la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria del Proceso Gestión para la Asistencia 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 Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria - Proceso Gestión para la Asistencia**

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 tiene que, la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria del Proceso Gestión para la Asistencia tiene en total 5 actividades en el Plan de Acción 2024. En lo que concierne al primer trimestre de 2024, aplica reporte de avance en las

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>64</b> de <b>101</b>

cinco (5) actividades. Por lo anterior, la muestra de trabajo para el primer trimestre es del 100% de la población. De éstas 5 actividades, cuatro (4) registran estado medio del 64%, 89%, 96% y 98%, y una (1) estado superlativo del 104%.

De igual manera, en el segundo trimestre de 2024 aplica reporte de avance en las 5 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, tres (3) actividades presentan estado superlativo del 109% y 2 con el 111%, y dos (2) registran estado medio del 95% y 99%.

En lo que respecta al tercer trimestre de 2024, al igual que el anterior, de las cinco (5) actividades, tres (3) presentan estado superlativo del 108% y 2 con el 109%, y dos (2) registran estado medio del 89% y 98%.

En cuanto al cuarto trimestre de 2024, de las cinco (5) actividades, dos (2) presentan ejecución en estado superlativo del 101% y 111, y tres (3) muestran estado medio del 86%, 93% y 95%.

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 de la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria del Proceso Gestión para la Asistencia, de enero a diciembre de 2024, así



 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>66</b> de <b>101</b>

la Oficina Asesora de Planeación (ya sea inferior o superior de lo programado) son desviaciones que deben ser estudiadas por la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria del Proceso Gestión para la Asistencia, para ello cuentan con la facultad de solicitar la modificación (debidamente justificada) mediante las actas correspondientes, la cual es analizada por la OAP para su aprobación.

Debido a lo anterior, se colige que, hay debilidad del sistema de control interno por incumplimiento de lo planeado frente a lo ejecutado en el plan de acción. El Equipo Auditor examina el comportamiento de los reportes de avance y ejecución de las metas del plan de acción 2024 asignadas a la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria del Proceso Gestión para la Asistencia, 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 trimestres de 2024 el parámetro en mención no se cumple en 5 de las 5 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 las 5 actividades presentan porcentaje de avance ya sea superior o inferior al establecido.

Por último, vale aclarar que, a pesar de que 4 de las 5 actividades se encuentran en nivel satisfactorio de ejecución vigencia 2024, 2 están por encima (101% y 111%) y 2 por debajo de la meta ideal del 100% (93% y 95%).

1	Satisfactorio		Entre 90% y 100%	4	80%
2	Aceptable		Entre 60 y 89%	1	20%
3	Insatisfactorio		Menor de 60%	0	0%
<b>Total actividades Plan de Acción SAAH 2024</b>				<b>5</b>	<b>100%</b>

Adicional a lo anterior, se observa que en los reportes mensuales de las 5 actividades asignadas a la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria en su plan de acción 2024 presentan porcentajes de avance superior e inferior a lo programado, así:

*Actividad 1. Porcentaje de hogares desplazados pertenecientes a comunidades étnicas con carencias en subsistencia mínima, que recibieron atención humanitaria en el último año. - Código 21 (marzo 98%, junio 111%, septiembre 109%, octubre 107% y diciembre 95%).*

*Actividad 2. Porcentaje de personas víctimas de hechos diferentes al desplazamiento forzado que recibieron ayuda humanitaria - Código 36 (marzo 64%, junio 95%, septiembre 89%, octubre 78% y diciembre 111%).*

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>67</b> de <b>101</b>

Actividad 3. *Porcentaje de hogares víctimas de desplazamiento forzado incluidos en el RUV identificados con carencias en subsistencia mínima, que reciben atención humanitaria - Código 37 (marzo 96%, junio 111%, septiembre 108%, octubre 106% y diciembre 93%).*

Actividad 4. *Porcentaje de hogares víctimas de desplazamiento forzado que cumplen criterios de primer año, que reciben atención humanitaria - Código 38 (marzo 104%, junio 109%, septiembre 109%, octubre 109% y diciembre 101%).*

Actividad 5. Hogares víctimas con atención humanitaria PND – Código 117 (enero 88%, febrero 89%, marzo 89%, abril 97%, mayo 98%, junio 99%, julio 98%, septiembre 98%, octubre 96%, noviembre 94% y diciembre 86%).

## **DEBILIDAD N°6**

Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria del Proceso Gestión para la Asistencia, referente al avance y ejecución del total de actividades (indicadores) programadas en su plan de acción para la vigencia 2024. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2° literales b) y d), 4° literal c), i) y j) y 6° de la Ley 87 de 1993 y la Ley 152 de 1994 artículo 3° literal k). Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 4.1. El Equipo Auditor establece como potenciales causas falta de conocimiento en la planeación apropiada de la programación de las metas a determinar en cada actividad (indicador), teniendo como referencia una línea base tomada de los resultados obtenidos en las vigencias anteriores, que permita la realización adecuada en el diseño 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 11 de noviembre de 2025 a las 7:30 a.m. se le comunica a la Doctora, Karol Vanessa Ortigoza karol.ortigoza@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado el primer grupo de debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor a la gestión del proceso. En este comunicado 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 recibirá hasta el miércoles 19 de noviembre de 2025 a las 5:00 p.m.

Transcurrido el plazo otorgado, la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria no presentó consideraciones ni documentación adicional que sustentara una aclaración o justificación frente al hallazgo señalado. Por lo tanto, la debilidad identificada se mantiene en el informe final de auditoría.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>68</b> de <b>101</b>

## 5.5 ANÁLISIS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN RELACIÓN CON LAS FUNCIONES Y POLITICAS 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 Gestión para la Asistencia contenidas en el artículo 20 del Decreto 4802 de 2011 y las políticas del MIPG incluidas en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión adoptado por el Decreto 1499 de 2017 que agrupa las políticas de gestión y desempeño institucional.

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

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

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

*PARÁGRAFO. Las Políticas de Gestión y Desempeño Institucional se regirán por las normas que las*

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>69</b> de <b>101</b>

*regulan o reglamentan y se implementarán a través de planes, programas, proyectos, metodologías y estrategias.”*

De igual manera, el Decreto 1083 de 2015 en el artículo 2.2.22.3.2 define el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) como el:

*“Marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio”. Por lo anterior se ordena en el artículo 2.2.21.5.5:*

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

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

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

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

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

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:

 <p>Unidad para las <b>Víctimas</b></p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>70</b> de <b>101</b>

*“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 2º literal b) de la misma norma determina como un objetivo del sistema de control interno:

*“b. Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional;”*  
(Subrayado fuera de texto)

Por su parte, el Decreto 1083 de 2015 en el artículo 2.2.22.3.2 señala que:

*“El Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio.”*

Adelante, en el artículo 2.2.23.1 se dice que:

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

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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de las funciones y políticas del MIPG, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite a la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria la matriz de evaluación de funciones, mediante correo electrónico del jueves 04 de septiembre de 2025 a las 11:17 a.m. La dependencia da respuesta mediante correo electrónico del día 19 de septiembre a las 3:46 p.m. lo anterior con los respectivos soportes que desea hacer valer en el ejercicio auditor.

El Equipo Auditor evalúa las evidencias registradas por la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria que deben ser consecuentes con lo diligenciado en la herramienta denominada “*funciones y políticas del MIPG*” para determinar la pertinencia y conducencia que demuestren el cabal cumplimiento de las funciones del Decreto 4802 de 2011 y las políticas del MIPG dispuestas en el

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>71</b> de <b>101</b>

Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión adoptado en el Decreto 1499 de 2017, el cruce de la información permite evidenciar que los métodos o actuaciones funcionales de los servidores de la Subdirección corresponden con los dispuestos en el ordenamiento legal. Cualquier incumplimiento se tiene como una debilidad del Sistema de Control Interno.

Cabe anotar que, el Equipo Auditor examina y evalúa las evidencias aportadas, teniendo presente que para la gestión auditora se define la evidencia como:

*“Aquella información que da certeza o elimina la incertidumbre sobre las acciones realizadas, indistintamente cual sea el soporte material que tenga (por ejemplo: registros en físico; correos electrónicos; actos administrativos; fotografías con fecha de su toma, su georreferenciación y derechos de autor a favor de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas; actas de reunión, actas de asistencia, etc.).”*

Como quiera que el cumplimiento de las funciones implica una relación directa con una o varias dimensiones de MIPG y esta con las políticas que tienen asociado, el análisis consiste en tener certeza, a partir de las evidencias, que la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria, cumple tanto las funciones como las políticas. Si una de las dos variables no logra el nivel de certeza que rompa el escepticismo profesional, el Equipo Auditor dará por no cumplida la función.

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

Una vez analizada y evaluadas las evidencias remitidas por la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria relacionadas con el cumplimiento de las funciones y las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y aplicando los criterios de auditoria generalmente aceptadas obtiene como resultado que, las evidencias aportadas por el auditado dan certeza del cumplimiento de las funciones.

Con respecto a las 19 políticas del MIPG, el Equipo Auditor evidencia que la información remitida por la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria da plena certeza del cumplimiento de 19 políticas definidas en las dimensiones de MIPG.

