 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 1 de 165

INFORME FINAL DE AUDITORÍA INTERNA DE CONTROL INTERNO AL PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL


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 del proceso auditor que se relaciona a continuación:

Nombre del Proceso:	Gestión Documental
Dependencia líder:	Coordinador Grupo de Gestión Administrativa y Documental
Responsable del Proceso:	Javier Eduardo Delgadillo Rodríguez
Tipo de auditoría:	De primera parte, efectividad del sistema de control interno
Fecha de auditoría:	agosto 1 al 15 de diciembre de 2025
Equipo Auditor:	Nohemilce Quintero Cetina - Líder Auditor Liliana Marcela Criales Rincon - Auditora Deisy Carolina Díaz Vargas - Auditora María Constanza Barco Pérez - Auditora Juan Carlos Castellano Mayorga - Auditor William Arturo Márquez Montero - Auditor Basco German Ricaurte Guerra – Auditor Jose de Jesús Gutiérrez Villalba – Auditor Liliana Marcela Críaes rincón - Auditora

1. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

La auditoría tiene como objetivo evaluar el sistema de control interno del proceso de Gestión Documental 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 y cualquier instrumento formalmente adoptado por la entidad; ii) Verificar que los líderes de los procedimientos implementen, ejecuten, controlen y hagan seguimiento a las herramientas básicas de control (batería de medición, mapa de riesgos, controles, seguimiento y mejoramiento); iii) Verificar que los líderes del proceso hagan seguimiento a la gestión delegada funcional u operativamente a los miembros de su equipo de trabajo y, iv) Verificar que los líderes de los procesos implementen,

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 2 de 165

ejecuten y controlen las directrices que ellos han dispuesto con base en el modelo de gestión y control para lograr las metas propuestas en el plan de acción.

2. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

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

Para la presente auditoría se evalúa la gestión del proceso Gestión Documental desde el 01 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.


3. GESTIÓN DEL RIESGO AUDITOR

Durante el desarrollo del proceso auditor no se materializan los riesgos asociados a la gestión auditora identificados en el Programa de Auditoria para la vigencia 2025. Es importante resaltar que el acceso a las fuentes de información por parte del Equipo Auditor se realiza de manera armónica y coordinada garantizando la transparencia e integridad del proceso de auditoría. Esta interacción se realiza a través de pruebas de recorrido al área auditada y mediante el análisis y verificación documental, contribuyendo al cumplimiento del programa establecido y al mantenimiento de un ambiente de colaboración entre las partes sin generar ninguna perturbación a la gestión.

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

4. METODOLOGÍA UTILIZADA

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 3 de 165

5. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

5.1 Análisis del entorno del Proceso Gestión Documental

El Sistema de Control Interno contempla como mínimo la caracterización de procesos y procedimientos; mecanismos que materializan la gestión. El modelo de medición soportado en indicadores de gestión que dan cuenta de la evolución y logro de resultados del proceso. El mapa de riesgos, donde se identifican y administran los eventos que puedan impedir el logro de los objetivos. El modelo de control que se constituye en la herramienta gerencial que pretende minimizar la ocurrencia de eventos negativos o administrarlos y el esquema de seguimiento que sustenta el monitorea a las acciones, controles y decisiones que influyen en la gestión del proceso.

Cuando los elementos del sistema de control interno interactúan y se gestionan contribuyen al logro del objetivo definido por la Unidad para el Proceso de Gestión Documental, que corresponde planear, normalizar, organizar y controlar el flujo de la información, documentos y registros producidos y recibidos en virtud de las funciones desarrolladas por la Unidad, desde su planificación hasta su disposición final, garantizando la preservación y conservación del patrimonio documental, mediante la adopción de prácticas y estándares normativos archivísticos proferidos por el Archivo General de la Nación - AGN, así como los de calidad basados en la norma ISO 30301; orientados a la satisfacción de necesidades y expectativas de las partes interesadas.


5.1.1 Caracterización del proceso y los procedimientos

El Gobierno Nacional adoptó el Modelo Estándar de Control Interno (en adelante MECI)¹, que fue actualizado en el año 2014 y posteriormente en el 2017². En este escenario, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión dispone que el trabajo por procesos es *“la secuencia ordenada de actividades, interrelacionadas, para crear valor, deben tener en cuenta que el ciudadano es el eje fundamental de la gestión pública (CLAD: 2008). Los procesos se pueden clasificar en estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, lo que permitirá la adecuada gestión y prestación del servicio de la organización”*³. El proceso de Gestión Documental es de apoyo.

¹ COLOMBIA, PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, Decreto 1599. (20, mayo, 2005). Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2005 No.45.920.

² Ídem. Decreto 1499. (11, septiembre, 2017). Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015. Diario Oficial. Bogotá D.C., 2017 No.50.353. Artículo 2. *Sustituir el Título 23 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, el cual quedará así; ARTÍCULO 2.2.23.2. Actualización del Modelo Estándar de Control Interno. La actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano - MECI, se efectuará a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, el cual será de obligatorio cumplimiento y aplicación para las entidades y organismos a que hace referencia el artículo 5° de la Ley 87 de 1993. Parágrafo. El Gobierno Nacional a través del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), podrá realizar actualizaciones y modificaciones al Manual Técnico, con el fin de adecuarlo a las necesidades de fortalecimiento y a los cambios de los referentes internacionales, previa aprobación del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno.*

³ COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Manual Operativo versión 6, Modelo Integrado de Planeación y Gestión. Bogotá, D.C., 2024, p - 57

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 4 de 165

De la documentación publicada en la página web de la Unidad del proceso Gestión Documental <https://www.unidadvictimas.gov.co/gestion-documental-2/>, en la auditoría se revisa lo siguiente:

No.	Nombre	No. de versión	Fecha de versión
1	Procedimiento de Consulta Préstamo y Devolución de Documentos.	3	09/07/2025
2	Procedimiento de Elaboración y/o Actualización de Tabla de Retención Documental TDR	4	16/11/2023
3	Procedimiento para las Transferencias Documentales	4	20/03/2025
4	Procedimiento Control de la Información Documentada	13	20/03/2025
5	Manual para la Organización de Documentos Físicos y Electrónicos Inspección locación archivo central	2	20/12/2024
6	Manual de Recepción, Radicación, Distribución y Gestión de Comunicaciones Oficiales	2	09/07/2025

Fuente: Elaboración propia

La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas tiene por objetivo coordinar el Sistema Nacional de Atención y Reparación a las Víctimas y la ejecución e implementación de la Política Pública de Atención, Asistencia y Reparación Integral a las mismas en los términos establecidos en la ley.


El proceso de Gestión Documental, es un proceso de apoyo de gran importancia para el cumplimiento de la misionalidad Institucional, su objetivo es: *“Planear, normalizar, organizar y controlar el flujo de la información, documentos y registros producidos y recibidos en virtud de las funciones desarrolladas por la Unidad, desde su planificación hasta su disposición final, garantizando la preservación y conservación del patrimonio documental, mediante la adopción de prácticas y estándares normativos archivísticos proferidos por el AGN, así como los de calidad basados en la norma ISO 30301; orientados a la satisfacción de necesidades y expectativas de las partes interesadas⁴”.*

En el marco del cumplimiento de la Ley 87 de 1993, artículo 12. Funciones de los auditores internos en los siguientes literales:

c. Verificar que los controles definidos para los procesos y actividades de la organización se cumplan por los responsables de su ejecución y en especial, que las áreas o empleados encargados de la aplicación del régimen disciplinario ejerzan adecuadamente esta función;

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

⁴ <https://www.unidadvictimas.gov.co/gestion-documental-2/>

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 5 de 165

g. Verificar los procesos relacionados con el manejo de los recursos, bienes y los sistemas de información de la entidad y recomendar los correctivos que sean necesarios.

A partir de lo anterior, en el desarrollo de esta auditoria el Equipo Auditor hace recorrido de auditoría con el propósito de verificar los controles definidos por el proceso en la ejecución de las actividades que se realizan el cumplimiento de la misionalidad, para lo cual se verifica la siguiente documentación:

a. Procedimiento consulta, préstamo y devolución de documentos.

OBJETIVO: Establecer los lineamientos para la gestión del préstamo y consulta de expedientes del archivo central de la Unidad para las Víctimas, con el fin de reparar las necesidades de información de los usuarios, realizando el control y seguimiento del acceso a la información.

Este procedimiento se revisa en el recorrido de auditoría realizado el 20/10/2025, se evidencia que solo tiene marcada la actividad 2 como un punto de control. Sin embargo, la actividad 6. *Solicitar devolución*, requiere revisión en su redacción y debe ser considerada como punto de control. De la misma manera, la actividad 8. *Devolver los expedientes*, se debe verificar la integridad de los expedientes (completos y en el mismo estado en que fueron prestados), lo que también se constituye un punto de control que no está marcado, ese tendría un doble control, porque no solo basta con verificar la completitud del expediente, se debe definir el tiempo que se otorga para subsanar los faltantes, en el caso de pérdida del expediente como se procede y las acciones a seguir si hay alteración del expediente prestado.


b. Procedimiento de elaboración y/o actualización de tabla de retención documental.

OBJETIVO: Establecer las actividades para el proceso de elaboración y/o actualización de las Tablas de Retención Documental – TRD de la Unidad para las Víctimas.

Este procedimiento se revisa durante el recorrido de auditoría realizado el 20/10/2025, la última actualización del procedimiento data del 16/11/2023. En los criterios de operación, se hace referencia al Acuerdo 004 de 2019 expedido por del Archivo General de la Nación (AGN), el cual fue derogado por el Art. 10.1 del Acuerdo 001 de 2024. Por lo tanto, se debe actualizar el procedimiento de acuerdo con la normatividad vigente.

c. Procedimiento de transferencias documentales.

OBJETIVO: Establecer las actividades técnicas necesarias para realizar el proceso de transferencias documentales primarias, aplicando los tiempos de retención establecidos en las Tablas de Retención

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 6 de 165

Documental (TRD), en las series y subseries, garantizando la preservación y conservación conforme a la producción documental de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.


Este procedimiento se revisa durante el recorrido de auditoría realizado el 20/10/2025, se evidencia que tiene definido de manera clara los criterios de operación con la descripción de cada una de las etapas que se deben surtir para el cumplimiento del objetivo que es las transferencias documentales. Se evidencia en la actividad 9. Devolver para correcciones sin que se indique a que actividad debería devolverse (a la actividad 3). La actividad 14 y 17 que son puntos de control no se describe la actividad de manera clara donde se indique que se debe hacer por el SI y por el NO.

d. Procedimiento Control de la Información Documentada del SIG.

OBJETIVO Establecer los criterios para la administración, disposición y control de la información documentada asociada a los procesos del Sistema Integrado de Gestión de la Unidad, a través de lineamientos establecidos por el proceso de Gestión Documental con el propósito de garantizar idoneidad, protección, identificación y disponibilidad de estos.

Este procedimiento se revisa durante el recorrido de auditoría realizado el 20/10/2025. Se evidencia que en la actividad "8. Codificar y publicar documento" y la siguiente actividad, el proceso dispone de cinco (5) días para remitir el formato de control de cambios, instrumento mediante el cual el líder proceso autoriza la creación, actualización o eliminación del documento. Para la actividad de publicación este formato debe ser considerado como un punto de control; el responsable de codificar y publicar el documento manifiesta que no procede con la publicación si este formato de control de cambios no es remitido. Por lo anterior, este procedimiento requiere actualización.

Adicionalmente, se verifica el formato de control de cambios a los documentos del SIG, de fecha 29/09/2025 remitido por el proceso de gestión de la información en el que se solicita la modificación de tres (3) documentos. Sin embargo, el campo de justificación solo incluye la actualización de un documento, incumpliendo lo establecido en el procedimiento, pues no se relaciona la justificación para el instructivo soporte de servicios de telefonía IP, ni para el formato de solicitud de servicios de telefonía IP.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 7 de 165

 Unidad para las Víctimas	Código: 710.14.15-1 PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL PROCEDIMIENTO CONTROL DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA	Versión: 03 Fecha: 18/02/2019 Página 1 de 1
--	---	---

SOLICITUD DE CAMBIOS A LOS DOCUMENTOS DEL SIG

En Bogotá, D.C., a los 29 días del mes de septiembre (09) de 2025, los suscritos funcionarios de la **Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas**, en cumplimiento del Procedimiento Control de la Información Documentada del SIG nos hemos reunido para aprobar la:

Creación Modificación Eliminación

Documento	Código	Versión
Procedimiento Gestión de Servicios e Infraestructura Tecnológica	140,06,08-21	02
Instructivo soporte de servicios de Telefonía IP	140,06,05-10	02
Formato de Solicitud de Servicios de Telefonía IP	140,06,15-19	03

Justificación:

Desde el proceso Gestión de la Información, se actualiza el procedimiento de Servicios e Infraestructura Tecnológica con el fin de identificar las necesidades sobre los niveles de servicios en la herramienta tecnológica, ajuste en la descripción de actividades al momento de solucionar casos, eventos o incidentes que cumplan con el alcance de la Oficina de Tecnologías de la Información. En cuanto a la Telefonía IP se actualiza dada las directrices de la Unidad ya que la autorización de las llamadas a larga distancia hace parte de Gestión Administrativa mas no de secretaría general.


 Responsable del Proceso: Gestión de la Información
 Nombre: Alfonso Rafael Ocampo Arrieta
 Cargo: jefe de la Oficina de Tecnologías de la Información


 Enlace SIG
 Nombre: Juan Felipe Gutierrez Calderon
 Cargo: Apoyo SIG

Se revisa el listado maestro para corroborar la actividad de publicación de los documentos, se evidencia que, en el ítem 5638 figura el registro del *Acta de Reunión y Listado de Asistencia*, versión 5, aprobado el 16/11/2023. Sin embargo, al consultar la página web, el documento aparece publicado con un nombre diferente "*Formato de Acta de Reunión y Seguimiento V5*". Además, en el control de cambios no se evidencia el cambio del nombre del formato, incumpliendo la validación del documento previa a la publicación.

LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS INTERNO								Código: 710.14.15-7
PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL								Versión: 04
PROCEDIMIENTO CONTROL DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA								Páginas:01
Item	PROCESO	TIPO DE DOCUMENTO	CODIGO	NOMBRE DEL DOCUMENTO	VERSION	FECHA DE APROBACIÓN	OBSERVACIONES/ELIMINACIONES	ESTADO DEL DOCUMENTO
2928	Gestión Documental	Formato	710.14.15-10	Acta de Reunion y Seguimiento	2	14/06/2018		OBSOLETO
3260	Gestión Documental	Formato	710.14.15-10	Acta de Reunion y Seguimiento	3	18/02/2019		OBSOLETO
4804	Gestión Documental	Formato	710.14.15-10	Acta de Reunion y Seguimiento	4	07/10/2021		OBSOLETO
5638	Gestión Documental	Formato	162.14.15-10	Acta de Reunion y Listado de Asistencia	5	16/11/2023		VIGENTE

Fuente: Captura de pantalla Listado maestro publicado en la página web de la UARIV.



Unidad para las Víctimas

[INICIO](#) | [ATENCIÓN Y SERVICIOS CIUDADANÍA](#) | [COMUNICACIONES](#) | [LA UNIDAD](#) | [TRANSPARENCIA](#) | [PARTICIPA](#)

[Ingresar con término de búsqueda exacto](#)

Documentos Bibliotecas > Formato Acta de Reunión y Seguimiento V5

FORMATO


Formato Acta de Reunión y Seguimiento V5


Descargar documento

Fecha publicación: 16/11/2023 12:00 am

Resoña:

Fuente: Captura de pantalla documento publicado en la página web de la UARIV.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 8 de 165

 Unidad para las Víctimas	FORMATO ACTA DE REUNIÓN Y LISTADO DE ASISTENCIA	Código: 162,14,15-10
	PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL	Versión: 05
	MANUAL PARA LA ORGANIZACIÓN DE DOCUMENTOS FÍSICOS Y ELECTRÓNICOS	Fecha: 16/11/2023 Página 1 de _

4. CONTROL DE CAMBIOS:

Versión	Fecha	Descripción de la modificación
1	9/07/2014	Creación del documento
2	14/06/2018	Modificación del formato con casillas adicionales y unificación del acta de reunión y listado de asistencia.
3	18/02/2019	Actualización de Formato inclusión de casillas como: Etnia y Genero
4	7/10/2021	Actualización del formato: Se retira casilla Genero y se incluye logo INCONTEC
5	16/11/2023	Se realiza actualización para asociar el formato al Manual de Organización de Documento; El Congreso de la República aprobó el proyecto de acto legislativo que modifica el artículo 64 de la Constitución Política de 1991, indicando que el campesinado se convertía en un sujeto político de derechos y de especial protección, desde el proceso Reparación Integral se incluye la opción "campesino(a)"-C en el Formato "Acta de Reunión y Seguimiento"

Fuente: Captura de pantalla control de cambios del formato Acta de reunión y listado de Asistencia.

e. Manual de recepción, radicación, distribución y gestión de comunicaciones oficiales.

OBJETIVO: Establecer lineamientos que orienten la recepción, registro, radicación, digitalización y distribución de las comunicaciones oficiales para garantizar transparencia administrativa y la respuesta oportuna a víctimas, entidades y ciudadanos.

Este manual se revisa en el recorrido de auditoría realizado el 29/10/2025, se indica en el literal C, del numeral 3.2 *"Distribución de correspondencia electrónica recibida: se siguen las mismas directrices estipuladas en el ÍTEM 3.1 del presente documento"*, y el numeral 3.1 es la *"RADICACIÓN DE CORRESPONDENCIA FÍSICA RECIBIDA"*, este numeral no habla de distribución. se recomienda revisar el manual.


f. Manual para la organización de documentos físicos y electrónicos.

OBJETIVO Establecer lineamientos con el fin de brindar directrices que permitan a las dependencias de la Unidad para las Víctimas, comprender la importancia de los documentos físicos y electrónicos, su estructura y características, así como las etapas para su gestión durante todo su ciclo vital.

Este manual se revisa en el recorrido de auditoría realizado el 27/10/2025, fue actualizado en el 20/12/2024, se encuentra conformidad en la aplicación para la organización de documentos.

DEBILIDAD No. 1.

A partir del marco normativo de la Ley 87 de 1993 en el artículo 1°, 4° literal b), l) y artículo 12 literales c) y e), Decreto 1083 artículos 2.2.21.3.1, 2.2.21.5.1 y 2.2.21.5.2, los lineamientos

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 9 de 165

dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, 2024 V6, el Equipo Auditor establece que el proceso de Gestión Documental presenta debilidad en la identificación de los puntos de control del “Procedimiento consulta, préstamo y devolución de documentos”, se referencia normativa derogada en el “Procedimiento de transferencias documentales”, incumplimiento de puntos de control y actividades en el “Procedimiento Control de la Información Documentada del SIG”, tal como se describe en los ítems de procedimientos y manuales revisados, relacionados anteriormente.

Mediante correo electrónico el martes 18 de noviembre de 2025, se le comunica al Doctor Javier Delgadillo Rodríguez - javier.delgadillo@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado la debilidad identificada en el análisis realizado por el Equipo Auditor a los procedimientos, en donde se le da un plazo de cinco (5) días hábiles según lo establecido en la actividad 10 del procedimiento “Auditorías Internas al control interno” contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones y evidencias pertinentes. Mediante correo electrónico el lunes 24 de noviembre de 2025, el auditado comunica: “*En atención a la comunicación remitida por la Oficina de Control Interno respecto al primer grupo de debilidades identificadas en el marco de la auditoría interna al proceso de Gestión Documental, me permito informar que, una vez revisado el informe, no se tienen observaciones frente a lo presentado*”. Por lo anterior la debilidad se mantiene.


5.2 Análisis de las Variables del Sistema de Control Interno del Proceso Gestión Documental.

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 Documental para el cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales que contribuya al fortalecimiento y mejoramiento continuo de la misionalidad de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas UARIV.

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

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

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 10 de 165

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


Para el efecto, el grupo remite respuesta con las evidencias correspondientes por medio de correos electrónicos institucionales de Cesar Eduardo Estrada Narváz cesaredu.estrada@unidadvictimas.gov.co el día 9 de septiembre de la presente anualidad en el cuerpo del correo se encuentra el repositorio de las evidencias por cada ítem de los criterios de evaluación en el drive [Herramienta Evaluación SCI 2025](#).

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

El Equipo Auditor examina indicadores diferentes a los establecidos en el plan de acción que hace parte de los 16 planes con los cuales cuenta la entidad. El propósito es determinar si el proceso 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.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 11 de 165

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

“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.*

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 12 de 165

- Definir los indicadores a utilizar y el método de construcción que más se adapte a la propia dinámica y cultura organizacional. De acuerdo con el manual “Planificación estratégica e indicadores de desempeño en el sector público.

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

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


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

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

“En términos generales, MIPG busca que la Evaluación de Resultados se aprecie en dos momentos: a través del seguimiento a la gestión institucional, y en la evaluación propiamente de los resultados obtenidos. Tanto el seguimiento como la evaluación exigen contar con indicadores para monitorear y 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”.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 13 de 165

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

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

Continuando con el marco normativo y administrativo dado por el Departamento Administrativo de la Función Pública, en el caso de los indicadores de gestión en la Guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión versión 4, 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”.

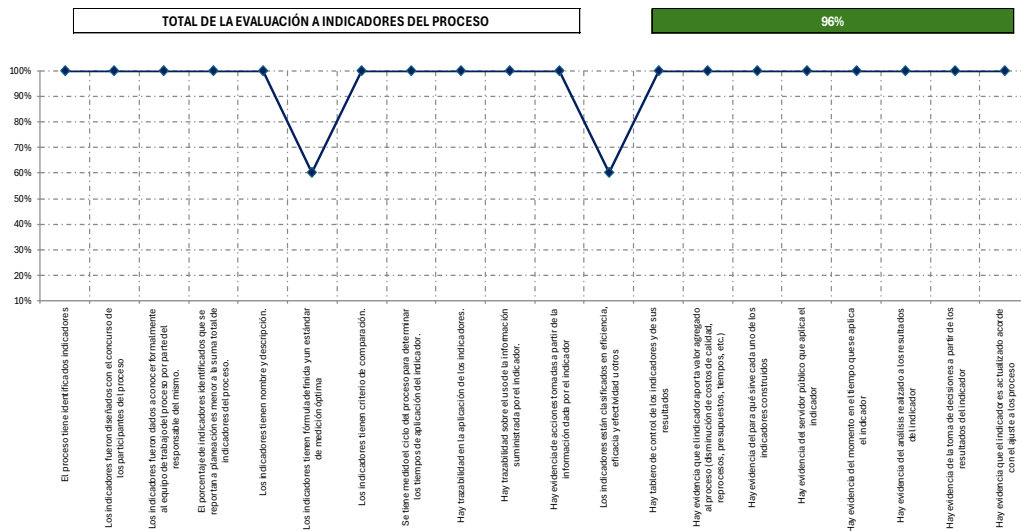
Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de los indicadores de gestión, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – indicadores, mediante correo electrónico del jueves 21 de agosto de 2025 a las 4:52 p.m. La auditada da respuesta mediante correo electrónico del viernes 5 de septiembre de 2025 solicitando prorroga, otorgada para la entrega y cargue de información el martes 9 de septiembre donde se relacionan 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:

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 14 de 165

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 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”.


El papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – indicadores tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert⁵. El proceso Gestión Documental 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:



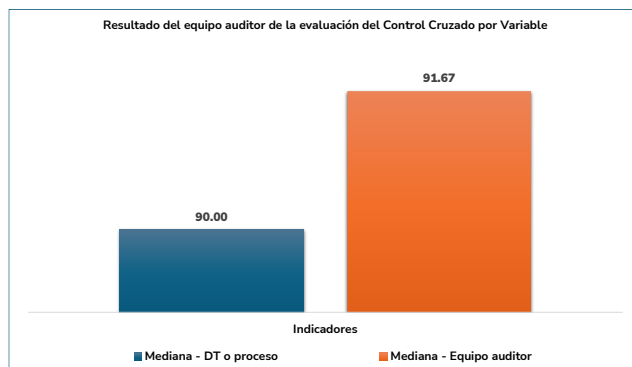
Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión. Fuente propia OCI

Teniendo en cuenta las normas internacionalmente 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 96 de 100 posibles. Ello

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 15 de 165

implica una diferencia real de 4 puntos respecto de la calificación del proceso auditado y de 4 cuatro 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 Documental 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 1.67 puntos en la variable “Indicador”, toda vez que el resultado de la valoración del auditado es de 90 y la del Equipo Auditor de 91.67. Lo que significa que *“Hay evidencia de un sistema de medición en plane producción que sustenta 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 lo reportado por el Grupo de Gestión Documental, existen indicadores complementarios diferentes a los reportados en SISPLAN de los cuales se evidencia gestión en *“Indicadores Complementarios_15_02_24 y Metodología Indicadores Complementarios”* que muestra el seguimiento de los indicadores por parte de la Coordinación del Grupo de Gestión Documental.

Por lo anterior, el Grupo de Gestión Documental con base en el análisis de los indicadores asociados a la evaluación del Sistema de Control Interno, no evidencia debilidad. Sin embargo, en coherencia con los elementos del subsistema de evaluación y seguimiento del MECI, se recomienda el fortalecimiento de los instrumentos de monitoreo y control sobre los indicadores adicionales al plan de acción. Esto con el propósito de garantizar la disponibilidad de información confiable, relevante y oportuna que apoye los procesos de retroalimentación, facilite la toma de decisiones y promueva la mejora continua en el marco de la gestión institucional.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 16 de 165

5.2.2 Sistema de Control Interno por la variable modelo riesgos del Proceso de Gestión Documental (adicionales al mapa de riesgos institucional).

El Equipo Auditor examina los riesgos adicionales a aquellos identificados en el mapa de riesgos institucional y la gestión desplegada en la aplicación de la metodología institucional para el manejo de los riesgos y con ello evaluar el Sistema de Control Interno (SCI), para establecer su nivel de madurez, evidenciando la efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta el Proceso de Gestión Documental para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. El propósito es determinar si el auditado posee y reconoce un modelo de riesgos, diferentes a los identificados en el mapa de riesgos que le permita tener otra herramienta gerencial de las actividades institucionales.

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

“a) Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten.

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


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

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

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 17 de 165

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 dispone que:


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

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante indicar que, la entidad debe tener una política de riesgos, la cual, según lo estipulado por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAPF a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión 2024 V6, en la página 36:

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

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

Dentro del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, Consejo para la Gestión y desempeño institucional en su versión 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:

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 18 de 165

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

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

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

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

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

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


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

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

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

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

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 19 de 165

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

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


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

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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de 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 – riesgos, mediante correo electrónico del jueves 21 de agosto de 2025 a las 4:52 p.m. El auditado da respuesta mediante correo electrónico del viernes 5 de septiembre de 2025 solicitando prórroga, otorgada para la entrega y cargue de información el martes 9 de septiembre donde se relacionan los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

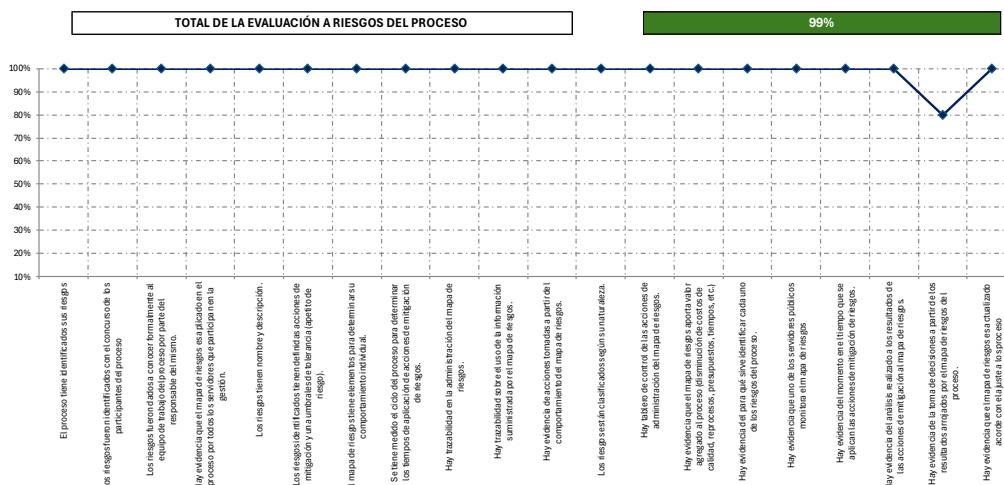
El Equipo Auditor, a través de la matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de gestión de riesgos en concordancia con las características del sistema de control interno definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 20 de 165

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

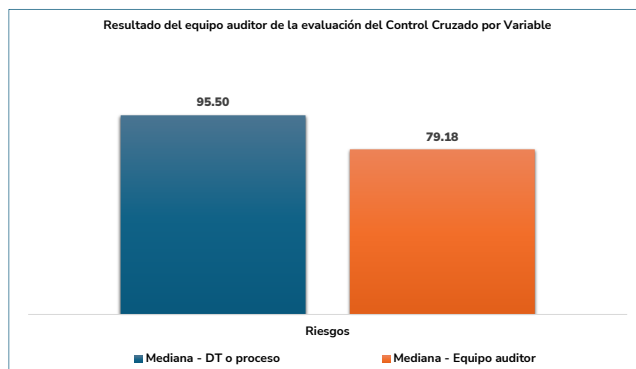


Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión. Fuente propia OCI.

Como se observa, la calificación que se da el auditado corresponde al 99 % 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 91% de 100% posible. Ello implica una diferencia real de 8 puntos respecto de la calificación del auditado y del máximo posible (100 puntos).

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 21 de 165



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 Documental 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 16.32 puntos en la variable “Riesgos”, toda vez que el resultado de la valoración del auditado es de 95.50 y la del Equipo Auditor de 79.18. Lo que significa que *“Hay evidencia de un mapa de riesgos y modelo de administración de los mismos en plena producción que sustenta la toma de decisiones, que es inherente al proceso, actualizado y socializado adecuadamente.”* (Información tomada resultado papel de trabajo).

El Equipo Auditor al verificar y evaluar las evidencias del componente riesgos identifica que el proceso de Gestión Documental realiza seguimiento a las actividades internas y no presenta debilidades en su Sistema de Control Interno.

5.2.3 Sistema de Control Interno por la variable Modelo de control del proceso de Gestión Documental.

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 Grupo de Gestión Documental en el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. La finalidad es determinar si el auditado posee y reconoce un modelo de control interno, adicionales a los puntos de control que se describen en los procesos y procedimientos que le permita tener otra herramienta gerencial de las actividades institucionales.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 22 de 165

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

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

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

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

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


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

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

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

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

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 23 de 165

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


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

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

“b) Procesos y procedimientos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales, de acuerdo con su naturaleza, características y propósitos, procurando su simplificación y actualización de manera permanente y c) Políticas operacionales y delimitación precisa de la autoridad y niveles de responsabilidad.”

De igual manera, la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas UARIV mediante Resolución No. 2728 del 5 de octubre de 2021 *“Por la cual se adopta el modelo integrado de planeación y gestión-MIPG (...)”*; en el artículo 2 Objetivos del modelo el numeral 2 *“Agilizar, simplificar y flexibilizar la operación de las entidades para la generación de bienes y servicios que resuelvan efectivamente las necesidades de sus ciudadanos”.* Esta es una tarea propia de las dependencias, procesos misionales y direcciones territoriales, se debe hacer desde el ejercicio del proceso de Direccionamiento Estratégico en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación. En este punto, se deben emitir los lineamientos precisos para la gerencia de procesos que contribuyan al logro de los objetivos institucionales, para lo cual es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 24 de 165

- *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:

- *Trabajar por procesos: Uno de los pilares de los modelos de gestión de calidad es el trabajo por procesos. De acuerdo con la Carta Iberoamericana de la Calidad (CLAD: 2008), la adopción de una gestión por procesos permite la mejora de las actividades de la administración pública orientada al servicio público y para resultados. Los procesos, entendidos como la secuencia ordenada de actividades, interrelacionadas, para crear valor, deben tener en cuenta que el ciudadano es el eje fundamental de la gestión pública (CLAD: 2008). Los procesos se pueden clasificar en estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, lo que permitirá la adecuada gestión y prestación del servicio de la organización”.*

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

“(…) una estructura de control de la gestión que especifique los elementos necesarios para construir y fortalecer el Sistema de Control Interno, a través de un modelo que determine los parámetros necesarios (autogestión) para que las entidades establezcan acciones, políticas, métodos, procedimientos, mecanismos de prevención, verificación y evaluación en procura de su mejoramiento continuo (autorregulación), en la cual cada uno de los servidores de la entidad se constituyen en parte integral (autocontrol).”⁷

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 25 de 165

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 – control, mediante correo electrónico del jueves 21 de agosto de 2025 a las 4:52 p.m. La auditada da respuesta mediante correo electrónico del viernes 5 de septiembre de 2025 solicitando prorroga, otorgada para la entrega y cargue de información el martes 9 de septiembre donde se relacionan los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

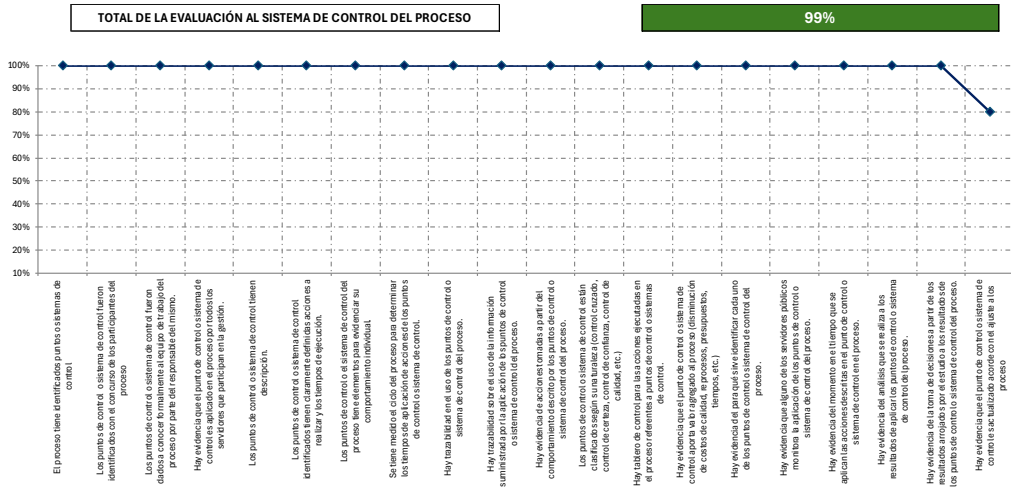
El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de gestión del control en concordancia con las características del sistema de control interno definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos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

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

Por lo anterior, el Equipo Auditor aplica al proceso Gestión Documental el papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – control el cual tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert⁸. 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:

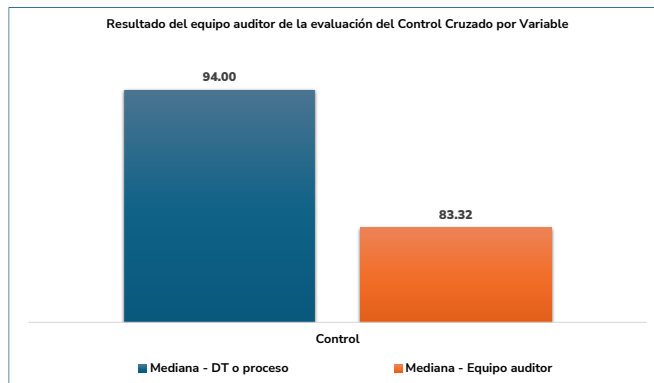
⁸ La escala de Likert es una de las escalas más utilizadas en investigación en ciencias sociales. Ofrecen un sistema de clasificación simple que es común a las encuestas de todo tipo. La escala se llama así por el psicólogo que lo creó, Rensis Likert. Un uso común de la escala de Likert es una encuesta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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 26 de 165




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

Como se observa, la calificación que se da el Proceso de Gestión Documental, corresponde a 99 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 98 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 1 punto respecto de la calificación del auditado y 1 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 Documental 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 10.68 puntos en la variable “Control”, toda vez que el resultado de la valoración del proceso Gestión Documental es de 94.00

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 27 de 165

y la del Equipo Auditor de 83.32. El Equipo Auditor analiza las evidencias del Sistema de Control Interno (SCI), las cuales 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 *“Existe un modelo de control funcional, sustentado en mecanismos válidos de seguimiento y verificación. No obstante, se identifica que dicho modelo aún no es plenamente reconocido como una fuente de información estratégica que respalde la toma de decisiones. Adicionalmente, en la autoevaluación institucional no se evidencian registros que reconozcan estos controles complementarios como insumos para una toma de decisiones informada en el proceso auditado”.* (Información tomada resultado papel de trabajo).