Como resultado del análisis efectuado a la evaluación de la herramienta cruzada “funciones y políticas del MIPG”, el Equipo Auditor establece que la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria, cumple con la gestión de sus funciones y la implementación de las políticas de MIPG dispuesto en el marco normativo, por consiguiente, se evidencia un sistema de control interno que no presenta debilidad.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>72</b> de <b>101</b>

## 5.6 ANÁLISIS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN RELACIÓN CON LA EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PROCESO GESTIÓN PARA LA ASISTENCIA – SUBDIRECCIÓN DE ASISTENCIA Y ATENCIÓN HUMANITARIA

El Equipo Auditor examina las evidencias aportadas por parte del proceso de Gestión para la Asistencia conforme con las respuestas de la prueba de recorrido realizadas el día 28 de octubre de 2025. El propósito es determinar si el proceso de Gestión para la Asistencia gestiona de manera adecuada y eficiente la información en los sistemas de información utilizados en su proceso, garantizando el aseguramiento, calidad de los datos y la seguridad de la información.

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

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

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

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

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

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

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

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>73</b> de <b>101</b>

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

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

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

Por su parte, la Ley 87 de 1993, norma regulatoria del control interno dispone que en el artículo 1° al definir el control interno que:

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

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

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

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

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

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



Unidad para las Víctimas

**SISTEMA INTEGRADO DE GESTION**

Código: 150,19,15-8

**PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE**

Versión: 08

**PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO**

Fecha: 25/10/2022

Página **74** de **101**

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de las variables anteriormente indicadas, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor solicitó al proceso de Gestión para la Asistencia la relación de los sistemas de información que son utilizados en el proceso, que están alineados a los diferentes procedimientos, a lo cual se recibió respuesta mediante correo electrónico del miércoles 27 de agosto en donde se remite la matriz con la siguiente información:

Proceso	Procedimiento	Sistemas utilizados	Número de la Actividad relacionada 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 para la Asistencia	Solicitudes de Atención Humanitaria	Subsistencia Mínima - SM -	4, 5, 8, 16	Modulo Pagos Menú <b>Novedades</b> Sub-Menú <b>Cambio de Autorizado</b> <b>Cambio de Municipio</b> <b>Correccion Ortográfica</b> Activación de mediciones, activación medición en firme, cargue previo activación hogares, reporte miembros por código hogar, reporte nueva medición por lote, reporte histórico de pagos por documento.	Número documento de identidad Excel -informacion cambio municipio  Bases de datos (Excel), números de documento, códigos de hogar, estados de medición, históricos de carencias.
			16	Modulo Pagos Menú <b>Colocaciones</b> Sub-Menú <b>Procesar</b>  Activación de mediciones, activación medición en firme, cargue previo activación hogares, reporte miembros por código hogar, reporte nueva medición por lote, reporte histórico de pagos por documento.	Estructura excel
			18	Modulo Pagos Menú <b>Procesos Cerrados</b> Sub-Menú <b>Cargue procesos cerrados</b>  Lista de tareas, descargar accionantes asociados a la bandeja, cargar archivo, consultar ficha, consultar fuentes externas.	Estructura excel  Bases de datos (Excel), números de documento, datos de contacto, pagos.
		LEX	1, 22	Consulta Individual	Bases de datos (Excel), datos básicos de contacto.
		RNEC	3	Cruces masivos de información	Plantillas con datos básicos (Nombres, tipos de documento, # de documento, departamento y municipio de giro).
		RTE - ACCES		CAR - AHE	Plantillas con datos básicos (Nombres, tipos de documento, # de documento)
		VIVANTO		- Consulta masiva	Estructura base de datos
		RNEC	3		
	Atención Humanitaria en las Rutas de Primer Año Étnico e Identificación de Carencias a Comunidades Étnicas	Subsistencia Mínima Étnico - SME -	18	Modulos Pagos Menú <b>Novedades</b> Sub-Menú <b>Anulacion Turno</b> <b>Cambio de Autorizado</b> <b>Cambio de Municipio</b> <b>Correccion Ortográfica</b>  Activación de mediciones, activación medición en firme, cargue previo activación hogares, reporte miembros por código hogar, reporte nueva medición por lote, reporte histórico de pagos por documento.	Número documento de identidad Excel -informacion cambio municipio
			28	Modulo Pagos Menú <b>Colocaciones</b> Sub-Menú <b>Procesar</b>  Activación de mediciones, activación medición en firme, cargue previo activación hogares, reporte miembros por código hogar, reporte nueva medición por lote, reporte histórico de pagos por documento.	Estructura excel  Bases de datos (Excel), números de documento, códigos de hogar, estados de medición, históricos de carencias.
			30	Modulo Pagos Menú <b>Procesos Cerrados</b> Sub-Menú <b>Cargue procesos cerrados</b>  Activación de mediciones, activación medición en firme, cargue previo activación hogares, reporte miembros por código hogar, reporte nueva medición por lote, reporte histórico de pagos por documento.	Estructura base de datos
			13, 17, 19	Cargue Masivo, mis casos, Histórico de casos, consulta fuentes externas.	Bases de datos (Excel), números de documento, códigos de hogar, estados de medición, históricos de carencias.
		Sistema de Gestión Víctimas - SGV -	1, 15, 19	Lista de tareas, descargar accionantes asociados a la bandeja, cargar archivo, consultar ficha, consultar fuentes externas.	Bases de datos (Excel), números de documento, datos de contacto, pagos.
		Ayuda Humanitaria para hechos victimizantes diferentes al desplazamiento forzado	LEX	1	Cruces masivos de información
	RENEC	11	Consulta Individual - Consulta masiva	Bases de datos (Excel), datos básicos de contacto.	
	VIVANTO			Plantillas con datos básicos (Nombres, tipos de documento, # de documento)	

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>75</b> de <b>101</b>

El Equipo Auditor procedió a revisar la información enviada y dada su relevancia procede a realizar la evaluación de los sistemas denominados “Subsistencia Mínima – SM” y Subsistencia Mínima Étnico – SME.

El Equipo Auditor solicita al proceso auditado el agendamiento de una prueba de recorrido con el objetivo de evaluar la pertinencia, eficiencia y eficacia de los sistemas de información seleccionados y gestionados por el proceso, los cuales son utilizados para dar cumplimiento a los procedimientos misionales, de acuerdo con lo cual, a través de una entrevista con las personas responsables de manejo y gestión del procesamiento de la información utilizando los sistemas de información evaluados, se determina el nivel de implementación de los controles que se deben implementar para garantizar la gestión de la información y los datos con un óptimo funcionamiento, teniendo en cuenta la seguridad de la información y operatividad de los servicios gestionados en el proceso, los cuales deben estar conformes con lo definido en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del Sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales a), b), c), d), e), f), g) y h) que la administración del aseguramiento propende por:

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

El Equipo Auditor en la prueba de recorrido evalúa la información donde evidencia la ejecución de las actividades que se realizan a través de los sistemas de información “Subsistencia Mínima – SM” y Subsistencia Mínima Étnico – SME, específicamente en la gestión y operatividad que se desarrolla en cada sistema, teniendo en cuenta las siguientes variables:

Variable	Requerimiento	Observación OCI
Seguridad de la Información	Gestión de roles y accesos al sistema de información	Para la asignación de accesos a los sistemas de información evaluados, se confirma que son gestionados desde la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria, en donde se exigen los debidos acuerdos de confidencialidad y

 <p>Unidad para las Víctimas</p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>76</b> de <b>101</b>

		<p>demás documentos soporte para la creación del usuario, se evidencia por parte de la OCI un seguimiento y control a este tipo de solicitudes, adicionalmente los sistemas de información cuentan con niveles de parametrización que permiten asignar roles restringidos a los usuarios en las diferentes fases de los procesos, con el fin de que solamente se puedan gestionar las acciones o actividades asignadas.</p> <p>Sin embargo, se presenta el no cumplimiento de la política de seguridad de la información según la resolución 3157 de 2021 que indica en su artículo No. 8 Control de Acceso numeral No. 8. (...) <i>Las contraseñas son de uso personal y por ningún motivo se debe divulgar a otros usuarios. (...)</i>, dado que se evidencia que en el proceso se están asignando tareas con un solo usuario en sus diferentes actividades.</p>
Arquitectura Empresarial	Gestión de información automatizados	No se evidencian procesos de automatización que permitan a los usuarios una menor intervención de la información tanto de entrada como de salida, la cual se gestiona de manera manual a través de tablas de Excel con cruces de información asociada al proceso en la ruta de Atención Humanitaria, esto representa un alto riesgo de pérdida, sustracción, modificación y fuga de información, adicionalmente también la calidad de los datos puede verse afectada precisamente porque no existe un control que permita la trazabilidad de cada registro.
Seguridad de la Información	El sistema presenta procesos de auditorías en cambios en la data o los registros gestionados.	Se evidencian que están parametrizadas una serie de auditorías, sin embargo, a la información que es almacenada en diferentes tablas (logs), no se le realiza ningún tipo de tratamiento o análisis continuo con respecto a los cambios de la data, solamente se realizan consultas en el desarrollo del proceso.
Arquitectura Empresarial	El sistema es interoperable o se integra con otros sistemas de información bien sean internos o externos	El sistema no evidencia interoperabilidad o integración con los sistemas de información necesarios para la gestión del proceso, las consultas de datos se realizan a través de los ingresos directos a los sistemas de información cuando se requiere.

### Falta de Cumplimiento a la gestión de roles y accesos

El Equipo Auditor evidencia que algunos usuarios comparten sus credenciales de acceso (usuario y/o contraseña) para ingresar a los sistemas de información evaluados. Esta práctica va en contravía con una de las **Políticas de Seguridad de la Información**, la cual establece expresamente que las contraseñas son de uso personal y por ningún motivo se deben divulgar a otros usuarios (resolución 3157 del 2021).

El uso compartido de credenciales impide la adecuada trazabilidad de las acciones realizadas en el sistema, dificultando la identificación del responsable ante incidentes de seguridad o modificaciones no autorizadas. Además, incrementa el riesgo de acceso indebido a información sensible o confidencial.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>77</b> de <b>101</b>

## DEBILIDAD N° 7

La falta de conocimiento, socialización o capacitación de las políticas de seguridad de la información y la ausencia de controles técnicos que limiten el acceso individualizado o el refuerzo de las practicas seguras en el manejo de las credenciales asignadas presenta un alto riesgo de acceso no autorizado a información confidencial y perdida de trazabilidad y responsabilidad sobre las acciones que se realicen en el sistema de información lo cual no está conforme con los principios de seguridad e la información en cuanto a integridad y confidencialidad de la información y 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 como lo indica la ISO 27001 en sus controles y la resolución 03157 del 2021 de la Unidad para la Víctimas, por la cual se establecen los objetivos, política general y políticas específicas del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.

### Falta de automatización de gestión de datos

Se evidenció que el ingreso de los datos en el proceso de atención humanitaria que se reciben de diferentes fuentes se realiza de manera manual, lo que incrementa los riesgos asociados a la manipulación de los datos durante su gestión y su procesamiento. Esta práctica puede derivar en inconsistencias en la calidad de la información, pérdida o sustracción de datos, modificaciones no autorizadas y posibles fugas de información sin que queden registradas las trazas o evidencias correspondientes. Dichos riesgos se encuentran contemplados en el mapa de riesgos institucional, sin embargo, no se evidencian controles automatizados o mecanismos de seguimiento que mitiguen de manera efectiva su ocurrencia, lo riesgos asociados son:

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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>78</b> de <b>101</b>

*desconocimiento de la política general y específica de Seguridad de la Información de la Unidad.*

Mediante correo electrónico enviado el viernes 21 de noviembre de 2025 a las 3:16 p.m. se le comunica a la Doctora Karol Vanessa Ortigoza karol.ortigoza@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado el segundo grupo de debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor a la gestión del proceso. En este comunicado 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 recibirá hasta el viernes 28 de noviembre de 2025 a las 5:00 p.m.

Transcurrido el plazo otorgado, la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria no presentó consideraciones ni documentación adicional que sustentara una aclaración o justificación frente al hallazgo señalado. Por lo tanto, la debilidad identificada se mantiene en el informe final de auditoría.

## **DEBILIDAD N° 8**

El Equipo Auditor de Control Interno, aplicando normas de auditoría generalmente aceptadas, evaluó la información suministrada por el proceso auditado y la información obtenida durante las pruebas de recorrido. Como resultado, se evidenció la **ausencia de controles automatizados** que permitan una gestión eficiente y segura de los datos en las acciones de misión crítica. Esta situación incrementa el riesgo de **manipulación, alteración o pérdida de información**, afectando la confiabilidad y trazabilidad de los datos procesados en el sistema.

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

Adicionalmente, esta situación se contrapone a lo dispuesto en el Decreto 338 de 2022 del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, particularmente en el artículo 2.2.21.1.1.3, numeral 12, que define el riesgo de seguridad digital como la posibilidad de que un incidente afecte negativamente los activos de información, comprometiendo su disponibilidad, integridad o confidencialidad.

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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>79</b> de <b>101</b>

Mediante correo electrónico enviado el viernes 21 de noviembre de 2025 a las 3:16 p.m. se le comunica a la Doctora Karol Vanessa Ortigoza karol.ortigoza@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado el segundo grupo de debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor a la gestión del proceso. En este comunicado 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 recibirá hasta el viernes 28 de noviembre de 2025 a las 5:00 p.m.

Transcurrido el plazo otorgado, la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria no presentó consideraciones ni documentación adicional que sustentara una aclaración o justificación frente al hallazgo señalado. Por lo tanto, la debilidad identificada se mantiene en el informe final de auditoría.

### **Falta de Interoperabilidad con los sistemas de información Internos y externos**

El Equipo Auditor de Control Interno evalúa, con normas de auditoría generalmente aceptadas, la información suministrada por el auditado y los datos tomados de la prueba de recorrido efectuada, donde se evidencia la ausencia de la falta de interoperabilidad o integración de los sistemas que gestiona el proceso de Gestión para la Asistencia “*Subsistencia Mínima – SM*” y *Subsistencia Mínima Étnico – SME*, con los sistemas de información de la UARIV y otros sistemas de información externos que son utilizados en los diferentes procesos y acciones asociadas.

### **DEBILIDAD N° 9**

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evidencia la falta de interoperabilidad entre los sistemas de información que el proceso de Gestión para la Asistencia gestiona en sus diferentes procedimientos, necesarios para la consulta de información, los principales riesgos que se pueden llegar a materializar están enfocados a la falta de control de datos que permitan un tratamiento de la información de manera adecuada y eficiente que permita su unificación y control a una sola instancia, lo cual puede impedir y limitar a la Entidad a un crecimiento evolutivo y progresivo con el propósito de apalancar y contribuir al cumplimiento de los objetivos, teniendo en cuenta como principal situación la integración e interoperabilidad de la información no solamente a nivel interno si no con otras entidades del Estado.

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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>80</b> de <b>101</b>

las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en su G.GOB.01 Guía del dominio de Gobierno de TI y las buenas prácticas de COBIT.

Mediante correo electrónico enviado el viernes 21 de noviembre de 2025 a las 3:16 p.m. se le comunica a la Doctora, Karol Vanessa Ortigoza karol.ortigoza@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado el segundo grupo de debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor a la gestión del proceso. En este comunicado 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 recibiría hasta el viernes 28 de noviembre de 2025 a las 5:00 p.m.

Transcurrido el plazo otorgado, la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria no presentó consideraciones ni documentación adicional que sustentara una aclaración o justificación frente al hallazgo señalado. Por lo tanto, la debilidad identificada se mantiene en el informe final de auditoría.

### **Falta de tratamiento a la información que generan las auditorias**

El Equipo Auditor evidencia que, aunque los sistemas de información evaluados generan logs o registros de auditoría que capturan las actividades o acciones que se realizan por los usuarios, no existe un proceso formal ni responsable asignado para revisar, analizar o tratar esta información. Los registros permanecen almacenados sin que se ejecuten acciones de seguimiento, análisis de alertas, o identificación de eventos inusuales.

### **DEBILIDAD N° 10**

La ausencia de procedimientos formales para la revisión y tratamientos de los logs de auditoría que generan los sistemas de información, o la asignación de responsabilidades o roles en materia de seguimiento o monitoreo, o la falta de implementación de herramientas tecnológicas automatizadas de alertas evidencia un alto riesgo en la identificación de actividades irregulares, accesos indebidos, o incidentes de seguridad que pueden pasar inadvertidos, lo anterior 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 como referente internacional de la norma ISO 27001 sobre seguridad de la información.

Mediante correo electrónico enviado el viernes 21 de noviembre de 2025 a las 3:16 p.m. se le comunica a la Doctora, Karol Vanessa Ortigoza karol.ortigoza@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado el segundo grupo de debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor a la gestión del proceso. En este comunicado 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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>81</b> de <b>101</b>

consideraciones; es decir, la respuesta con sus respectivas aclaraciones por parte de la auditada se recibiría hasta el viernes 28 de noviembre de 2025 a las 5:00 p.m.

De acuerdo con lo anterior, el Líder de proceso, el día 28 de noviembre solicita un plazo adicional de 3 días hábiles para dar una respuesta con respecto a la debilidad N°9, asociada a los logs de auditoría, ya que se encuentran articulando la información con la Oficina de Tecnologías de la información; dicha solicitud de prórroga fue autorizada por la Oficina de Control Interno.

En este sentido, mediante correo electrónico del miércoles 03 de diciembre de 2025 enviado a las 18:21 p.m. por parte de la Dra. Karol Vanessa Ortigoza Vargas - Subdirectora de Asistencia y Atención Humanitaria - SAAH, cuyo asunto hace referencia a: "*Segunda entrega de Observaciones Auditoría Interna Proceso Gestión para la Asistencia*", se expone lo siguiente con respecto a la debilidad en mención:

*"Con referencia al segundo informe preliminar de debilidades de la auditoría interna socializado, desde el proceso de Gestión para la Asistencia se realizó la lectura y análisis de debilidades asociadas y partiendo de la misionalidad de la dependencia se escaló la debilidad numero 9 a la OTI, la cual nos brindó su orientación; por este motivo, solicitamos respetuosamente tener en cuenta el concepto de la OTI, considerando que la SAAH no es la competente para el abordaje de los "logs de auditoría" de las herramientas tecnológicas dado su alta complejidad y las funciones asignadas a través del decreto 4802 de 2011.*

*En atención a la solicitud, desde la Oficina de Tecnologías de la Información, respetuosamente se solicita la reconsideración y eliminación de la debilidad número 9 registrada en el documento "comunicación de debilidades auditoría al proceso de gestión para la asistencia", documentada en los siguientes términos:*

*La ausencia de procedimientos formales para la revisión y tratamientos de los logs de auditoría que generan los sistemas de información, o la asignación de responsabilidades o roles en materia de seguimiento o monitoreo, o la falta de implementación de herramientas tecnológicas automatizadas de alertas evidencia un alto riesgo en la identificación de actividades irregulares, accesos indebidos, o incidentes de seguridad que pueden pasar inadvertidos, lo anterior 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 como referente internacional de la norma ISO 27001 sobre seguridad de la información."*

*Esta respetuosa solicitud, se realiza a partir de los siguientes argumentos:*

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>		Código: 150,19,15-8
	<b>PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE</b>		Versión: 08
	<b>PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO</b>		Fecha: 25/10/2022
			Página <b>82</b> de <b>101</b>