Por lo anterior, el proceso Gestión Documental, en el análisis de los controles correspondientes a la evaluación del Sistema de Control Interno, no presenta debilidad. No obstante, es importante señalar que los controles adicionales a los establecidos formalmente en los procedimientos deben ser complementados con información integral y pertinente, que contribuya al fortalecimiento del modelo de control y al aseguramiento de su efectividad en la gestión institucional.


5.2.4 Sistema de Control Interno por la variable modelo de mejora o valor agregado del proceso de Gestión Documental.

El Equipo Auditor examina el modelo de mejora o valor agregado que aplica el proceso Gestión Documental en la gestión desarrollada y con ello evalúa el sistema de control interno (SCI), para establecer su nivel de madurez, efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta 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.”

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 28 de 165

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

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

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

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


El Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI, en el numeral 5.1 Objetivos específicos del MECI en el literal dispone que se debe:

“e) Garantizar razonablemente la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional.”

Corolario de lo anterior, la entidad debe tener un Sistema de Control Interno que se articule con el MIPG, según lo estipulado por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión V6, 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:

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 29 de 165

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

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


En el Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI, en el capítulo Módulo de Control de Evaluación y Seguimiento se dispone que: *“Los instrumentos y herramientas de gestión y de control de la entidad requieren evaluación y seguimiento, es decir, un proceso que verifique el nivel de desarrollo del Sistema de Control Interno y de la gestión de la entidad. Esto se consigue mediante actividades de supervisión continua, evaluaciones periódicas o una combinación de ambas cosas (...)”*

Por su parte, la UARIV mediante la Resolución No. 2728 del 5 de octubre de 2021 *“Por la cual se adopta el modelo integrado de planeación y gestión-MIPG (...)”*; en el artículo 2 Objetivos del modelo el numeral 2 señala que se debe *“Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la en la información, el control y la evaluación para la toma de decisiones y la mejora continua”*. Esta es una tarea propia de dependencias y procesos, que se debe hacer desde el ejercicio de Dirección Estratégico en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación y la línea estratégica de la Dirección General. En este punto, se deben emitir los lineamientos precisos para el seguimiento que contribuyen al logro de los objetivos institucionales para lo cual es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

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

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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de los 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 – modelo de mejora o valor agregado, mediante correo electrónico del jueves 21 de agosto de 2025 a las 4:52 p.m. La auditada da respuesta mediante correo electrónico del viernes 5 de septiembre de 2025 solicitando prorroga, otorgada para la entrega y cargue de

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 30 de 165

información el martes 9 de septiembre donde se relacionan los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

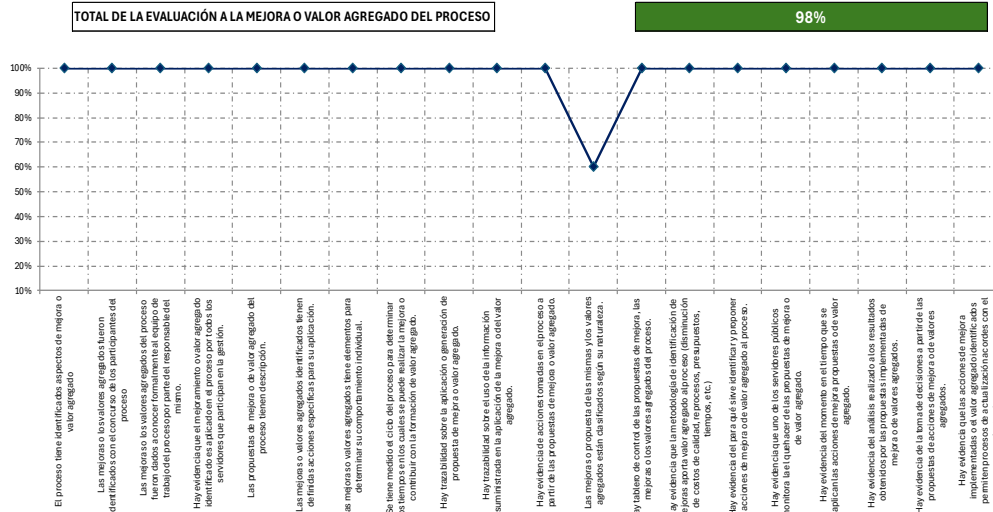
El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de mejora o valor agregado en concordancia con las características del sistema de control interno definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos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

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

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

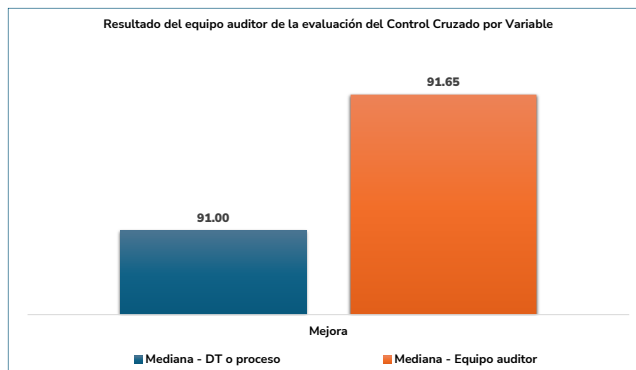
Los resultados obtenidos a través de la aplicación del papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – mejora o valor agregado el cual tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert⁹. El Grupo de Gestión Documental como auditado responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que queda, en primera instancia, la matriz así:

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




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

Como se observa, la calificación que se da el auditado corresponde a 98% 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 – mejora o valor agregado corresponde a 96 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 4 puntos respecto de la calificación del auditado y de 4 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 de proceso Gestión Documental 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 0.65 punto en la variable “Mejora

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 32 de 165

o *Valor Agregado*”, toda vez que el resultado de la valoración del proceso Gestión Documental es de 91 y la del Equipo Auditor de 91.65. 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 de decisiones, que son inherentes al proceso, actualizado y socializado adecuadamente”*. (Información tomada resultado papel de trabajo).

Por lo anterior, el Proceso de Gestión Documental 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 de Gestión Documental


El Equipo Auditor examina el modelo de seguimiento que aplica el proceso 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 proceso Gestión Documental, 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 es *“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.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 33 de 165

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

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

Dentro del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional en su versión 6, 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”.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 34 de 165

“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).

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).

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 35 de 165

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. El proceso auditado da respuesta mediante correo electrónico del mediante correo electrónico del 3 de octubre de 2025 a las 10:20 pm, con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

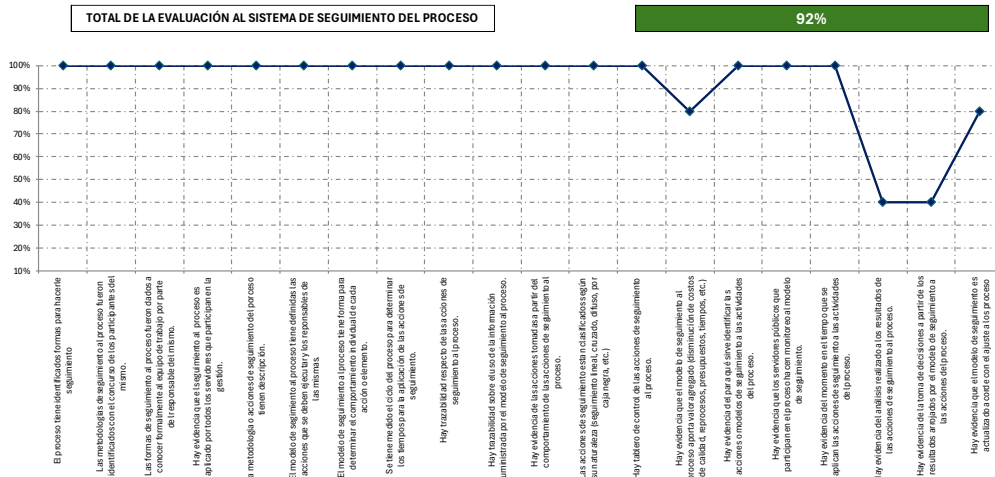
El Equipo Auditor, a través de la matriz citada, como papel de trabajo diseñado para determinar el nivel de madurez del modelo de control y seguimiento definidos en la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del Sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales b), c), d), e), f), g) y h) que la administración de la mejora o valor agregado propende por:

*“b) Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional;
c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de*

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 36 de 165

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 Grupo Gestión Documental 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 Likert¹⁰. El auditado responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz así:



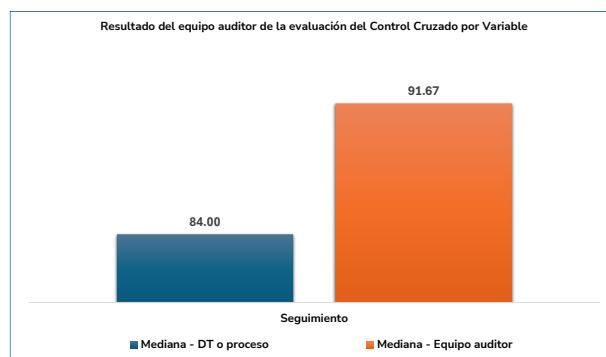
Fuente: Herramienta Modelo de Control Interno y Seguimiento a la Gestión. Fuente propia OCI

Como se observa, la calificación que se da el auditado corresponde a 92 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 88 de

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 37 de 165

100 posibles. Ello implica una diferencia real de 4 puntos respecto de la calificación de auditado y auditor respecto del máximo posible (100 puntos).




Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI.

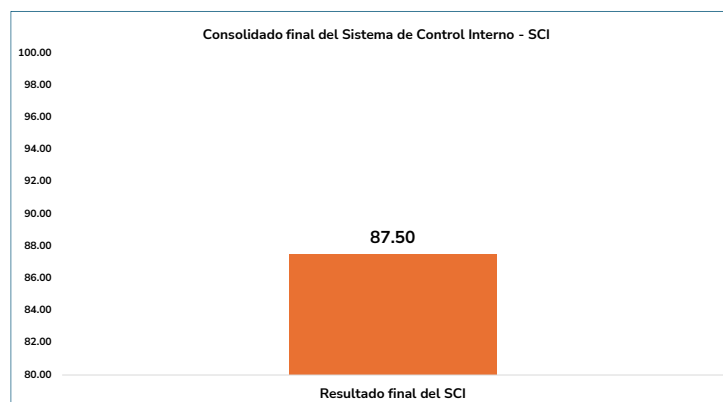
Así mismo, se confronta la información y evidencias registradas en la herramienta de evaluación al SCI frente a los resultados de las autoevaluaciones del proceso Gestión Documental correspondientes al primer y segundo semestre de 2024, donde se realiza un análisis cruzado de los valores y porcentajes obtenidos en ambas herramientas, en la cual se establece la valoración a través de la aplicación de la mediana, ello implica una diferencia 7.67 puntos en la variable “Seguimiento”, toda vez que el resultado de la valoración del auditado es de 84 y la del Equipo Auditor de 91.67. 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).

El Equipo Auditor al verificar y evaluar las evidencias de este componente identifica que el proceso de Gestión Documental realiza seguimiento a las actividades internas y no presenta debilidades en su Sistema de Control Interno.

5.2.6 Consolidado del Sistema de Control del proceso de Gestión Documental.

En el marco de la auditoría realizada al Grupo Gestión Documental, 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.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 38 de 165




Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

Con fundamento en las evidencias proporcionadas por el auditado, se determina que Grupo Gestión Documental en lo que corresponde a los cinco (5) componentes evaluados (*Indicadores, riesgos, controles, mejoras y seguimiento*) presenta fortalezas que potencializan su funcionamiento integral. Si bien existen avances en la implementación de mejoras, estos son suficientes para asegurar un cumplimiento sólido y sostenido de los objetivos institucionales. Por lo anterior, el Equipo Auditor observa que no se genera incertidumbre al aplicar los principios del escepticismo profesional, dado que se tiene certeza plena del cumplimiento en los aspectos evaluados por lo cual la calificación asignada es “Medio” con una puntuación de 87.5%, indicando la necesidad de mantener y fortalecer los controles existentes y desarrollar mecanismos de mejora continua para alcanzar un nivel superior de desempeño.

5.3 Análisis del diseño y efectividad del control del mapa de riesgos del proceso de Gestión Documental.

El proceso de Gestión Documental, conforme con la Resolución 01650 de 2022, tiene como función liderar el diseño, organización, ejecución y control del archivo de la entidad, de acuerdo con las disposiciones normativas que el Archivo General de la Nación y que la normatividad vigente establezca, para coordinar su implementación con las mejores prácticas archivísticas.

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.

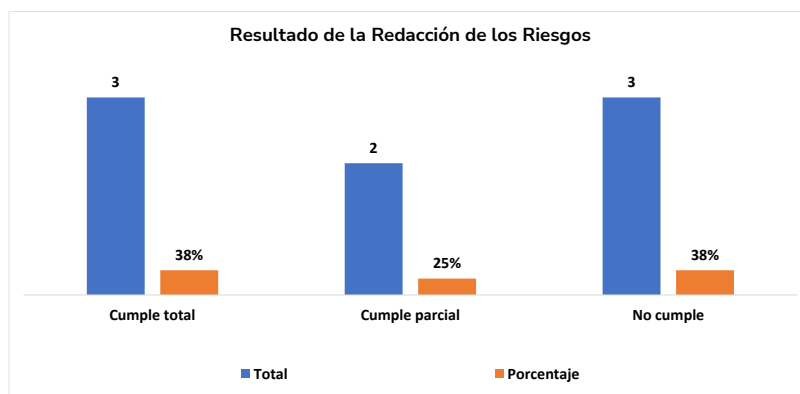
 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 39 de 165

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

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


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

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



Fuente: Herramienta Análisis de Riesgos de la OCI.

De acuerdo con la gráfica, se evidencia que el 25% de los riesgos identificados por el proceso cumplen parcialmente con la estructura establecida en la *Guía para la Administración del Riesgo*

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 40 de 165

del DAFP. Por otro lado, el 38% de los riesgos no cumple con dicha estructura, mientras que el 38% restante cumple totalmente con los lineamientos definidos.

Este resultado refleja diferencias en el nivel de madurez y calidad en la formulación de los riesgos dentro del proceso.

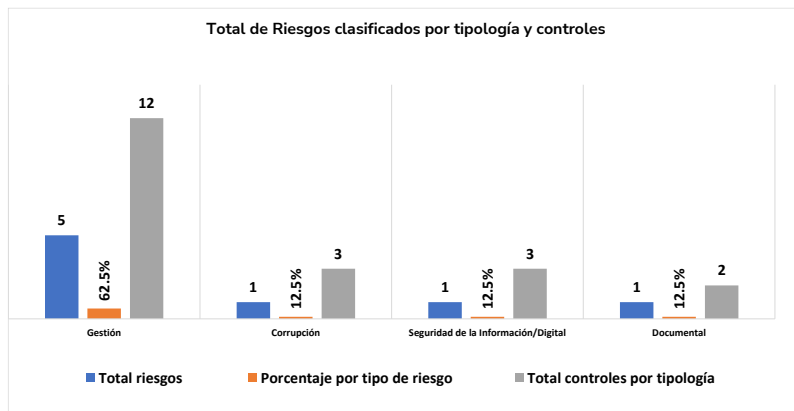
En particular, los riesgos que cumplen totalmente con la estructura presentan una definición clara del evento, sus causas y las posibles consecuencias, lo que permite contar con una caracterización adecuada y facilitar su gestión mediante la identificación de controles pertinentes y la formulación de acciones de tratamiento.

Por su parte, los riesgos que cumplen parcialmente evidencian debilidades principalmente en:


- La descripción incompleta del evento de riesgo.
- La ausencia o insuficiencia en la identificación de causas.
- La falta de claridad o precisión en las consecuencias asociadas.
- El uso de redacciones generales que dificultan el análisis y priorización.

Estas falencias limitan la comprensión integral del riesgo y pueden afectar la toma de decisiones respecto a su tratamiento.

Finalmente, los riesgos que no cumplen con la estructura presentando descripciones deficientes o incompletas que no permiten comprender adecuadamente el contexto del evento de riesgo. Esta situación implica una oportunidad de mejora en el proceso de formulación de riesgos, especialmente frente a la socialización de la metodología, fortalecimiento de capacidades, revisión interna y seguimiento al cumplimiento de los lineamientos.

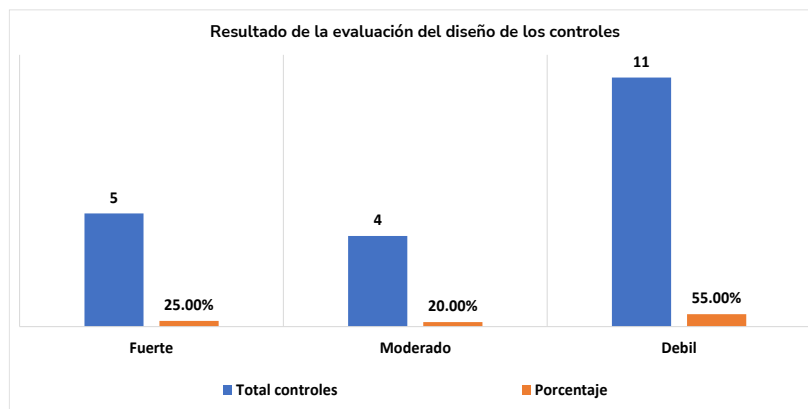


Fuente: Herramienta Análisis de Riesgos de la OCI.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 41 de 165

En relación con el análisis realizado sobre la tipología de los riesgos, se identificaron ocho (8) riesgos en total. De estos, el Equipo Auditor evidenció que cinco (5) corresponden a riesgos asociados a la gestión, lo que representa el 62,5% del total analizado. Asimismo, se identificó un (1) riesgo de corrupción, equivalente al 12,5%, un (1) riesgo vinculado con la seguridad de la información/digital, correspondiente al 12,5%, y un (1) riesgo de tipo documental, también con una participación del 12,5%.


En términos de gestión, el proceso auditado ha implementado veinte (20) controles dirigidos a la mitigación, seguimiento y tratamiento de estos riesgos. Estos controles buscan asegurar la adecuada administración de los eventos identificados, así como reducir su probabilidad de ocurrencia o el impacto derivado de los mismos.



Fuente: Herramienta Análisis de Riesgos de la OCI.

Respecto a la evaluación del diseño de los controles adoptados para los ocho (8) riesgos identificados, se evidencia que el 55% (11 controles) se ubican en la zona “débil”, mientras que el 20% (4 controles) se encuentran en la zona “moderada” y el 25% (5 controles) se clasifican en la zona “fuerte”. Este resultado evidencia que, aunque una parte de los controles cuenta con un diseño adecuado conforme a los criterios definidos en la guía metodológica establecida por la Entidad, predomina una debilidad general en la estructuración de los controles, lo que podría limitar su efectividad para mitigar los riesgos identificados en el proceso.

La alta proporción de controles ubicados en la zona “débil” sugiere que estos presentan limitaciones como: Falta de claridad en su definición o alcance, inexistencia de responsables o periodicidad definida, ausencia de mecanismos de verificación y seguimiento e inadecuada relación causa-control, lo que dificulta la mitigación efectiva del riesgo.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 42 de 165

El riesgo (64) *Posibilidad de pérdida reputacional por no dar respuesta institucional de manera eficiente a las solicitudes o requerimiento de información de los grupos valor*, este riesgo tiene diseñado tres (3) controles que no tiene correlación con el riesgo descrito:

El enlace SIG de Gestión Documental Socializa el Procedimiento de Control de la Información Documentada a todos los enlaces de los procesos de la entidad en el primer encuentro anual y a través de comunicaciones internas para llegar a todos los colaboradores de la entidad, con el objetivo de dar a conocer el procedimiento y garantizar su cumplimiento en los lineamientos. En caso de encontrar irregularidad en el procedimiento se procede a realizar revisión con el proceso donde se detectan el incumplimiento en conjunto con la OAP. Evidencia: Listado de asistencia, correo electrónico socialización.

El responsable de la codificación de Gestión Documental revisa los documentos que llegan para codificación y publicación que cumplan con los modelos establecidos para el levantamiento de la información, con el objetivo de realizar revisión previa de los modelos y lineamientos establecidos por el proceso. En caso de encontrar una inconsistencia de devuelve los documentos a los dueños de los procesos para que realice las correcciones necesarias. Evidencia: Correos electrónicos y documentos codificados, listado maestro de documentos


El proceso de Gestión Documental en conjunto con la oficina asesora de planeación realiza la revisión y actualización del procedimiento control de la información documentada anualmente, con el objetivo de revisar la normatividad vigente y garantizar la aplicación en la entidad. En caso de no requerir actualizaciones de igual manera se socializa el documento, Evidencia: Actualización del procedimiento y socialización a todos los enlaces SIG.

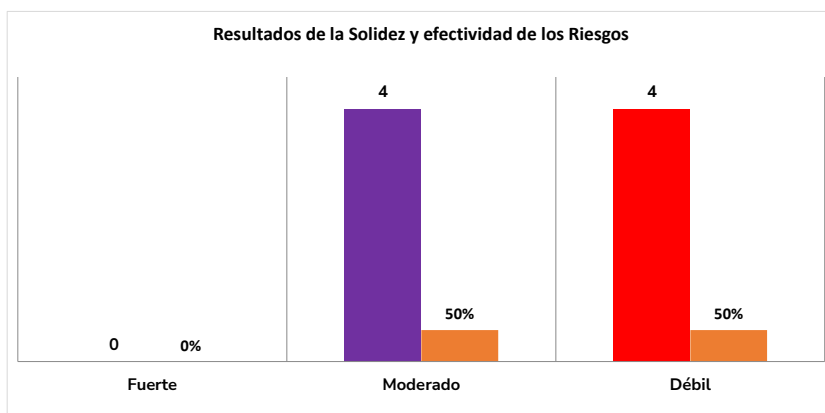
Los controles diseñados para el riesgo 64 se enfocan en el control de la información documentada (SIG) y no aseguran la trazabilidad ni la oportunidad en la respuesta institucional a las solicitudes o requerimiento de información de los grupos de valor.

Por su parte, los controles clasificados en la zona “moderada” muestran avances parciales en su formulación, pero aún requieren ajustes para cumplir plenamente los lineamientos técnicos. Finalmente, aquellos ubicados en la zona “fuerte” evidencian una adecuada alineación con los criterios establecidos, presentando claridad en su diseño, responsables definidos, mecanismos de seguimiento y articulación directa con las causas del riesgo.

En este sentido, se identifica la necesidad de fortalecer el diseño de la mayoría de los controles, promover su revisión periódica, así como orientar esfuerzos hacia la capacitación en formulación y evaluación de controles, con el fin de garantizar una gestión más efectiva.

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 43 de 165




Fuente: Herramienta análisis de riesgos de la OCI.

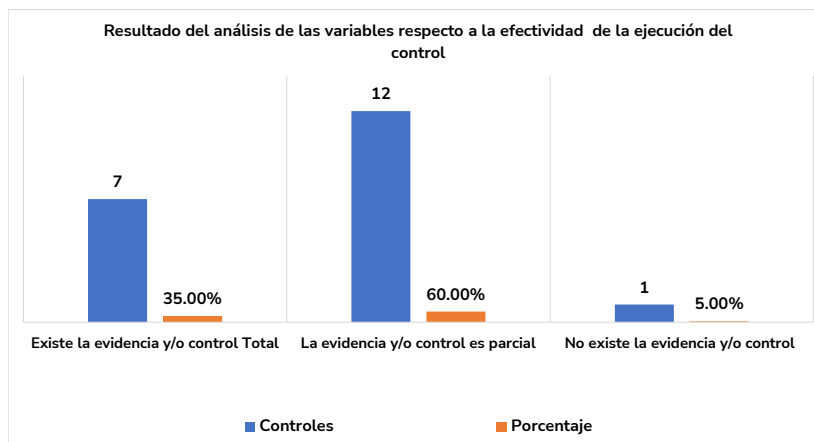
Al analizar las variables representadas en la gráfica, se identifica que el 50% de los riesgos adoptados por el proceso cuatro (4) se encuentran clasificados en el rango “moderado”, mientras que los cuatro (4) riesgos restantes, equivalentes también al 50%, se ubican en el rango “débil”.

Este resultado refleja que, si bien se realizó la evaluación del cumplimiento de los lineamientos establecidos para la formulación de controles y su efectividad con base en las evidencias disponibles, la presencia de cuatro riesgos clasificados como “débil” está asociada a deficiencias en la redacción de los controles, así como en la definición de responsables, frecuencia y mecanismos de seguimiento. Lo anterior limita su capacidad para contribuir efectivamente a la mitigación de los riesgos.

En cuanto al análisis de las evidencias de la ejecución de los controles, entendidas como los soportes que brindan certeza sobre su aplicación y resultados independientemente del tipo de documento o medio utilizado, estas fueron objeto de verificación por parte del Equipo Auditor, quien determinó que, al momento de la auditoría, el proceso contaba con el acopio de dichos soportes. No obstante, se observó que la evidencia presentada no cumplía plenamente con los parámetros establecidos por el Equipo Auditor, debido a inconsistencias en su calidad, pertinencia, oportunidad o relación directa con el control evaluado. Esto dificulta validar la trazabilidad y eficacia del control frente al riesgo asociado.

Ahora bien, las evidencias aportadas fueron analizadas conforme a criterios de auditoría generalmente aceptados, considerando su pertinencia, suficiencia, idoneidad y confiabilidad. A partir de dicha revisión, se concluye lo siguiente:

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 44 de 165




Fuente: Herramienta análisis de riesgos de la OCI.

De acuerdo con los resultados reflejados en la gráfica, se observa que el 35% de los controles evaluados “*existe la evidencia y el control total*”, lo que indica que existe documentación suficiente y verificable que respalda la aplicación de los controles y permite constatar su efectividad en relación con lo descrito en estos. Por otro lado, del 60% 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 5% restante (1 control) “*no existe la evidencia y/o control*”, lo cual representa una debilidad en la gestión del riesgo, al no ser posible verificar la existencia, pertinencia, ni la efectividad de las acciones implementadas. Esta situación se origina porque la evidencia aportada no guarda correspondencia con la información descrita en los controles. (*Información tomada resultado papel de trabajo*).

Con respecto al resultado de “*no existe la evidencia y/o control*”, en la efectividad de la ejecución del control, se identificó esta situación en el riesgo:

“Posibilidad de pérdida económica y reputacional por indisponibilidad y alteración no autorizada de los expedientes”, en particular el control 3 “El Proceso de Gestión Documental, cuando se genera una denuncia por pérdidas de un documento o expediente o cuando se identifica que los expedientes no están completos o les falte documentos originales, se aplica el procedimiento para la reconstrucción de expedientes y/o documentos. Evidencia: Informe de pérdida de documento y/o correo de notificación del líder del proceso indicando que no se presentó novedades de pérdida de documentos de otras dependencias en el período.

No se encontraron evidencias que acreditaran la ejecución del control, de acuerdo con lo establecido en su descripción. Esta situación impide verificar su implementación y evaluar su efectividad frente al riesgo asociado.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 45 de 165

La ausencia o debilidad de evidencia limita la capacidad del proceso para demostrar la efectiva implementación y resultados de los controles, lo que podría incrementar la probabilidad de ocurrencia de los eventos de riesgo.

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

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


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

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

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

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

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 46 de 165

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

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

En este punto, los aspectos mínimos que una entidad debe tener en cuenta para trabajar por procesos son los siguientes:

(...) Identificar los riesgos del proceso, así como establecer los controles correspondientes (subrayado fuera de texto).

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


Evaluar la gestión del riesgo en la entidad.

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

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

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

La segunda línea de defensa a cargo del nivel directivo y asesor debe asegura(r) de que los controles

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 47 de 165

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”.

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 48 de 165

Interno – MECI, los requerimientos de la Guía para la administración del riesgo de FP, la Secretaria de Transparencia de la Presidencia de la República, el Ministerio de Tecnologías de la información y Comunicaciones, la Resolución 3783 de 2021 de la Unidad y las normas GNTC 45:2012, NTC 14001: 2015, NTC 27001: 2013”.

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

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


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

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

DEBILIDAD No. 2.

Se evidencia debilidad en el Sistema de Control Interno del proceso de Gestión Documental, particularmente en lo relacionado con la gestión y administración del riesgo, específicamente en los aspectos de diseño, asignación de responsabilidades, seguimiento y documentación que respalde su gestión. Estas falencias limitan la adecuada implementación de controles efectivos para la mitigación de los riesgos identificados y pueden afectar la eficiencia en la gestión pública.

Esta situación no se encuentra en concordancia con lo establecido en la Ley 87 de 1993, artículo 2º literales a) y f); el Decreto 1083 de 2015, artículo 2.2.21.5.4; el Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017, artículo 2.2.21.3.1; así como con los lineamientos definidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) en el Manual Operativo del Modelo

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 49 de 165


Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, y la metodología de administración de riesgos adoptada por la Entidad. Se identifican con causas principales la incorrecta interpretación e implementación de los lineamientos técnicos para la formulación de controles pertinentes, idóneos y eficaces y debilidades en el ejercicio de identificación de riesgos, lo que afecta la adecuada caracterización de sus causas y consecuencias.

Estas circunstancias generan inconsistencias en la calidad, oportunidad y confiabilidad de la información suministrada, afectando la capacidad del proceso para demostrar la efectividad de los controles implementados. En consecuencia, se compromete la confiabilidad del Sistema de Control Interno, incrementando la posibilidad de materialización de eventos adversos y, por ende, afectando el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Mediante correo electrónico el martes 18 de noviembre de 2025, se le comunica al Doctor Javier Delgadillo Rodríguez - javier.delgadillo@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado la debilidad identificada en el análisis del diseño y efectividad del control del mapa de riesgos del proceso de Gestión Documental, en donde se le da un plazo de cinco (5) días hábiles según lo establecido en la actividad 10 del procedimiento “Auditorías Internas al control interno” contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones y evidencias pertinentes. Mediante correo electrónico el lunes 24 de noviembre de 2025, el auditado comunica: *“En atención a la comunicación remitida por la Oficina de Control Interno respecto al primer grupo de debilidades identificadas en el marco de la auditoría interna al proceso de Gestión Documental, me permito informar que, una vez revisado el informe, no se tienen observaciones frente a lo presentado”*. Por lo anterior la debilidad se mantiene.

5.4 Sistema de Control Interno Plan de Acción 2024 Procesos Gestión Administrativa y Gestión Documental – Grupo Gestión Administrativa y Documental.

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el nivel de avance y ejecución del modelo de indicadores del plan de acción definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del Sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales b), c), d), e), g) y h) que la administración de los indicadores propende por : b) *Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional;* c) *Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad;* d) *Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional;* e) *Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros;* g) *Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación;* y h) *Velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y*

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 50 de 165

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 VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 51 de 165

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

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


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

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

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

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

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 52 de 165

responsables de las áreas, procesos y Direcciones Territoriales como herramienta de gestión objeto de evaluación. La información base de los análisis es la aportada directamente por los citados responsables y almacenada en aplicativo SISPLAN+.


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

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

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

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

La Oficina Asesora de Planeación dentro de su fuero, ámbito normativo y operativo estudia el comportamiento de las metas pactadas con el Grupo Gestión Administrativa y Documental de los Procesos Gestión Administrativa y Gestión Documental mediante su propio instrumento. Los resultados de esta evaluación se deben entender dentro de los lineamientos estratégicos institucionales. En este escenario, la metodología utilizada por la OAP es de análisis de comportamiento acumulado temporal, es decir, examina el quantum acumulado de la variable en un tiempo único específico. Por su parte, la Oficina de Control Interno realiza un examen disímil al comportamiento del reporte de las metas pactadas para el periodo establecido en el alcance de la auditoría. En este sentido, el análisis es diferente y tiene una razonabilidad distinta a la aplicada por la OAP. Aquí, la metodología de análisis corresponde al comportamiento multipunto de variable pre acumulada en diversos tiempos relacionada con la movilidad de cada variable en los segmentos de tiempo de reporte.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 53 de 165

Plan de Acción 2024 Grupo Gestión Administrativa y Documental de los Procesos Gestión Administrativa y Gestión Documental.

La Oficina de Control Interno realiza un análisis del comportamiento de cada uno de los reportes para cada una de las variables. En este escenario se observa que el Grupo Gestión Administrativa y Documental de los Procesos Gestión Administrativa y Gestión Documental tiene en total 2 actividades en el Plan de Acción para la vigencia 2024. En lo que concierne al primer trimestre de 2024, aplica reporte de avance en las dos (2) actividades. Por lo anterior, la muestra de trabajo para el primer trimestre es del 100% de la población. De éstas 2 actividades, 1 registra estado medio del 92% y 1 estado superlativo del 118%.

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

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

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


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

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


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

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

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 54 de 165


Como evidencia de lo anteriormente descrito, se anexa captura de pantalla del seguimiento que realizó la Oficina de Control Interno al plan de acción 2024 del Grupo Gestión Administrativa y Documental de los Procesos Gestión Administrativa y Gestión Documental, así como el comparativo del cumplimiento a dicho plan respecto a la evaluación efectuada por la Oficina de Control Interno y la Oficina Asesora de Planeación, así:

 Unidad para las Víctimas GRUPO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DOCUMENTAL		ACTIVIDADES GRUPO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DOCUMENTAL									
		1. Nivel de satisfacción del cliente interno frente al servicio prestado por el proceso de Gestión Administrativa (Cód 174)					2. Implementación del Plan Institucional de Archivos – PINAR (Cód 175)				
		Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024
		Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance		
1	Enero	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
2	Febrero	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
3	Marzo	82,87	90	92,078	92%	92%	11,76	10	117,6	118%	12%
4	Abril	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
5	Mayo	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
6	Junio	83,33	90	92,589	93%	93%	26,47	40	66,175	66%	26%
7	Julio	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
8	Agosto	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
9	Septiembre	83,33	90	92,589	93%	93%	58,82	70	84,029	84%	59%
10	Octubre	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
11	Noviembre	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
12	Diciembre	87,5	90	97,222	97%	97%	94,11	100	94,11	94%	94%
OCI						93,62%					94%
OAP						93%					94%

Como se puede evidenciar, este análisis examina el movimiento del reporte y variable del tiempo para establecer el comportamiento general de las actividades asociadas al plan de acción 2024.

Teniendo como horizonte el criterio que todo lo planeado se debe cumplir dentro del periodo pactado y en las cantidades asignadas, las actividades que no cumplen plenamente el mandato de la Oficina Asesora de Planeación (ya sea inferior o superior de lo programado) son desviaciones que deben ser estudiadas por el Grupo Gestión Administrativa y Documental de los Procesos Gestión Administrativa y Gestión Documental, para ello cuenta con la facultad de solicitar la modificación (debidamente justificada) mediante las actas correspondientes, la cual es analizada por la OAP para su aprobación.

Debido a lo anterior, se colige que, hay debilidad del Sistema de Control Interno por incumplimiento de lo planeado frente a lo ejecutado en el plan de acción. El Equipo Auditor examina el

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 55 de 165

comportamiento del reporte de las metas del plan de acción 2024 asignadas al del Grupo Gestión Administrativa y Documental de los Procesos Gestión Administrativa y Gestión Documental, teniendo como parámetro de evaluación que tanto los reportes de avance como de ejecución deben corresponder al 100% de lo planeado.

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


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

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

DEBILIDAD No. 3.

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

Mediante correo electrónico el martes 18 de noviembre de 2025, se le comunica al Doctor Javier Delgadillo Rodríguez - javier.delgadillo@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado la debilidad identificada análisis del cumplimiento del plan de acción, en donde se le da un plazo de cinco (5) días hábiles según lo establecido en la actividad 10 del procedimiento "Auditorías Internas al control interno" contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 56 de 165

presentar sus consideraciones y evidencias pertinentes. Mediante correo electrónico el lunes 24 de noviembre de 2025, el auditado comunica: “En atención a la comunicación remitida por la Oficina de Control Interno respecto al primer grupo de debilidades identificadas en el marco de la auditoría interna al proceso de Gestión Documental, me permito informar que, una vez revisado el informe, no se tienen observaciones frente a lo presentado”. Por lo anterior la debilidad se mantiene.


5.5 Análisis del sistema de control interno en relación con las funciones y políticas del modelo integrado de planeación y gestión – MIPG.

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el cumplimiento de las funciones del Proceso Gestión Documental contenidas en el artículo 2 de la Resolución 01650 del 12 de mayo de 2022 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 al proceso 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*

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 57 de 165

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 registrarán por las normas que las regulan o reglamentan y se implementarán a través de planes, programas, proyectos, metodologías y estrategias.

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

“Artículo 2.2.21.5.5 Políticas de control interno diseñadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Las guías, circulares, instructivos y demás documentos técnicos elaborados por el Departamento Administrativo de la Función Pública constituirán directrices generales a través de las cuales se diseñan las políticas en materia de control interno, las cuales deberán ser implementadas al interior de cada organismo y entidad del Estado.
El Departamento Administrativo de la Función Pública elaborará prioritariamente guías e instructivos sobre elaboración de manuales de procedimientos, y sobre diseño de indicadores para evaluar la gestión institucional, los cuales se constituirán en herramientas básicas de eficiencia y transparencia de las organizaciones”.

El artículo 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*

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 58 de 165

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

La Oficina de Control Interno diseña un instrumento que relaciona las funciones legalmente asignadas al Proceso Gestión Documental bajo la normativa antes mencionada y el Modelo de Planeación y Gestión (MIPG) con sus siete dimensiones y las 19 políticas.

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


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

En el artículo 2° literal b) de la misma norma determina como un objetivo del sistema de control interno: *b. Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando 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 del proceso Gestión Documental se relacionan con todas las dimensiones de MIPG ni con todas las políticas.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 59 de 165

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de las funciones y políticas del MIPG, la Oficina de Control Interno - OCI a través del Equipo Auditor remite al proceso Gestión Documental la matriz de evaluación de funciones y políticas del MIPG, mediante correo electrónico del martes 9 de septiembre de 2025 a las 4:49 p.m., donde el auditado emite respuesta mediante correo electrónico enviado el día viernes 3 de octubre de 2025; remitiendo los respectivos soportes que desea hacer valer en el ejercicio auditor. La información solicitada es cargada en carpeta SharePoint en el enlace [Funciones VS MIPG](#).

El Equipo Auditor evalúa las evidencias registradas por el Proceso Gestión Documental, que deben ser consecuentes con lo diligenciado en la herramienta denominada “*funciones y políticas del MIPG*” para determinar la pertinencia y conducencia que demuestren el cabal cumplimiento de las funciones establecidas en la normativa previamente citada y las políticas del MIPG dispuestas en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión adoptado en el Decreto 1499 de 2017, el cruce de la información permite evidenciar que los métodos o actuaciones funcionales de los servidores de este grupo interno de trabajo corresponden con los dispuestos en el ordenamiento legal. Cualquier incumplimiento se tiene como una debilidad del Sistema de Control Interno.


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

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

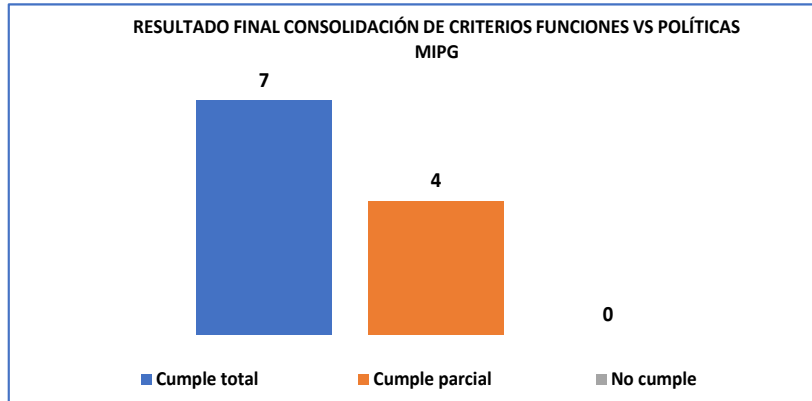
Como quiera que el cumplimiento de las funciones implica una relación directa con una o varias dimensiones de MIPG y esta con las políticas que tienen asociado, el análisis consiste en tener certeza, a partir de las evidencias, que el auditado, cumple tanto las funciones como las políticas. Si una de 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 analizadas y evaluadas las evidencias remitidas por el auditado, relacionadas con el cumplimiento de las funciones y las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), y aplicando los criterios de auditoría generalmente aceptados, se obtiene el siguiente resultado: “las

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 60 de 165


evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial” (resultado tomado de la herramienta papel de trabajo), este resultado se presenta en las 4 de las 11 funciones evaluadas, donde se evidencia falta de interacción y de cumplimiento de los lineamientos de las políticas MIPG establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). Asimismo, se considera necesario que el Sistema de Control Interno del proceso y su interrelación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión aseguren que las funciones contribuyan al cumplimiento de las políticas institucionales. A continuación, se muestra la gráfica correspondiente:



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


Es así como el Equipo Auditor una vez realizada el análisis de evidencias en el marco de las funciones del proceso Gestión Documental, según lo establecido en la Resolución 01650 del 12 de mayo de 2022 y su interacción con las (19) Políticas de Gestión y Desempeño del Modelo Integrado de Planeación y Gestión en el cual su contribución es de cumplimiento parcial así:

- Función 1 “Orientar a la secretaria General en todos aquellos asuntos relativos a la gestión documental de la Unidad.”. Con una contribución a 9 políticas con una calificación de 87.5%; del cual se deriva el siguiente concepto auditor “El Equipo Auditor analiza las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas dan certeza del cumplimiento de la función”.
- Función 2 “Cumplir funciones de Oficial de gestión Documental, en aquellos casos en los que no se cuente con oficial nombrado al interior de la Entidad”. Con una contribución parcial a 8 políticas con una calificación de 84.4%”; del cual se deriva el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional,

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 61 de 165

dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función, pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial”.

- *Función 3 “Elaborar, actualizar, implementar y controlar los instrumentos archivísticos para garantizar la planeación, producción, gestión y tramite, prestamos, organización, transferencias, disposición, preservación a largo plazo y valoración de la documentación, articulados con la política de gestión Documental con los planes y proyectos estratégicos a corto, mediano y largo plazo en la Unidad”. Con una contribución a 11 políticas con una calificación de 85.2%; del cual se deriva el siguiente concepto auditor “El Equipo Auditor analiza las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas dan certeza del cumplimiento de la función”.*
- *Función 4 “Responder por la guarda, custodia, utilización y conservación del archivo de los expedientes contractuales, a partir del relevo de responsabilidad hecho por parte del Grupo de gestión Contractual, de conformidad con la normativa vigente”. Con una contribución a 8 políticas con una calificación de 82.8%; del cual se deriva el siguiente concepto auditor “El Equipo Auditor analiza las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas dan certeza del cumplimiento de la función”.*
- *Función 5 “Cumplir con las acciones que demande la normatividad vigente en materia ambiental a través de la ejecución de los programas, planes y proyectos que se establezcan, con el fin de dar cumplimiento a las directrices que se impartan sobre la materia”. Durante la revisión de la herramienta diligenciada por el auditado, se determinó que esta función se encuentra asociada al proceso Gestión Administrativa. En consecuencia, dicha función no será objeto de evaluación por parte del Equipo Auditor, dado que no forma parte del alcance definido para la presente auditoría.*
- *Función 6 “Realizar las actividades necesarias para la publicación en el Diario Oficial de los actos administrativos de carácter general que se adelanten en la Unidad”. Durante la revisión de la herramienta diligenciada por el auditado, se determinó que esta función se encuentra asociada al proceso Gestión Administrativa. En consecuencia, dicha función no será objeto de evaluación por parte del Equipo Auditor, dado que no forma parte del alcance definido para la presente auditoría.*
- *Función 7 “Elaborar y presentar oportunamente los informes que le sean requeridos por las autoridades competentes, y consultas relacionadas con asuntos de su competencia”. Con una contribución parcial a 9 políticas con una calificación de 80.6%”; del cual se deriva el siguiente concepto auditor “Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo*

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 62 de 165

los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función, pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial”.


- *Función 8 Garantizar el ejercicio del Sistema Integrado de gestión de 'Calidad y de Control Interno en el ámbito de sus competencias". Con una contribución parcial a 5 políticas con una calificación de 92.5%"; del cual se deriva el siguiente concepto auditor "Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función, pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial".*

- *Función 9 Vigilar el cumplimiento del marco legal vigente en el desarrollo de las actividades propias de la coordinación". Con una contribución parcial a 12 políticas con una calificación de 82.3%"; del cual se deriva el siguiente concepto auditor "Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función, pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial".*

- *Función 10 "Establecer y ejecutar controles asociados al marco normativa y procedimental necesarios para el correcto desarrollo del proceso administrativa y documental". Con una contribución a 9 políticas con una calificación de 88.9%; del cual se deriva el siguiente concepto auditor "El Equipo Auditor analiza las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas dan certeza del cumplimiento de la función".*

- *Función 11 "Garantizar el trámite y gestión de todas las comunicaciones oficiales de entrada y salida de la Entidad. Administrar el gestor documental de la Unidad". Con una contribución a 13 políticas con una calificación de 80.8%; del cual se deriva el siguiente concepto auditor "El Equipo Auditor analiza las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas dan certeza del cumplimiento de la función".*

Como resultado del análisis efectuado a la evaluación de la herramienta cruzada "funciones y políticas del MIPG", el Equipo Auditor establece que el Proceso Gestión Documental cumple con la implementación de las funciones establecidas en el artículo 2 de la resolución 01650 del 12 de mayo de 2022 y su contribución con cumplimiento en la implementación de las 19 políticas de gestión y desempeño del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG dispuesto en el marco

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 63 de 165

normativo vigente; por consiguiente, se evidencia que estos elementos de control que hacen parte integral del sistema de control interno del proceso no presenta debilidad.

No obstante, se recomienda al proceso fortalecer su gestión y ser más riguroso en la selección y entrega de las evidencias, asegurando que estas sean pertinentes, conducentes, completas, y verificables de manera que respalden de manera clara su gestión. La ausencia de evidencias claras y conscientes limita la capacidad del Equipo Auditor para evaluar con precisión el nivel de cumplimiento de las funciones asignadas y al aporte del proceso al logro de las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión de la UARIV. Se sugiere implementar mecanismos de control que permitan garantizar la trazabilidad y disponibilidad de la información, con el propósito de mejorar la confiabilidad de la verificación y los resultados para futuras auditorías.


5.6 Análisis del Sistema de Control Interno al proceso de Gestión Documental al Sistema de Gestión Documental – ARCHIDHU donde se gestiona todo el proceso Documental de la Entidad.

El Equipo Auditor examina las evidencias aportadas por parte el proceso de la Gestión Documental, y conforme con las pruebas de recorridos realizadas los miércoles 22 y jueves 23 de octubre de 2025. El propósito es determinar si el proceso de Gestión Documental gestionó de manera adecuada y eficiente la ejecución del proyecto cuyo objeto relacionado con el SGDA es: la adquisición del Software de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo – SGDEA para la administración de la documentación con ocasión a la asistencia, atención y reparación integral a las víctimas garantizando el cumplimiento de cada uno de los requerimientos técnicos requeridos según los estudios previos del proceso contractual gestionado por la Entidad.

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

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

Gestionar y hacer seguimiento: una vez iniciada la ejecución del contrato la entidad estatal debe garantizar la correcta ejecución de la supervisión o interventoría. Esto implica que la entidad debe verificar el cumplimiento del propósito u objetivo contractual, para lo cual requiere una revisión constante y detallada de los aspectos técnicos, administrativos, financieros, contables y jurídicos. Para

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 64 de 165

tal fin, es necesario: (i) conocer los términos y condiciones del contrato; (ii) advertir oportunamente los riesgos que pueden afectar la ejecución del contrato y tomar las medidas necesarias para mitigarlos; (iii) identificar las necesidades de cambio o ajuste; (iv) manejar la relación con el proveedor o contratista; (v) organizar y administrar el recibo de bienes, obras, o servicios, su cantidad, calidad, especificaciones y demás atributos establecidos en los documentos del proceso; (vi) y liquidar el contrato, si hay lugar a ello.

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 6, establece que:

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


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

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

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

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

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 65 de 165

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:

- 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;
- 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;

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


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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de las variables anteriormente indicada, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor solicita al proceso evaluado mediante correo electrónico enviado el lunes 15 de septiembre a las 4:17 p.m., lo siguiente:

Doctor Javier Eduardo Delgadillo Rodríguez
Coordinador Grupo de Gestión Documental

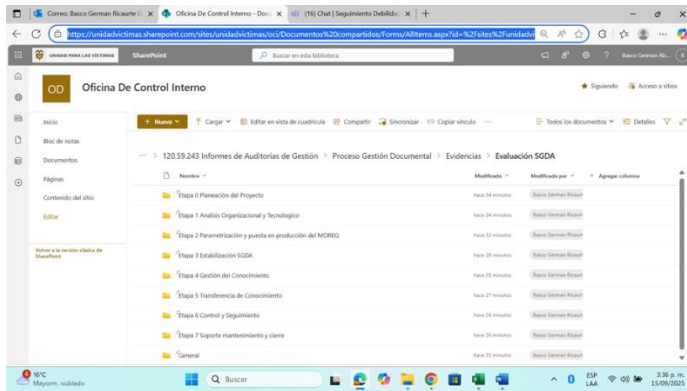
Cordial saludo, en virtud de la auditoria que se está desarrollando al proceso de Gestión Documental, de la manera más atenta el equipo auditor solicita el diligenciamiento de la matriz "**Papel de trabajo ARCHIDHU V0**" adjunto. Donde se deben describir en la columna (E) "**Evidencia o Soporte**" los soportes, documentos, o archivos que permitan determinar el cumplimiento de los requerimientos técnicos conforme a las etapas prevista de la ejecución del proyecto de la implementación del SGDA", ejemplo:

GENERAL		
No.	Requerimiento	Evidencia o soporte
1	Licenciamiento a Perpetuidad para 4000 usuarios o más, sin límite de capacidad de almacenamiento	*Documento del proveedor donde hace Referencia a la entrega de 4000 licencias con su Capacidad.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 66 de 165

Los soportes o evidencias que sean relacionados en la matriz por parte del auditado deberán estar conforme a las instrucciones indicadas y ser cargados en la siguiente carpeta de SharePoint según la distribución en la matriz, su descripción y número de ítem:

 [Evaluación SGDA](#)



De la anterior solicitud se recibió respuesta por parte del proceso auditado el día 26 de septiembre en donde indican lo siguiente:

Cordial saludo estimada Deisy. Espero que se encuentre muy bien.


Me permito informar que fueron cargados los soportes en el repositorio destinado a la evaluación del SGDEA, con la novedad que para el requerimiento 31 estaba con protección, por lo tanto, describo los datos a continuación:

ETAPA 5. TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO		
31	Realizar reporte semestral de transferencia de conocimiento por perfiles y roles	1. Informe Gestión y Transferencia del Conocimiento V1 2. Matriz de Roles y Perfiles V2

De igual manera, comparto el enlace con la misma estructura del share point, debido a que algunos archivos no se pudieron cargar:

 [Evaluación SGDEA](#)

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de las variables anteriormente indicadas, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor solicita mediante correo

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 67 de 165

electrónico enviado el día 21 de octubre a las 11:55 a.m., el agendamiento de una prueba de recorrido para el miércoles 22 de octubre a las 8:30 a.m., de la siguiente manera:

Cordial Saludo

Javier Eduardo Delgadillo Rodríguez


Coordinador Grupo de Gestión Administrativa y Financiera

De manera atenta se informa que se va agendar una sesión virtual para la prueba de recorrido al proceso de Gestión Documental para el día de mañana miércoles 22 de octubre a las 8:30 am con los recursos técnicos y profesionales que estén cargo del proyecto de implementación del SGDA – ARCHIDHU, esto con el objetivo de revisar las observaciones que se presentaron en la revisión del cumplimiento de cada una de las características o requerimientos que se indican en los estudios previos del proyecto.

La revisión del Control de la Información Documentada del SIG -Procedimiento Control de la Información Documentada. se realizará de 2:30 pm a 4:30 pm.

Debido a la prueba de recorrido programada para el día 22 de octubre no pudo concluirse, se reprogramó una nueva sesión para el jueves 23 de octubre, en el horario de 8:30 a 10:00 am. El objetivo de estas pruebas es evaluar la pertinencia, eficiencia y eficacia de los controles implementados durante la ejecución en sus diferentes etapas del proyecto de: la adquisición del Software de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo – SGDEA para la administración de la documentación con ocasión a la asistencia, atención y reparación integral a las víctimas, en donde a través de una entrevista con las personas responsables del proceso y el suministro de soportes requeridos tienen el propósito de determinar el nivel de los controles que se deben implementar para garantizar el seguimiento, control y aceptación de los requerimientos técnicos efectuados por la Entidad los cuales están 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 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; 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 el 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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 68 de 165

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 procedió en las pruebas de recorrido a realizar las entrevistas correspondientes en donde se tuvo en cuenta el papel de trabajo elaborado por la Oficina de Control Interno para la revisión de cada uno de los requerimientos técnicos descritos en los estudios previos del contrato 1963 del 2023 en su numeral 12 - *ADQUISICIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS DE ARCHIVO - SGDA* de la siguiente manera:

Etapa	Tipo y Número de ítems Evaluados
General	Técnico Legal - dos (2) ítems.
Etapa 0 - Planeación del Proyecto	Instrumentos de Seguimiento - un (1) ítem.
Etapa 1 - Análisis Organizacional y Tecnológico	Técnico - tres (3) ítems.
Etapa 2 - Parametrización y Puesta en Producción del MOREQ	Técnico - veintidós (22) ítems
Etapa 3 - Estabilización del SGDA	Técnico - un (1) ítem
Etapa 4 - Gestión del Conocimiento	Técnico - un (1) ítem
Etapa 5 - Transferencia de Conocimiento	Técnico - un (1) ítem
Etapa 6 - Control y Seguimiento	Técnico - dos (2) ítems.
Etapa 7 - Soporte Mantenimiento y Cierre	Técnico - dos (2) ítems.

Teniendo en cuenta lo anteriormente indicado el Equipo Auditor procedió a realizar las entrevistas en la prueba de recorrido donde toma nota de las respuestas suministradas y solicita al auditado en caso se requiriese se envíen nuevamente los soportes correspondientes para su posterior evaluación en cumplimiento a cada uno de los requerimientos.

El auditado mediante correo electrónico de fecha jueves 30 de octubre confirma el cargue de la información soporte conforme a las observaciones de las pruebas de recorrido efectuadas en un repositorio de SharePoint dispuesto por el proceso de Gestión Documental de la siguiente manera:


Buenos días Estimada Nohemilce,

En atención al correo relacionado con los compromisos de entrega de información en el marco de la prueba de recorrido del Proceso de Gestión Documental – evaluación del proceso de implementación del SGDA – ArchiDhu, nos permitimos informar que se adjunta la carpeta compartida en la cual se encuentran cargadas las evidencias solicitadas durante la sesión de auditoría del 22 de octubre de 2025:



[PR Evidencias 22102025 Mañana](#)

En caso de requerir información adicional o evidencias complementarias, quedamos atentos para realizar los ajustes o cargues correspondientes.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 69 de 165



Nombre	Modificado	Modificado por	Tamaño de arch...	Compartir	Actividad
Flujos documentales	Hace 5 días	Alejandro Hernandez I	14 elementos	Compartido	
Presentación requerimientos MolReq V2 - S...	Hace 6 días	Alejandro Hernandez I	98,0 MB	Compartido	
Requerimientos mínimos SGDEA.pdf	Hace 5 días	Alejandro Hernandez I	615 KB	Compartido	
Matriz_De_Entregables_SGDEA.xlsx	Hace 5 días	Alejandro Hernandez I	29,6 KB	Compartido	
Cronograma_del_proyecto_SGDEA.pdf	Hace 5 días	Alejandro Hernandez I	1,33 MB	Compartido	

El Equipo Auditor sobre la base de información cargada por el proceso de Gestión Documental procede a la evaluación del cumplimiento de los entregables y demás documentación técnica del proyecto conforme a las características exigidas en el proceso de contratación de la siguiente manera:


GENERAL

El Equipo Auditor, evalúa los soportes presentados por el auditado y evidencia que, en cuanto a requerimientos técnicos generales exigidos en el proceso contractual, estos no cumplen con las características técnicas necesarias en cuanto a temas de licenciamiento y transferencia del código fuente que garanticen que la Entidad posea el respaldo legal y técnico que le permita operar o realizar cambios y actualizaciones en el Sistema de Gestión Documental ARCHIDHU. A continuación, se detallan las siguientes observaciones:

GENERAL				
No.	Requerimiento	Evidencia o soporte	Observaciones OCI	Calificación
1	Licenciamiento a Perpetuidad para 4000 usuarios o mas, sin limite de capacidad de almacenamiento	1. Certificado capacidad de usuarios	<p>El documento que soporta la entrega del licenciamiento del SGDA no demuestra técnicamente la propiedad de 4000 licencias adquirias por la UARIV, no se evidencia el titular de los derechos de autor, ni el numero del registro ante los organismos bien sean nacionales como la Dirección Nacional de Derechos de autor o su equivalente en el pais e origen, en este documento debe ir explicito el otorgamiento a favor de la UARIV el alcance de las licencias, las características generales, los componentes técnicos, los derechos de uso etc.</p> <p>Es necesario anotar que este tipo de documento legal es el que respalda cualquier situación referente a derechos de autor y permitira a futuro los cambios que se realicen al sistemas o sus actualizaciones correspondientes.</p> <p>Adicionalmente, no se sustenta lo indicado en el requerimiento tecnico u obligacion del documento contractual que indica " <i>sin limite de capacidad de almacenamiento</i>" es necesario que el proveedor garantice o evidencie que se cumple esta obligación, o en su defecto la supervision indique de que manera tecnica comprobo este requerimiento.</p>	NO CUMPLE
2	Transferencia de Codigo fuente de acuerdo con las necesidades especificas de la Entidad	1. Grabaciones sesiones transferencias	No se evidencia documentacion tecnica que describa el funcionamiento interno del codigo, la arquitectura y diseño del sistema donde se pueda visualizar sus interacciones y diagramas de flujo, que permitan a un desarrollador realizar los cambios o actualizaciones de manera eficiente y eficaz.	NO CUMPLE

Fuente: Herramienta de evaluación OCI

Resultado – Requerimientos Técnicos Generales

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 70 de 165



Fuente: Herramienta de evaluación OCI

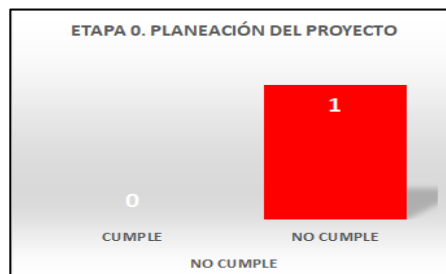
ETAPA 0 – PLANEACIÓN DEL PROYECTO

El Equipo Auditor, evalúa los soportes presentados por el auditado y concluye que la etapa de planeación del proyecto no fue gestionada de manera adecuada en cuanto a la conformación de los documentos o instrumentos que debieron permitir un seguimiento y control a cada actividad descrita y asociada en cada fase del proyecto, por lo tanto, se tiene como no cumplida con base en las siguientes observaciones:


ETAPA 0. PLANEACIÓN DEL PROYECTO			
3	Plan de Trabajo, matriz de entregables, cronograma del proyecto	1. Cronograma del proyecto 2. Matriz de	<p>Cronograma del Proyecto: el documento solamente muestra las fases del proyecto o los hitos principales, no se evidencia ningún tipo de parámetros que permitan deducir que cada una de estas fases cuente con líneas alternas de ejecución, no se evidencia fechas, recursos asignados, responsables, entregables, criterios de aceptación etc, adicionalmente no se soporta la existencia de versiones del cronograma que permitan deducir que hubo seguimientos continuos al proyecto en donde se indiquen desviaciones o cumplimientos respectivos.</p> <p>Matriz de Entegables: La matriz proporcionada no contiene información técnica que sea relevante para el seguimiento y control de cada uno de los productos que el proveedor debio entregar.</p> <p>Plan de Trabajo: El documento no especifica temas tecnicos como: descripción de los criterios de aceptación por cada uno de los entregables, no se describen los posibles riesgos de manera adecuada en donde se pueda determinar los planes de accion, controles, acciones preventivas etc.</p>

Fuente: Herramienta de evaluación OCI

Resultado – Etapa 0 Planeación del Proyecto



Fuente: Herramienta de evaluación OCI

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 71 de 165

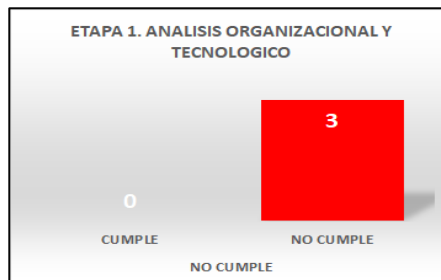
ETAPA 1 – ANÁLISIS ORGANIZACIONAL Y TECNOLÓGICO.

El Equipo Auditor, evalúa los soportes presentados por el auditado y concluye que la etapa 1 del proyecto no se gestionó de manera adecuada debido a que la documentación exigida (anexo o condiciones técnicas) presenta deficiencias que no permiten evidenciar un levantamiento de información necesario para la ejecución del proyecto, por lo tanto, se tiene como no cumplida con base a las siguientes observaciones:

ETAPA 1. ANALISIS ORGANIZACIONAL Y TECNOLÓGICO				
4	Informe de analisis organizacional y tecnologico	1. Informe análisis organizacional	El documento aportado no contiene información técnica como: redes y comunicaciones, seguridad de la información, capacidades humanas, capacidades tecnológicas, etc.	NO CUMPLE
5	Informe de levantamiento de información de flujos documentales e identificación de las integraciones a realizar entre los sistemas de información	1. Informe análisis organizacional 2. Matriz integraciones - Archidhu	El documento aportado no contiene los flujos de información que permita por cada sistema de información, el detalle técnico necesario para realizar las integraciones con el SGDA y su modelos requeridos, permitiendo una identificación técnica de los requisitos técnicos de integración que requiere cada sistema de información asociado al SGDA.	NO CUMPLE
6	Informe de Resultados de Seguridad	1. Informe de Seguridad - AV Archiud Servidor APP 2. Informe de Seguridad - AV Archiud Servidor BD 3. Informe de Seguridad - AV Archiud Archidhu	Los informes entregados son las acciones ejecutadas por parte de la UARIV, no se evidencia información de la gestión que haya realizado el contratista sobre el requerimiento que indica "Evaluación de Seguridad: realizar análisis de vulnerabilidades del SGDEA, entregar a la Unidad el correspondiente informe de resultados y plan de mitigación si es el caso. Este plan de mitigación debe ser ejecutado por el contratista incluyendo las debilidades que sean identificadas por la Unidad. La corrección de estas vulnerabilidades no debe comprometer las horas de desarrollo".	NO CUMPLE

Fuente: Herramienta de evaluación OCI

Resultado – Etapa 1 Análisis Organizacional y Tecnológico



Fuente: Herramienta de evaluación OCI

ETAPA 2 – PARAMETRIZACIÓN Y PUESTA EN PRODUCCIÓN DEL MOREQ.

El Equipo Auditor evalúa los soportes presentados por el auditado y concluye que, la etapa 2 del proyecto no fue gestionada de manera adecuada. Se evidenció que la documentación soporte presenta **deficiencias de trazabilidad e identificación técnica**, las cuales impiden verificar de forma precisa las actividades realizadas durante el **levantamiento de información** por parte del proveedor. Esta situación limita la posibilidad de evidenciar el trabajo de campo efectuado y afecta la **fiabilidad de la gestión documental**, que constituye la base del proyecto, por lo tanto, se tiene como no cumplida con base en las siguientes observaciones:



UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

Código: 150,19,15-8

PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

Versión: 08

PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO

Fecha: 25/10/2022

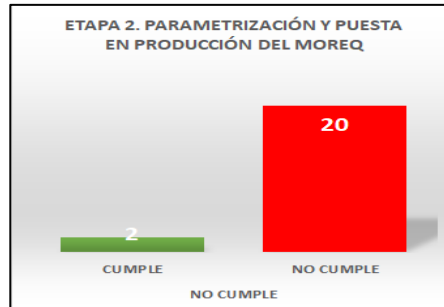
Página 72 de 165

ETAPA 2. PARAMETRIZACIÓN Y PUESTA EN PRODUCCIÓN DEL MOREQ				
Parametrización al 100% de requerimientos funcionales				
7	Funcionalidad del Sistema	1. Informe MOREQ V1	El informe entregado describe la funcionalidad del sistema, mas no indica de que manera se parametrizo la herramienta según lo requerido por la Entidad, esto se menciona en los estudios previos de la siguiente manera : "Garantizar la parametrización de cada uno de los requerimientos funcionales del SGDEA, los cuales son estructurados conforme a los siguientes servicios".	NO CUMPLE
8	Estructura Organizacional	1. Informe MOREQ V1	El informe entregado describe la estructura Organizacional, mas no indica de que manera se parametrizo la herramienta según lo requerido por la Entidad, esto se menciona en los estudios previos de la siguiente manera : "Garantizar la parametrización de cada uno de los requerimientos funcionales del SGDEA, los cuales son estructurados conforme a los siguientes servicios".	NO CUMPLE
9	Comunicaciones Oficiales	1. Informe MOREQ V1	El informe entregado describe las comunicaciones oficiales, mas no indica de que manera se parametrizo la herramienta según lo requerido por la Entidad, esto se menciona en los estudios previos de la siguiente manera : "Garantizar la parametrización de cada uno de los requerimientos funcionales del SGDEA, los cuales son estructurados conforme a los siguientes servicios".	NO CUMPLE
10	Historial de Víctimas	1. Informe MOREQ V1	El informe entregado describe el historial de víctimas, mas no indica de que manera se parametrizo la herramienta según lo requerido por la Entidad, esto se menciona en los estudios previos de la siguiente manera : "Garantizar la parametrización de cada uno de los requerimientos funcionales del SGDEA, los cuales son estructurados conforme a los siguientes servicios".	NO CUMPLE
11	Clasificación y Organización Documental	1. Informe MOREQ V1	El informe entregado describe la clasificación y Organización Documental, mas no indica de que manera se parametrizo la herramienta según lo requerido por la Entidad, esto se menciona en los estudios previos de la siguiente manera : "Garantizar la parametrización de cada uno de los requerimientos funcionales del SGDEA, los cuales son estructurados conforme a los siguientes servicios".	NO CUMPLE
12	Retención y Disposición Final	1. Informe MOREQ V1	El informe entregado describe la retención y disposición final, mas no indica de que manera se parametrizo la herramienta según lo requerido por la Entidad, esto se menciona en los estudios previos de la siguiente manera : "Garantizar la parametrización de cada uno de los requerimientos funcionales del SGDEA, los cuales son estructurados conforme a los siguientes servicios".	NO CUMPLE
13	Captura e Ingreso de Documentos	1. Informe MOREQ V1	El informe entregado describe la captura e ingreso de documentos, mas no indica de que manera se parametrizo la herramienta según lo requerido por la Entidad, esto se menciona en los estudios previos de la siguiente manera : "Garantizar la parametrización de cada uno de los requerimientos funcionales del SGDEA, los cuales son estructurados conforme a los siguientes servicios".	NO CUMPLE
14	Busqueda y Presentación	1. Informe MOREQ V1	El informe entregado describe la búsqueda y presentación, mas no indica de que manera se parametrizo la herramienta según lo requerido por la Entidad, esto se menciona en los estudios previos de la siguiente manera : "Garantizar la parametrización de cada uno de los requerimientos funcionales del SGDEA, los cuales son estructurados conforme a los siguientes servicios".	NO CUMPLE
15	Metadatos	1. Informe MOREQ V1	El informe entregado describe los metadatos, mas no indica de que manera se parametrizo la herramienta según lo requerido por la Entidad, esto se menciona en los estudios previos de la siguiente manera : "Garantizar la parametrización de cada uno de los requerimientos funcionales del SGDEA, los cuales son estructurados conforme a los siguientes servicios".	NO CUMPLE
16	Control y Seguridad	1. Informe MOREQ V1	El informe entregado describe el control y la seguridad, mas no indica de que manera se parametrizo la herramienta según lo requerido por la Entidad, esto se menciona en los estudios previos de la siguiente manera : "Garantizar la parametrización de cada uno de los requerimientos funcionales del SGDEA, los cuales son estructurados conforme a los siguientes servicios".	NO CUMPLE
17	Flujos de trabajo Electronicos	1. Informe MOREQ V1 2. Carpeta flujos de trabajo implementados SGDEA	Solamente se aportan tres (3) flujos de trabajo sobre el proceso de gestion documental	NO CUMPLE
18	Desarrollos que Garanticen las Integraciones del SGDA con otros aplicativos de la Entidad	1. Especificación Técnica WS ArchiduV3	El documento aportado no contiene la información sobre los desarrollos requeridos para la integración con otros aplicativos de la Entidad	NO CUMPLE
19	El SGDEA debe permitir el registro de 150 firmas electronicas certificadas	1. Certificado de entrega de las 150 firmas	Si bien el documento aportado valida la compra de los certificados digitales para un total de 150 firmas, no se aporta documentación tecnica que evidencia que se han gestionado la integracion de firmas electronicas en el SGDEA	NO CUMPLE
20	MIGRACION DE INFORMACIÓN - El SGDA debe permitir la migración de la Información de acuerdo con las necesidades de la Entidad	1. Plantilla Migración de Información	La documentación aportada no soporta la migración de la información requerida por la Entidad	NO CUMPLE
21	MIGRACION DE INFORMACIÓN - El SGDA debe realizar la migración de archivos planos e imágenes en diferentes formatos PDF, audio, video, xls, doc	1. Migración de radicado	La documentación aportada no soporta la migración de la información requerida por la Entidad en cuanto a archivos planos e imágenes en diferentes formatos PDF, audio, video, xls, doc	NO CUMPLE
22	PRUEBAS - Pruebas de desempeño y stress	1. Informe de Pruebas de Carga y Estrés_v1	Sin Observaciones	CUMPLE
23	PRUEBAS FUNCIONALES - Pruebas de Carga	1. Informe de Pruebas de Carga y Estrés_v1	Sin Observaciones	CUMPLE
24	PRUEBAS FUNCIONALES - Pruebas de Funcionalidad	1. Informe de Pruebas de Carga y Estrés_v1	El documento aportado no evidencia las pruebas funcionales ejecutadas	NO CUMPLE
25	PRUEBAS FUNCIONALES - Pruebas de recuperacion frente a fallas presentadas	1. Informe de Pruebas de Carga y Estrés_v1	El documento aportado no evidencia las pruebas funcionales ejecutadas	NO CUMPLE
26	PRUEBAS FUNCIONALES - Pruebas de seguridad y control de acceso a la información	1. Informe de Pruebas de Carga y Estrés_v1	El documento aportado no evidencia las pruebas funcionales ejecutadas	NO CUMPLE
27	PRUEBAS FUNCIONALES - Pruebas de interfaz de usuario	1. Informe de Pruebas de Carga y Estrés_v1	El documento aportado no evidencia las pruebas funcionales ejecutadas	NO CUMPLE
28	Reporte Semestral de pruebas en ambiente de desarrollo y de preproducción, salida a producción de los requisitos funcionales parametrizados e incluidos en el MOREQ de la Unidad de Víctimas	1. Informe de Pruebas de Carga y Estrés_v1	El documento aportado no evidencia el cumplimiento del requerimiento	NO CUMPLE

Fuente: Herramienta de evaluación OCI

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 73 de 165

Resultado – Etapa 2 Parametrización y puesta en producción del MOREQ.