No.	Argumento	En concordancia con	En cumplimiento de
1	Los sistemas de información de la Entidad, como es el caso de SGV, generan los registros de auditoría para revisión, análisis y tratamiento por demanda, es decir, cuando sea requerido, toda vez que, estos registros se protegen en base de datos y/o servidor de aplicación para prevenir escenarios de modificación no controlada, fuga o pérdida de información.	Ley 87 de 1993 artículo 2° a. Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten	Documento Maestro de Los Lineamientos del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información Versión 5 21.04.2025, numeral 11.1. Controles y objetivos de control
2	Se han implementado controles automatizados a partir de alertas automáticas, como es el caso del bloqueo temporal de usuarios de sistemas de información o herramientas tecnológicas por intentos errados de contraseña y tiempo de inactividad. Adicionalmente, en el marco del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información, como mejora continua, se adelantan actividades de fortalecimiento relacionadas con el desarrollo de nuevas funcionalidades con puntos de control.	Ley 87 de 1993 artículo 2° c. Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad;	A.5.33 Protección de registros Control: Los registros se deben proteger contra pérdida, destrucción, falsificación, acceso no autorizado y liberación no autorizada, de acuerdo con los requisitos legislativos, de reglamentación, contractuales y de negocio
3	La Oficina de Tecnologías de la Información, en el proceso Gestión de la Información ha establecido el procedimiento gestión de incidentes de seguridad de la información Código: 140.06.08-8, versión 3 del 12/11/2025, donde se describe log en los siguientes términos:  1. Log: el Log o registro, es un archivo de texto que contiene un registro cronológico de las acciones que ocurren en un sistema informático. Los logs son importantes para supervisar y diagnosticar problemas, así como para garantizar la seguridad informática.  Es importante indicar que, en el marco de este procedimiento se establecen los roles y responsabilidades para la gestión de incidentes y se establecen las siguientes actividades en los registros de auditoría: 1. Analizar, verificar y determinar las posibles causas del incidente 2. Definir, notificar, consolidar e identificar las causas de los (fcs) 3. Evaluar si el incidente es de clasificación mayor	Ley 87 de 1993 artículo 2° d. Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional;  e. Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros;	A.8.15 Registro Control: Se deben elaborar, conservar y revisar regularmente los registros acerca de actividades del usuario, excepciones, fallas y eventos de seguridad de la información  A.8.16 Actividades de seguimiento Control: Se deben producir, almacenar, proteger y analizar registros que registren actividades, excepciones, fallas y otros eventos relevantes

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa la respuesta presentada por Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria - SAAH y considera que los argumentos expuestos en su comunicación no desvirtúan las causas que sustenta la debilidad. Esta conclusión se sustenta con en los siguientes aspectos:

1. La Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria en cumplimiento de sus funciones misionales, administra y procesa información sensible relacionada con la atención de las víctimas en sus diferentes procesos. En consecuencia, los sistemas de información utilizados deben contar con mecanismos adecuados de control, registro y seguimiento que permita trazar el flujo completo de la información, desde su entrada hasta su salida y generar alertas oportunas respecto a cualquier modificación o evento relevante que pueda afectar la integridad, confidencialidad o disponibilidad de los datos gestionados.
2. La evidencia de logs de auditoria no constituye la existencia de procedimientos formales que permitan realizar un seguimiento periódico a la información que es obtenida mediante las reglas definidas en el procesamiento de la información de la auditoria implementada, si bien se reconoce que el sistema de información evaluado genera registros de auditoría, la debilidad identificada no se refiere a la existencia de logs, si no a la falta de procedimientos que permitan un tratamiento o seguimiento de la información que pueda regular temas como:
  - La responsabilidad de la revisión de la información de los logs.
  - Definición de una periodicidad del análisis de la información con base a la criticidad del proceso.

 <p>Unidad para las <b>Víctimas</b></p>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>83</b> de <b>101</b>

- Definición de los criterios del monitoreo.
- Escalamientos o notificaciones.
- Consolidación y trazabilidad de los resultados.

El procedimiento de Gestión de incidentes citado por la OTI únicamente contempla la reacción reactiva, es decir después de la ocurrencia de un incidente, no constituye un proceso de seguimiento preventivo ni periódico según los exigido por el MSPI y la ISO 27001.

3. La revisión de los logs por demanda es insuficiente frente a las exigencias normativas y de Control Interno, los lineamientos del MSPI (numerales A. 8.15 y A.8.16) y la norma ISO 27001 establecen que deben revisarse regularmente, no solo cuando exista una demanda o un incidente.

Una revisión por demanda:

- No permite identificar patrones anómalos o accesos indebidos de manera temprana.
  - No genera evidencia de seguimiento continuo.
  - No constituye un control preventivo sino reactivo
  - Incrementa el riesgo de que eventos relevantes no sean detectados a tiempo.
4. Los controles automatizados citados (bloqueos por intento fallidos, inactividad etc.) no sustituyen la necesidad de los análisis y tratamiento de la información que generan las auditorias implementadas (logs), los mecanismos automáticos de bloqueo son controles de acceso no de seguimiento y monitoreo no reemplazan temas como:
    - Correlación de eventos
    - Identificación de actividades irregulares a la modificación o alteración de la data.
    - Trazabilidad de acciones en el procesamiento de los datos.
  5. En cuanto a la competencia funcional y operativa es necesario indicar que en el marco del principio del enfoque basado por procesos del sistema integrado de gestión de la UARIV, este establece que en el desarrollo, gestión o implementación de controles que puedan afectar el sistema de control interno cuando exista un flujo de información e interacción entre actividades de los procesos, implica compartir dichos impactos en la gestión, por lo tanto es necesario que de manera articulada tanto para la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria como para la Oficina de Tecnologías de la Información se analice las causas que dieron lugar a la debilidad reportada por la Oficina de Control Interno con el objetivo de

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>84</b> de <b>101</b>

mitigar los riesgos que pueden presentarse a la gestión de la información de misión crítica de la Entidad.

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

## 5.7 ANÁLISIS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO CON RESPECTO A OTRAS VARIABLES DE LA GESTIÓN INTEGRAL – PROCESO GESTIÓN PARA LA ASISTENCIA

### 5.7.1 ANÁLISIS FINANCIERO Y CONTRACTUAL

De acuerdo con la información reportada por la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria, durante la vigencia 2024 se contó con un presupuesto asignado de \$ 467'511.547.331, asociados al proyecto de inversión "Fortalecimiento de las medidas de prevención y sistemas de asistencia para la población víctima a nivel nacional", a continuación, se presenta su información según los conceptos de gastos presupuestales:

CONCEPTOS DE GASTOS PRESUPUESTALES	PRESUPUESTO ASIGNADO 2024	% PARTICIPACION DEL PRESUPUESTO	PRESUPUESTO EJECUTADO 2024	% DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL	SALDO POR EJECUTAR
Atención Humanitaria (AH)y Atención Humanitaria Ruta Trámites Especiales -(AH-RTE)*	\$ 438.086.050.194,00	93,71%	\$ 322.801.129.576,00	73,68%	\$ 115.284.920.618,00
Ayuda Humanitaria en especie Emergencias Prolongadas y SMÉ *	\$ 8.695.269.445,00	1,86%	\$ 6.724.671.713,00	77,34%	\$ 1.970.597.732,00
Ayuda Humanitaria Otros Hechos Diferentes al Desplazamiento forzado (OH)	\$ 16.999.600.000,00	3,64%	\$ 16.999.600.000,00	100,00%	\$ 0,00
OC 124041 -2024/MATRIX *	\$ 3.730.627.692,00	0,80%	\$ 3.719.377.035,00	99,70%	\$ 11.250.657,00
<b>Totales</b>	<b>\$ 467.511.547.331,00</b>	<b>100,00%</b>	<b>\$ 350.244.778.324,00</b>	<b>74,92%</b>	<b>\$ 117.266.769.007,00</b>

Fuente: Información Reportada Proceso Auditado.

Según la información entregada por la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria, del 100% de recursos asignados por el proyecto "FORTALECIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y SISTEMAS DE ASISTENCIA PARA LA POBLACIÓN VÍCTIMA A NIVEL NACIONAL.", el 98% correspondiente a \$455.085.650.194, fueron comprometidos en el pago de las medidas de atención y ayuda humanitaria brindadas a las víctimas que cumplieron los requisitos para tal fin.

De este recurso, en la vigencia 2024 se logró hacer el pago efectivo de un 75% correspondiente a \$339.800.729.576, quedando una reserva presupuestal del 25% por un valor de

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>85</b> de <b>101</b>

\$115.284.920.618, la cual, según el seguimiento de la ejecución de las reservas realizado por esta oficina, fue pagado en su totalidad en la vigencia 2025.

El presupuesto asignado restante, correspondiente al 2% del total, por un valor de \$12.425.897.137 fue comprometido en la ejecución de dos contratos de operación, uno en la modalidad de “Acuerdo Marco de Precios” y el otro, correspondiente a un contrato interadministrativo, cuyo propósito hace referencia a la entrega de asistencia humanitaria a las víctimas del conflicto armado.

Con la orden de compra suscrita por la modalidad de “Acuerdo Marco de Precios”, se contrató al operador MATRIX GIROS Y SERVICIOS S.A.S con el objeto de: *“Contratar la prestación del servicio postal de pago para efectuar la dispersión de recursos monetarios a través de giros de asistencia humanitaria a las víctimas del conflicto armado interno a nivel nacional, de conformidad con las especificaciones técnicas dispuestas en el Instrumento de Agregación de Demanda de Servicios Postales de Pago No. CCE-247-LAD-2020 y el anexo técnico para la prestación de servicio postal de pago.”*

Inicialmente esta orden de compra se suscribió por un valor de 5'000.000.000, sin embargo, teniendo en cuenta que, en el último trimestre de 2024 los giros disminuyeron debido a la no asignación de PAC, la Subdirección realizó una reducción por valor de \$1.269.372.308; evidenciándose un valor ejecutado final total de \$3'719.377.035 a diciembre 2024, con una reserva presupuestal por valor de \$11,250,657.