Fuente: Herramienta de evaluación OCl

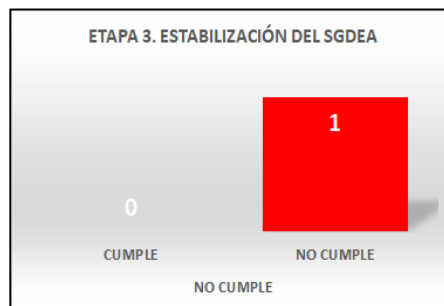
ETAPA 3 – ESTABILIZACIÓN DEL SGDA.

El Equipo Auditor, tras evaluar los soportes presentados por el auditado, concluye que la etapa 3 del proyecto no fue gestionada de manera adecuada, dado que la documentación aportada no resulta concluyente ni permite evidenciar la estabilización de la herramienta documental en todos los procesos que gestiona la Entidad. En consecuencia, esta etapa se considera no cumplida, conforme a las siguientes observaciones:


ETAPA 3. ESTABILIZACIÓN DEL SGDA				
29	Entregar a la Unidad para las víctimas el SGDA en producción en un 100%	1. Informe Moreq_v1	El documento aportado no evidencia el cumplimiento del requerimiento	NO CUMPLE

Fuente: Herramienta de evaluación OCl.

Resultado – Etapa 3 Estabilización SGDA.



Fuente: Herramienta de evaluación OCl.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 74 de 165

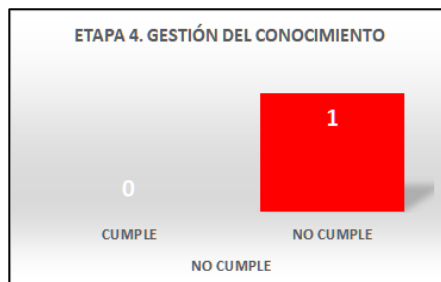
ETAPA 4 – GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO.

El Equipo Auditor evalúa los soportes presentados por el auditado y concluye que, la etapa 4 de la ejecución del proyecto no fue gestionada ni ejecutada conforme a la descripción de los entregables y características técnicas establecidas, dado que no se aportan la totalidad de los documentos que soporten las actividades previstas para esta etapa. Por lo tanto, se considera como no cumplida, conforme a las siguientes observaciones:

ETAPA 4. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO			
30	Suministrar Reportes y Evidencias de las estrategias de la gestión del conocimiento entre las cuales debe incluir: encuestas, entrevistas de satisfacción, análisis de resultados de talleres, evidencias de monitoreo y seguimiento al proceso, registro de mejoras conforme a los resultados, evidencias de aprendizaje, avance y uso.	1. Actas de Capacitaciones SGDEA Archidhu 2. Material de formación - Soporte 3. Piezas de comunicación 4. Informe Directorio Activo 5. Estrategia de conocimiento V1 6. Anexo Encuesta identificación de necesidades del SGDEA 7. Anexo Encuesta de Satisfacción del Usuario del SGDEA 8. Informe de tabulación encuestas V1	Encuestas: Incluidas Entrevistas de satisfacción: No aporta Análisis de resultado de talleres: No aporta Evidencias de monitoreo y seguimiento al proceso: No aporta registro de mejoras conforme a los resultados: No aporta evidencias de aprendizaje, avance y uso : Incluidas
			NO CUMPLE

Fuente: Herramienta de evaluación OCI.


Resultado – Etapa 4 Gestión del Conocimiento.



Fuente: Herramienta de evaluación OCI.

ETAPA 5 – TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO.

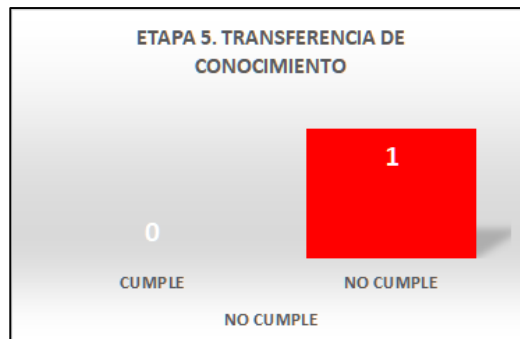
El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, evalúa los soportes presentados por el auditado y las pruebas de recorrido realizadas y concluye que, la etapa 5 de la ejecución del proyecto no fue gestionada conforme a la descripción de los entregables y características técnicas exigidas en el proceso contractual dado que no se aporta la totalidad de los documentos mencionados en el anexo técnico en donde se pueda dimensionar los resultados de la gestión del conocimiento descritas en la etapa, por lo tanto, se tiene como no cumplida, conforme a las siguientes observaciones:

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 75 de 165

ETAPA 5. TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO			
31	Realizar reporte semestral de transferencia de conocimiento por perfiles y roles	19022025_Informe Gestión y Transferencia del Conocimiento_v1 Matriz_Roles y Perfiles_V2_20240516.xlsx	Solamente se incluye el informe inicial de identificación de los roles que gestiona la entidad, no identifica los reportes semestrales de la transferencia de conocimiento por perfiles y roles, en donde se pueda evidenciar los resultados obtenidos de la ejecución de la actividad.
			NO CUMPLE

Fuente: Herramienta de evaluación OCI

Resultado – Etapa 5 Transferencia de Conocimiento.



Fuente: Herramienta de evaluación OCI


ETAPA 6 – CONTROL Y SEGUIMIENTO.

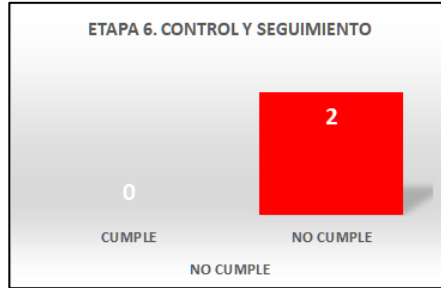
El Equipo Auditor, tras evaluar los soportes presentados por el auditado y las pruebas de recorrido realizadas y concluye que, la etapa 6 de la ejecución del proyecto no fue gestionada conforme a la descripción de los documentos o herramientas necesarias que permitieron realizar un eficiente control de las acciones o actividades planeadas para ejecutar el proyecto, dado que no se aporta la gestión realizada según la matriz de riesgos o los controles de cambio, por lo tanto, se tiene como no cumplida, conforme a las siguientes observaciones:

ETAPA 6. CONTROL Y SEGUIMIENTO			
32	Gestión de Riesgos. (matriz de riesgos, ejecución de controles y acciones preventivas durante el proyecto)	OK MATRIZ	Se anexa la matriz de riesgos del proyecto en donde se indican los riesgos identificados, sin embargo no se incluye la información del tratamiento realizado a los riesgos, en donde se ejecuten lo controles o las acciones preventivas.
33	Controles de Cambio ejecutados en el proyecto (documento soporte)	CARGAR ACTAS - PENDIENTE WILSON	No se aporta los controles de cambio ejecutados en el proyecto durante la vigencia evaluada, los cuales deben cumplir una serie de características técnicas en donde se evidencie las situaciones técnicas, jurídicas, administrativas o financieras que dan origen a cambios en los terminos contractuales que dieron origen al proyecto las cuales deben ser avatadas por la supervisión del proyecto.
			NO CUMPLE

Fuente: Herramienta de evaluación OCI

Resultado – Etapa 6 Control y Seguimiento.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 76 de 165



Fuente: Herramienta de evaluación OCI


ETAPA 7 – SOPORTE MANTENIMIENTO Y CIERRE.

El Equipo Auditor conforme a las evidencias aportadas por el proceso concluye que la etapa 7 del proyecto fue ejecutada a conformidad y por lo tanto se tiene como cumplida teniendo como referencia la fecha de corte evaluada. Sin embargo, se debe tener en cuenta que esta misma información debe ser actualizada cuando se realice el cierre del proyecto en la fecha de terminación del contrato, adicional a esto en este informe se recomienda incluir los siguientes aspectos:

- Datos generales del contrato – Información Contractual
- Información de ejecución por cada una de las etapas en donde se evidencie la totalidad de los entregables con sus recibidos a satisfacción por parte de la Entidad
- Información financiera en donde se relacione los pagos efectuados con sus respectivos soportes
- Matriz de riesgos con sus seguimientos respectivos
- Relación de las obligaciones generales y específicas donde se indique de que forma el proveedor cumplió con la obligación
- Seguimientos efectuados al cronograma o plan de trabajo
- Relación de comunicaciones enviadas y recibidas del proyecto
- Relación de Capacitaciones y Sensibilizaciones efectuadas con los soportes correspondientes.
- Gestión Documental del proyecto (ubicación de documentos).

ETAPA 7. SOPORTE MANTENIMIENTO Y CIERRE				
34	Soporte tecnico 6XB (Lista de Incidentes atendidos durante la ejecución con el analisis de cumplimiento)	Pendiete reporte del 2024 - wilson	Sin Observaciones	CUMPLE
35	Infome de Cierre	informe de actividades de diciembre ok.	Sin Observaciones	CUMPLE

Fuente: Herramienta de evaluación OCI.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 77 de 165

Resultado – Etapa 7 Mantenimiento y Cierre



Fuente: Herramienta de evaluación OCI.

Riesgos Identificados.


La deficiente supervisión del contrato puede generar incumplimientos en las obligaciones contractuales, retrasos en la ejecución, deficiencias en la calidad de los productos o servicios entregados, así como un uso ineficiente o indebido de los recursos públicos. Esta situación podría derivar en sanciones administrativas, pérdida de confianza institucional y afectación al cumplimiento de los objetivos misionales de la Entidad, la causa de este riesgo es la falta de seguimiento y control periódico, la ausencia de controles documentales y técnicos o carencia de conocimientos adecuados por parte de la supervisión asignada.

DEBILIDAD No. 4.

Se evidencian deficiencias en la supervisión del contrato, reflejadas en un control insuficiente sobre la ejecución de las actividades y el cumplimiento de los entregables establecidos contractualmente. No se cuenta con evidencia completa y oportuna del seguimiento técnico, administrativo y financiero, lo que genera una incertidumbre al cumplimiento entre lo ejecutado y lo previsto, así como la revisión, validación y aprobación de los productos entregados por el contratista.

Las posibles causas de esta debilidad es la falta de aplicación efectiva de los procedimientos internos de supervisión y control, así como debilidades en la planeación y seguimiento documental del contrato. No se implementaron mecanismos de verificación y control que garanticen la trazabilidad y el cumplimiento de los compromisos contractuales lo cual va en contravía de los principios de autocontrol y evaluación establecidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 con lo dispuesto en los literales a), c), d), e) y f).

La insuficiente supervisión limita la capacidad de la entidad para asegurar el cumplimiento de los objetivos del contrato, afectando la eficacia, eficiencia y transparencia de la gestión contractual. Esta

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 78 de 165

situación puede derivar en sobrecostos, incumplimientos técnicos según los requerimientos, pérdida de calidad en los productos o servicios contratados y en una gestión documental incompleta que dificulta la rendición de cuentas y la evaluación del cumplimiento del contratista o proveedor durante su ejecución.

Mediante correo electrónico el martes 18 de noviembre de 2025, se le comunica al Doctor Javier Delgadillo Rodríguez - javier.delgadillo@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado la debilidad identificada en el análisis a la adquisición e implementación del Sistema de Gestión Documental – ARCHIDHU, en donde se le da un plazo de cinco (5) días hábiles según lo establecido en la actividad 10 del procedimiento “Auditorías Internas al control interno” contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones y evidencias pertinentes. Mediante correo electrónico el lunes 24 de noviembre de 2025, el auditado comunica: *“En atención a la comunicación remitida por la Oficina de Control Interno respecto al primer grupo de debilidades identificadas en el marco de la auditoría interna al proceso de Gestión Documental, me permito informar que, una vez revisado el informe, no se tienen observaciones frente a lo presentado”*. Por lo anterior la debilidad se mantiene.


5.7 Gestión del proceso Gestión Documental

En conformidad con la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del Sistema de Control Interno el cual dispone en los literales b), c), d), e) y g) que la administración esté orientada en la organización, planeación, diseño y el desarrollo adecuado del Sistema de Control Interno con el fin de: *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; y g) Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación.*

El Equipo Auditor lleva a cabo la verificación de la información proporcionada por el auditado solicitada en el recorrido de auditoría y su propósito es determinar el grado de cumplimiento de las competencias propias del proceso de Gestión Documental. A partir de la información proporcionada, se efectúan los análisis pertinentes, siguiendo las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas y utilizando, en este caso, herramientas de análisis de datos y técnicas de estadística descriptiva, que permiten evaluar de manera objetiva el desempeño y la efectividad de la gestión del auditado.

5.7.1 Planeación Proceso de Gestión Documental

5.7.1.1 El Plan Institucional de Archivos – PINAR

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 79 de 165

El Plan Institucional de Archivos – PINAR, fue aprobado mediante el acta No. 1 del 26 de enero de 2024 por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, con vigencia 2024 – 2027, es uno de los instrumentos archivísticos que, por Ley, todas las entidades del Estado deben tener y mantener actualizado. El proceso de Gestión Documental hace seguimiento de las actividades, en las reuniones del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, se presenta el informe de avance, tal como se evidencia en las actas del comité. Para la actualización del PINAR se hace el análisis de los aspectos críticos, se identifica cuáles son los que se van a priorizar.

El proceso de Gestión Documental hace el seguimiento de la implementación del PINAR a través del plan de trabajo archivístico, donde se definen las actividades a desarrollar de los planes o programas priorizados, para la vigencia 2024, se definen 34 actividades para los siguientes programas:

PLAN O PROGRAMA
Plan de Actualización e Implementación de Instrumentos Archivísticos
Plan de Trabajo Archivístico para el Fortalecimiento del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos de la Unidad
Plan de adquisición y estabilización del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo SGDEA
Programa de Centralización de Archivos
Plan Partero para la Implementación y Difusión de la Política de Gestión Documental
Proyecto de Transformación Digital para la Gestión Documental

Fuente. Matriz de seguimiento del PINAR remitida por el proceso de Gestión Documental.


En la prueba de recorrido de auditoría realizado el viernes 17 octubre 2025 de 2:30 p.m. a 4:30 p.m., se presentó la *Matriz de seguimiento del PINAR*, donde se indicó que de las 34 actividades se cerraron 33, quedando abierta la actividad: *Implementar el Sistema Integrado de Conservación que tiene el programa de Conservación y el Programa de Preservación Digital*. Para la vigencia de 2024 el Grupo de Gestión Administrativa y Documental, planteó 43 actividades para el Sistema Integrado de Conservación y logró la ejecución de 40 para un cumplimiento acumulado de esta actividad del 93%. Quedando pendiente la actividad asociada a la fumigación de los depósitos de archivo. El

avance reportado al cierre de la vigencia de la implementación del PINAR de 94% para lo correspondiente al 2024.


UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS		PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS - PINAR										
Objetivo: Formular los planes y programas orientados en el fortalecimiento del modelo de gestión documental y administración de archivos de la Unidad para las Víctimas.												
PLAN O PROGRAMA	ACTIVIDAD	ENTREGABLE	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA FIN	ESTADO	SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES				
Plan de Realización e Implementación de Instrumentos Hechos al Día	Actualizar el Plan Institucional de Archivos - PINAR	PINAR	Ciudad Espejo	1/8/2024	31/12/2024	CERRADA	Se actualizó y publicó el PINAR.					
	Implementar el Plan Institucional de Archivos - PINAR	PINAR implementado	Alejandra Hernández Equipo profesional de GD	1/8/2024	31/12/2024	ABIERTA Riesgo de 19X	Se ha avanzado en la ejecución de 32 actividades del PINAR de los 34 planeadas.					
	Implementar el Programa de Gestión Documental - IPGD y sus subprogramas.	PGD implementado	Alejandra Hernández Equipo profesional de GD	1/8/2024	31/12/2024	CERRADA	De acuerdo con la información suministrada por el equipo de Gestión Documental, se realizaron todas las actividades planeadas para la vigencia de 2024.					
	Actualizar el Modelo de orgánicas para la Gestión de Documentos Electrónicos - MOREQ.	MOREQ	Ciudad Espejo	1/8/2024	31/18/2024	CERRADA	Se actualizó la orgánica del MOREQ con las nuevas orgánicas para el SGDEA y se está realizando por parte del equipo de Gestión Documental para su publicación.					
	Implementar el Modelo de orgánicas para la Gestión de Documentos Electrónicos - MOREQ.	MOREQ implementado	Ciudad Espejo - Equipo profesional de GD	1/8/2024	30/09/2024	CERRADA	Se verificó el cumplimiento de los requisitos del MOREQ en el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivos.	Limpieza de orgánicas de la Verónica de Marín.				
	Actualizar el Banco Terminológico - BARTER.	BARTER	Mirva Rúa	1/8/2024	31/12/2024	CERRADA	Se actualizó la definición de los verbos y adjetivos documentales actualizados de los TRD.					
	Implementar el Banco Terminológico - BARTER.	BARTER implementado	Mirva Rúa	1/8/2024	31/12/2024	CERRADA	Se actualizó con todos los fundamentos el Banco Terminológico en las especialidades del SGDEA y el SGDEA.					
	Elaborar las Fichas Documentales	Fichas documentales	Diana Piñeros - Servicios Psicológicos Manuales 4-72	1/8/2024	31/12/2024	CERRADA	Se actualizó con todos los fundamentos de los programas del Sistema Integrado de Gestión y se realizaron en favor de actualización el SGDEA.					
	Implementar las Fichas Documentales	Fichas implementadas	Diana Piñeros - Equipo profesional de GD	1/8/2024	31/12/2024	CERRADA	Se parametrizaron las Fichas Documentales de la Unidad Policial en el SGDEA, del proceso de gestión documental y con administrativos HSE.					
	Actualizar las Tablas de Control de Recursos (TCR).	TCR	Diana Guezo	1/8/2024	31/18/2024	CERRADA	El documento fue actualizado con los verbos y adjetivos documentales de los TRD aprobados por el Comité.					
	Implementar las Tablas de Control de Recursos (TCR).	TCR implementada	Diana Guezo - Equipo profesional de GD	1/8/2024	31/12/2024	CERRADA	Para la vigencia 2024 se levantó con base en la actualización de los TRD con los verbos y adjetivos documentales aprobados.					
	Actualizar las Tablas de Retención Documental - (TRD).	TRD	Ciudad Espejo	1/8/2024	31/12/2024	CERRADA	El documento fue actualizado con los verbos y adjetivos documentales de los TRD aprobados por el Comité.					
	Implementar las Tablas de Retención Documental - (TRD).	TRD implementado	Ciudad Espejo - Equipo profesional de GD	1/8/2024	31/12/2024	CERRADA	El documento fue actualizado con los verbos y adjetivos documentales de los TRD aprobados por el Comité.					
	Consultar las Tablas de Valoración Documental (TVD)	TVD	Alejandra Hernández	1/8/2024	31/12/2024	CERRADA	El documento fue actualizado con los verbos y adjetivos documentales de los TRD aprobados por el Comité.	Credenciales de actualización.				
	Implementar las Tablas de Valoración Documental (TVD)	Plan de implementación de las TVD.	Alejandra Hernández Equipo profesional de GD	1/8/2024	31/12/2024	CERRADA	Se elaboró el plan de trabajo para la implementación de las Tablas de Valoración Documental, el cual tiene un periodo de ejecución de cinco (5) años. Este deberá presentarse ante el Comité Institucional de Gestión y Documentación para su validación y aprobación.	Elaborar el plan de implementación de las TVD.				
	Elaborar / actualizar los Inventario Documentales (IUID)	Inventarios documentales	Alejandra Hernández Equipo profesional de GD	1/8/2024	31/12/2024	CERRADA	Se actualizó con el cumplimiento de los inventarios documentales generados por los programas para el indicador del SGDE que continúan con esta actividad para el 2025 con el propósito de garantizar su actualización anual.	Lo más para la vigencia 2024 es del 38X de las orgánicas y adjetivos documentales.				
	Actualizar el Sistema Integrado de Cooperación - SIC, y el Programa de Cooperación y el Programa de Prevención Digital.	SIC	Diana Guezo	1/8/2024	31/12/2024	CERRADA	El documento fue actualizado y se encuentra pendiente de aprobación por parte del Comité Institucional de Gestión Documental.					
	Implementar el Sistema Integrado de Cooperación - SIC, y el Programa de Cooperación y el Programa de Prevención Digital.	SIC implementado	Diana Guezo	1/8/2024	31/12/2024	ABIERTA Riesgo de 19X	Para la vigencia de 2024 el Grupo de Gestión Administrativa y Documental, plantó 40 solicitudes para el Sistema Integrado de Cooperación que se modificó y levantó la ejecución de 18 para su cumplimiento con el artículo 33X. Quedando pendiente únicamente la solicitud asociada a la formación de los documentos de archivo, que se espera realizar el primer trimestre del próximo año.					
	Plan de Trabajo Hechos al Día para el Fortalecimiento del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos de la Unidad	Elaborar el Plan de Trabajo Hechos al Día priorizando las actividades orientadas en el mes de mayo.	Plan de trabajo	Diana Piñeros	1/8/2024	31/12/2024	CERRADA	Se elaboró el plan de trabajo de las actividades identificadas en el diagnóstico integral de archivos y se asignaron a cada integrante del proceso de Gestión Documental.				
		Implementar el Plan de Trabajo Hechos al Día priorizando las actividades orientadas en el mes de mayo.	Plan de trabajo implementado	Diana Piñeros - Equipo profesional de GD	1/8/2024	31/12/2024	CERRADA	Se realizaron las actividades relacionadas con el plan de trabajo hechos al día para el 2024.				
Formulación del plan de trabajo, matriz de valoración y presupuesto.		Plan de trabajo	Servicios Psicológicos	1/8/2024	31/12/2024	CERRADA	Se elaboró el plan de trabajo y presupuesto de implementación y actualización del SGDEA.					

Fuente. Matriz de seguimiento del PINAR remitida por el proceso de gestión Documental en el recorrido de auditoría.

Sin embargo, el proceso reportó como evidencia esta misma matriz, en la Herramienta Evaluación SCI 2025- en indicadores para la pregunta P18 (AVANCE PINAR) con datos diferentes de

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN			Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE			Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO			Fecha: 25/10/2022
				Página 81 de 165


seguimiento, se evidencia que 13 actividades se encuentran abiertas, con un 59% de implementación del PINAR, en la esta matriz no se evidencia que corte tiene este seguimiento.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS		PLAN INSTITUCIONAL DE ARCHIVOS - PINAR							
Objetivo: Formular la planeación y proyectar orientador en el fortalecimiento del modelo de gestión documental y administración de archivos de la Unidad para las Víctimas.									
PLAN O PROGRAMA	ACTIVIDAD	ENTREGABLE	RESPONSABLE	FECH INICI	FECH FINA	ESTAR	SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES	
Plan de Actualización e Implementación de Instrumentos Archivísticos	Implementar el Plan Institucional de Archivos - PINAR	PINAR implementada	Alejandra Hernández - Equipo profesional de GD	1/01/2024	31/12/2024	ABIERTA - Avance del 59%	Se ha avanzado en la ejecución de 20 actividades del PINAR de las 34 planeadas.		
	Implementar el Programa de Gestión Documental - (PGD) y su rubricar.	PGD implementada	Alejandra Hernández - Equipo profesional de GD	1/01/2024	31/12/2024	ABIERTA - Avance del 42%	Se ha avanzado en la ejecución de 10 actividades del PGD de las 24 planeadas.		
	Actualizar el Modelo de requerir para la Gestión de Documentos Electrónico - MOREQ.	MOREQ	Cindy Espeja	1/01/2024	31/10/2024	ABIERTA - Avance del 70%	Se finalizó la revisión y confirmación de la matriz de requerir funcional para la actualización del MOREQ que se había construido con las solicitudes de tadar las dependencias. Que pendiente la canalización de nuevos requerir funcional y no funcional, para proceder con la actualización del documento.		
	Implementar las Flujo Documental	Flujo implementada	Diana Piñeros - Equipo profesional de GD	1/01/2024	31/12/2024	ABIERTA - Avance del 40%	Se parametrizó el flujo documental de la Unidad Patriótica en el SIGDA y se está trabajando en las del proceso contractual y actuar administrativos.		
	Implementar las Tablas de Control de Acceso (TCA).	TCA implementada	Dulcy Gamex - Equipo profesional de GD	1/01/2024	31/12/2024	ABIERTA - Avance del 75%	Se elaboró el documento de TCA, integrando el control de acceso a los documentos archivados en ArchiDiva. Está pendiente validar la matriz por zona y rubricar con cada dependencia que actualizaciones TCA.		
	Actualizar las Tablas de Retención Documental - (TRD).	TRD	Cindy Espeja	1/01/2024	31/12/2024	ABIERTA - Avance del 60%	Se tienen 31 TRD por actualizar, para este vigencia se tiene proyectada la actualización de cinco (5). Para adelantarse a su actualización con sus (3) dependencias y se tienen programadas para noviembre y diciembre las dar (2)		
	Implementar las Tablas de Valoración Documental (TVD)	Plan de implementación de las TVD.	Alejandra Hernández - Equipo profesional de GD	1/01/2024	31/12/2024	ABIERTA - Avance del 50%	Se tiene la primera versión para revisión y aprobación de la jefe.	Elaborar el plan de implementación de las TVD.	
	Elaborar / actualizar las Inventarios Documentales (IUID)	Inventarios documentales	Alejandra Hernández - Equipo profesional de GD	1/01/2024	31/12/2024	ABIERTA - Avance del 60%	Se cuenta con el canalizado de los inventarios documentales preparados para las proyecciones para el indicador del SIGRD y finalizando el año se entregó el informe del estado de actuar.	La meta para la vigencia 2024 es del 50% de las zonas y rubricar documentales.	
	Implementar el Sistema Integrado de Conservación - SIC, y el Programa de Conservación y el Programa de Preservación Digital.	SIC implementada	Dulcy Gamex	1/01/2024	31/12/2024	ABIERTA - Avance del 72%	Se encuentra en avance del 72%, se han realizado 21 actividades de las 42 planeadas.		
Plan de Trabajo Archivística para el Fortalecimiento del Modelo de Gestión Documental	Implementar el Plan de Trabajo Archivística priorizando las actividades señaladas en el mapa de ruta.	Plan de trabajo implementada	Diana Piñeros - Equipo profesional de GD	1/01/2024	31/12/2024	ABIERTA - Avance del 59%	Se ha avanzado en la ejecución de 10 actividades del PINAR de las 34 planeadas.	Diseñar informes al % de avance frente a las actividades definidas.	
Programa de Centralización de Archivos	Formulación / Actualización o implementación del Programa de Centralización de Archivos	Programa	Alejandra Hernández	1/01/2024	30/11/2024	ABIERTA - Avance del 50%	Se elaboró el análisis de la centralización de los archivos de gestión en la unidad para las víctimas y la evolución del modelo de centralización de los archivos de gestión, que van iniciar para la actualización del programa de centralización de archivos de gestión.	Se debe actualizar el subprograma de centralización de archivos de gestión. Entregar avance de la centralización de los archivos, Alejandra.	
	Implementación del Plan Parocera	Plan implementada	Diana Piñeros - Equipo profesional de GD	1/01/2024	31/12/2024	ABIERTA - Avance del 67%	Se vienen realizando capacitaciones y reuniones periódicas con las personas de gestión documental y se brinda asesoría para el manejo eficiente de los documentos físicos y electrónicos en las dependencias.		
Plan Parocera para la Implementación y Difusión de la Política de Gestión Documental	Implementar el Plan de Capacitación	Actos de capacitación	Alejandra Hernández - Equipo profesional de GD	1/01/2024	31/12/2024	ABIERTA - Avance del 50%	Se realizó la capacitación general de introducción a la Gestión Documental y ArchiDiva el 30/07/2024 y el 30/09/2024, para la vigencia del 2024.	Se programaron cuatro capacitaciones generales denominadas: Introducción a la Gestión Documental y ArchiDiva.	
	Proyecto de Transformación Digital para la Gestión Documental	Implementación del proyecto de transformación digital para la gestión documental garantizando la articulación de instrumentar archivística con el plan estratégico de tecnología de la información.	Proyecto implementada	Cindy Espeja - Equipo profesional de GD	1/01/2024	31/12/2024	ABIERTA - Avance del 40%	Se articuló el modelo de madurez del SIGD con la gestión documental electrónica de la Unidad, se avanzó en la integración documental con las tramites de la Unidad y se articuló con la OAP con las flujos documentales y las flujos de proyección.	

Fuente. Matriz de seguimiento del PINAR remitida por el proceso de gestión Documental reportada en la Herramienta Evaluación SCI 2025- en indicadores para la pregunta P18

DEBILIDAD No. 5.

Debilidad del Sistema de Control Interno por incoherencia de las evidencias cargadas en relación seguimiento realizado al PINAR impactando la confiabilidad de la información al encontrar documentos similares pero con resultados de seguimiento diferentes lo que pone en duda la autenticidad de los registros, incumpliendo la Ley 87 de 1993, en su artículo 2, literal e) “asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros”, lo que muestra que la documentación no ha sido revisada y aprobada conforme a los procedimientos establecidos para garantizar la integridad y exactitud de los registros, Ley 594 del 2000, artículo 16, Obligaciones de los funcionarios a cuyo cargo estén los archivos de las entidades públicas. “Los secretarios generales o los funcionarios administrativos de igual o superior jerarquía, pertenecientes a las entidades públicas, a cuya carga estén los archivos públicos, tendrán la obligación de velar por la integridad, autenticidad, veracidad y fidelidad de la información de los documentos de archivo y serán responsables de su organización y

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 82 de 165


conservación, así como de la prestación de los servicios archivísticos”. (Subrayado fuera de texto) y el Artículo 19, Soporte documental, párrafo 1°. “Los documentos reproducidos por los citados medios gozarán de la validez y eficacia del documento original, siempre que se cumplan los requisitos exigidos por las leyes procesales y se garantice la autenticidad, integridad e inalterabilidad de la información”. (Subrayado fuera de texto), la Política de gestión documental para la Atención y Reparación Integral de las Víctimas” aprobada por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño el 11 de abril de 2025 en acta No. 02. “DECLARACIÓN DE POLÍTICA La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas define su Política de Gestión Documental con el propósito de garantizar la disponibilidad, integridad, accesibilidad y trazabilidad de la información institucional, a través de la implementación de lineamientos técnicos, instrumentos archivísticos, sistema de gestión de documentos electrónicos de archivo y acciones estratégicas articuladas con los objetivos misionales. De tal manera, las víctimas, los servidores públicos, los organismos de control y la ciudadanía en general puedan acceder a la información pública y a los archivos de derechos humanos de forma oportuna, confiable, segura y transparente”. Las potenciales causas es el desconocimiento en el manejo de la información pública y la aplicabilidad de los procedimientos de gestión documental adoptadas por la Entidad.

Mediante correo electrónico el martes 18 de noviembre de 2025, se le comunica al Doctor Javier Delgadillo Rodríguez - javier.delgadillo@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado la debilidad identificada por incoherencia de las evidencias cargadas en relación seguimiento realizado al PINAR, en donde se le da un plazo de cinco (5) días hábiles según lo establecido en la actividad 10 del procedimiento “Auditorías Internas al control interno” contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones y evidencias pertinentes. Mediante correo electrónico el lunes 24 de noviembre de 2025, el auditado comunica: “En atención a la comunicación remitida por la Oficina de Control Interno respecto al primer grupo de debilidades identificadas en el marco de la auditoría interna al proceso de Gestión Documental, me permito informar que, una vez revisado el informe, no se tienen observaciones frente a lo presentado”. Por lo anterior la debilidad se mantiene.

5.7.1.2 Programa de Gestión Documental – PGD.

Objetivo del PGD: *Diseñar e implementar lineamientos y directrices enfocados a la adecuada planificación, producción, gestión y tramite, organización, transferencia, disposición de documentos, preservación a largo plazo y valoración de la documentación en cualquier soporte, producida y recibida por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, desde su origen hasta su disposición final, facilitando el acceso a la información.*

Para la vigencia 2024 el Grupo de Gestión Administrativa y Documental definió en el plan de trabajo del Programa de Gestión Documental veinticuatro (24) actividades. El proceso de gestión


 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 83 de 165

documental durante la verificación reporta que las actividades definidas para la vigencia 2024 están cerradas.

Dentro del Programa de Gestión Documental, se definen Programas Específicos que son estrategias y acciones concretas y detalladas diseñadas con el fin de obtener las metas y objetivos del Programa de Gestión Documental. El propósito fundamental es asegurar que UARIV cuente con los procedimientos documentados necesarios para ejecutar correctamente actividades de la función archivística, cumpliendo con las políticas de desarrollo y eficiencia administrativa. La siguiente tabla presenta un esquema general de los programas específicos que hacen parte del Programa de Gestión Documental (PGD), detallando sus objetivos, descripciones y la temporalidad requerida para su implementación.

PLANEACIÓN DE IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS ESPECÍFICOS DEL PGD					
PROGRAMA	OBJETIVO CONCRETO DEL PROGRAMA	DESCRIPCIÓN	CORTO PLAZO	MEDIANO PLAZO	LARGO PLAZO
	efectivo del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo – ArchiDHu, garantizando la autenticidad, confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información.				
Archivos centralizados	Optimizar la gestión de archivos en diferentes ubicaciones.	Organizar y gestionar los archivos que se encuentran en diversas ubicaciones, optimizando recursos y acceso.	-	X	-
Reprografía	Optimizar la información mediante digitalización, mejorando productividad y preservación, cumpliendo requisitos técnicos y legales.	Gestionar fotocopiadoras, impresoras, digitalizadores y microfilmación, implementando políticas de uso y mantenimiento.	X	X	-
Documentos especiales	Definir las acciones que permitan la conservación del soporte (objeto).	Gestionar documentos como planos, mapas, fotografías o archivos audiovisuales con sistemas de almacenamiento y conservación especializados.	-	X	X
Plan Institucional de Capacitación	Capacitar al personal en gestión documental para fomentar la organización de archivos, preservar la memoria institucional y fortalecer la transparencia.	Establecer estrategias y acciones para capacitar al personal en materia de gestión documental.	X	X	X
Auditoría y control	Evaluar el cumplimiento del PGD y detectar posibles desviaciones.	Establecer procedimientos para evaluar el cumplimiento del PGD y realizar auditorías periódicas.	X	X	X

Fuente: Programa de Gestión Documental V9 publicada en sitio web UARIV [Programa de Gestión Documental V9 | Unidad para las Víctimas](#)

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 84 de 165

El Equipo Auditor revisa el Programa de Auditoría y Control, publicado en el siguiente enlace [Programa-de-Auditoria-y-Control_V2.pdf](#), en el cual se establece que el alcance es “Asegurar la implementación y aplicación efectiva del Programa de Gestión Documental – PGD y los instrumentos archivísticos dando cumplimiento a la normativa vigente, en todas las dependencias que conforman la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas”. También define la Metodología:

“La metodología del presente subprograma se basa en la evaluación periódica, objetiva y sistemática de los procesos archivísticos y de la implementación de los instrumentos de gestión documental en todas las dependencias de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, con el objetivo de garantizar el cumplimiento de la normatividad vigente y fomentar la mejora continua.


La auditoría de gestión documental será ejecutada por la Oficina de Control Interno, en articulación con el Grupo de Gestión Administrativa y Documental, de acuerdo con el Plan Anual de Auditoría y en cumplimiento del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) y los lineamientos del Archivo General de la Nación.”. (negrilla y subrayado fuera del texto).

El Decreto 1080 de 2015, establece que en su **ARTÍCULO 2.8.2.5.11**. **“Aprobación del programa de gestión documental**. El Programa de Gestión Documental (PGD) debe ser aprobado por el Comité de Desarrollo Administrativo conformado en cada una de las entidades del orden nacional o el Comité Interno de Archivo en las entidades del orden territorial. La implementación y seguimiento del PGD es responsabilidad del área de archivo de la Entidad en coordinación con la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces. (subrayado fuera del texto).

El Programa Específico de Auditoría y Control de la Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas establecido en el Programa de Gestión Documental – PGD, es responsabilidad de la Secretaría General por intermedio del Grupo de Gestión Administrativa y Documental. Es claro en el marco normativo que la implementación y el seguimiento del PGD, para el caso de la UARIV, corresponde al Grupo de Gestión Administrativa y Documental, el cual debe realizar las visitas de seguimiento a los Archivos de Gestión de la Unidad y elaborar los informes correspondientes.

OBSERVACIÓN No. 1

No corresponde a la Oficina de Control Interno desarrollar la auditoría de gestión documental definida en el programa específico de Auditoría y Control definido en el marco de Programa de Gestión Documental de la UARIV ([Programa de Gestión Documental V9 | Unidad para las Víctimas](#)), el Grupo de Gestión Administrativa y Documental debe replantear el Programa Específico de Auditoría y Control, para dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1080 de 2015, Artículo 2.8.2.5.11 en cuanto a que, la implementación y seguimiento del PGD es responsabilidad del Grupo de Gestión Administrativa y Documental, quien actúa como segunda línea de defensa para garantizar a través del seguimiento, que las dependencias de la Unidad (quienes son la primera línea de defensa)

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 85 de 165

implementen el PDG; y así, la Oficina de Control Interno realizará lo correspondiente como tercera línea de defensa, que es la evaluación independiente con respecto a la efectividad de los controles definidos para garantizar el cumplimiento de la implementación del PGD.

Es oportuno precisar que, conforme a la normatividad vigente, la Oficina de Control Interno orienta su labor bajo el principio de independencia, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley 87 de 1993. Esta norma establece que nuestra función se centra en medir y valorar la eficiencia, eficacia y economía de los controles existentes, asesorar a la dirección en la continuidad de los procesos administrativos, revisar los planes establecidos e impulsar la implementación de los correctivos necesarios para garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales.


En este sentido, la OCI ejecuta su labor en el marco de las auditorías institucionales programadas en el Plan de Trabajo aprobado por el Comité Institucional de Control Interno, el cual se convierte en el plan de auditoría, lo que impide asumir auditorías internas propuestas directamente por las dependencias, ya que ello afectaría la independencia y autonomía técnica que la Ley le confiere. Lo anterior en el marco del Decreto 1083 de 2015 donde dispone que:

“Artículo 2.2.21.1.6 Funciones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Son funciones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (...) b. Aprobar el Plan Anual de Auditoría de la entidad presentado por el jefe de control interno o quien haga sus veces, hacer sugerencias y seguimiento a las recomendaciones producto de la ejecución del plan de acuerdo con lo dispuesto en el estatuto de auditoría, basado en la priorización de los temas críticos según la gestión de riesgos de la administración”.

De lo anterior se colige que solo las auditorías autorizadas por el citado comité son las que puede realizar la Oficina de Control Interno, o aquellas que por algunas características especiales y excepcionales son solicitadas por el Director General o son abocadas directamente por la Oficina de Control Interno. Ello explica porque ninguna otra auditoría realizada al interior de la entidad por la OCI se puede realizar fuera del contexto normativo señalado. Al respecto el Departamento Administrativo de la Función Pública, ente rector en materia de política nacional de control interno, respecto de los planes de auditorías señala en el concepto 20245000392621 del 04/06/2024, que se puede consultar en:

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=242596>

“De acuerdo con lo anteriormente expuesto, es importante señalar que el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno como órgano asesor e instancia decisora en los asuntos de control interno de la entidad, presidido por el respectivo Representante Legal, tiene la potestad de aprobar el Plan Anual de Auditoría de la entidad presentado por el jefe de control interno o quien haga sus veces, hacer sugerencias y seguimiento a las recomendaciones producto de la ejecución del plan de acuerdo con lo dispuesto en el estatuto de auditoría, basado en la priorización de los temas críticos según la gestión de la administración.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 86 de 165

En la presentación de este plan anual de auditoría por parte del jefe de control interno se debe llevar a cabo todo un ejercicio metodológico desarrollado en la Fase I de la Guía de Auditoría Interna Basada en Riesgos, a fin de priorizar las unidades auditables a auditar durante la vigencia con un alcance preliminar establecido como resultado del ejercicio analítico desarrollado.

Una vez aprobado el Plan Anual de Auditoría, es responsabilidad del Jefe de Control Interno o quien haga sus veces, desarrollar la segunda fase del proceso auditor Planeación de la auditoría bajo los parámetros establecidos en la Guía de Auditoría para Entidades Públicas emitida por este Departamento Administrativo, arriba mencionada, que suministra orientaciones sobre el marco o alcance, frente al alcance indica que este establece el marco o límite de la auditoría y los temas o actividades que son objeto de la misma. Se debe definir en función del objetivo de auditoría, del riesgo de auditoría, de la naturaleza y características del proceso”.

De igual manera, el Acuerdo 001 de 2024 del Archivo General de la Nación en el artículo 1.4.3 dispone que:

Artículo 1.4.3. Auditorías internas. Los jefes de control interno, o quien haga sus veces, en cumplimiento del artículo 2.8.2.5.11 del Decreto 1080 de 2015 “Decreto Único del Sector Cultura” o por el que se modifique, derogue o sustituya, incorporará en su plan anual de auditorías las acciones tendientes a verificar el cumplimiento del presente Acuerdo en desarrollo del Programa de Gestión Documental, y en articulación con las herramientas o instrumentos adoptados por la entidad del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, según corresponda.


Parágrafo 1. Se tendrá como referente para el desarrollo de auditorías internas, el autodiagnóstico del Modelo de Gestión Documental y Administración de Archivos - MGDA, en articulación con la Política Institucional de Gestión Documental de la entidad.

Parágrafo 2. Los resultados de las auditorías internas deben ser presentados ante el representante legal de la entidad y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y/o Comité de Auditoría y/o Junta Directiva, y deberán ser remitidos al nominador, para que se adopten las decisiones a que haya lugar, así como establecer acciones correctivas a través de planes de mejoramiento.

Por su parte, el citado artículo del Decreto 1080 de 2015 dispone que:

*“Artículo 2.8.2.5.11. Aprobación del programa de gestión documental. El Programa de Gestión Documental (PGD) debe ser aprobado por el Comité de Desarrollo Administrativo conformado en cada una de las entidades del orden nacional o el Comité Interno de Archivo en las entidades del orden territorial. **La implementación y seguimiento del PGD es responsabilidad del área de archivo de la Entidad** en coordinación con la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces. (negrita fuera de texto)*

Los Consejos Territoriales de Archivos podrán realizar observaciones y solicitar ajustes al Programa de Gestión Documental (PGD), cuando las entidades de su jurisdicción no cumplan con las normas

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 87 de 165

del presente decreto y la normatividad que sobre esta materia establezca el Archivo General de la Nación Jorge Palacios Preciado”

Lo anterior reafirma que la gestión documental y su control deben ser ejercidos directamente por la entidad responsable a través de su área de archivo, en lo tocante a la implementación y control. Esto último en coordinación con la Oficina de Control Interno, sin que estas funciones puedan ser sustituidas por instancias externas.

En este escenario es claro que, dentro de las funciones de la Oficina de Control Interno, consagradas en el artículo 12 de la Ley 87 de 1993, señala el universo de acciones que se deben evaluar que encuentran cierta concordancia con el Decreto 4802 de 2011 artículo 12. En este sentido se debe entender que las auditorías que realiza la Oficina de Control Interno responden a la naturaleza legal que les asiste, esto es una evaluación independiente, tal como lo ordena el artículo 3° literal d) de la ley 87 de 1993, el cual ordena que:


Artículo 3. Características del Control Interno. Son características del Control Interno las siguientes:
*d. La Unidad de Control Interno o quien haga sus veces **es la encargada de evaluar en forma independiente** el Sistema de Control Interno de la entidad y proponer al representante legal del respectivo organismo las recomendaciones para mejorarlo; (negrita fuera de texto).*

Ello implica que ninguna de las dependencias de la entidad ni ningún proceso determinará ni la administración misma puede ordenar la manera como se realiza la evaluación por parte de la Oficina de Control Interno, la cual para ejercer esta función legal aplica lo ordenado en el párrafo del artículo 9°, que dispone:

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

Parágrafo. Como mecanismos de verificación y evaluación del control interno se utilizarán las normas de auditoría generalmente aceptadas, la selección de indicadores de desempeño, los informes de gestión y de cualquier otro mecanismo moderno de control que implique el uso de la mayor tecnología, eficiencia y seguridad.

Ahora bien, el proceso de archivo institucional al ser parte de la administración está obligado a realizar su propio control interno, tal como lo dispone el Decreto 1080 de 2015 en su artículo 2.8.2.5.11, lo cual es concordante con lo ordenado en la ley 87 de 1993:

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 88 de 165

“Artículo 3°. Características del Control Interno. Son características del Control Interno las siguientes:

a. El Sistema de Control Interno forma parte integrante de los sistemas contables, financieros, de planeación, de información y operacionales de la respectiva entidad;

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;

(...)

Artículo 6°. Responsabilidad del control interno. 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”.


De lo anterior se colige que le corresponde al área de archivo realizar su control interno, de la manera que considere pertinente, adecuado, económico, eficiente, eficaz y efectivo, consultando los principios constitucionales y legales de la administración pública. Si el área considera que du forma de realizar su control es mediante un proceso de auditoría, bien lo puede realizar teniendo en consideración los aspectos que regulan este tipo de evaluaciones, o bien puede aplicar otras formas de control interno para determinar que el Programa de Gestión Documental se realice conforme los lineamientos legales y las políticas y directrices institucionales. Esta actividad será evaluada por la Oficina de Control Interno dentro de las auditorías que considere y estén en el plan de auditorías relacionado con la evaluación independiente, con el propósito de evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los controles.

En este orden de ideas, no corresponde a esta Oficina implementar o aplicar modelos de control propios de las dependencias. Por lo tanto, las auditorías que ustedes adelanten deben reflejar los resultados obtenidos en la aplicación de su propia herramienta de control sobre el PGD tener y las evidencias de su ejecución, conforme a las competencias asignadas normativamente.

Por lo anterior, las auditorías que cada dependencia adelante deben reflejar los resultados de su control interno, junto con las evidencias de su ejecución, en cumplimiento de las competencias que le han sido asignadas. La OCl, por su parte, continuará desarrollando las auditorías institucionales previstas en su plan de auditorías, en estricto cumplimiento de la normativa vigente y preservando la independencia que la Ley le otorga.

5.7.2 Gestión Financiera y Contractual

Presupuesto Ejecutado por el Proceso de Gestión Documental

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 89 de 165

En la vigencia 2024 el grupo de Gestión Administrativa y Documental para el proceso de Gestión Documental ejecutó un presupuesto de (\$18.747.677.149,75).

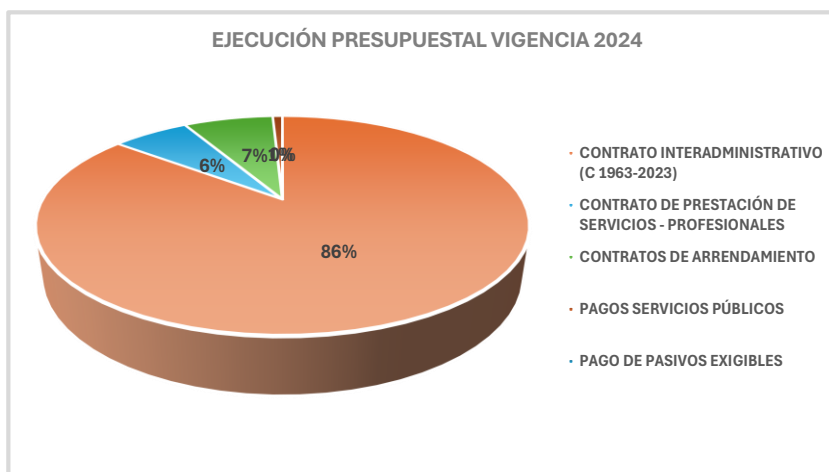
ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL					
VALOR TOTAL PRESUPUESTO ASIGNADO PARA GESTIÓN DOCUMENTAL	NOMBRE PROYECTO DE INVERSIÓN / FUNCIONAMIENTO	PRESUPUESTO ASIGNADO 2024	VALOR REDUCCIÓN O LIBERACIÓN	PRESUPUESTO EJECUTADO 2024	% DE EJECUCIÓN
\$ 18.864.163.524,75	C-4199-1500-5-53105B-4199052-02 ADQUIS. DE BYS SERVICIO DE GESTIÓN DOCUMENTAL - FORTALECIMIENTO A LA PLANEACION, OPERACION Y SEGUIMIENTO DE LA GESTION INSTITUCIONAL EN LA UNIDAD PARA LA ATENCION Y REPARACION INTEGRAL A LAS VICTIMAS A NIVEL NACIONAL NACIONAL	\$ 18.864.163.524,75	\$ 116.486.375,00	\$ 18.747.677.149,75	100%

Fuente. Herramienta Financiera reportada por el Auditado

El presupuesto asignado se ejecutó así:


MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	VALOR DEL CONTRATO
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO (C 1963-2023)	16.043.461.208,00
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS - PROFESIONALES	1.173.007.835,00
CONTRATOS DE ARRENDAMIENTO	1.379.229.674,00
PAGOS SERVICIOS PÚBLICOS	149.591.422,75
PAGO DE PASIVOS EXIGIBLES	2.387.010,00
TOTAL	18.747.677.149,75

Fuente. Elaboración propia datos de la Herramienta Financiera reportada por el Auditado



Fuente. Elaboración propia datos de la Herramienta Financiera reportada por el Auditado.

El 86% del presupuesto ejecutado en la vigencia 2024, se destinó al contrato interadministrativo No. 1963-2023, cuyo objeto es: *Prestar el servicio integral de administración de correspondencia documental, así como la elaboración e implementación de instrumentos archivísticos, intervención*

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 90 de 165

documental y la adquisición del Software de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo - SGDEA para la administración de la documentación con ocasión a la asistencia, atención y reparación integral a las Víctimas, suscrito el 29 de diciembre de 2023, con SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A.S - 472 cuyo plazo de ejecución se estableció hasta el 31 de julio de 2025, el valor del contrato es la suma VEINTISÉIS MIL CUATROCIENTOS VEINTIOCHO MILLONES SETECIENTOS VEINTIOCHO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE (\$26.428.728.950) de conformidad con la propuesta presentada por el Contratista, incluidos impuestos y costos directos e indirectos a que haya lugar, de conformidad con la propuesta comercial presentada el 27 de diciembre de 2023 por Servicios Postales Nacionales S.A.S.

La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas para la vigencia 2023, expidió el siguiente certificado de Disponibilidad Presupuestal 231723 de apalancamiento, por valor de \$951.963.002. Así como las siguientes vigencias futuras, por un valor de VEINTICINCO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y SEIS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS (\$25.476.765.948) discriminadas de la siguiente manera:


Vigencia futura 2024: \$16.043.461.208

Vigencia futura 2025: \$9.433.304.740

En el anexo técnico que hace parte del contrato interadministrativo en mención del numeral 5 al 12 y 13 se establecen las actividades, las cuales se describen a continuación:

“5. GESTIÓN DE DOCUMENTOS RECIBIDOS” El Contratista debe recepcionar, clasificar, organizar, alistar, radicar, digitalizar, asignar, distribuir, incorporar, almacenar y controlar la documentación de archivo en el área asignada para las actividades de correspondencia según las condiciones técnicas del presente anexo. Los documentos de archivo deben ser recibidos y procesados de acuerdo con los procedimientos definidos en el Sistema Integrado de Gestión - SIG de la Unidad, las Tablas de Retención Documental de la Unidad para las Víctimas y el Acuerdo 060 de 2001 expedido por el Archivo General de la Nación, en relación con la gestión de comunicaciones oficiales.

Para la vigencia 2024, SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A.S – 472, facturó por esta actividad lo siguiente:

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 91 de 165

MES	RADICADOS REALIZADOS	TOTAL RADICADOS COBRADOS	VALOR UNTARIO	VALOR PAGADO
ENERO	40.942	45.000	\$ 4.115	\$ 185.175.000
FEBRERO	47.214	47.214	\$ 4.115	\$ 194.285.610
MARZO	41.988	45.000	\$ 4.115	\$ 185.175.000
ABRIL	49.190	49.190	\$ 4.115	\$ 202.416.850
MAYO	51.896	51.896	\$ 4.115	\$ 213.552.040
JUNIO	43.075	45.000	\$ 4.115	\$ 185.175.000
JULIO	46.844	46.844	\$ 4.115	\$ 192.763.060
AGOSTO	46.718	46.718	\$ 4.115	\$ 192.244.570
SEPTIEMBRE	45.191	45.191	\$ 4.115	\$ 185.960.965
OCTUBRE	56.104	56.104	\$ 4.115	\$ 230.867.960
NOVIEMBRE	48.046	48.046	\$ 4.115	\$ 197.709.290
DICIEMBRE	40.697	45.000	\$ 4.115	\$ 185.175.000
TOTALES	557.905	571.203		\$ 2.350.500.345

Fuente: Construcción propia con la información reportada por el auditado

Para los meses de enero, marzo y diciembre el contratista facturó 45.000 radicados según información reportada por el auditado, el total de radicados es menor para estos meses. La UARIV pago 13.298 radicados, por un valor CINCUENTA Y CUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTIÚN MIL DOSCIENTOS SETENTA PESOS (\$54.721.270), sin que se hubieran realizado. En el recorrido de auditoría realizado el 24 de octubre de 2025, el auditado manifiesta que se estableció un mínimo de 45.000 radicados, lo cual de evidencia en la página 8 de la propuesta comercial para los servicios de consultas, procesos técnicos archivísticos como organización, digitalización, inserciones, proceso de radicación y correspondencia, y equipos de trabajo para la elaboración de instrumentos archivísticos, búsqueda masiva y reconstrucción de expedientes, y el sistema de gestión de documentos electrónicos de archivo para la unidad de las víctimas, presentada por Servicios Postales Nacionales S.A.S – 472, que hace parte del contrato interadministrativo No. 1963-2023.

OBSERVACIÓN No. 2

Se recomienda al proceso Gestión Documental que, en futuras negociaciones, se consideren los principios y finalidades de la Función Pública, conforme a lo establecido en el artículo 3° de la Ley 489 de 1998 la cual señala: *“La función administrativa se desarrollará conforme a los principios constitucionales, en particular los atinentes a la buena fe, igualdad, moralidad, celeridad, economía, imparcialidad, eficacia, eficiencia, participación, publicidad, responsabilidad y transparencia. Los principios anteriores se aplicarán, igualmente, en la prestación de servicios públicos, en cuanto fueren compatibles con su naturaleza y régimen.”* (Subrayado fuera del texto). De igual forma debe observarse lo indicado en la Ley 87 de 1993, artículo 1, que establece: *“El ejercicio de control interno debe consultar los principios de igualdad, moralidad, eficiencia, economía, celeridad, imparcialidad, publicidad y valoración de costos ambientales. 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”*. Lo anterior, cobra especial relevancia debido a que, si bien en el anexo técnico se establece un tope de pago mensual por los radicados, se evidencia que dicho tope únicamente se aplica cuando el número de radicados es inferior al límite previsto. Sin embargo, la Entidad realiza pagos superiores cuando se excede el tope de los radicados, situación

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 92 de 165

que podría generar riesgos en materia de economía y eficiencia en la ejecución de los recursos públicos.

La Gestión de Documentos Recibidos

La gestión de documentos recibidos se realiza de acuerdo con lo establecido en el Manual de Recepción, Radicación, Distribución y Gestión de Comunicaciones Oficiales, y la matriz de Clasificación y Distribución de Correspondencia. Los canales de atención se articulan con los puntos de radicación (físico y electrónico) para el control de las comunicaciones oficiales recibidas en la Unidad para las Víctimas a nivel nacional y con el fin de agilizar el proceso de recepción, radicación y atención a las víctimas y ciudadanos que presenten peticiones, quejas, reclamos y sugerencias, desde puntos de atención, centros regionales y portal web Unidad en Línea.

Una vez se verifica la información recibida y el cumplimiento de los requisitos para radicación, se procede con el registro de datos en el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo SGDEA (ARCHIDHU), el Artículo 4.2.6. del Acuerdo 001 de 2024 establece “Las comunicaciones que ingresen a la Entidad por cualquier canal o a través de los correos electrónicos institucionales de los servidores públicos o contratistas, conforme a las series y subseries registradas en las Tablas de Retención Documental, deben ser remitidas a la Ventanilla Única o sede electrónica para ser radicadas junto con sus anexos, verificando que la comunicación cuente con los datos de contacto para dar respuesta o notificación, la UARIV cuenta con un SGDEA (ARCHIDHU) como herramienta para la radicación de las comunicaciones oficiales.

CANALES DE ATENCIÓN DE LA UARIV



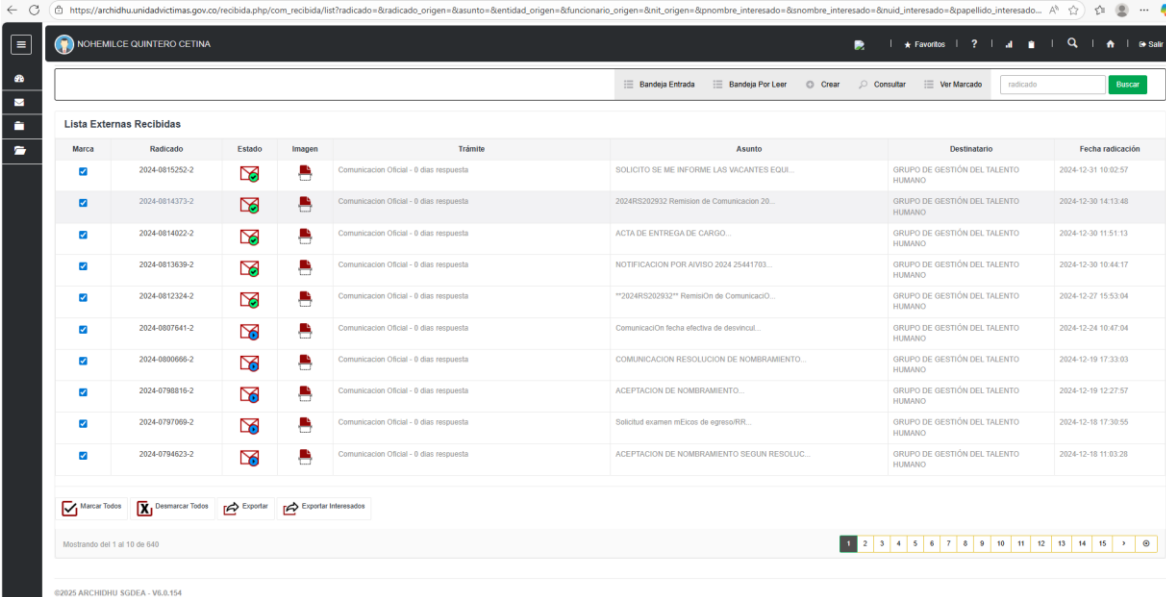
 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 93 de 165

Fuente: Manual de Recepción, Radicación, Distribución y Gestión de Comunicaciones Oficiales V2 Página 9

Una vez son radicadas las comunicaciones recibidas en el SGDEA, se realiza análisis por parte del Grupo de Gestión Administrativa y Documental en las ventanillas de radicación determinando a cuál bandeja debe ser cargada la comunicación (*las bandejas de radicación son espacios electrónicos creadas a cada dependencia en el SGDEA para la clasificación de las comunicaciones oficiales recibidas de conformidad con las funciones del Decreto 4802 de 2011 y Resolución 00236 de 2020*), es decir, la asignación de la comunicación al área que consideren competente, teniendo en cuenta la Matriz de Clasificación y Distribución de Correspondencia.

DEBILIDAD No. 6.


En la Matriz de Clasificación y Distribución de Correspondencia que para la vigencia 2024, se definió 22 bandejas, las cuales están parametrizadas en el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo – SGDEA (ARCHIDHU), se realiza una consulta de la bandeja 164 “GRUPO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO” en ARCHIDHU Mostrando 640 radicados con estado sin repuesta, la muestra para la consulta se realiza dentro del periodo 01/01/2024 al 31/12/2024.




Marca	Radicado	Estado	Imagen	Trámite	Asunto	Destinatario	Fecha radicación
<input checked="" type="checkbox"/>	2024-0815252-2			Comunicacion Oficial - 9 dias respuesta	SOLICITO SE ME INFORME LAS VACANTES EQUI...	GRUPO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	2024-12-31 10:52:57
<input checked="" type="checkbox"/>	2024-0814373-2			Comunicacion Oficial - 9 dias respuesta	2024RS20252 Remision de Comunicacion 20...	GRUPO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	2024-12-30 14:13:48
<input checked="" type="checkbox"/>	2024-0814022-2			Comunicacion Oficial - 9 dias respuesta	ACTA DE ENTREGA DE CARGO...	GRUPO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	2024-12-30 11:51:13
<input checked="" type="checkbox"/>	2024-0813639-2			Comunicacion Oficial - 9 dias respuesta	NOTIFICACION POR AVISO 2024 25441793...	GRUPO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	2024-12-30 10:44:17
<input checked="" type="checkbox"/>	2024-0812324-2			Comunicacion Oficial - 9 dias respuesta	**2024RS20252** Remision de Comunicacio...	GRUPO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	2024-12-27 15:53:04
<input checked="" type="checkbox"/>	2024-0807641-2			Comunicacion Oficial - 9 dias respuesta	Comunicación fecha efectiva de desvincul...	GRUPO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	2024-12-24 10:47:04
<input checked="" type="checkbox"/>	2024-080666-2			Comunicacion Oficial - 9 dias respuesta	COMUNICACION RESOLUCION DE NOMBRAMIENTO...	GRUPO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	2024-12-19 17:33:03
<input checked="" type="checkbox"/>	2024-0798819-2			Comunicacion Oficial - 9 dias respuesta	ACEPTACION DE NOMBRAMIENTO...	GRUPO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	2024-12-19 12:27:57
<input checked="" type="checkbox"/>	2024-0797869-2			Comunicacion Oficial - 9 dias respuesta	Solicitud examen México de ingreso RPL...	GRUPO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	2024-12-18 17:38:55
<input checked="" type="checkbox"/>	2024-0794623-2			Comunicacion Oficial - 9 dias respuesta	ACEPTACION DE NOMBRAMIENTO SEGUN RESOLUC...	GRUPO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	2024-12-18 11:03:28

Fuente: Captura de pantalla de ARCHIDHU Bandeja 164


Al exportar la consulta a Excel y aplicar el filtro por asunto “PETICIONES”, se identificaron 60 peticiones sin respuesta. Como muestra de verificación, se consulta el comunicado externo recibido con radicado 2024-0578651-2, el cual corresponde a un derecho de petición reiterado, radicado el 24/09/2024, por lo que presenta más 420 días de vencimiento sin evidencia de respuesta al

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 94 de 165

petionario. Estos derechos de petición no están siendo integradas con LEX, y tanto el Grupo de Servicio al Ciudadano como el Grupo de Gestión Administrativa y Documental no están realizando el seguimiento ni el control a estas peticiones direccionadas a la bandeja 164.

Comunicación Externa Recibida (2024-0578651-2)			
⌵ Detalles ☰ Lista Interesados ☰ Bitacora Proceso			
Radicado:	2024-0578651-2	Area Destino:	GRUPO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO - 164 - UARIV - TRD - V1
Asunto:	Reiteración Derecho de Petición Radicado UARIV No. 2024-0451303-2 de agosto 1 de 2024	Estado Digitalización:	Digitalizado
Punto Radicación:	P.R. San Cayetano - UARIV	Trámite:	Comunicación Oficial - 0 días respuesta
Fecha radicación:	2024-09-24 15:47:45	Radicador:	LAURA VALENTINA JARAMILLO CHAVARRIA - GRUPO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DOCUMENTAL
Forma Recepción:	Correo Electronico	Estado:	
Folios:	11	Medio Respuesta:	
Vencimiento Legal:	2024-09-24 0:00:00	Obs. Anulación:	
Fecha Llegada:	2024-09-24	Prioridad:	Alta
Fecha Digitalización:	2024-09-24 15:47:58	Ciudad:	Bogotá D.C. 11001
Proceso Actual:	Distribuidor	Subserie:	HISTORIAS LABORALES
Nombre Expediente:	851193 - REQUERIMIENTOS		

Fuente: Captura de pantalla de ARCHIDHU - RAD 2024-0578651-2.

Fecha: 24/09/2024 15:47:45 PM

2024-0578651-2

Servicio al Ciudadano

De: Edwin Lozano Garzon <edwin.lozano@esap.edu.co>
Enviado el: martes, 24 de septiembre de 2024 11:49 a. m.
Para: Servicio al Ciudadano; atencionalcidudadano@cnscc.gov.co
Asunto: Reiteración Derecho de Petición - Radicado UARIV No. 2024-0451303-2 de agosto 1 de 2024
Datos adjuntos: Reiteracion_DP_UARIV_OPEC179680_CC80124659.pdf

Cordial saludo,

Mediante documento adjunto, yo, Edwin Lozano Garzón, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.124.659 de Bogotá, de manera respetuosa me permito REITERAR las peticiones interpuestas mediante Radicado UARIV No. 2024-0451303-2 de agosto 1 de 2024, en amparo del Derecho de Petición, consagrado en el Artículo 23 de la Constitución Política Colombiana, el cual nunca fue contestado por la UNIDAD PARA LA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS, habiéndose vencido ya los términos legales que establece la normatividad.

Sin otro particular y en espera de su pronta respuesta.

El suscrito,

EDWIN LOZANO GARZÓN
C.C. 80.124.659 de Bogotá
Profesional Especializado


Autorizo responder a los correos: edwin.lozano@esap.edu.co, edwincollege@gmail.com

El tratamiento de mis datos personales solo se autoriza con el objetivo de recibir respuesta al presente Derecho de Petición.

NOTA CONFIDENCIAL: La información contenida en este E-mail es confidencial y sólo puede ser utilizada por el individuo o la compañía o entidad a la cual está dirigido. Si no es el receptor autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia de este mensaje es prohibida y será sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor reenviarlo y borrar el mensaje recibido inmediatamente. This message and any attached files may contain information that is confidential and/or subject of legal privilege intended only for use by the intended recipient. If you are not the intended recipient or the person responsible for delivering the message to the intended recipient, be advised that you have received this message in error and that any dissemination, copying or use of this message or attachment is strictly forbidden, as is the disclosure of the information therein. If you have received this message in error please notify the sender immediately and delete the message.

Fuente: Captura de pantalla del RAD 2024-0578651-2.

Lo anterior contraviene lo establecido por la Ley 87 de 1993, artículo 2, literal 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;* y el literal d) *Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional.* También, se genera incumplimiento del artículo 14 de la Ley 1755 de 2015, el cual establece:

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 95 de 165

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.

PARÁGRAFO. Cuando excepcionalmente no fuere posible resolver la petición en los plazos aquí señalados, la autoridad debe informar esta circunstancia al interesado, antes del vencimiento del término señalado en la ley expresando los motivos de la demora y señalando a la vez el plazo razonable en que se resolverá o dará respuesta, que no podrá exceder del doble del inicialmente previsto.