Para la verificación de este contrato, el proceso de Gestión para la Asistencia compartió con el Equipo Auditor la carpeta denominada *“Informes de actividades firmados”* que contiene quince (15) documentos en los cuales se encuentran los *“Informe de actividades de la ejecución contractual – Otras Modalidades”* para la orden de compra. Allí se describen la cantidad de giros efectivos realizados por el operador en los periodos facturados y el valor total a cancelar de acuerdo con los costos unitarios ofertados según la obligación:

*“Numeral 12.34 Garantizar la entrega efectiva de los incentivos a los beneficiarios de los programas de incentivos monetarios de forma adecuada y prestando un servicio en condiciones de oportunidad, eficiencia, seguridad, igualdad y dignidad”*

Es importante indicar que, en la supervisión de cada uno de los meses, se validó el número de tirillas remitidas por el operador, es fundamental tener esta información para realizar el pago de las comisiones por giros cobrados. A continuación, se presenta el consolidado de pagos por factura durante el año 2024 por mes:



Unidad para las Víctimas

SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

Código: 150,19,15-8

PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

Versión: 08

PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO

Fecha: 25/10/2022

Página 86 de 101

		PRESUPUESTO ASIGNADO						\$ 5,000,000,000		
		SALDO						\$ 1,269,720,689		
NUMERO FACTURA	MESES	VALOR FACTURA RADICADA	GIROS EFECTIVOS	VALOR A PAGAR	VALOR FACTURA COMPLETA	GIROS	PENDIENTE POR SUBSANAR	GIROS PENDIENTES	ABONOS	SALDO
FESG 2085	FEBRERO	214,288,470	31,370	214,288,470	226,741,383	33,193	68,310	10		
FESG 2091	FEBRERO	12,384,603	1,813	12,384,603						
FESG 2190	MARZO	612,344,502	89,642	612,344,502	613,054,926	89,746	710,424	104		
FESG 2132	ABRIL	383,321,565	56,115	383,321,565	385,698,753	56,463	2,377,188	348		
FESG 2220	MAYO	601,544,691	88,061	601,544,691	605,192,445	88,595	3,647,754	534		
FESG 2243	subsancion	3,142,260	460	3,142,260						
FESG 2274	JUNIO	390,781,017	57,207	390,781,017	391,634,892	57,332	2,438,667	357	339	18
FESG 2345	JULIO	331,009,767	48,457	331,009,767	328,994,622	48,162	1,707,750	250	233	17
FESG 2382	AGOSTO	357,759,963	52,373	357,759,963	397,379,763	58,173	41,887,692	6,132	6123	9
FESG 2401	SEPTIEMBRE	253,792,143	37,153	253,792,143	212,840,298	31,158	901,692	132	126	6
FESG 2451	OCTUBRE	157,720,959	23,089	157,720,959	188,446,797	27,587	31,272,318	4,578	4575	3
FESG 2510	NOVIEMBRE	336,809,286	49,306	336,809,286	322,682,778	47,238	15,465,384	2,264	2233	31
FESG 2568	DICIEMBRE	31,777,812	4,652	31,777,812	58,152,303	8,513	29,209,356	4,276	4228	48
FESG 2577	DICIEMBRE-2	15,834,258	2,318	15,834,258						
FESG 2578	DICIEMBRE-3	16,865,739	2,469	16,865,739						
FESG 2637	DICIEMBRE-4	10,902,276	1,596	10,902,276						
<b>TOTAL</b>		<b>3,730,279,311</b>	<b>546,081</b>	<b>3,730,279,311</b>	<b>3,730,818,960</b>	<b>546,160</b>	<b>129,686,535</b>	<b>18,985</b>	<b>17,857</b>	<b>132</b>

Fuente: Información Reportada Proceso Auditado

Respecto al “Contrato Interadministrativo”, el cual se suscribió con la entidad SERVICIOS POSTALES NACIONALES 4-72, se observa que la Subdirección tenía apropiado inicialmente un valor de \$15’050.000.000. Sin embargo, por la situación de asignación del PAC, también se efectuó una reducción de este presupuesto por valor de \$6.354.730.557, ejecutando finalmente el contrato por la suma de \$6’724.671.713 con una reserva presupuestal \$1’970.597.732, rubro que ya fue cumplido. La supervisión de este contrato fue ejercida por la Subdirección de Prevención y Atención a Emergencias SPAE. La información general del contrato se encuentra cargada en la plataforma SECOP II. El objeto de este contrato fue: “Contratar los servicios de un operador para la adquisición, transporte y suministro de productos alimenticios y no alimenticios en todos los departamentos, municipios, corregimientos, veredas, zonas rurales del territorio nacional y territorios étnicos, con destino a la población en riesgo o víctima del conflicto armado interno.”

De acuerdo con lo reportado por la Subdirección, para este contrato se cuenta con el aporte de cuatro (4) dependencias como se observa a continuación:

DEPENDENCIA	VALOR FACTURADO	% VALOR FACTURADO
Subdirección de Prevención y Atención de Emergencias	\$ 28.235.847.564,00	54,80%
Dirección de Asuntos Étnicos	\$ 13.422.244.688,00	26,05%
<b>Subdirección de Atención y Asistencia Humanitaria</b>	<b>\$ 8.695.269.444,00</b>	<b>16,87%</b>
Grupo de Retornos y Reubicaciones	\$ 1.175.103.750,00	2,28%
<b>Total General</b>	<b>\$ 51.528.465.446,00</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Información Reportada Proceso Auditado

De acuerdo con la revisión de la información aportada, la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria SAAH contribuyó con un 16.87% de los pagos efectuados a este proveedor en la vigencia 2024. A continuación, se presenta el detalle con respecto a número de KITS, valor total y beneficiarios, de acuerdo con los elementos entregados por el proveedor, con base en las necesidades y solicitudes realizadas por la Subdirección:



DESCRIPCIÓN	VALOR TOTAL	BENEFICIARIOS	No KITS ENTREGADOS
KIT ALIMENTOS TIPO A	\$ 4.755.316.936,67	23.924	8.744
KIT ALIMENTOS TIPO C	\$ 1.445.619.860,44	4.255	701
KIT ALIMENTOS TIPO B	\$ 1.171.798.484,94	4.443	999
KIT ASEO TIPO A	\$ 592.947.492,40	19.924	7.400
COLCHONETAS	\$ 155.252.898,99	918	893
KIT ASEO TIPO B	\$ 141.827.305,57	4.443	999
KIT ASEO TIPO C	\$ 137.548.712,85	4.255	701
JUEGOS DE CAMA	\$ 76.366.654,21	918	893
COBIJAS	\$ 61.331.076,80	965	940
KIT COCINA	\$ 57.633.123,24	965	396
TOLDILLOS	\$ 36.661.052,33	918	893
KIT VAJILLA	\$ 30.271.553,20	965	940
TOALLAS	\$ 14.487.428,90	915	890
CALDERO EN ALUMINIO FUNDIDO	\$ 7.766.195,85	142	57
HAMACAS	\$ 3.744.010,13	47	47
BALÓN DE VOLEIBOL	\$ 3.399.571,77	142	57
TOLDILLOS PARA HAMACA	\$ 1.929.529,07	47	47
CREMA ANTIPAÑALITIS	\$ 489.554,10	237	21
PAÑALES DE TELA	\$ 334.057,99	308	17
VELAS	\$ 316.801,80	166	90
BIBERONES	\$ 227.141,25	308	25
<b>Total general</b>	<b>\$ 8.695.269.442,50</b>	<b>69.205</b>	<b>25.750</b>

Fuente: Información Reportada Proceso Auditado

A manera de conclusión, se evidencia que el 100% de los recursos asignados a la dependencia fueron ejecutados, pagando un 84% en el año 2024 y cumpliendo un 16% de reservas presupuestales en el año 2025. Las reservas presupuestales fueron necesarias porque como se indicó anteriormente, el PAC durante el último trimestre del 2024 no fue entregado en su totalidad a la Subdirección.

En este sentido, es importante continuar con las prácticas de supervisión y validación en cuanto a las tirillas de pago y a las entregas efectivas de KIT'S, con el fin de que se pague de manera efectiva y con los soportes correspondientes, los servicios prestados por el proveedor.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>88</b> de <b>101</b>

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

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

### DEBILIDAD N°1

De acuerdo con el reporte enviado por el Grupo de Servicio al Ciudadano, el cual es comunicado a todas las dependencias, con corte a 04 de noviembre de 2025, la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria cuenta con 58 PQR'S en estado "Vencido", es decir, se encuentran por fuera de los términos establecidos para dar respuesta; entre las solicitudes reportadas se encuentran las siguientes: 8405805 del 22/01/2025, 8481518 del 13/03/2025, 8483708 del 14/03/2025, 8614218 del 09/06/2025 y 8628329 del 16/06/2025. incumpliendo de esta manera con el artículo 14 de la Ley 1755 de 2015, el cual establece: "Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. Salvo norma legal especial y so pena de sanción disciplinaria, toda petición deberá resolverse dentro de los quince (15) días siguientes a su recepción. Estará sometida a término especial la resolución de las siguientes peticiones:

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

*2. Las peticiones mediante las cuales se eleva una consulta a las autoridades en relación con las materias a su cargo deberán resolverse dentro de los treinta (30) días siguientes a su recepción"; lo anterior, de acuerdo con información confirmada en la entrevista realizada al líder del equipo el día 29 de abril de la presente vigencia y el reporte enviado por esta misma dependencia el 02/05/2025.*

Con respecto a lo anterior, se sugiere validar y acogerse a las medidas establecidas en la ley para ampliar los términos, en los casos que sea posible y de esta manera contar con un tiempo razonable, dada la naturaleza de las solicitudes radicadas.

Es importante tener en cuenta que este reporte incluye solamente las solicitudes radicadas por medio del canal escrito y tramitadas a través del aplicativo LEX; adicionalmente, que en el reporte fueron filtrados los temas "Atención Humanitaria SM" y "Ayuda Humanitaria Hechos Diferentes a Desplazamiento Forzado".

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>89</b> de <b>101</b>

## DEBILIDAD N°2

Se evidencia en el normograma publicado en la página de la Entidad, en la pestaña Decreto, para el proceso Gestión para la Asistencia, los Decretos: 605 "Por el cual se reglamenta la ley 142 de 1994 en relación con la prestación del servicio público domiciliario de aseo" y 2069 "Por medio del cual se reglamenta parcialmente la Ley 418 de 1997"; de acuerdo con lo anterior y consultadas las normas en mención, no se evidencia relación del contenido de estas, con las funciones y actividades desarrolladas en el proceso, por su parte, en la pestaña Resoluciones, se relaciona la Resolución 1645 "Por la cual se deroga la resolución 1291 de 2016 y se adopta el procedimiento y mecanismo técnico y operativo de reconocimiento y entrega de atención humanitaria de emergencia y transición a víctimas de desplazamiento forzado", sin embargo, se encuentra relacionada para el proceso "Gestión Interinstitucional"; por lo tanto no es posible identificar con claridad y certeza la normatividad aplicable al proceso y por ende los requisitos legales a tener en cuenta en la ejecución de sus actividades y procedimientos.

Es importante tener en cuenta que, si bien corresponde a un documento consolidado y publicado por la Oficina Asesora Jurídica, el líder de cada proceso es el responsable de asegurar que la normatividad asociada a su proceso se encuentre actualizada, así como de solicitar la inclusión o derogación de normas en los casos que aplique.

Lo anterior se encuentra establecido en el Procedimiento Identificación y Verificación de Requisitos Legales, generado por el proceso Gestión Jurídica, así mismo, en concepto de la Dirección Jurídica del Departamento Administrativo de la Función Pública 048371 de 2021, se concluye lo siguiente: "(...) 1. Con el objeto de dar eficaz cumplimiento al mandato legal de enmarcar la actuación administrativa en las disposiciones de todo el ordenamiento jurídico, las entidades deberán contar con una herramienta que les permita determinar el marco legal vigente en el que deben fundamentar sus unciones, obligaciones, responsabilidades y compromisos (...)"; por lo tanto este es el documento que permite conocer a las partes interesadas, incluidos los mismos colaboradores del proceso, así como al Equipo Auditor, el marco normativo y requisitos legales aplicables a la ejecución de sus actividades.

## DEBILIDAD N°3

En visita realizada al proceso el 21 de octubre en la que se inició la validación del procedimiento "Solicitudes de Atención Humanitaria", no se evidenció la remisión de la solicitud a la SRNI (Subdirección Red Nacional de Información), de los hogares que resultaron con clasificación "Hogar para caracterizar", para las solicitudes analizadas y tramitadas correspondientes al 16 de mayo de 2024, de acuerdo con lo establecido en el procedimiento en mención, en la actividad No 6.

Se confirmó que en estos casos se registra dicha observación como insumo para dar respuesta parcial al peticionario en el aplicativo utilizado por la unidad, sin embargo, no es posible evidenciar que se hubiera gestionado la entrevista y que como resultado de la misma se hubiera dado

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>90</b> de <b>101</b>

respuesta de fondo al solicitante. De acuerdo con lo anterior no se ejecuta seguimiento a la aplicación de la entrevista, ni se conoce si finalmente se dio respuesta de fondo al usuario, para estos casos en particular.

Para las solicitudes consultadas en la visita, no se pudo evidenciar que se hubiera ejecutado finalmente la entrevista y dado respuesta de fondo al usuario; es importante tener presente que el proceso de “Atención Humanitaria” implica en algunos casos la ejecución de este paso o requisito (aplicación de la entrevista de caracterización) y por tanto se requiere su ejecución para dar respuesta al solicitante, aun cuando sean diferentes dependencias las involucradas.

#### **DEBILIDAD N°4**

La ausencia de un análisis integral y documentado del mapa de riesgos que consolide no solo los riesgos identificados en el instrumento institucional sino también aquellos inherentes a la gestión del proceso y los que se desprenden de normas aplicables a la gestión, lo cual no está conforme con la Ley 87 de 1993 artículo 2° referente a los objetivos del sistema de Control Interno, donde se dispone en los literales a) y f), el Decreto 1083 de 2015 en los artículos 2.2.21.3.1 y 2.2.21.5.4, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión en las dimensiones señaladas en este acápite del informe y lo dispuesto en lo pertinente en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas Versión 6. Lo anterior se fundamenta en que el proceso Gestión para la Asistencia aportó evidencias que no dan certeza sobre la trazabilidad, análisis y documentación del uso de los resultados de la gestión del riesgo, lo cual limita la capacidad del proceso para generar una retroalimentación efectiva, seguimiento oportuno y fortalecimiento del control interno y, por lo tanto, la posibilidad de materialización del riesgo negativo que tiene un impacto en el logro de los objetivos institucionales, dado que no se tiene una herramienta de gestión que brinde información del quehacer funcional del proceso en tiempo real y que permita la toma de decisiones informada.

#### **DEBILIDAD N° 5**

El objetivo del proceso Gestión para la Asistencia hace referencia a" *Determinar la entrega o no de la atención y ayuda humanitaria a las víctimas del conflicto armado en Colombia, incluidos en el RUV, a través de la identificación de necesidades, capacidades y/o afectaciones en cumplimiento de los requisitos legales durante la vigencia de la ley*"; en este sentido, dentro de las actividades clave relacionadas en su caracterización se encuentra: *Analizar, tramitar las solicitudes y realizar la colocación de recursos a los registros viables por concepto de Atención Humanitaria y Ayuda Humanitaria*; por ende, uno de los riesgos asociados a esta actividad clave, sino es que el más importante del proceso, corresponde a autorizar y colocar los pagos de ayuda y/o atención humanitaria a víctimas que no cumplan los criterios o requisitos de validación exigidos en cada caso.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>91</b> de <b>101</b>

Teniendo en cuenta lo anterior, no se evidencia en el mapa de riesgos institucional de la vigencia 2024, proceso de Gestión para la Asistencia, el riesgo antes mencionado, así como tampoco se observa la inclusión de riesgos fiscales los cuales se deben identificar a partir de la ejecución de actividades de Gestión Fiscal entre las cuales se encuentran: *administración, gestión, ordenación, ejecución, manejo, adquisición, planeación, conservación, custodia, explotación, enajenación, {consumo, adjudicación, gasto, inversión y disposición de bienes o recursos públicos,* (contempladas en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en entidades públicas emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública).

Por otra parte, el Equipo Auditor identificó una debilidad en el diseño de los controles establecidos por el Proceso Gestión para la Asistencia. Esta situación se evidencia particularmente en que la redacción de los controles asociados a los riesgos analizados no cumple la totalidad de criterios establecidos en *Metodología Administración de Riesgos V11 de la UARIV*, lo cual afecta la eficacia del modelo de administración del riesgo adoptado por la entidad.

Entre las omisiones más relevantes se encuentran que los controles evaluados presentan algunas deficiencias en su diseño e implementación, comprometiendo su eficacia como mecanismos de mitigación de riesgos:

En el caso del riesgo No. 95, el cual hace referencia a un riesgo de corrupción, se considera que los controles se encuentran más encaminados a verificar que las colocaciones se realicen para las víctimas que cumplen con los requisitos para acceder a la asistencia, es decir, estos controles podrían aplicar para el riesgo principal de la gestión que se mencionó anteriormente, *que no ha sido incluido en el mapa*, más que a evitar el hecho propio de corrupción mencionado en el riesgo, por lo tanto debe ser validado. Adicionalmente, los controles de los riesgos 1 y 2, son similares, por lo tanto, también requieren una validación para que realmente ataquen la causa del riesgo que se está pretendiendo mitigar.

Es importante validar en todos los casos que la redacción del control incluya una acción concreta de control como los son validaciones, comparaciones, segregación de funciones, ente otras, así como los demás elementos mencionados en la guía como lo son periodicidad, responsable y evidencia; se sugiere validar el control número 3 ya que no se aprecia con claridad la acción concreta de control.

El Equipo Auditor estable como causas de las deficiencias identificadas, la aplicación de la metodología para la elaboración de la identificación de los riesgos y controles adoptada por la Unidad para que sean idóneos y adecuados para prevenir y/o mitigar los eventos potenciales, así como el cumplimiento total de las actividades establecidas en la metodología de administración de riesgos, en cuanto a la materialización y mitigación de riesgos. Esta situación no se encuentra conforme con lo establecido en la Ley 87 de 1993, artículo 2º literales a) y f); el Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017, artículo 2.2.21.3.1; y el artículo 2.2.21.5.4 del mismo decreto. Igualmente, se contravienen los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública en el *Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y*

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>92</b> de <b>101</b>

Gestión 2023 – Versión 5, así como la *Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas – Versión 6*.