Además, esta problemática contradice la política de servicio al ciudadano que:

“Tiene como propósito garantizar el acceso efectivo, oportuno y de calidad de los ciudadanos a sus derechos en todos los escenarios de relacionamiento con el Estado.

Esto es así por cuanto, uno de los fines esenciales del Estado es servir a la comunidad, razón por la cual, la implementación de la política de servicio al ciudadano trasciende la atención oportuna y con calidad de requerimientos ciudadanos, a la garantía de derechos y deberes, a través de escenarios de relacionamiento dialogantes, incluyentes y que construyan confianza. Su cabal cumplimiento implica que las entidades orienten su gestión a la generación de valor público y de un Estado abierto que diseña e implementa soluciones a la medida de las necesidades, preferencias y expectativas de la ciudadanía para la garantía de los derechos y el cumplimiento de obligaciones”.


En el Manual de Recepción, Radicación, Distribución y Gestión de Comunicaciones Oficiales de la UARIV, se establece en el Numeral 3.2.1.2 Responsabilidades del Grupo de Gestión Administrativa y Documental en las Ventanillas de Radicación:

“- Recibir, registrar, radicar, digitalizar, clasificar, distribuir y enviar las comunicaciones físicas y electrónicas de la Unidad para las Víctimas en el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo – SGDEA.

- Tramitar las devoluciones de distribución de forma inmediata.

- Realizar el seguimiento y control necesarios para el cumplimiento de los lineamientos definidos en este documento.

- Realizar reporte periódico de los trámites pendientes y vencidos en las dependencias con el fin de realizar seguimiento y gestión oportuna de las comunicaciones oficiales.”

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 96 de 165

Desde el proceso de Gestión Documental no se esta realizando reporte periódico de los trámites pendientes y vencidos en las dependencias con el fin de realizar seguimiento y gestión oportuna de las comunicaciones oficiales, incumpliendo lo definido en el Manual de Recepción, Radicación, Distribución y Gestión de Comunicaciones Oficiales, y la UARIV está incumpliendo los términos para dar respuesta peticiones, definidos en la Ley 1755 de 2015.

Mediante correo electrónico el viernes 21 de noviembre de 2025, se le comunica al Doctor Javier Delgadillo Rodríguez - javier.delgadillo@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado la debilidad identificada en la distribución de comunicaciones oficiales, en donde se le da un plazo de cinco (5) días hábiles según lo establecido en la actividad 10 del procedimiento “Auditorías Internas al control interno” contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones y evidencias pertinentes. Mediante correo electrónico el lunes 24 de noviembre de 2025, el auditado comunica: “*En atención a la comunicación remitida por la Oficina de Control Interno respecto al primer grupo de debilidades identificadas en el marco de la auditoría interna al proceso de Gestión Documental, me permito informar que, una vez revisado el informe, no se tienen observaciones frente a lo presentado*”. Por lo anterior la debilidad se mantiene.


OBSERVACIÓN No. 3

Mediante correo electrónico de fecha 21/11/2025, se solicitó: *Se informe las razones por las cuáles la gestión de todas las comunicaciones oficiales (PQRS) no se realiza en el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo – SGDEA - ARCHIDHU Modulo de Comunicaciones; certificar si ARCHIDHU soporta la gestión, tanto de las comunicaciones oficiales, como la notificación de los actos administrativos, y si los flujos de LEX se pueden realizar en ARCHIDHU.*

El auditado a través del correo electrónico de fecha 27/11/2025 da respuesta en los siguientes términos:

Respuesta: *De acuerdo con los procedimientos y directrices establecidos por el proceso de Gestión Documental, todas las comunicaciones oficiales que ingresan a la Unidad deben ser radicadas exclusivamente por nuestro equipo, garantizando el cumplimiento de los lineamientos institucionales, la trazabilidad de los trámites y la integridad del registro documental. En este sentido, la gestión de las comunicaciones oficiales (PQRS) se realiza conforme a lo establecido en los instrumentos archivísticos y manuales vigentes, los cuales definen que la radicación debe ser administrada directamente por el proceso de Gestión Documental. Por lo anterior, cualquier actuación se adelanta siguiendo estrictamente lo dispuesto en dichos lineamientos.*

Respecto a si el SGDEA – ArchiDHu soporta la gestión de comunicaciones oficiales, la notificación de actos administrativos y los flujos actualmente implementados en LEX, es importante precisar que el

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 97 de 165

*aplicativo cuenta con la funcionalidad de gestionar comunicaciones oficiales dentro de su módulo correspondiente. Adicionalmente, ArchiDHu dispone de la opción **Workflow**, desde la cual es técnicamente posible cargar y parametrizar flujos de trabajo.*


*No obstante, para la implementación de flujos específicos asociados a los procesos de notificación o a los trámites actualmente configurados en LEX, es necesario adelantar **mesas técnicas** con los equipos responsables, con el fin de identificar el detalle del trámite, las actividades involucradas y las reglas de negocio. Esto permitirá establecer el **modelo entidad-relación** requerida y definir los parámetros técnicos necesarios para su correcta configuración dentro del SGDEA.*

En el desarrollo de la auditoría se evidenciaron debilidades en la gestión y seguimiento de las comunicaciones oficiales, en especial de las PQRS, desde su radicación y gestión hasta respuesta definitiva. Se observó que no todas las peticiones se gestionan a través de la bandeja del grupo de Servicio al Ciudadano y del flujo definido para tal fin, sino que algunas son direccionadas a otras bandejas del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo – SGDEA (ARCHIDHU) sin el seguimiento oportuno, como se constató en la debilidad No. 6, donde se identificaron peticiones sin respuesta en la bandeja 164 del Grupo de Gestión del Talento Humano, con términos vencidos y sin integración con el aplicativo LEX, situación que contraviene lo establecido en la Ley 1755 de 2015, vulnera el derecho de las víctimas y/o ciudadanos a obtener respuesta oportuna a sus solicitudes.

Lo anterior evidencia la necesidad de que la Unidad unifique la radicación, distribución, gestión y seguimiento de todas las comunicaciones oficiales en un solo sistema institucional, priorizando el uso del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo – SGDEA – ARCHIDHU, adquirido mediante el contrato interadministrativo No. 1963-2023 por un valor aproximado de \$3.120.000.000, y que, a través de las mesas técnicas necesarias, se definan y migren en este sistema los flujos actualmente implementados en LEX, con el fin de evitar reprocesos, fortalecer la trazabilidad de los trámites y mitigar el riesgo de incumplimiento de los términos legales para la respuesta de las PQRS.

Siguiente actividad del contrato interadministrativo No. 1963-2023.

***“6. GESTIÓN DE LOS DOCUMENTOS DE SALIDA.** Es preciso contar con el servicio de correo, tanto a nivel nacional e internacional, para el envío, distribución y entrega de comunicaciones oficiales, todo ello encaminado a la ejecución de las diferentes tareas, labores y procesos que se llevan a cabo en la Unidad para las Víctimas. Bajo este panorama en cumplimiento de las funciones de la Entidad, se requiere remitir documentos cuyo tiempo de envío por su contenido son urgentes y requieren prueba de entrega, como memoriales de tutelas, respuestas a derechos de petición, citaciones para notificación administrativa, entre otros.*

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 98 de 165

Para la vigencia 2024, Servicios Postales Nacionales S.A.S – 472, facturó por esta actividad lo siguiente:

MES	VALOR PAGADO ENVÍOS 2024
ENERO	358.922.700
FEBRERO	151.898.650
MARZO	215.791.050
ABRIL	426.162.700
MAYO	137.656.400
JUNIO	81.791.750
JULIO	199.799.950
AGOSTO	213.684.100
SEPTIEMBRE	151.309.900
OCTUBRE	110.998.300
NOVIEMBRE	213.979.750
DICIEMBRE	29.469.150
TOTAL	2.291.464.400

Fuente: Construcción propia – relación facturas reportada por el Auditado

La UARIV por concepto de envíos de pago la suma de dos mil millones doscientos noventa y un mil cuatrocientos pesos (\$2.291.464.400), correspondiente al servicio de envío de correo certificado nacional, correo certificado internacional, encomienda nacional, corra, SMS y correo electrónico certificado, correo electrónico certificado, SMS certificado y express time.


Siguiente actividad del contrato interadministrativo No. 1963-2023.

“7. ATENCIÓN DE CONSULTAS Y/O SOLICITUDES FORMULADAS POR LOS FUNCIONARIOS DE LA UNIDAD EN RELACIÓN CON LOS DOCUMENTOS DE ARCHIVO: El contratista está obligado a atender y resolver las solicitudes y/o consultas que le formulen las dependencias de la Unidad en relación con todo el acervo documental de la Entidad.

7.1. Recepción y trámite de las consultas y/o solicitudes.

El Contratista está obligado a recibir y atender las solicitudes de información que, en relación con los documentos recibidos, le formule la Supervisión de la Unidad por cualquiera de los siguientes medios: Correo Electrónico, SGDEA, Comunicación Física, LEX o la herramienta tecnológica que designe la operación de respuesta escrita de la Unidad, SGV o la herramienta tecnológica que designe Servicio al Ciudadano “

Para la vigencia 2024, Servicios Postales Nacionales S.A.S – 472, facturó por esta actividad lo siguiente:

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 99 de 165

MES	TIPO DE CONSULTA	MEDIO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
ENERO	Normal	Carpeta	164	\$ 3.875	\$ 635.437
	Urgente	Carpeta	55	\$ 6.028	\$ 331.529
FEBRERO	Normal	Carpeta	118	\$ 3.875	\$ 457.205
	Urgente	Carpeta	304	\$ 6.028	\$ 1.832.451
MARZO	Normal	Carpeta	108	\$ 4.029	\$ 435.101
	Urgente	Carpeta	848	\$ 6.268	\$ 5.314.870
ABRIL	Normal	Carpeta	92	\$ 4.029	\$ 370.642
	Urgente	Carpeta	1.207	\$ 6.268	\$ 7.564.916
MAYO	Normal	Carpeta	93	\$ 4.029	\$ 374.671
	Urgente	Carpeta	1.983	\$ 6.268	\$ 12.428.524
JUNIO	Normal	Carpeta	236	\$ 4.029	\$ 950.777
	Urgente	Carpeta	33	\$ 6.268	\$ 206.829
JULIO	Normal	Carpeta	23	\$ 4.029	\$ 92.660
	Urgente	Carpeta	51	\$ 6.268	\$ 319.644
AGOSTO	Normal	Carpeta	197	\$ 4.029	\$ 793.657
	Urgente	Carpeta	31	\$ 6.268	\$ 194.294
SEPTIEMBRE	Normal	Carpeta	170	\$ 4.029	\$ 684.882
	Urgente	Carpeta	55	\$ 6.268	\$ 344.714
OCTUBRE	Normal	Carpeta	191	\$ 4.029	\$ 769.485
	Urgente	Carpeta	86	\$ 6.268	\$ 539.008
NOVIEMBRE	Normal	Carpeta	236	\$ 4.029	\$ 950.777
	Urgente	Carpeta	17	\$ 6.268	\$ 106.548
DICIEMBRE	Normal	Carpeta	220	\$ 4.029	\$ 886.318
	Urgente	Carpeta	2.407	\$ 6.268	\$ 15.085.959
TOTALES			8.925		\$ 51.670.898


Fuente: Construcción propia – Relación facturas reportada por el Auditado

Durante la vigencia 2024 se realizaron 8.925 consultas de expedientes documentales que fueron atendidas por el contratista, estas consultas le costaron a la UARIV la suma de cincuenta y un millones seiscientos setenta mil ochocientos noventa y ocho pesos (\$51.670.898).

Siguiente actividad del contrato interadministrativo No. 1963-2023.

“8. SERVICIO DE INTERVENCIÓN DE LOS ARCHIVOS DE LA UNIDAD. Este servicio consiste en la aplicación de la política de gestión documental de la Unidad para las Víctimas, procedimientos, lineamientos e instructivos asociados a la administración de los archivos de la Entidad, así como la ejecución de los planes, programas y proyectos formulados en los instrumentos archivísticos. Adicionalmente, este servicio comprende la formulación y ejecución de capacitaciones tanto al equipo de trabajo destinado al desarrollo de procesos asociados a la intervención archivística como a funcionarios de la Entidad; entre otras actividades de la Gestión Documental al interior de La Unidad para las Víctimas.

En la prestación de este servicio el contratista debe asegurar la intervención de los archivos tanto físicos como electrónicos en las fases de Gestión y Central de la Unidad teniendo como referente las Fichas Técnicas de Intervención de suministradas por la Unidad a nivel serie y subserie documental. Así mismo, el contratista debe aplicar una muestra de los lineamientos mencionados en las fichas

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 100 de 165

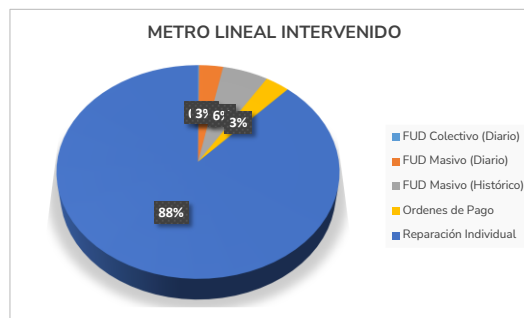
antes de iniciar los procesos técnicos de intervención para asegurar el avance y la calidad de los procesos de organización documental.”

Para la vigencia 2024, Servicios Postales Nacionales S.A.S – 472, facturó por esta actividad lo siguiente:


UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO PROMEDIO VIGENCIA 2024	VALOR TOTAL
Expediente	34.267,00	7.785,45	266.784.076
Imagen	2.578.055,00	324	834.624.682
Metro Lineal	1.563,50	1.582.229	2.473.815.289
Tipologías	56.692,00	11.041	625.919.086
TOTAL			4.201.143.132
Etiquetas de fila	Suma de CANTIDAD	Suma de VALOR TOTAL	
[-] Expediente	34.267	\$	266.784.076
FUD Individual (Diario)	34.267	\$	266.784.076
[-] Imagen	2.578.055	\$	834.624.682
Contratos	114.531	\$	37.078.495
Contratos (CPSP)	333.760	\$	108.052.130
FUD Colectivo	15.976	\$	5.172.102
FUD Individual	442.395	\$	143.221.842
FUD Masivo	829.677	\$	268.601.291
FUD Masivo (Diario)	26.831	\$	8.686.322
Órdenes de Pago	512.276	\$	165.845.257
Órdenes de Pago	302.609	\$	97.967.243
[-] Metro Lineal	1.564	\$	2.473.815.289
FUD Colectivo (Diario)	2	\$	3.170.819
FUD Masivo (Diario)	47	\$	74.029.112
FUD Masivo (Histórico)	90	\$	138.194.959
Órdenes de Pago	48	\$	75.311.308
Reparación Individual	1.377	\$	2.183.109.091
[-] Tipologías	56.692	\$	625.919.086
Administrativas	8.568	\$	94.498.074
Misionales	48.124	\$	531.421.012
Total general	2.670.578	\$	4.201.143.132

Fuente: Construcción propia – Relación facturas reportada por el Auditado

Durante la vigencia 2024 se conformaron 34.267 expedientes nuevos y se intervinieron 1.564 metros lineales de archivo que incluye: preparación física, clasificación, ordenación, foliación, inventario documental, hoja de control, digitalización, indexación y rotulación.



Fuente. Elaboración propia datos de facturación reportada por el Auditado.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 101 de 165

Se observa en la gráfica que el 88% de los metros lineales intervenidos corresponde a documentación de la Subdirección de Reparación Individual, el 12% corresponde a expedientes documentales del Formato Único de Declaración – FUD.

Siguiente actividad del contrato interadministrativo No. 1963-2023

“9. PROCESO DE BÚSQUEDAS MISIONALES: El contratista deberá disponer de personal técnico para la atención de las consultas provenientes de las áreas misionales y de respuesta institucional, para estas es necesario que realicen el siguiente tramite: Recepción de solicitud por correo o aplicativo, Lectura, clasificación y asignación de la solicitud por interno ➤ Análisis del caso Búsqueda Respuesta Unificación de resultados en imágenes para subsanar proceso.


De no ser posible la recuperación de esta información, el contratista tiene que realizar las actividades relacionadas con la reconstrucción por pérdida o deterioro de documento establecidas por la Unidad para las Víctimas, teniendo en cuenta el acuerdo 07 de 2014 del Archivo General de la Nación - AGN.”

Para la vigencia 2024, Servicios Postales Nacionales S.A.S – 472, facturó por esta actividad lo siguiente:

MES	Serie	Unidad	Cantidad	Valor Unitario	Total
ENERO	Búsqueda Masiva	Proceso	1	\$ 48.733.909	\$ 48.733.909
FEBRERO	Búsqueda Masiva	Proceso	1	\$ 48.733.909	\$ 48.733.909
MARZO	Búsqueda Masiva	Proceso	1	\$ 50.672.137	\$ 50.672.137
ABRIL	Búsqueda Masiva	Proceso	1	\$ 50.672.137	\$ 50.672.137
MAYO	Búsqueda Masiva	Proceso	1	\$ 50.672.137	\$ 50.672.137
JUNIO	Búsqueda Masiva	Proceso	1	\$ 50.672.137	\$ 50.672.137
JULIO	Búsqueda Masiva	Proceso	1	\$ 50.672.137	\$ 50.672.137
AGOSTO	Búsqueda Masiva	Proceso	1	\$ 50.672.137	\$ 50.672.137
SEPTIEMBRE	Búsqueda Masiva	Proceso	1	\$ 50.672.137	\$ 50.672.137
OCTUBRE	Búsqueda Masiva	Proceso	1	\$ 50.672.137	\$ 50.672.137
NOVIEMBRE	Búsqueda Masiva	Proceso	1	\$ 50.672.137	\$ 50.672.137
DICIEMBRE	Búsqueda Masiva	Proceso	1	\$ 50.672.137	\$ 50.672.137
TOTAL					\$ 604.189.187

Fuente. Elaboración propia datos de facturación reportada por el Auditado.

La UARIV durante la vigencia 2024, pagó seiscientos cuatro millones ciento ochenta y nueve mil ciento ochenta y siete pesos (\$604.189.187), no se evidencia en las facturas la cantidad de búsquedas masivas realizadas, ni el valor unitario por cada búsqueda. Mediante correo electrónico de fecha 21/11/2025, se informa la cantidad de casos de Búsquedas Misionales realizadas por el contratista en el año 2024, presentando diferencias con lo plasmado en el informe de actividades y supervisión a la ejecución contractual número 13 página 20, publicado en el SECOP, a continuación, cuadro reportado por el auditado.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 102 de 165

	2024		
	CASOS RECIBIDOS	CASOS TRAMITADOS	CASOS PENDIENTES
CORREO	7950	7555	395
LEX	2758	2691	67
SGV	3300	3076	224
TOTAL	14008	13322	686

Fuente: Información reportada por el Auditado

El Equipo Auditor realiza la revisión de las 12 facturas, los 12 informes de actividades y supervisión correspondientes a la vigencia 2024 publicados en el SECOP bajo el proceso No. (UARIV-CD-2023900062917-9), relacionado con el **PROCESO DE BÚSQUEDAS MISIONALES**. En dichos informes, el contratista reporta la misma información en el ítem (3.1 *Histórico informe de actividades y supervisión a la ejecución contractual*), sin que la UARIV tome acciones para el cierre de 3816 casos informados. Incluso se verifica el informe de supervisión correspondiente al mes mayo de 2024, encontrándose la misma situación descrita. A continuación, se presentan capturas de pantalla que evidencia esta situación:

3.1. HISTORICO (hasta el 2 de mayo)

Solicitudes que estaban sin desarrollo.

Aplicativo	Casos	Casos Tramitados	Casos Pendientes
Correo	865	865	0
LEX	499	499	0
SGV	2452	2452	0
Total	3816	3816	0

De estos 3816 casos, informamos los casos que se tienen pendientes dentro de esta tarea, quiere decir, que se les realizó intervención por parte del grupo de búsquedas misionales, pero para darles fin, falta un lineamiento o directriz (esto, según el responsable que se muestra en el cuadro).


Fuente: Captura de pantalla informe de supervisión mes de mayo 2024
Contrato Interadministrativo No.1963-2023 página 17

1. HISTÓRICO (hasta el 2 de mayo 2023)

Solicitudes que estaban sin desarrollo.

Aplicativo	Casos	Casos Tramitados	Casos Pendientes
Correo	865	865	0
LEX	499	499	0
SGV	2452	2452	0
TOTAL	3816	3816	0

De estos 3816 casos, informamos los casos que se tienen pendientes dentro de esta tarea, quiere decir, que se les realizó intervención por parte del grupo de búsquedas misionales, pero para darles fin, falta un lineamiento o directriz (esto, según el responsable que se muestra en el cuadro).

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 103 de 165

Fuente: Captura de pantalla informe de supervisión mes noviembre 2024
 Contrato Interadministrativo No.1963-2023 página 17

APLICATIVO	CASOS	CASOS TRAMITADOS	CASOS PENDIENTES
CORREO	865	865	0
LEX	499	499	0
SGV	2452	2452	0
TOTAL	3816	3816	0

De estos 3816 casos, informamos los casos que se tienen pendientes dentro de esta tarea, quiere decir, que se les realizó intervención por parte del grupo de búsquedas misionales, pero para darles fin, falta un lineamiento o directriz (esto, según el responsable que se muestra en el cuadro).

Fuente: Captura de pantalla informe de actividades y supervisión a la ejecución contractual mes diciembre 2024
 Contrato Interadministrativo No.1963-2023 página 17

BÚSQUEDAS MISIONALES

A continuación, se exponen el estado del proceso de búsquedas misionales hasta mayo:

Histórico hasta el 2 de mayo 2023


Solicitudes que estaban sin desarrollo.

Aplicativo	Casos		
	Cantidad	Terminados	Pendientes
Correo	865	865	0
LEX	499	499	0
SGV	2452	2452	0
Total	3816	3816	0

De estos 3816 casos, informamos los casos que se tienen pendientes dentro de esta tarea, quiere decir, que se les realizó intervención por parte del grupo de búsquedas misionales, pero para darles fin, falta un lineamiento o directriz (esto, según el responsable que se muestra en el cuadro).

Fuente: Captura de pantalla informe de supervisión mes mayo 2025
 Contrato Interadministrativo No.1963-2023 página 17.

Además, en el informe de actividades y supervisión a la ejecución contractual de diciembre de 2024, en el *HISTÓRICO DOS* se evidencian más casos sin finalización, tal como se observa en la siguiente captura de pantalla, generando confusión ya que hace alusión a los meses de mayo a diciembre de 2023, y el informe de actividades y supervisión a la ejecución contractual en mención corresponde al mes de diciembre de 2024:

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 104 de 165

HISTÓRICO DOS (mayo a diciembre 2023)

Agregando al histórico de casos, damos a conocer las cifras de un primer corte a diciembre de 2023 y su correspondiente estado.

APLICATIVO	CASOS RECIBIDOS	CASOS TRAMITADOS	CASOS PENDIENTES
CORREO	7714	5052	2662
LEX	2464	2464	0
SGV	2357	2357	0
Total general	12535	9873	2662

Especificación de los casos intervenidos por el equipo de búsquedas misionales del mes de mayo al mes de diciembre sin finalización por falta de lineamiento o directriz.

Fuente: Captura de pantalla informe de actividades y supervisión a la ejecución contractual mes diciembre 2024
Contrato Interadministrativo No.1963-2023 página 18

En los informes de actividades presentados por el contratista para el ítem **9. PROCESO DE BÚSQUEDAS MISIONALES**, se describe el numeral 3.3 **DIA A DIA**, no se evidencia de forma clara cuántos casos de consulta se reciben y se tramitan, ya que muestran un acumulado, sin que se permita evidenciar si los casos pendientes que quedan mes a mes se cierran o se van acumulando al histórico de casos de búsqueda sin cerrar.

3.3. DIA A DIA (enero 2024)

Son los casos ingresados del 1 de enero de 2024 y con corte a 31 mayo 2024.

Aplicativo	Casos Recibidos	Casos Tramitados	Casos Pendientes
Correo	4022	4021	1
LEX	966	943	23
SGV	1306	1288	20
Total General	6294	6250	44

Fuente: Captura de pantalla informe de supervisión mes de mayo 2024
Contrato Interadministrativo No.1963-2023 página 20.


DIA A DIA (desde enero 2024)

Son los casos ingresados del 1 de enero de 2024 y con corte a 31 diciembre 2024.

APLICATIVO	CASOS RECIBIDOS	CASOS TRAMITADOS	CASOS PENDIENTES
CORREO	7949	7719	230
LEX	2752	2740	12
SGV	3296	3280	16
Total general	13997	13739	258

Especificación de los casos intervenidos por el equipo de búsquedas misionales, pero, sin finalización por falta de lineamiento o directriz.

Fuente: Captura de pantalla informe de actividades y supervisión a la ejecución contractual mes diciembre 2024
Contrato Interadministrativo No.1963-2023 página 20


 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 105 de 165

DEBILIDAD No. 7

Debilidad del Sistema de Control Interno relacionada con el registro, seguimiento y cierre del Proceso de Búsquedas Misionales – Contrato Interadministrativo No. 1963-2023, en la revisión del Contrato Interadministrativo No. 1963-2023, específicamente en lo relacionado con la actividad “9. Proceso de Búsquedas Misionales”, en la que el Equipo Auditor evidenció lo siguiente:

1. Para la vigencia 2024, la UARIV pagó a Servicios Postales Nacionales S.A.S – 472 la suma de seiscientos cuatro millones ciento ochenta y nueve mil ciento ochenta y siete pesos (\$604.189.187) por el Proceso de Búsquedas Misionales, sin que en las 12 facturas revisadas se discrimine la cantidad de búsquedas masivas realizadas ni el valor unitario por cada búsqueda, lo que limita la trazabilidad entre el servicio prestado y el valor pagado.
2. Mediante correo electrónico del 21/11/2025, el contratista reporta para el año 2024 un total de 14.008 casos recibidos, 13.322 tramitados y 686 pendientes (canales correo, LEX y SGV). Sin embargo, estas cifras presentan diferencias frente a lo reportado en el informe de actividades y supervisión a la ejecución contractual No. 13 (página 20) publicado en el SECOP.
3. El Equipo Auditor revisó los 12 informes de actividades y supervisión publicados en el SECOP para 2024 (proceso No. UARIV-CD-2023900062917-9), observando que en el ítem 3.1 “Histórico informe de actividades y supervisión a la ejecución contractual” el contratista mantiene la misma información sin variación, sin que se evidencien acciones por parte de la UARIV orientadas al cierre de 3.816 casos informados. Esta misma situación se mantiene, entre otros, en el informe de supervisión del mes de mayo de 2025.
4. En el informe de actividades y supervisión de diciembre de 2024, en el apartado “*Históricos*”, se registran adicionalmente casos sin finalización, haciendo referencia a los meses de mayo a diciembre de 2023, pese a que el informe corresponde a diciembre de 2024, generando confusión sobre el periodo efectivamente evaluado y la vigencia a la que pertenecen los casos registrados.
5. En la descripción del numeral 3.3 “*Día a día*” del ítem 9. Proceso de Búsquedas Misionales, la información se presenta de forma acumulada y no permite identificar con claridad, para cada mes, cuántos casos de consulta se reciben, cuántos se tramitan y cuántos quedan pendientes, ni si los casos pendientes se cierran en periodos posteriores o se acumulan al histórico de casos sin cierre.

Lo anterior evidencia debilidades en la calidad, claridad y consistencia de la información reportada, así como en el seguimiento por parte de la supervisión contractual al cierre efectivo de los casos de Búsquedas Misionales. Esta situación no está conforme a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2° literales b), c), d), e) y g); así como las obligaciones establecidas en la actividad 9 “Proceso de

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 106 de 165

Búsquedas Misionales” del Contrato Interadministrativo No. 1963-2023, generando el riesgo de que los pagos realizados por la UARIV no se encuentren suficientemente soportados en la cantidad real de búsquedas misionales prestadas, ni en su costo unitario. La imposibilidad de determinar con certeza el número real de casos cerrados y pendientes, así como su evolución en el tiempo, afecta la gestión y el control del servicio. La acumulación de casos sin cierre efectivo puede impactar la oportunidad de respuesta y en la garantía de los derechos de las víctimas que requieren la recuperación o reconstrucción de sus documentos.


El Equipo Auditor identifica como causas principales la ausencia de una adecuada trazabilidad y control del Proceso Gestión Documental en relación con la actividad *Búsquedas Misionales*. Lo anterior refleja inconsistencias en la calidad, oportunidad y confiabilidad de la respuesta institucional a las víctimas que requieran recuperación o reconstrucción de su información, lo que puede derivar en cuestionamientos sobre la adecuada administración de los recursos públicos y el cumplimiento de las obligaciones contractuales y archivísticas.

Mediante correo electrónico el jueves 27 de noviembre de 2025, se le comunica al Doctor Javier Delgadillo Rodríguez - javier.delgadillo@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado la debilidad identificada relacionada con el registro, seguimiento y cierre del Proceso de Búsquedas Misionales – Contrato Interadministrativo No. 1963-2023, en donde se le da un plazo de cinco (5) días hábiles según lo establecido en la actividad 10 del procedimiento “Auditorías Internas al control interno” contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones y evidencias pertinentes. Transcurrido el plazo otorgado, el Proceso Gestión Documental 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.

Siguiente actividad del contrato interadministrativo No. 1963-2023.

“10. PROCESO DE RECONSTRUCCIÓN DE EXPEDIENTES: *Este proceso busca implementar lineamientos archivísticos técnicos que deben seguirse para la reconstrucción de expedientes y/o documentos que se hayan extraviado, en los archivos de gestión y central de la Unidad a la luz de la normatividad vigente, para efectuar su recuperación. Para esto el contratista debe disponer de un equipo interdisciplinario que garantice la aplicación del “PROCEDIMIENTO PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE EXPEDIENTES Y/O DOCUMENTOS” establecido por la Unidad para las Víctimas cumpliendo los tiempos y metas establecidos para estos.”*

Para la vigencia 2024, SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A.S – 472, facturó por esta actividad lo siguiente:

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 107 de 165

MES	Serie	Unidad	Cantidad	Valor Unitario	Total
ENERO	Reconstrucción	Proceso	1	\$ 46.601.645	\$ 46.601.645
FEBRERO	Reconstrucción	Proceso	1	\$ 46.601.645	\$ 46.601.645
MARZO	Reconstrucción	Proceso	1	\$ 48.455.069	\$ 48.455.069
ABRIL	Reconstrucción	Proceso	1	\$ 48.455.069	\$ 48.455.069
MAYO	Reconstrucción	Proceso	1	\$ 48.455.069	\$ 48.455.069
JUNIO	Reconstrucción	Proceso	1	\$ 48.455.069	\$ 48.455.069
JULIO	Reconstrucción	Proceso	1	\$ 48.455.069	\$ 48.455.069
AGOSTO	Reconstrucción	Proceso	1	\$ 48.455.069	\$ 48.455.069
SEPTIEMBRE	Reconstrucción	Proceso	1	\$ 48.455.069	\$ 48.455.069
OCTUBRE				0	0
NOVIEMBRE				0	0
DICIEMBRE				0	0
TOTAL				\$	432.388.771

Fuente. Elaboración propia datos de facturación reportada por el Auditado.

La UARIV durante la vigencia 2024, pagó por este servicio la suma de cuatrocientos treinta y dos millones trescientos ochenta y ocho mil setecientos setenta y un pesos (\$432.388.771). Sin embargo, no se evidencia la cantidad de expedientes reconstruidos, ni el valor unitario por cada reconstrucción. Mediante correo electrónico de fecha 21/11/2025, se remite la siguiente información:

- Casos de Reconstrucción en el año 2024

RECONSTRUCCIÓN	
Informes de pérdida	761
Memorando a Oficina Asesora Jurídica	693
Memorando a Grupo Control Interno Disciplinario	693
Resolución Apertura	1
Oficio al Ministerio Público	73
Resolución de Cierre	0

RV: SOLICITUD DE INFORMACIÓN - AUDITORIA AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL Resumir

Aljandro Hernandez Echeverry
Para: Nohemilce Quintero Cetina
CC: Javier Eduardo Delgado Rodriguez; Cesar Eduardo Estrada Narvece; Deisy Carolina Diaz Vargas; y 3 más
Via 21/11/2025 9:25

Buenos días Dra. Nohemilce,

Dando alcance a su solicitud, a continuación, nos permitimos ajustar la información solicitada por ustedes para los procesos de "Búsquedas misionales" y "Reconstrucción de expedientes" sobre las actividades realizadas en la vigencia 2024:

- Casos de Búsquedas misionales en el año 2024


	2024		
	CASOS RECHIDOS	CASOS TRAMITADOS	CASOS PENDIENTES
CORREO	7950	7555	395
LDX	2758	2691	67
SGV	3300	3076	224
TOTAL	14008	13322	686

- Casos de Reconstrucción en el año 2024

RECONSTRUCCIÓN	
Informes de pérdida	761
Memorando a Oficina Asesora Jurídica	693
Memorando a Grupo Control Interno Disciplinario	693
Resolución Apertura	1
Oficio al Ministerio Público	73
Resolución de Cierre	0


Agradecemos su valiosa atención y quedamos atentos a comentarios.
Cordialmente,

Fuente. Información reportada por el Auditado

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 108 de 165

El **Procedimiento para la reconstrucción de expedientes y/o documentos Versión:01** tiene las siguientes actividades:

1. **Reporte y búsqueda inicial en la dependencia**
 - El funcionario que detecta la pérdida, deterioro o destrucción reporta el hecho al jefe/director/coordinador y adjunta la solicitud del interesado.
 - La dependencia realiza una búsqueda minuciosa hasta por 3 días en todos los posibles lugares e instrumentos de consulta.
 - Si el documento aparece, el procedimiento se cierra.
2. **Escalamiento a Secretaría General y nueva búsqueda**
 - Si no se encuentra, la dependencia remite a Secretaría General el Formato de Informe de Reconstrucción.
 - Secretaría General informa al Grupo de Control Interno Disciplinario y al Grupo de Gestión Administrativa y Documental.
 - Gestión Administrativa y Documental realiza una segunda búsqueda exhaustiva; si aparece, se cierra el procedimiento.
3. **Confirmación de pérdida y denuncia penal**
 - Verificada la pérdida o deterioro total/parcial, Gestión Administrativa y Documental informa a la Oficina Asesora Jurídica.
 - La Oficina Asesora Jurídica, en máximo 5 días hábiles, presenta la denuncia penal correspondiente.
4. **Apertura formal del procedimiento de reconstrucción**
 - Con la denuncia, Gestión Administrativa y Documental proyecta el Acto Administrativo de Apertura.
 - El proyecto se remite a la dependencia productora del documento para que proponga e incluya las pruebas que considere pertinentes.
5. **Validación jurídica y etapa probatoria**
 - El proyecto de acto de apertura (con las pruebas anexas, si las hay) se envía a la Oficina Asesora Jurídica para aprobación.
 - Una vez aprobado y suscrito por Secretaría General, se notifica al interesado.
 - Se formulan requerimientos a terceros para obtener copias auténticas u otros soportes durante una etapa probatoria de hasta 30 días.
6. **Cierre del procedimiento**
 - Dentro de los 5 días siguientes al cierre de la etapa probatoria, Secretaría General expide el Acto Administrativo de Cierre.
 - En este acto se documenta toda la trazabilidad y se indica la dependencia responsable de efectuar la reconstrucción.
 - Se notifica al interesado, informando los recursos procedentes (reposición, apelación, queja).
7. **Reconstrucción del expediente y actuaciones posteriores**
 - La dependencia responsable reconstruye el expediente o documento de acuerdo con la decisión del acto de cierre.
 - Si el documento original aparece después, se adiciona al expediente reconstruido y se informa a Control Interno Disciplinario y a la Oficina Asesora Jurídica.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 109 de 165

El Equipo Auditor revisa los informes de actividades y supervisión a la ejecución contractual. En los informes se evidencia la aplicación del procedimiento de reconstrucción de expedientes que inicia con el reporte de la pérdida y búsqueda del expediente / documento y en caso de no encontrarse se inicia *Apertura formal del procedimiento de reconstrucción*, ejecutándose varios pasos que incluyen denuncia penal por pérdida, solicitudes para obtener el documento o evidencias que den certeza de su existencia, culminado con la reconstrucción del expediente.