## DEBILIDAD N°6

Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria del Proceso Gestión para la Asistencia, referente al avance y ejecución del total de actividades (indicadores) programadas en su plan de acción para la vigencia 2024. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en los artículos 2° literales b) y d), 4° literal c), i) y j) y 6° de la Ley 87 de 1993 y la Ley 152 de 1994 artículo 3° literal k). Decreto 1449 de 2017 en el Plan Operativo de MIPG numeral 4.1. El Equipo Auditor establece como potenciales causas falta de conocimiento en la planeación apropiada de la programación de las metas a determinar en cada actividad (indicador), teniendo como referencia una línea base tomada de los resultados obtenidos en las vigencias anteriores, que permita la realización adecuada en el diseño 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 N° 7

La falta de conocimiento, socialización o capacitación de las políticas de seguridad de la información y la ausencia de controles técnicos que limiten el acceso individualizado o el refuerzo de las practicas seguras en el manejo de las credenciales asignadas presenta un alto riesgo de acceso no autorizado a información confidencial y perdida de trazabilidad y responsabilidad sobre las acciones que se realicen en el sistema de información lo cual no está conforme con los principios de seguridad e la información en cuanto a integridad y confidencialidad de la información y 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 como lo indica la ISO 27001 en sus controles y la resolución 03157 del 2021 de la Unidad para la Víctimas, por la cual se establecen los objetivos, política general y políticas específicas del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información.

## DEBILIDAD N° 8

El Equipo Auditor de Control Interno, aplicando normas de auditoría generalmente aceptadas, evaluó la información suministrada por el proceso auditado y la información obtenida durante las pruebas de recorrido. Como resultado, se evidenció la **ausencia de controles automatizados** que permitan una gestión eficiente y segura de los datos en las acciones de misión crítica. Esta situación incrementa el riesgo de **manipulación, alteración o pérdida de información**, afectando la confiabilidad y trazabilidad de los datos procesados en el sistema.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>93</b> de <b>101</b>

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

Adicionalmente, esta situación se contrapone a lo dispuesto en el Decreto 338 de 2022 del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, particularmente en el artículo 2.2.21.1.1.3, numeral 12, que define el riesgo de seguridad digital como la posibilidad de que un incidente afecte negativamente los activos de información, comprometiendo su disponibilidad, integridad o confidencialidad.

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

## **DEBILIDAD N° 9**

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evidencia la falta de interoperabilidad entre los sistemas de información que el proceso de Gestión para la Asistencia gestiona en sus diferentes procedimientos, necesarios para la consulta de información, los principales riesgos que se pueden llegar a materializar están enfocados a la falta de control de datos que permitan una tratamiento de la información de manera adecuada y eficiente que permita su unificación y control a una sola instancia, lo cual puede impedir y limitar a la Entidad a un crecimiento evolutivo y progresivo con el propósito de apalancar y contribuir al cumplimiento de los objetivos, teniendo en cuenta como principal situación la integración e interoperabilidad de la información no solamente a nivel interno si no con otras entidades del Estado.

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 su G.GOB.01 Guía del dominio de Gobierno de TI y las buenas prácticas de COBIT.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>94</b> de <b>101</b>

## DEBILIDAD N° 10

La ausencia de procedimientos formales para la revisión y tratamientos de los logs de auditoría que generan los sistemas de información, o la asignación de responsabilidades o roles en materia de seguimiento o monitoreo, o la falta de implementación de herramientas tecnológicas automatizadas de alertas evidencia un alto riesgo en la identificación de actividades irregulares, accesos indebidos, o incidentes de seguridad que pueden pasar inadvertidos, lo anterior 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 como referente internacional de la norma ISO 27001 sobre seguridad de la información.

### 6.1 OBSERVACIONES

#### OBSERVACIÓN N° 1

Al revisar las actividades y paso a paso del procedimiento “Gestión para la Asistencia” se evidencia que aplica para la atención humanitaria en la etapa de transición, es decir desplazamiento posterior a un año. Se sugiere aclarar en el documento este aspecto, explicando cómo es el proceso para la etapa de atención humanitaria de emergencia (primer año de desplazamiento) y en qué casos aplica la identificación de carencias, la cual como tal no corresponde a una ruta sino a una metodología o procedimiento que aplica como paso inicial en la fase de transición.

Es recomendable revisar y actualizar el procedimiento, teniendo en cuenta que hace referencia a la "Atención Humanitaria", que como tal incluye las etapas a cargo del proceso Gestión para la Asistencia: Atención Humanitaria de Emergencia (no aplica solicitud ni los demás pasos del procedimiento) y Atención Humanitaria de Transición, sin embargo, en el documento no es claro qué pasos y requisitos aplican en cada caso, así como las temporalidades: Emergencia (primer año), Transición (superior a un año); es decir, se sugiere aclarar el procedimiento contemplando los lineamientos y conceptos establecidos en la Resolución 1645 de 2019, con el fin de que sea de más fácil comprensión para el lector del documento y se maneje un mismo lenguaje, en concordancia con la normatividad vigente.

#### OBSERVACION N° 2

Validar los riesgos que implica que diferentes profesionales ingresen, realicen consultas y ajustes en el aplicativo SM con el mismo usuario; en este sentido es importante revisar las razones por las cuales se tiene la necesidad de acceder al aplicativo empleando el mismo usuario y los posibles

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>95</b> de <b>101</b>

riesgos o implicaciones que esto conlleva con respecto a los lineamientos y normatividad asociados a seguridad de la información, se sugiere gestionar la asignación de usuarios para todos los profesionales que requieran acceder al aplicativo.

### **OBSERVACIÓN N° 3**

Establecer y materializar estrategias para la depuración de los casos que presentan condiciones especiales y que deben ser subsanados, ya que aún continúan apareciendo en el listado con giros pendientes, pero no pueden ser seleccionados para colocación teniendo en cuenta que presentan alguna condición o restricción que lo impide. Sin embargo, aún no se ha realizado el análisis y proceso correspondiente para determinar si realmente aplican o no para la colocación de giros. En el proceso de auditoría se expone que no se ha contado con la capacidad de personal para realizar la depuración, sin embargo, esta situación también puede implicar reprocesos y pérdida de tiempo al tener que validar personas para las que no aplica la colocación o errores en su aprobación.

### **OBSERVACIÓN N° 4**

Implementar estrategias de gestión del conocimiento dentro del proceso, de tal manera que las funciones, actividades y procedimientos que requieren verificaciones muy técnicas y de gran relevancia ya que implican la ejecución de controles, sean conocidos y manejados por diferentes colaboradores del equipo, con el fin de que se garantice la continuidad de la operación y el manejo de la información por los diferentes integrantes del proceso.

### **OBSERVACION N° 5**

Documentar los controles adicionales implementados en los diferentes procedimientos y actividades, que aún no se ven reflejados de forma específica en la documentación; con el fin de garantizar su permanencia e implementación de manera oficial, como, por ejemplo, los controles asociados a evitar la modificación de las bases de datos que son enviadas al operador para la colocación de pagos.

## **7. ASPECTOS SOBRESALIENTES**

El Equipo Auditor evidencia como aspectos positivos del proceso Gestión para la Asistencia, lo siguiente:

En la ejecución de la auditoría y aplicación de pruebas de recorrido y entrevistas, siempre hubo completa disposición por parte de los profesionales responsables, los cuales explicaron de forma clara los procesos a su cargo y presentaron los soportes correspondientes.

El conocimiento y manejo técnico de los procedimientos, los archivos y la información analizada y procesada en la ejecución de las funciones por parte de los profesionales que atendieron la

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>96</b> de <b>101</b>

auditoría, así mismo, la organización en los registros y evidencias asociados a las actividades, validaciones y controles ejecutados, lo cual permite un ágil y efectivo acceso a los soportes solicitados; así mismo, se evidencia coherencia en la información y trazabilidad de los casos consultados.

La implementación de diferentes acciones en pro de garantizar la comunicación de los giros colocados a las víctimas; durante todo el tiempo de vigencia del giro se realiza seguimiento a los cobros realizados a través del operador y se reportan los casos pendientes de cobro a Servicio al Ciudadano, con el fin de realizar el envío de mensajes y ejecución de llamadas por parte del proveedor de este servicio y de esta forma incrementar la efectividad en el proceso de cobro y por ende acceso a la atención humanitaria.

La aplicación de controles en diferentes etapas del proceso y ejecutados por diferentes profesionales, que tienen el propósito de validar el cumplimiento de los requisitos por parte de las víctimas a las cuales se les realizará la colocación de giros, así mismo, controles sobre las bases de datos enviadas al proveedor, de tal forma que se garantice la no modificación de estas.

Se cuenta con documentos (procedimientos) completos que describen a detalle las actividades a desarrollar en las rutas de atención y ayuda humanitaria, lo que se considera una fortaleza, dado que aportan a la gestión del conocimiento y la estandarización de actividades, no obstante y como se mencionó anteriormente, se sugiere incluir los controles implementados que aún no han sido documentados, así como el detalle con respecto a algunos análisis y manejo de bases de datos que requieren un conocimiento técnico específico y varias actividades para su ejecución, con el ánimo de garantizar que se mantienen en el tiempo, dada su importancia; así mismo se sugiere realizar una revisión general de los documentos con el propósito de confirmar su actualización.

La ejecución presupuestal es buena en su porcentaje por parte del proceso, teniendo en consideración que aun cuando fueron constituidas reservas presupuestales para la vigencia 2025, estas fueron cumplidas o ejecutadas al 100%, adicionalmente; es importante tener en cuenta que estas reservas fueron solicitadas como consecuencia de la no entrega de recursos por parte del ministerio de hacienda en algunos períodos de la vigencia 2024, es decir, la no asignación de PAC.

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

### **8.1 Plan de Mejoramiento Auditorías de Gestión**

De acuerdo con el seguimiento a Planes de Mejoramiento derivados de las auditorías 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

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>97</b> de <b>101</b>

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 misma, 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 para la Asistencia, se evidenció lo siguiente, con respecto a auditorías y seguimientos ejecutados de 2018 a 2024:

2023
No tiene pendientes acciones de mejora de auditorías anteriores. 5 Debilidades nuevas identificadas en 2023.

Como se puede observar, para el proceso Gestión para la Asistencia, de 2018 a hoy se ha ejecutado una auditoría en 2023, en la cual se identificaron 5 debilidades; ahora bien, como resultado del ejercicio de seguimiento, se dio cierre a dos debilidades y en el proceso de auditoría interna nuevamente se revisa cada uno de los hallazgos y se da cierre a dos debilidades más dado que no correspondían a las actividades bajo responsabilidad de la Subdirección.

De acuerdo con lo anterior, sólo se mantiene una (1) debilidad abierta, asociada al cumplimiento del plan de acción, la cual nuevamente se genera como resultado de la aplicación de la herramienta que evalúa este aspecto por parte de la oficina.

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página <b>98</b> de <b>101</b>

## 8.2 Plan de Mejoramiento Ente de Control (CGR)

En el marco de las auditorías realizadas por la Contraloría General de la República, se genera el Plan de Mejoramiento Institucional UARIV dentro del cual se encuentran vigentes tres (3) hallazgos por concepto del proceso de Gestión para la Asistencia.

- Un hallazgo en la auditoria de cumplimiento vigencia 2013 (hallazgo 29)
- Un hallazgo en la auditoria de cumplimiento vigencia 2015 (hallazgo 16)
- Un hallazgo en la auditoria de cumplimiento vigencia 2016 (Hallazgo 2)

Las causas que generan los hallazgos de acuerdo con los informes de auditoría del ente de control se deben a:

- El no aporte oportuno de información sobre la gestión
- Desbordamiento de la capacidad operativa en la atención, asistencia y reparación integral a las Víctimas.
- Deficiencias en la disponibilidad de la información de las dependencias misionales inciden directamente en la eficiencia y oportunidad de la respuesta escrita.
- Falta de datos de contacto de las víctimas a notificar, por ende, se inició el proceso subsidiario de notificación el cual puede tardar hasta 25 días hábiles.

El siguiente cuadro determina el estado actual del plan de mejoramiento asociado al proceso de Gestión para la Asistencia:

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
29	(...) (D12) (F7) (...) se determinaron registros que no corresponden a los parámetros estipulados en la circular: 1. Pagos de alojamiento determinados por la ciudad y cantidad de habitantes. 2. Giros de Ayuda Humanitaria al mismo beneficiario en la misma fecha. 3. Giros en cuantías superiores a los topes establecidos según la cantidad de habitantes en cada municipio.	Recopilar la información correspondiente a las actuaciones adelantadas por la UARIV en el marco de las observaciones de la CGR (Cumplidas)	Consolidar la información correspondiente a las actuaciones adelantadas que prueban el cumplimiento del compromiso adquirido por la UARIV	Carpeta	1	2020/02/10	2020/02/21
16	Orden de Compra 2748 de fecha de emisión 25 de mayo de 2015 (...) la UARIV, al no dar respuesta efectiva a los requerimientos de las víctimas, contraría los Principios de la Función Administrativa tales como la celeridad, economía, imparcialidad, eficacia, eficiencia, responsabilidad y transparencia, vulnerando el principal objetivo de la función administrativa(...)	Recopilar la información correspondiente a las actuaciones adelantadas por la UARIV en el marco de las observaciones de la CGR (Cumplidas)	Consolidar la información correspondiente a las actuaciones adelantadas que prueban el cumplimiento del compromiso adquirido por la UARIV	Carpeta	1	2020/02/10	2020/02/28
2	Existen debilidades de la gestión institucional referida a la notificación de los Actos Administrativos que suspende la entrega de ayuda humanitaria a las víctimas. Solo el 67% de dichos Actos Administrativos han sido notificados.	Mejorar el proceso de contactabilidad con las víctimas.	Validación de datos de contacto por medio de los diferentes canales de atención que tiene la Unidad, para notificar a las víctimas la suspensión de la Atención Humanitaria.	Base de datos actualizada	1	2017/08/15	2018/06/30

Existen tres (3) actividades vigentes dentro del plan de mejoramiento institucional de la UARIV asociados al proceso de Gestión para la Asistencia de las cuales, su énfasis de mejora consiste en:

 <b>Unidad para las Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>99</b> de <b>101</b>

- Recopilar la información correspondiente a las actuaciones adelantadas por la UARIV en el marco de las observaciones de la CGR (Cumplidas)
- Mejorar el proceso de contactabilidad con las víctimas.

Del seguimiento de estas tres (3) actividades para el primer periodo del año 2025 el cual fue evaluado en el mes de junio de 2025, se encontró que una actividad se encuentra reportada por cuanto se considera cumplida; dos actividades fueron reportadas parcialmente. En próximos seguimientos se verificará el cumplimiento y efectividad de las mismas.

## 9. RESULTADOS DE LOS LOGROS DE GESTIÓN

El resultado de la gestión de la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria, dentro de la evaluación por dependencias, obtuvo un logro del 9,57/10.00, para la vigencia 2024.

## 10. CONCEPTO DE AUDITORIA

El propósito de la auditoría es evaluar el sistema de control interno del proceso Gestión para la Asistencia – Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria, visto desde el logro de metas, aplicación de normas, modelos de gestión efectivos y la valoración del sistema de control interno que actualmente aplica en su quehacer cotidiano; alienado y articulado con las siete (7) dimensiones y 19 políticas de gestión y desempeño del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.

La evaluación se enfocó en la gestión realizada durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024, con el objetivo de evaluar la efectividad del sistema de control para garantizar el cumplimiento de metas, la correcta administración de los recursos y la aplicación de la normativa vigente. Para cumplir dicho propósito, se examinaron los aspectos de gestión y de seguimiento a las acciones de control que se deben realizar de conformidad con la adecuada implementación del sistema de control interno. Producto de esta actividad el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno emite el siguiente concepto de auditoría.

El proceso Gestión para la Asistencia en general es un proceso organizado, se evidenció en la revisión documental y en la ejecución de las visitas, que se da cumplimiento a la normatividad establecida para la ejecución de sus actividades, a los procedimientos documentados y como tal al propósito para el cual fue creado, consistente en la entrega de atención y ayuda humanitaria; lo anterior de acuerdo con las muestras seleccionadas.

El proceso cuenta con un equipo de trabajo competente y comprometido con su labor, en todo el recorrido se evidenció siempre un alto conocimiento de los procedimientos, funciones, actividades y requisitos a cumplir en su ejecución; en varias de las actividades validadas se requiere de la

 Unidad para las <b>Víctimas</b>	<b>SISTEMA INTEGRADO DE GESTION</b>	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página <b>100</b> de <b>101</b>

aplicación de habilidades y manejo de bases de datos y herramientas ofimáticas con el fin de aplicar controles y verificar el cumplimiento de requisitos por parte de las víctimas que requieren de la atención humanitaria, este manejo es evidente en los profesionales que participan en los procedimientos, de acuerdo con sus responsabilidades y funciones.

Se resalta la aplicación de controles en diferentes etapas del proceso, con el fin de garantizar que las víctimas a las cuales se les entrega a atención y ayuda humanitaria cumplan con los requisitos establecidos para acceder a la misma; es importante tener presente que muchos de estos controles y validaciones se realizan de manera manual, así como empleando herramientas creadas por los propios profesionales, las cuales les ha permitido agilizar y estandarizar su ejecución.

Es importante tener presente que se requiere la automatización de diferentes actividades, validaciones y controles, teniendo en cuenta que varios de ellos son actualmente manejados a partir de bases de datos en Excel, no obstante, estas mejoras definitivamente requieren de decisiones, recursos y medidas tomadas a partir de la Dirección General y la Oficina de Tecnologías de la Información, teniendo en cuenta que el desarrollo de herramientas y sistemas de información no es el propósito del proceso, que por el contrario este tiene un fin y funciones netamente misionales, por lo que es fundamental que estos tres actores (Dirección, proceso, OTI), coordinen y definan las necesidades, herramientas y mejoras en cuanto a sistemas de información, requeridas por el proceso, en pro de obtener mejores resultados y la eficiencia operativa en las actividades propias del mismo.

Con respecto a la entrega de la atención y ayuda humanitaria a las víctimas, se considera que la gestión y respuesta del proceso en términos generales es ágil y oportuna, sin embargo, y de acuerdo con la debilidad identificada en el ejercicio de auditoría, es importante revisar los casos de las PQR'S escritas y verbales que se encuentran pendientes por responder y con términos vencidos, con el fin de identificar los motivos que generan esta situación y las medidas a tomar con el fin de corregirla y evitar que se vuelva a presentar.

En este sentido se sugiere también validar con la dependencia encargada de realizar las entrevistas de caracterización de hogares, las estrategias y acciones que permitan dar cumplimiento a esta etapa del proceso de manera oportuna, ya que se trata de un insumo fundamental para dar continuidad a la gestión de algunas de las solicitudes y por ende para dar respuesta a los requerimientos de atención humanitaria realizados por la víctimas, para los cuales se requiere dar cumplimiento a este requisito; sin embargo, actualmente se presenta un cuello de botella en este punto del flujo del proceso, que se encuentra afectando el cumplimiento de su objetivo.

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

De acuerdo con lo anterior, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor recomienda a la Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria, que, con el acompañamiento de la Dirección de Gestión Social y Humanitaria, elabore e implemente un Plan de Mejoramiento, donde se incluya el tratamiento a las debilidades evidenciada en este informe, con el fin de subsanar las deficiencias señaladas y fortalecer su sistema de control interno.

Cordialmente,



**ANA SOFIA IREGUI C.**  
Auditor Líder

**CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO**  
Jefe Oficina de Control Interno

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.