En los informes de ejecución y supervisión contractual, se reportan varias actividades, las cuales no permiten evidenciar cuántos expedientes se reconstruyeron de acuerdo con el procedimiento. En el informe presentado en el mes de septiembre de 2024 se informa que *“Durante el mes de septiembre de 2024 se adelantó en la investigación de los casos pendientes por realizar proceso de reconstrucción correspondiente al marco normativo Ley 387 de 1997, llegando a 2431 casos investigados” ... de los 2837; también, se describe en este informe “2.1 INVESTIGACIÓN DE PENDIENTES EN RECONSTRUCCIÓN LEY 387 DE 1997... la elaboración de los actos administrativos se encuentra detenida toda vez que se están realizando cambios en el procedimiento; se priorizó a partir de marzo de 2024 analizar los casos pendientes toda vez que se presentan diferentes novedades que impedirían dar inicio al proceso de reconstrucción de dichos casos... De acuerdo con lo anterior, este fue el resultado de investigación 2431 casos:”*.


Solo se evidencia que se investigaron casos sin que se culmine el proceso de reconstrucción, de acuerdo con lo definido en el *“Procedimiento para la reconstrucción de expedientes y/o documentos Versión:01”*. A continuación, se relaciona la captura de pantalla de los informes de actividades y supervisión a la ejecución contractual, del ítem de reconstrucción de expedientes:

3. RECONSTRUCCIÓN EXPEDIENTES

Actividades Realizadas

Durante enero de 2024 se realizó como actividades del equipo la creación de 903 expedientes en Archidhu; almacenamiento de 4578 documentos en expedientes; elaboración de 31 resoluciones de cierre positivas; elaboración de 57 oficios a Ministerio Público y como tarea complementaria se apoyó al Equipo de Radicación con la asesoría y direccionamiento de 13 documentos.

Fuente: Captura de pantalla informe de actividades y supervisión a la ejecución contractual mes enero 2024
Contrato Interadministrativo No.1963-2023 página 24.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 110 de 165

No obstante lo anterior, por instrucción de la Unidad, desde el 3 de octubre de 2023 no se recibieron más actos administrativos de reconstrucción, a excepción de los casos prioritarios que para el mes de febrero de 2024 surgió la necesidad de elaborar una resolución de apertura de investigación, para remitir insumo a las áreas con el fin de brindar respuesta al requerimiento judicial.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

Durante febrero de 2024 se realizó como actividades del equipo la creación de 91 expedientes en Archidhu; almacenamiento de 273 documentos en expedientes; búsqueda de 134 casos masivos en las diferentes herramientas de búsqueda digital de la Unidad; búsqueda de censos en 388 cajas y 59196 carpetas, ubicadas en la bodega de la Entidad; análisis e insumo de respuesta para canal escrito LEX de 18 "casos reconstrucción" y 17 de "casos abogado"; proyecto de resolución que modifica el procedimiento de reconstrucción; elaboración de certificación que servirá como modelo para los casos correspondientes a la Ley 418 de 1997; elaboración de dos memorandos, una resolución de apertura, un oficio para comunicar a la víctima la resolución de apertura y un oficio a Ministerio Público correspondiente a un caso prioritario. Por último en apoyo al Equipo de Radicación, se realizó la asesoría y direccionamiento de 10 documentos jurídicos.

Fuente: Captura de pantalla informe de actividades y supervisión a la ejecución contractual mes febrero 2024
Contrato Interadministrativo No.1963-2023 página 27

Actividades Realizadas

Durante marzo de 2024 se realizó como actividad principal la investigación de 290 casos que se encuentran pendientes por realizar proceso de reconstrucción correspondiente al marco normativo Ley 387 de 1997. Así mismo se desarrollaron otras actividades análogas del proceso de reconstrucción como la creación de 19 expedientes en Archidhu; almacenamiento de 81 documentos en expedientes; el análisis e insumo de respuesta para canal escrito LEX de 4 casos; elaboración de dos memorandos con 718 informes de pérdida. Por último, en apoyo al Equipo de Radicación, se realizó la asesoría y direccionamiento de 8 documentos jurídicos, se realizó la segunda jornada de calibración y una capacitación en recursos de reposición.

Fuente: Captura de pantalla informe de actividades y supervisión a la ejecución contractual mes marzo 2024
Contrato Interadministrativo No.1963-2023 página 24

3.1. INVESTIGACIÓN DE PENDIENTES EN RECONSTRUCCIÓN LEY 387 DE 1997

Teniendo en cuenta que en el Equipo de Reconstrucción de Expedientes y/o Documentos, existen 2842 casos pendientes de iniciar proceso de reconstrucción, correspondientes al marco normativo Ley 387 de 1997 y que a su vez la elaboración de actos administrativos se encuentra detenida toda vez que se están realizando cambios en el procedimiento; se priorizó a partir de marzo de 2024 analizar los casos pendientes y definir los pasos a seguir, teniendo en cuenta que la mayoría de estos casos se encontraban pendientes toda vez que presentan diferentes novedades que impedian dar inicio al proceso de reconstrucción de dichos casos.


En consecuencia, se realizó la recolección de los datos correspondientes a cada caso en las diferentes herramientas tecnológicas de la Entidad, toda vez que únicamente se cuenta con el código del Formato Único de Declaración de cada caso. Posterior a la recolección de esta información se realiza la búsqueda de la declaración en los aplicativos VISOR, SIPOD y SIRAV.

De acuerdo con lo anterior, este fue el resultado de la investigación de 286 casos:

Fuente: Captura de pantalla informe de actividades y supervisión a la ejecución contractual mes marzo 2024
Contrato Interadministrativo No.1963-2023 página 25

Actividades Realizadas

Durante abril de 2024 se realizó como actividad principal la investigación de 459 casos que se encuentran pendientes por realizar proceso de reconstrucción correspondiente al marco normativo Ley 387 de 1997. Así mismo se desarrollaron otras actividades análogas del proceso de reconstrucción como la creación de 406 expedientes en Archidhu; almacenamiento de 1438 documentos en expedientes. Por último, en apoyo al Equipo de Radicación, se realizó la asesoría y direccionamiento de 13 documentos jurídicos y se realizó la tercera jornada de calibración.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 111 de 165

3.1. INVESTIGACIÓN DE PENDIENTES EN RECONSTRUCCION LEY 387 DE 1997

Teniendo en cuenta que en el Equipo de Reconstrucción de Expedientes y/o Documentos, existen 2842 casos pendientes de iniciar proceso de reconstrucción, correspondientes al marco normativo Ley 387 de 1997 y que a su vez la elaboración de actos administrativos se encuentra detenida toda vez que se están realizando cambios en el procedimiento; se priorizó a partir de marzo de 2024 analizar los casos pendientes y definir los pasos a seguir, teniendo en cuenta que la mayoría de estos casos se encontraban pendientes toda vez que presentan diferentes novedades que impedían dar inicio al proceso de reconstrucción de dichos casos.

En consecuencia, se realizó la recolección de los datos correspondientes a cada caso en las diferentes herramientas tecnológicas de la Entidad, toda vez que únicamente se cuenta con el código del Formato Unico de Declaración de cada caso. Posterior a la recolección de esta información se realiza la búsqueda de la declaración en los aplicativos VISOR, SIPOD y SIRAV.

De acuerdo con lo anterior, este fue el resultado de la investigación de 459 casos:

Fuente: Captura de pantalla informe de actividades y supervisión a la ejecución contractual mes abril 2024
Contrato Interadministrativo No.1963-2023 página 23 y 24

1. RECONSTRUCCIÓN EXPEDIENTES

Actividades Realizadas

Durante septiembre de 2024 se adelantó en la investigación de los casos que se encuentran pendientes por realizar proceso de reconstrucción correspondiente al marco normativo Ley 387 de 1997, llegando a 2431 casos investigados.

En apoyo al Equipo de Radicación, se realizó la asesoría y/o direccionamiento de 34 documentos jurídicos, el desarrollo de dos sesiones de calibración, se implementó un análisis integral del equipo de radicadores indicando los errores y el promedio de error general e individual, junto con propuestas de mejora entre las cuales estaban la realización de dos capacitaciones.


Teniendo en cuenta que los errores más frecuentes de direccionamiento en el proceso eran frente a recursos de reposición, derechos de petición y tutelas, se utilizó un espacio para realizar una capacitación sobre estos temas y se otorgaron tipos o consejos prácticos para la identificación y correcto direccionamiento de estos documentos. De igual manera, el mayor número de errores en general dentro del proceso corresponden a errores de digitación al relacionarse los datos del peticionario en el formulario de ArchiDHu, por esta razón se diseñó y desarrolló una capacitación de mecanografía para fortalecer debilidades al digitar en el equipo de radicadores. Ambas capacitaciones se realizaron de manera teórica y posteriormente dinámica, donde se interactuó con el todo el Equipo mediante ejercicios prácticos que fomentaran el desarrollo de sus destrezas y conocimientos frente a actividades relacionadas con el proceso.

Fuente: Captura de pantalla informe de actividades y supervisión a la ejecución contractual mes septiembre 2024
Contrato Interadministrativo No.1963-2023 página 21 y 22

En los informes de actividades y supervisión de la gestión contractual para los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2024, no se reporta ejecución en el ítem de reconstrucción de expedientes por parte del contratista.

DEBILIDAD No. 8

Durante la revisión de los informes de actividades y supervisión del Contrato Interadministrativo No. 1963-2023, suscrito con SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A.S – 472, el Equipo Auditor evidenció que, aunque en la vigencia 2024 la Unidad pagó por el proceso de reconstrucción de expedientes la suma de cuatrocientos treinta y dos millones trescientos ochenta y ocho mil setecientos setenta y un pesos (\$432.388.771), no se cuenta con información que permita

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 112 de 165

establecer con claridad cuántos expedientes fueron efectivamente reconstruidos ni el valor unitario por cada reconstrucción.


De la información remitida por el auditado se observa que, para 2024, el registro de actuaciones asociadas al procedimiento (*informes de pérdida, memorandos a Oficina Asesora Jurídica, Grupo de Control Interno Disciplinario, etc.*), incluyendo 761 informes de pérdida, 693 memorandos a la Oficina Asesora Jurídica y 693 memorandos al Grupo de Control Interno Disciplinario, una (1) resolución de apertura y cero (0) resoluciones de cierre, lo que indica que los procesos de reconstrucción no se están culminando.

En el informe de septiembre de 2024 se reporta la investigación de 2.431 casos de un total de 2.837 pendientes de reconstrucción en el marco de la Ley 387 de 1997. Sin embargo, se señala que “*la elaboración de los actos administrativos se encuentra detenida toda vez que se están realizando cambios en el procedimiento*”, por lo cual se priorizó únicamente el análisis de los casos, sin avanzar en la expedición de los actos administrativos de cierre ni en la reconstrucción final de los expedientes. Adicionalmente, en los informes de actividades y supervisión contractual de los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2024 no se evidencia ejecución en el ítem de reconstrucción de expedientes, ni se presenta un consolidado que identifique de manera verificable cuáles expedientes fueron reconstruidos de acuerdo con el “*procedimiento para la reconstrucción de expedientes y/o documentos Versión 01*”.

Esta actividad se encuentra incluida en el Contrato Interadministrativo No. 1963-2023, actividad “*10. Proceso de reconstrucción de expedientes*”, que exige implementar lineamientos archivísticos técnicos para la reconstrucción de expedientes y documentos extraviados, cumpliendo los tiempos y metas establecidos. El “*Procedimiento para la reconstrucción de expedientes y/o documentos Versión 01*”, que define etapas que deben culminar con la expedición del acto administrativo de cierre y la reconstrucción del expediente. Lo anterior teniendo en cuenta los principios de eficiencia, eficacia, economía y responsabilidad en la gestión contractual y la gestión documental de la entidad.

Presuntamente se evidencian deficiencias en el diseño y/o aplicación de mecanismos de control por parte de la supervisión contractual, que permitan exigir y verificar la terminación de los expedientes reconstruidos, así como la trazabilidad de los resultados (número de expedientes reconstruidos y su costo unitario). Así como los cambios en el procedimiento interno de reconstrucción que habrían afectado la continuidad de la ejecución, sin un plan de transición que garantizara la culminación de los casos ya iniciados y sin que dicha actualización se hubiese registrado en el sistema integrado de gestión.

Lo anterior evidencia un posible incumplimiento del objeto contractual en lo relacionado con la reconstrucción efectiva de expedientes, a pesar de los recursos pagados por la Entidad. Lo que

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 113 de 165

genera riesgo de que la Unidad no disponga con expedientes completos y debidamente reconstruidos, afectando la integridad, disponibilidad y trazabilidad de la información necesaria para la atención de las víctimas y para la defensa jurídica institucional. Asimismo, se observa una debilidad en la rendición de cuentas sobre el uso de los recursos públicos, al no poder demostrar de manera clara la relación costo–resultado (monto pagado vs. expedientes efectivamente reconstruidos).


Este escenario incrementa el riesgo de pérdida o indisponibilidad de información misional, vulneración de derechos de los ciudadanos, especialmente de las víctimas del conflicto, y de ineficiencia en el uso de los recursos públicos destinados a la actividad contratada de reconstrucción de expedientes. Lo anterior, contraviene lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2, literal e, en el cual se establece “Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información u de sus registros”.

Mediante correo electrónico el jueves 27 de noviembre de 2025, se le comunica al Doctor Javier Delgadillo Rodríguez - javier.delgadillo@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado la debilidad identificada relacionada con la reconstrucción de expedientes - Contrato Interadministrativo No. 1963-2023, en donde se le da un plazo de cinco (5) días hábiles según lo establecido en la actividad 10 del procedimiento “Auditorías Internas al control interno” contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones y evidencias pertinentes. Transcurrido el plazo otorgado, el Proceso Gestión Documental 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.

Siguiente actividad del contrato interadministrativo No. 1963-2023

“11. ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE INSTRUMENTOS ARCHIVÍSTICOS: *El contratista deberá suministrar a solicitud de la Unidad para las Víctimas personal profesional, técnico y asistencial para la elaboración y/o actualización de los instrumentos archivísticos establecidos por el Archivo General de la Nación y de acuerdo con las necesidades de la Entidad.”*

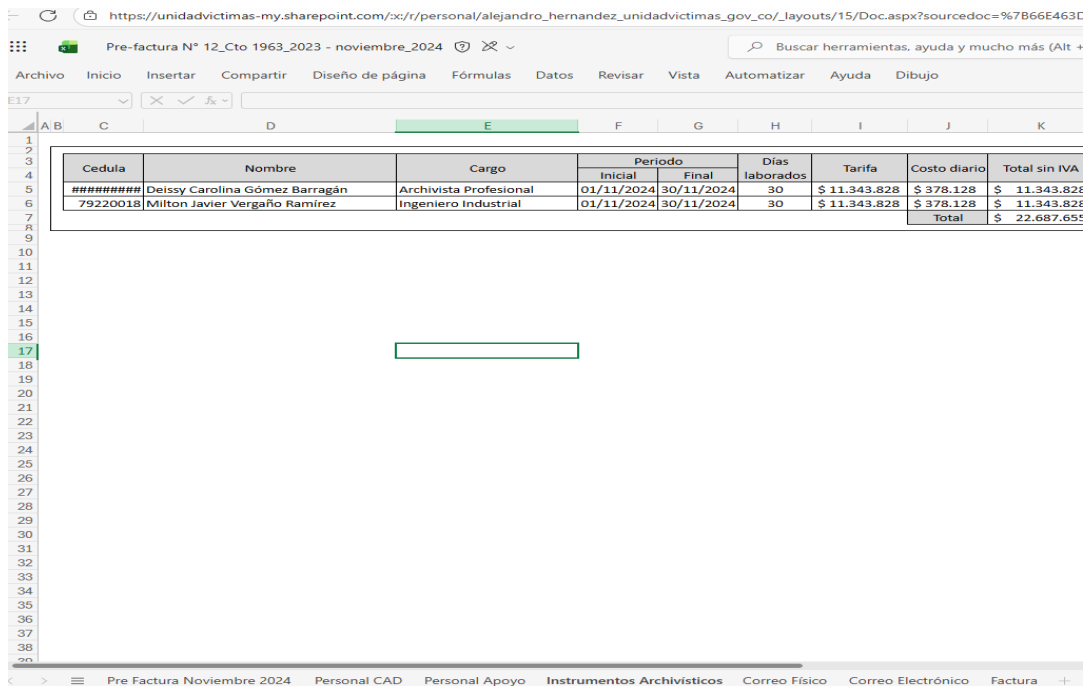
Para la vigencia 2024, Servicios Postales Nacionales S.A.S – 472, facturó por esta actividad lo siguiente:

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 114 de 165


MES	Actividad	Serie	Unidad	Cantidad	Valor Unitario	Total
ENERO	Equipo de instrumentos archivísticos	Profesional Archivista	Recurso Humano	1	\$ 44.979.235	\$ 44.979.235
FEBRERO	Equipo de instrumentos archivísticos	Profesional Archivista	Recurso Humano	1	\$ 54.338.652	\$ 54.338.652
MARZO	Equipo de instrumentos archivísticos	Profesional Archivista	Recurso Humano	1	\$ 32.402.517	\$ 32.402.517
ABRIL	Equipo de instrumentos archivísticos	Profesional Archivista	Recurso Humano	1	\$ 65.632.379	\$ 65.632.379
MAYO	Equipo de instrumentos archivísticos	Profesional Archivista	Recurso Humano	1	\$ 74.393.971	\$ 74.393.971
JUNIO	Equipo de instrumentos archivísticos	Profesional Archivista	Recurso Humano	1	\$ 42.805.937	\$ 42.805.937
JULIO	Equipo de instrumentos archivísticos	Profesional Archivista	Recurso Humano	1	\$ 42.805.937	\$ 42.805.937
AGOSTO	Equipo de instrumentos archivísticos	Profesional Archivista	Recurso Humano	1	\$ 31.462.109	\$ 31.462.109
SEPTIEMBRE	Equipo de instrumentos archivísticos	Profesional Archivista	Recurso Humano	1	\$ 41.114.009	\$ 41.114.009
OCTUBRE	Equipo de instrumentos archivísticos	Profesional Archivista	Recurso Humano	1	\$ 44.623.790	\$ 44.623.790
NOVIEMBRE	Equipo de instrumentos archivísticos	Profesional Archivista	Recurso Humano	1	\$ 49.011.017	\$ 49.011.017
DICIEMBRE	Equipo de instrumentos archivísticos	Profesional Archivista	Recurso Humano	1	\$ 22.687.655	\$ 22.687.655
	Procesos UARIV	Auxiliares	Recurso Humano	1	\$ 136.004.037	\$ 136.004.037
TOTAL						\$ 682.261.246

Fuente. Elaboración propia datos de facturación reportada por el Auditado.

La UARIV durante la vigencia 2024, pago por esta actividad la suma de seiscientos ochenta y dos millones doscientos sesenta y un mil doscientos cuarenta y seis pesos (\$682.261.246), no se evidencia la cantidad de profesionales y auxiliares, ni el valor unitario por cada uno, ni la relación de instrumentos archivísticos. Revisado las pre-facturas enviadas por el auditado, las cuales reposan en siguiente enlace [Pre facturas 2024](#), en la hoja denominada Instrumentos Archivísticos, al consolidar la información de los meses de enero a diciembre de la vigencia 2024, no coincide el valor facturado, además, no se reportó pre-factura del mes de diciembre de 2024.



Cedula	Nombre	Cargo	Periodo		Dias laborados	Tarifa	Costo diario	Total sin IVA
			Inicial	Final				
#####	Deissy Carolina Gómez Barragán	Archivista Profesional	01/11/2024	30/11/2024	30	\$ 11.343.828	\$ 378.128	\$ 11.343.828
79220018	Milton Javier Vergaño Ramírez	Ingeniero Industrial	01/11/2024	30/11/2024	30	\$ 11.343.828	\$ 378.128	\$ 11.343.828
							Total	\$ 22.687.655

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 115 de 165

Cedula	Nombre	Cargo	Fecha inicio	Fecha final	As laborad	Tarifa mensual	Valor día	Total sin IVA
1007185002	Deissy Carolina Gómez Barragán	Archivista Profesional	1/01/2024	30/12/2024	330	\$ 11.343.827,67	\$ 378.127,59	\$ 124.782.104,33
80121924	Jonathan Jimenez Alvarado	Archivista Profesional	17/04/2024	31/07/2024	104	\$ 11.343.827,67	\$ 378.127,59	\$ 39.325.269,24
79220018	Milton Javier Vergaño Ramírez	Ingeniero Industrial	19/04/2024	30/12/2024	192	\$ 11.343.827,67	\$ 378.127,59	\$ 72.600.497,06
TOTAL								\$ 236.707.870,63

NOTA: El Auditado no reportó información del mes de diciembre de 2024

Fuente. Elaboración propia datos de facturación reportada por el Auditado [Pre facturas 2024](#)


Cifras que no coinciden con lo pagado por este ítem y en los informes de actividades y supervisión de la ejecución contractual de la vigencia 2024, por la actividad del contrato interadministrativo No.1963-2023, “**11. ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE INSTRUMENTOS ARCHIVÍSTICOS:** *El contratista deberá suministrar a solicitud de la Unidad para las Víctimas personal profesional, técnico y asistencial para la elaboración y/o actualización de los instrumentos archivísticos establecidos por el Archivo General de la Nación y de acuerdo con las necesidades de la Entidad.*”, no se relacionan actividades ejecutadas.

DEBILIDAD No. 9.

Se evidenció que, en desarrollo de la actividad No. 11 “Elaboración y actualización de instrumentos archivísticos” del contrato interadministrativo No. 1963-2023, la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas realizó durante la vigencia 2024 pagos al contratista Servicios Postales Nacionales S.A.S – 472 por un valor total de seiscientos ochenta y dos millones doscientos sesenta y un mil doscientos cuarenta y seis pesos (\$682.261.246), sin que en la documentación de soporte se identifique de manera desagregada la cantidad de profesionales, técnicos y auxiliares vinculados a la ejecución, el valor unitario asociado a cada uno, ni la relación detallada de los instrumentos archivísticos elaborados o actualizados.

Al revisar las pre-facturas remitidas por el contratista, específicamente la hoja denominada “Instrumentos archivísticos” correspondiente a la vigencia 2024, se estableció que el consolidado de los valores reportados de enero a noviembre no coincide con el valor finalmente facturado por este concepto, además de que no se encontró pre-factura correspondiente al mes de diciembre de 2024. De igual forma, en los informes de actividades y de supervisión de la ejecución contractual de la vigencia 2024 no se relacionan ni describen las actividades efectivamente ejecutadas en el marco de la mencionada actividad contractual, lo que impide verificar con suficiencia la correspondencia entre los pagos realizados, la cantidad y el tipo de recurso humano suministrado y los instrumentos archivísticos efectivamente elaborados o actualizados.

Lo anterior evidencia debilidades en la trazabilidad, transparencia y soporte de la facturación asociada a la actividad No. 11 del contrato interadministrativo No. 1963-2023, situación que puede derivar en riesgos de pagos sin soporte suficiente, dificultades para verificar el cumplimiento real del objeto contratado y posibles afectaciones a los principios de economía, eficiencia y responsabilidad en la gestión de los recursos públicos.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 116 de 165

Mediante correo electrónico el jueves 27 de noviembre de 2025, se le comunica al Doctor Javier Delgadillo Rodríguez - javier.delgadillo@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado la debilidad identificada relacionada con la elaboración y actualización de los instrumentos archivísticos - Contrato Interadministrativo No. 1963-2023, en donde se le da un plazo de cinco (5) días hábiles según lo establecido en la actividad 10 del procedimiento “Auditorías Internas al control interno” contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones y evidencias pertinentes. Transcurrido el plazo otorgado, el Proceso Gestión Documental 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.

Siguiente actividad del contrato interadministrativo No. 1963-2023.


“12. ADQUISICIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS DE ARCHIVO – SGDEA: A continuación, se establecen los requerimientos técnicos exigidos por la Unidad para las Víctimas, para la adquisición del actual Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo – SGDEA, así como las actualizaciones a la última versión donde se incluye lo siguiente: licencia a perpetuidad para cuatro mil (4.000) usuarios o más, sin límite de capacidad de almacenamiento ni procesamiento y, transferencia de código fuente de acuerdo con las necesidades específicas de la Entidad, parámetros y normatividad establecidos por el Archivo General de la Nación y el Ministerio de Tecnologías de la Información”

Para la vigencia 2024, SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A.S – 472, facturó por esta actividad lo siguiente:

MES	Serie	Unidad	Cantidad	Valor Unitario	Total
dic-23	SGDEA	Mes	1	\$ 756.273.228	\$ 756.273.228
ENERO	SGDEA	Sistema	1	\$ 568.937.550	\$ 568.937.550
FEBRERO	SGDEA	Sistema	1	\$ 453.829.222	\$ 453.829.222
MARZO	SGDEA	Sistema	1	\$ 93.600.000	\$ 93.600.000
ABRIL				0	0
MAYO				0	0
JUNIO				0	0
JULIO				0	0
AGOSTO				0	0
SEPTIEMBRE				0	0
OCTUBRE	SGDEA	Sistema	1	\$ 624.000.000	\$ 624.000.000
NOVIEMBRE	SGDEA	Sistema	1	\$ 623.360.000	\$ 623.360.000
DICIEMBRE				0	0
TOTAL					\$ 3.120.000.000

Fuente. Elaboración propia datos de facturación reportada por el Auditado

A 31 de diciembre de 2024 la UARIV ha pagado por la adquisición del sistema de gestión de documentos electrónicos de archivo – SGDEA, la suma de (\$3.120.000.000). La gestión de esta

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 117 de 165

actividad queda plasmada en el numeral 5.6 de este informe. No se evidencia el valor de adquisición del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo – SGDEA en el contrato, en los estudios previos ni en el anexo técnico. El cuadro económico de la propuesta comercial presentada por Servicios Aeropostales S.A.S – 472, que incluye servicios de consultas, procesos técnicos archivísticos (organización, digitalización, inserciones, radicación y correspondencia), equipos de trabajo para la elaboración de instrumentos archivísticos, búsqueda masiva, reconstrucción de expedientes y el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo para la Unidad de las Víctimas, presenta inconsistencias, particularmente en el Ítem 11, cuya descripción no es clara.

8. CUADRO ECONÓMICO

Ítem	Actividades	Cant. Mensual	2023 vigencia 1			2024 vigencia 2			2025 vigencia 3			
			Cantidad	Valor Unitario sin IVA 2023	Valor Unitario con IVA 2023	Valor total con IVA Vigencia 2023	Cantidad	Valor Unitario con IVA 2024	Valor total con IVA	Cantidad	Valor Unitario con IVA 2025	Valor total con IVA
1	Consultas Urgente	112	-	\$ 5.735	\$ 6.825	\$ 0	1.344	\$ 7.173	\$ 9.640.623	784	\$ 7.539	\$ 5.910.505
2	Consultas Normal	75	-	\$ 3.687	\$ 4.387	\$ 0	900	\$ 4.611	\$ 4.149.714	525	\$ 4.846	\$ 2.544.121
3	Organización FUD nuevos ingresos	1.847	-	\$ 7.156	\$ 8.516	\$ 0	22.165	\$ 8.950	\$ 198.383.699	12.929	\$ 9.407	\$ 121.620.243
4	Digitalización e Indexación	428.479	-	\$ 296	\$ 353	\$ 0	5.141.953	\$ 371	\$ 1.905.180.550	3.005.040	\$ 389	\$ 1.170.202.563
5	Organización OTRAS SERIES nuevos ingresos	175	-	\$ 1.450.778	\$ 1.726.425	\$ 0	1.784	\$ 1.814.473	\$ 3.237.019.674	974	\$ 1.907.011	\$ 1.857.428.743
6	Inserciones	958	-	\$ 10.105	\$ 12.025	\$ 0	11.500	\$ 12.638	\$ 145.339.558	6.706	\$ 13.283	\$ 89.074.268
7	Radicación	45.000	5.000	\$ 3.915	\$ 4.659	\$ 23.294.845	540.000	\$ 4.897	\$ 2.644.151.286	315.000	\$ 5.146	\$ 1.621.085.072
8	Cotreo	1	0,05	\$ 298.167.391	\$ 298.167.391	\$ 14.808.258	12	\$ 313.373.928	\$ 3.760.487.133	7	\$ 329.395.998	\$ 2.305.491.986
9	Búsqueda masiva	1	0,10	\$ 46.369.086	\$ 55.179.212	\$ 5.517.921	12	\$ 57.993.352	\$ 695.920.222	7	\$ 60.951.013	\$ 426.657.089
10	Reconstrucción de expedientes	1	0,10	\$ 44.340.290	\$ 52.764.945	\$ 5.276.494	12	\$ 55.455.957	\$ 665.471.486	7	\$ 58.284.211	\$ 407.989.477
11	SGDEA	1	0,24	\$ 3.120.000.000	\$ 3.712.800.000	\$ 899.965.141	0,51	\$ 3.778.250.000	\$ 1.915.900.000	0	\$ 3.421.250.000	\$ 896.934.859
12	Instrumentos archivísticos	1	0,05	\$ 57.422.788	\$ 68.333.118	\$ 3.100.342	12	\$ 71.818.107	\$ 861.817.284	7	\$ 75.480.830	\$ 528.365.813
			Total 2023		\$ 951.963.002		Total 2024		\$ 16.043.461.208		Total 2025	\$ 9.433.304.740

Fuente: Propuesta económica presenta por SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A.S – 472, Contrato 1963-2023


vigencia	Valor total con IVA
2023	899.965.141,00
2024	\$ 1.915.900.000,00
2025	\$ 896.334.859,00
Total	\$ 3.712.200.000,00

Fuente: Elaboración propia - Propuesta económica presenta por SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A.S – 472, Contrato 1963-2023

La propuesta indica que el valor total con IVA del SGDEA es de (\$3.712.200.000), al 31 de diciembre de 2024 la UARIV ha cancelado la suma de (\$3.120.000.000), valor sin IVA registrado para la vigencia 2023 en ítem 11 de la propuesta económica que hace parte del contrato interadministrativo No. 1963-2023.

OBSERVACIÓN No. 4

Se evidenció que, respecto de la actividad 12 “Adquisición del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo – SGDEA” del contrato interadministrativo No. 1963-2023, a 31 de diciembre de 2024 la UARIV ha pagado la suma de \$3.120.000.000 por dicho sistema; sin embargo, este valor no se encuentra definido de manera explícita y desagregada en el contrato, en los estudios previos

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 118 de 165

ni en el anexo técnico, y el cuadro económico de la propuesta comercial presentada por SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A.S – 472 integra en un mismo ítem diferentes servicios archivísticos junto con el SGDEA, presentando inconsistencias y una descripción poco clara del ítem 11, lo que dificulta identificar con precisión el valor de adquisición del sistema, limita la trazabilidad del gasto y genera riesgos en la transparencia y razonabilidad de la negociación. En consecuencia, se recomienda que, para las próximas negociaciones, la Unidad defina con claridad, de forma individualizada y verificable, el valor del producto o servicio a adquirir, desde la etapa de estudios previos, en la oferta económica y en los demás documentos contractuales.

Siguiente actividad del contrato interadministrativo No. 1963-2023

“13. CONTROL DE CALIDAD: La Unidad realizará control de calidad diario sobre los metros lineales organizados a la muestra establecida por la Supervisión del Contrato que deberá abarcar de manera homogénea el lote entregado como producto terminado del total y que corresponderá a lo estimado en el contrato y plan de trabajo indicado al contratista para organizar.


El proceso de control de calidad comprende la revisión y validación de cada uno de los procesos y servicios a prestar mencionados en el presente anexo técnico, con el fin de identificar errores o novedades para garantizar la efectividad del proceso ejecutado y de los entregables para la facturación, acorde a los procedimientos, guías, instructivos, fichas técnicas y cumplimiento normativo que la Unidad establece para cada una.

De la muestra tomada del lote ya organizado, se permitirá un margen de error de acuerdo con la fórmula establecida, subsanando eso sí por el contratista las inconsistencias encontradas. Si los productos no conformes, llegasen a superar la fórmula establecida se devolverá todo el lote al contratista y éste deberá reprocesarlo todo nuevamente.”

Se verificó la existencia de evidencias del control de calidad en el repositorio [CALIDAD 2024](#), que documenta las revisiones mensuales realizadas durante la vigencia, lo que permite constatar la aplicación de los lineamientos establecidos para la validación de los metros lineales entregados por el contratista.

5.7.3 Gestión Tabla de Retención Documental TDR

La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas radicó la versión definitiva de sus Tablas de Retención Documental con los soportes de elaboración y aprobación mediante el número de radicado 1-2021-910 del 3 de febrero de 2021. Por lo tanto, el Archivo General de la Nación, a través de Jorge Palacios Preciado procede a expedir el presente certificado de convalidación de las Tablas de Retención Documental de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, con fecha 04 de marzo de 2021, la UARIV tiene publicas 42 tablas en el sitio web.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 119 de 165

Para realizar la actualización de las tablas se tiene el procedimiento de elaboración y/o actualización de tabla de retención documental, el proceso reporta libro [CONTROL DE CAMBIOS TRD.xlsx](#), donde se relaciona la actualización de las TDR de las siguiente oficinas productoras:

- GRUPO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
- SUBDIRECCIÓN DE ASISTENCIA Y ATENCIÓN HUMANITARIA
- GRUPO DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO
- GRUPO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL Y ALIANZAS ESTRATÉGICAS
- GRUPO DE RETORNOS Y REUBICACIONES
- DIRECCIÓN DE GESTIÓN SOCIAL Y HUMANITARIA


La Unidad no ha formalizado la actualización de las tablas documentales.

Frente a la implementación de las TDR por las oficinas productoras, en el recorrido de auditoría realizado el 20 de octubre de 2025, el proceso reporto como evidencia el archivo [Indicador inventarios SGRD.xlsx](#), correspondiente a la vigencia 2024. El Equipo Auditor analiza la información reportada y determina que actualmente se está midiendo la actividad “Implementar con el acompañamiento del GGAD, las TRD para la organización y conformación de expedientes físicos y/o electrónicos de cada dependencia”. El reporte es aprobado o rechazado, se tiene en cuentas los reportes del cuarto trimestre. Para el caso de las 20 Direcciones Territoriales se evidencia lo siguiente:

Proceso o territorial	Primer reporte	Segundo reporte	Estado final
DT Antioquia	Rechazado	Aprobado	Aprobado
DT Atlántico	Rechazado	Aprobado	Aprobado
DT Bolívar y San Andrés	Aprobado		Aprobado
DT Caquetá Huila	Aprobado		Aprobado
DT Cauca	Rechazado	Aprobado	Aprobado
DT Central	Rechazado		Rechazado
DT Cesar Guajira	Aprobado		Aprobado
DT Chocó	Aprobado		Aprobado
DT Córdoba	Rechazado		Rechazado
DT Eje Cafetero	Aprobado		Aprobado
DT Magdalena	Rechazado		Rechazado
DT Magdalena Medio	Aprobado		Aprobado
DT Meta y Llanos	Aprobado		Aprobado
DT Nariño	Aprobado		Aprobado
DT Norte de Santander Arauca	Aprobado		Aprobado
DT Putumayo	Aprobado		Aprobado
DT Santander	Rechazado		Rechazado
DT Sucre	Sin reporte		No reportó
DT Urabá	Rechazado	Aprobado	Aprobado
DT Valle del Cauca	Sin reporte		No reportó

Fuente: Construcción propia con la información reportada por el auditado indicador de inventarios

Según la información anterior, a las Direcciones Territoriales Central, Córdoba, Magdalena y Santander, se les rechazo el reporte. Mientras que las Direcciones Territoriales de Sucre y Valle del Cauca no reportaron información.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 120 de 165

Para los 18 Procesos se evidencia lo siguiente:

Proceso o territorial	Primer reporte	Segundo reporte	Estado final
Comunicación Estratégica	Aprobado		Aprobado
Control Interno Disciplinario	Rechazado		Rechazado
Direccionamiento Estratégico	Aprobado		Aprobado
Evaluación Independiente	Aprobado		Aprobado
Gestión Administrativa	Rechazado		Rechazado
Gestión Contractual	Rechazado	Aprobado	Aprobado
Gestión de la Información	Rechazado	Aprobado	Aprobado
Gestión de Registro y Valoración	Aprobado		Aprobado
Gestión de Talento Humano	Rechazado	Aprobado	Aprobado
Gestión Documental	Rechazado		Rechazado
Gestión Financiera	Aprobado		Aprobado
Gestión Interinstitucional	Rechazado		Rechazado
Gestión Jurídica	Aprobado		Aprobado
Gestión para la Asistencia	Rechazado	Aprobado	Aprobado
Participación y Visibilización	Rechazado	Aprobado	Aprobado
Prevención Urgente y Atención en la Infancia	Rechazado	Aprobado	Aprobado
Reparación Integral	Rechazado		Rechazado
Servicio al Ciudadano	Rechazado	Aprobado	Aprobado

Fuente: Construcción propia con la información reportada por el auditado indicador de inventarios.

Aprobados 13 Procesos, los cuales cumplieron la actividad “Implementar con el acompañamiento del GGAD, las TRD para la organización y conformación de expedientes físicos y/o electrónicos de cada dependencia”. Para los procesos Control Interno Disciplinario, Gestión Administrativa, Gestión Documental Gestión Interinstitucional y Reparación Integral el reporte fue rechazado.

En panorama global del reporte de las 38 oficinas productoras se tiene:


- Aprobados: 27 → 71,1 %
- Rechazados: 9 → 23,7 %
- Sin reporte: 2 → 5,3 %

Direcciones Territoriales (20 en total)

- Aprobadas: 14 → 70,0 %
- Rechazadas: 4 → 20,0 %
- Sin reporte: 2 → 10,0 %

Procesos / Direcciones (18 en total)

- Aprobados: 13 → 72,2 %
- Rechazados: 5 → 27,8 %
- Sin reporte: 0

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 121 de 165


DEBILIDAD No. 10.

Se evidencia que, si bien la Unidad cuenta con Tablas de Retención Documental convalidadas por el Archivo General de la Nación (*radicado 1-2021-910 del 3 de febrero de 2021 y certificado de convalidación del 4 de marzo de 2021, con 42 tablas publicadas en la página web institucional*), así como con el procedimiento para la elaboración y/o actualización de las TDR y el libro “CONTROL DE CAMBIOS TRD.xlsx” donde se registran actualizaciones de algunas oficinas productoras (Grupo de Gestión del Talento Humano, Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria, Grupo de Control Interno Disciplinario, Grupo de Cooperación Internacional y Alianzas Estratégicas, Grupo de Retornos y Reubicaciones y Dirección de Gestión Social y Humanitaria), no se evidencia la culminación de dichas actualizaciones, ni el seguimiento efectivo a los resultados del indicador de implementación de las TDR.

En la revisión del archivo “Indicador inventarios SGRD.xlsx” correspondiente a la vigencia 2024, que mide la actividad “Implementar con el acompañamiento del GGAD, las TRD para la organización y conformación de expedientes físicos y/o electrónicos de cada dependencia”, se observa que, de 38 oficinas productoras evaluadas, solo 27, es decir el (71,1%) fueron aprobadas, mientras que 9 correspondiente a (23,7%) fueron rechazadas y 2 equivalente al (5,3%) no reportaron información. Específicamente, en las 20 Direcciones Territoriales se presentan 4 rechazos (Central, Córdoba, Magdalena y Santander) y 2 sin reporte (Sucre y Valle del Cauca); y en los 18 procesos/direcciones, aunque 13 (72,2%) resultan aprobados, los procesos de Control Interno Disciplinario, Gestión Administrativa, Gestión Documental, Gestión Interinstitucional y Reparación Integral presentan reportes rechazados.

Asimismo, no se evidencia que el proceso de Gestión Documental haya realizado y documentado seguimientos, planes de acción o medidas de mejora frente a las oficinas con reportes rechazados o sin reporte, ni que haya cerrado formalmente las actualizaciones de TDR registradas en el libro de control de cambios, lo que constituye una debilidad en el seguimiento y control a la implementación y actualización de las Tablas de Retención Documental, y puede afectar la estandarización de la gestión documental, el cumplimiento de los lineamientos del Archivo General de la Nación y la trazabilidad en la organización y conservación de los expedientes físicos y electrónicos de la Entidad.

Lo anterior no cumple con lo establecido en la Ley 87 de 1993, artículo 2, literal b) “Garantizar la eficacia, la eficiencia y la economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional”; el literal d) “Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional”, el literal c) “Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad;” y el

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 122 de 165

literal d) “Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional;” y el ACUERDO No. 001 del 2024 (29 de febrero) “Por el cual se establece el Acuerdo Único de la Función Archivística, se definen los criterios técnicos y jurídicos para su implementación en el Estado Colombiano y se fijan otras disposiciones. Se define en su Artículo 5.1.1.7. Aprobación. Las Tablas de Retención Documental – TRD o Tablas de Valoración Documental – TVD deben ser aprobadas por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño o quien haga sus veces, lo cual deberá quedar consignado en el acta del respectivo comité. Y el Artículo 5.1.2.1. Presentación de las Tablas de Retención Documental – TRD o Tablas de Valoración Documental – TVD para evaluación técnica y convalidación. La persona responsable de la secretaría general de la entidad, o quien haga sus veces, presentará a la instancia competente las Tablas de Retención Documental – TRD o Tablas de Valoración Documental – TVD, para su evaluación técnica y convalidación, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su aprobación por parte del Comité Institucional de Desempeño o quien haga sus veces.


Mediante correo electrónico el jueves 27 de noviembre de 2025, se le comunica al Doctor Javier Delgadillo Rodríguez - javier.delgadillo@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado la debilidad identificada relacionada con la implementación de las tablas de retención documental, en donde se le da un plazo de cinco (5) días hábiles según lo establecido en la actividad 10 del procedimiento “Auditorías Internas al control interno” contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones y evidencias pertinentes. Transcurrido el plazo otorgado, el Proceso Gestión Documental 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.

5.7.4 Gestión de Transferencias e Inventarios Documentales

Una vez los documentos han cumplido su retención en fase de gestión, se deben evaluar a nivel de series y subseries, los expedientes físicos y digitales objeto de transferencia, los cuales deben estar previamente ordenados, respetando la secuencia de producción del trámite, sin duplicidad y sin documentos de apoyo (tarjetas sociales, circulares y/o memorandos informativos que no impliquen valores primarios y/o secundarios). Es importante precisar que, el tiempo de retención empieza a contar a partir de la fecha de culminación del trámite, es decir, la fecha de la última actuación.

Dicha transferencia documental debe estar soportada en un inventario en el cual se registra el expediente, las series, subseries, fechas extremas, folios y demás datos conforme se exige en el Formato Único de Inventario Documental – FUID.

Se evidencia que no todas las dependencias han realizado la transferencia documental al archivo central. Si bien se han efectuado transferencias de historias laborales, en el caso del archivo de contratos este se encuentra en proceso de organización y aún no se ha formalizado su transferencia.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 123 de 165

Durante el recorrido de auditoría, el equipo del proceso de Gestión Documental manifiesta que no están conformados los expedientes documentales en las dependencias lo que impide realizar la transferencia documental al archivo central. Como parte de la estrategia de acompañamiento realizada en la vigencia, se formulan las fichas técnicas de intervención en las que cada profesional archivista en coordinación con la dependencia asignada define las acciones archivísticas a ejecutar y establece los criterios para organizar cada una de las series y subseries documentales que aparecen en la tabla de retención documental.

La transferencia de los expedientes identificados debe hacerse y gestionarse por cada oficina productora y entregarse al Grupo de Gestión Administrativa y Documental para transferir al archivo central a través del “*Formato Único de Inventario Documental*” debidamente diligenciado y firmado por los responsables de la dependencia que transfiere, impreso a doble cara y enviado en medio digital o electrónico por correo institucional.


Para la vigencia 2024 se evidencia 3 actas de transferencia documental de las siguientes dependencias:

ACTA	FECHA DE ACTA	SERIES /SUBSERIES DOCUMENTALES	TOTAL UNIDADES DE ALMACENAMIENTO (CAJAS)	TOTAL UNIDADES DE CONSERVACIÓN (CARPETAS)	TOTAL EXPEDIENTES
1	12/12/2024	PROCESOS DISCIPLINARIOS ORDINARIOS	12	136	122
2	26/12/2024	HISTORIAS LABORALES	8	62	46
3	27/12//2024	ACTOS ADMINISTRATIVOS/ RESOLUCIONES ADMINISTRATIVAS/ CIRCULARES	10	70	70

Fuente. Actas de transferencia documental remitidas por el proceso de Gestión Documental

DEBILIDAD No. 11

El Grupo de Gestión Administrativa y Documental para la vigencia 2024, no definió el calendario de transferencias documentales para ejercer el control y seguimiento de estas, incumplimiento lo establecido en los criterios de operación del *Procedimiento para las Tránsferencias Documentales V3* vigente para el 2024. El proceso no está realizando el control y seguimiento para que las dependencias realicen las transferencias documentales de acuerdo con los tiempos de retención definidos en las Tablas de Retención Documental. Esta situación se evidenció en la reunión de recorrido de auditoría realizada el 20 de octubre de 2025 de 2:30 a 4:30 pm. En la matriz de seguimiento de programa de gestión documental para la vigencia 2024 solicitada en el recorrido de auditoría, se reporta que la actividad la actividad 14 como cerrada. Sin embargo, se pudo evidenciar que dicho cronograma no se elaboró para la vigencia referenciada.


 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8	
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08	
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022	
			Página 124 de 165	

No	ACTIVIDAD	ENTREGABLE	FECHA INICIAL	FECHA FINAL	ESTADO	SEGUIMIENTO
14	Elaborar, implementar y controlar el cronograma de las transferencias documentales primarias.	Cronograma de transferencias documentales - actas de transferencias documentales - Inventarios documentales	1/02/2024	31/12/2024	CERRADA	Se elaboró el cronograma.

Fuente. Matriz de seguimiento PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL – PGD Vigencia 2024 remitida por el proceso de Gestión Documental

Lo anterior no cumple con lo establecido en la Ley 87 de 1993, artículo 2, literal b) “Garantizar la eficacia, la eficiencia y la economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional”; el literal d) “Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional” y el literal h) “Velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características” y el ACUERDO No. 001 del 2024 (29 de febrero) “Por el cual se establece el Acuerdo Único de la Función Archivística, se definen los criterios técnicos y jurídicos para su implementación en el Estado Colombiano y se fijan otras disposiciones. Se define en su Artículo 4.4.3. Plan de transferencias documentales primarias. Los sujetos obligados deben elaborar anualmente un Plan de Transferencias Documentales para la entrega de las series y subseries documentales desde el archivo de gestión al archivo central, independiente de su soporte físico o formato electrónico, de conformidad con los tiempos de retención establecidos en las Tablas de Retención Documental —TRD.

Mediante correo electrónico el viernes 21 de noviembre de 2025, se le comunica al Doctor Javier Delgadillo Rodríguez - javier.delgadillo@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado la debilidad identificada con relación a transferencias documentales, en donde se le da un plazo de cinco (5) días hábiles según lo establecido en la actividad 10 del procedimiento “Auditorías Internas al control interno” contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones y evidencias pertinentes. Mediante correo electrónico el lunes 24 de noviembre de 2025, el auditado comunica: “En atención a la comunicación remitida por la Oficina de Control Interno respecto al primer grupo de debilidades identificadas en el marco de la auditoría interna al proceso de Gestión Documental, me permito informar que, una vez revisado el informe, no se tienen observaciones frente a lo presentado”. Por lo anterior la debilidad se mantiene.

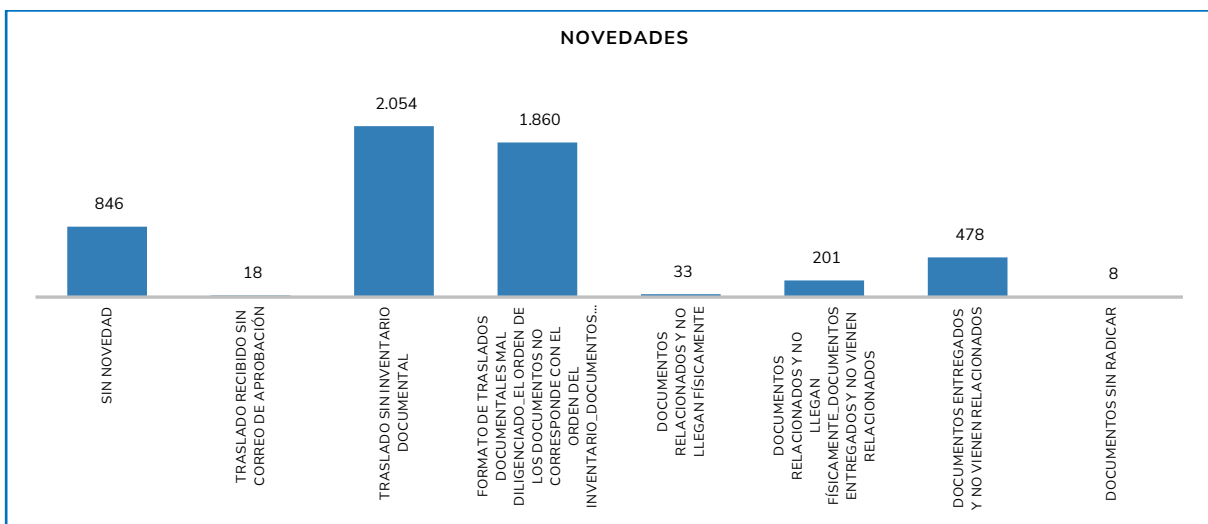
 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 125 de 165

TRASLADOS DOCUMENTALES


La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, reconoce la importancia de la información recibida y producida en el ejercicio de sus funciones, razón por la cual, desde el Grupo de Gestión Administrativa y Documental se busca de garantizar la seguridad, integridad y confiabilidad de la información estableciendo el lineamiento de traslados documentales permitiendo garantizar la protección de los archivos desde los Puntos de Atención a Víctimas - PAV, Direcciones Territoriales – DT, Centros Regionales de Atención a Víctimas - CRAV y Operadores Misionales a la Sede Central de Archivo de la Unidad para las Víctimas.

La UARIV tiene un lineamiento para los traslados documentales, y su objetivo es *establecer los lineamientos correspondientes a traslados documentales, bajo la estructura de las Tablas de Retención Documental en aras de garantizar la protección de los archivos de derechos humanos, memoria histórica y conflicto armado e integridad de los expedientes mediante la centralización de la información producida y recibida por las DT, PAV, CRAV y Operadores Misionales.*

En el recorrido de auditoría realizado 20 de octubre de 2025, desde el proceso auditado se evidencia un tablero de control para traslados documentales



No se evidencia que acciones se tomaron desde el proceso de gestión documental frente a las novedades antes descritas.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 126 de 165

OBSERVACIÓN No. 5

Durante el recorrido de auditoría realizado el 20 de octubre de 2025 se evidenció que, aunque el proceso cuenta con un tablero de control para realizar el seguimiento a los traslados documentales, las novedades allí registradas no están siendo gestionadas de manera oportuna ni efectiva. Las inconsistencias y alertas consignadas permanecen abiertas sin evidencia de análisis, definición de responsables, plazos de atención ni acciones de mejora. Esta situación se aparta del lineamiento de traslados documentales definido por la Unidad para las Víctimas y por el Grupo de Gestión Administrativa y Documental, cuyo propósito es garantizar la seguridad, integridad, confiabilidad y centralización de la información producida y recibida por las DT, PAV, CRAV y Operadores Misionales. Esta falta de gestión oportuna de las novedades puede afectar la protección de los archivos de derechos humanos, memoria histórica y conflicto armado, así como la integridad de los expedientes trasladados a la Sede Central de Archivo.


5.7.5 Gestión Bodegas de Archivo

5.7.5.1 Préstamo y devolución de documentos

Se verifica el procedimiento para la consulta y préstamo de documentos físicos y electrónicos de la Unidad para las Víctimas, que requieran los funcionarios, contratistas y colaboradores de las diferentes dependencias. En visita de auditoría realizada el 20 de octubre de 2025, se evidencia que los funcionarios responsables de estas actividades conocen y aplican el procedimiento, para el control y seguimiento de los préstamos. El procedimiento tiene el formato de consulta, préstamo y devolución de documentos - archivo de gestión y archivo central, este formato en Excel es diligenciado en forma digital.

Se evidencia en la hoja "*bitácora de historias laborales*" que se gestionaron 332 solicitudes de préstamo en la vigencia 2024, de las cuales 36 no han sido devueltas, de estas, 6 tiene la observación SIN INTERVENIR - está en alistamiento para transferencia primaria, 30 tienen la observación SIN INTERVENIR - En archivo de talento humano, por posesión de concurso 2024.

En la bitácora de contratos se evidencia que el expediente CONTRATO_1269_2021_CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR, desde el 26/12/2022 se prestó el DISCO DURO, el cual no ha sido devuelto, y tiene la observación "*SIN UBICACIÓN TOPOGRÁFICA EN CUSTODIA DE LA FUNCIONARIA VIVIANA MARTÍNEZ*". Hasta el 31/12/2024 se relacionan 2217 expedientes prestados en físicos, de estos 1090 expedientes en el espacio fecha de devolución tiene "No aplica", lo que no permite evidenciar si estos expedientes ya

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN			Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE			Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO			Fecha: 25/10/2022
				Página 127 de 165

fueron devueltos. Se evidencia préstamos desde la vigencia 2019 al 2024. [Formato de préstamos físicos.xlsx](#)

En la bitácora FUD, se identifican seis (6) expedientes sin registro de devolución, lo que no permite evidenciar si estos expedientes fueron efectivamente retornados. A continuación, se relaciona captura de pantalla del *Formato de Préstamos*, aportado por el auditado.

Nombre del Funcionario Solicitante	Fecha Solicitud	No. Folios		Tomos	ENTREGA DEL DOCUMENTO O EXPEDIENTE			DEVOLUCION DEL DOCUMENTO O EXPEDIENTE		
		Desde	Hasta		Servicio Prestado	funcionario que entrega el préstamo	Fecha entrega del SERVICIO	Firma Funcionario solicitante	DEVOLUCION DEL DOCUMENTO O EXPEDIENTE	Fecha Devolución
ANGELA CONSUELO CHAVES RODRIGUEZ	20/04/2024	1	13	0	FISICO	ANDREA GIRALDO	1/06/2023	ANGELA CONSUELO CHAVES RODRIGUEZ	NO APLICA	SIN DEVOLUCIÓN
ANGELA CONSUELO CHAVES RODRIGUEZ	19/03/2024	1	10	0	FISICO	ANDREA GIRALDO	27/03/2024	ANGELA CONSUELO CHAVES RODRIGUEZ	NO APLICA	SIN DEVOLUCIÓN
ANGELA CONSUELO CHAVES RODRIGUEZ	24/07/2024	1	11	0	FISICO	ANGELA CONSUELO CHAVES RODRIGUEZ	26/07/2024	ANGELA CONSUELO CHAVES RODRIGUEZ	NO APLICA	SIN DEVOLUCIÓN
ANGELA CONSUELO CHAVES RODRIGUEZ	20/08/2024	1	417	2	FISICO	ANDREA GIRALDO	23/08/2024	ANGELA CONSUELO CHAVES RODRIGUEZ	NO APLICA	SIN DEVOLUCIÓN
ANGELA CONSUELO CHAVES RODRIGUEZ	20/08/2024	1	194	0	FISICO	ANDREA GIRALDO	23/08/2024	ANGELA CONSUELO CHAVES RODRIGUEZ	NO APLICA	SIN DEVOLUCIÓN
ANGELA CONSUELO CHAVES RODRIGUEZ	20/08/2024	1	211	0	FISICO	ANDREA GIRALDO	23/08/2024	ANGELA CONSUELO CHAVES RODRIGUEZ	NO APLICA	SIN DEVOLUCIÓN
ANGELA CONSUELO CHAVES RODRIGUEZ	21/11/2024	1	10	0	FISICO	ANDREA GIRALDO	21/11/2024	ANGELA CONSUELO CHAVES RODRIGUEZ	NO APLICA	SIN DEVOLUCIÓN


Fuente. Captura de pantalla formato de préstamos cargada en el SharePoint por el auditado [Formato de préstamos físicos.xlsx](#)

En el procedimiento se establece la actividad 6 “Solicitar devolución”. El auditado carga en el SharePoint el archivo [RE_Solicitud RENOVACION préstamo expediente 1145 de 2021 COMIAGRO S.A..eml](#), mediante el cual se solicita la devolución del expediente (CONTRATO_1145_2021_CONTRATO DE COMISION BOLSA MERCANTIL DE COLOMBIA SA). Al verificar el formato de préstamos, se evidencia que el expediente fue devuelto el 25/05/2024.

DEBILIDAD No. 12

Se evidencia que, si bien el Proceso de Gestión Documental cuenta con el procedimiento de consulta, préstamo y devolución de documentos físicos y electrónicos y utiliza el formato de consulta, préstamo y devolución de documentos – archivo de gestión y archivo central en Excel para el seguimiento, persisten debilidades en el control y seguimiento a la devolución de los expedientes documentales.

En la hoja “bitácora de historias laborales” se registran 332 solicitudes de préstamo en la vigencia 2024, de las cuales 36 no han sido devueltas (6 se relacionan con la observación “SIN INTERVENIR – está en alistamiento para transferencia primaria” y 30 con la observación “SIN INTERVENIR – En archivo de talento humano, por posesión de concurso 2024”). En la hoja “bitácora de contratos” se identifica el expediente “CONTRATO_1269_2021_CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS – CAJA DE

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 128 de 165

COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR”, cuyo DISCO DURO se prestó el 26/12/2022, sin registrarse la devolución y con la observación “SIN UBICACIÓN TOPOGRÁFICA EN CUSTODIA DE LA FUNCIONARIA VIVIANA MARTÍNEZ”. Adicionalmente, en el formato de *préstamos físicos.xlsx* se relacionan 2.217 expedientes prestados en físico entre las vigencias 2019 a 2024, de los cuales 1.090 registran en la columna fecha de devolución la leyenda “No aplica”, lo que impide establecer si estos expedientes fueron efectivamente retornados; de igual forma, en la *bitácora FUD* se evidencian 6 expedientes sin registro de devolución.

Aunque en el procedimiento se contempla la actividad de solicitar la devolución ejemplo: (archivo “RE_ Solicitud RENOVACION préstamo expediente 1145 de 2021 COMIAGRO S.A..eml”, donde se verifica que el expediente fue devuelto el 25/05/2024). Se identifica el registro incompleto y no estandarizado en la información de devolución en las bitácoras, lo cual no permite evidenciar de manera confiable la trazabilidad, estado actual y ubicación de los expedientes prestados, generando riesgos de pérdida, extravío o manejo inadecuado de la documentación y afectando la seguridad, integridad y confiabilidad de la información de la Unidad.

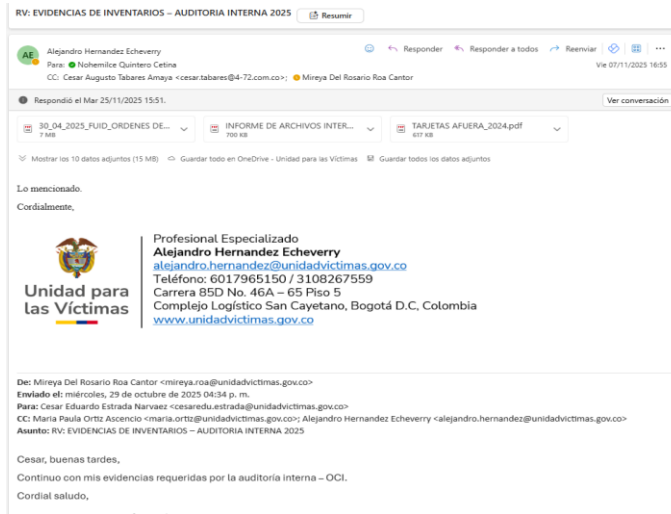
Lo anterior no cumple con lo establecido en la Ley 87 de 1993, artículo 2, literal d. “Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional;” y literal. “Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros;”

Mediante correo electrónico el jueves 27 de noviembre de 2025, se le comunica al Doctor Javier Delgadillo Rodríguez - javier.delgadillo@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado la debilidad identificada relacionada con el préstamo y devolución de documentos, en donde se le da un plazo de cinco (5) días hábiles según lo establecido en la actividad 10 del procedimiento “Auditorías Internas al control interno” contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones y evidencias pertinentes. Transcurrido el plazo otorgado, el Proceso Gestión Documental 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.

5.7.5.2 Inventario Documental


El Equipo Auditor en recorrido de auditoría realizado el 27 de octubre de 2025 a la Bodega 23, solicita la relación del inventario documental almacenado. El día 7/11/2025 a través del correo electrónico se remite el “Informe de inventarios intervenidos - sin intervenir - sin transferencia y traslados por préstamo de espacio de almacenamiento”.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8	
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 129 de 165



Con base en el “Informe de inventarios intervenidos - sin intervenir - sin transferencia y traslados por préstamo de espacio de almacenamiento”, el Equipo Auditor verifica el estado de los archivos físicos de múltiples dependencias (Oficinas Asesoras, Grupos Misionales, Control Interno Disciplinario, Gestión Contractual, Gestión Financiera, Talento Humano, Servicio al Ciudadano, Reparación Integral, Enfoque Psicosocial, Fondo para la Reparación, entre otros).



 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 130 de 165




En el inventario se identifican, de manera reiterada, observaciones como:

- *PARA INTERVENIR*
- *SIN TRANSFERENCIA*
- *PENDIENTE PROCESOS DIGITALES Y TRANSFERENCIA*
- *ARCHIVO RECIBIDO COMO TRASLADO POR PRÉSTAMO DE ESPACIO DE ALMACENAMIENTO”, asociadas a series críticas: acciones de tutela, procesos disciplinarios, contratos y órdenes de compra, historias laborales, derechos de petición, notificaciones, historiales de víctimas, documentación contable, historiales psicosociales, entre otras.*

El Equipo Auditor evidencia un nivel crítico de rezago en la intervención, organización, digitalización y transferencia de archivos misionales y de apoyo, muchos directamente vinculados con la garantía de derechos de las víctimas. Se identifican riesgos significativos de incumplimiento normativo, afectación de derechos, pérdida de información, vulneración de la confidencialidad y baja eficiencia operativa, derivados de la situación actual de los archivos en bodega y espacios de almacenamiento. Las observaciones recurrentes “*sin intervenir*”, “*sin transferencia*”, “*pendiente procesos digitales y transferencia*”, “*traslado por préstamo de espacio de almacenamiento*” deben ser asumidas como alertas de riesgo institucional que requieren priorización, cronogramas y responsables definidos para su tratamiento.

Adicionalmente, la ausencia de organización sistemática y de procesos digitales completados impacta de manera significativa los tiempos de respuesta a requerimientos internos y externos perturbando la eficiencia operativa de las áreas usuarias y del archivo de gestión/central, lo que ocasiona la posible afectación de la reputación institucional. Por otro lado, se evidencia documentación en condición de “*archivo recibido como traslado por préstamo de espacio*”, lo que genera riesgo de confusión de las responsabilidades en cuanto a la organización y disposición final. Es necesario que el proceso Gestión Documental realice el seguimiento correspondiente de toda la documentación que se encuentra en su custodia.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 131 de 165


DEBILIDAD No. 13

La Unidad cuenta con lineamientos, Tablas de Retención Documental, Programa de Gestión Documental y procedimientos para la organización, intervención, digitalización, transferencia y custodia de los archivos, los cuales buscan garantizar la conservación, integridad, disponibilidad y confidencialidad de la información, de conformidad con la normatividad archivística vigente y las obligaciones institucionales frente a la atención de víctimas y ciudadanos.

Del “Informe de archivos intervenidos – sin intervenir – sin transferencia y traslados por espacio de almacenamiento” el Equipo Auditor evidencia que, existe un número significativo de cajas y unidades documentales con la observación “SIN INTERVENIR”, es decir, sin organización archivística acorde con las TRD. Además, se registran series y expedientes con la observación “SIN TRANSFERENCIA” y “PENDIENTE PROCESOS DIGITALES Y TRANSFERENCIA”, aun cuando se trata de documentación que por su naturaleza debería encontrarse debidamente organizada, digitalizada y transferida al archivo que corresponda. Parte de la documentación se encuentra ubicada en las bodegas “como espacios de almacenamiento prestados”, con registros como “archivo recibido como traslado por préstamo de espacio de almacenamiento”, sin claridad plena sobre la responsabilidad de custodia, intervención y transferencia.

El Proceso de Gestión Documental Incumple lo establecido en la Ley 87 de 1993, artículo 2, literal 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; literal d. “Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional;” y literal. e “Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros;”, el ACUERDO No. 001 del 2024 (29 de febrero) “Por el cual se establece el Acuerdo Único de la Función Archivística, se definen los criterios técnicos y jurídicos para su implementación en el Estado Colombiano y se fijan otras disposiciones.”. CAPÍTULO 1 Requisitos para la administración de archivos, CAPÍTULO 3 Principios y criterios para el proceso de organización documental SECCIÓN 1 Organización de archivos: clasificación, ordenación y descripción y el Acuerdo 006 del 2014 “Por medio del cual se desarrollan los artículos 46, 47 y 48 del Título XI “Conservación de Documentos” de la Ley 594 de 2000” emanado del Archivo General de la Nación.

El Equipo Auditor identifica como causas principales la ausencia de planificación y priorización integral para la intervención, digitalización y transferencia de series documentales críticas, la insuficiencia de seguimiento y control al cumplimiento de los lineamientos e instrumentos archivísticos por parte proceso Gestión Documental. Se hace necesario generar acciones correctivas para la organización y saneamiento documental y mejorar la articulación entre las dependencias y el proceso de Gestión Documental. Lo anterior refleja inconsistencias en planificación, control y seguimiento por parte del proceso auditado, afectando la confiabilidad del sistema de control

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 132 de 165

interno, generando la posible materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales.

Mediante correo electrónico el jueves 27 de noviembre de 2025, se le comunica al Doctor Javier Delgadillo Rodríguez - javier.delgadillo@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado la debilidad identificada relacionada con el inventario documental, en donde se le da un plazo de cinco (5) días hábiles según lo establecido en la actividad 10 del procedimiento “Auditorías Internas al control interno” contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones y evidencias pertinentes. Transcurrido el plazo otorgado, el Proceso Gestión Documental 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.


5.7.5.3 Gestión Sistema Integrado de Conservación – SIC

El Equipo Auditor en recorrido de auditoría realizado el 27 de octubre de 2025 a la Bodega 23, verifica la Gestión Sistema Integrado de Conservación – SIC, desarrollada por el Proceso de Gestión Documental, La Unidad para las Víctimas con el fin de garantizar la conservación y preservación de la información, independientemente del medio o tecnología con la cual se haya producido, formula e implementa el Sistema Integrado de Conservación - SIC, conformado por el Plan de Conservación Documental y el Plan de Preservación Digital a largo plazo, criterio establecido por el Acuerdo 004 del 2024 *TÍTULO 6 CONSERVACIÓN Y PRESERVACIÓN DE DOCUMENTOS*, emanado del Archivo General de la Nación.

La Unidad para las víctimas en la Atención y la Reparación Integral cuenta con la memoria institucional de la entidad en los diferentes soportes de información, donde se refleja la gestión hasta la actualidad, memoria que actualmente se encuentra custodiada en las bodegas de archivo de la Unidad, y que se convierte en parte del patrimonio documental de la Nación, razón por la cual el Grupo de Gestión Documental garantiza la conservación y preservación.

El Sistema Integrado de Conservación de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, aplica a todos los documentos producidos y recibidos (soportes físicos y/o análogos, digitales, digitalizados y electrónicos) en sus fases de archivo e involucra a todas las dependencias y las Direcciones territoriales de la Unidad para las Víctimas.

Se verifica el **Programa de inspección y mantenimiento del sistema de almacenamiento e instalaciones físicas** cuyo objetivo es “evaluar periódicamente el mantenimiento de la infraestructura y de los sistemas de almacenamiento de información, a través del “formato de inspección de mantenimiento de sistemas de

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 133 de 165

almacenamiento e instalaciones físicas” con el fin de reducir el riesgo e impacto de afectación para los colaboradores, los documentos de archivo y las instalaciones físicas.

Se revisa el ítem **Mantenimiento Preventivo**, literales A y B

A. Limpieza y conservación del entorno

- Limpieza regular del área de archivo con productos no corrosivos.
- Aspirado o trapeado en seco de pisos, evitando humedad excesiva.
- Desempolvado de estanterías y cajas con paños de microfibra.
- Retiro de residuos o materiales ajenos al archivo.

B. Control ambiental


- Verificación trimestral de temperatura y humedad relativa.
- Mantenimiento de deshumidificadores y sensores.
- Limpieza de filtros de aires acondicionados.
- Revisión de puertas y ventanas para evitar filtraciones o ingreso de luz solar

El auditado indica que para vigencia 2024 se utilizó el FORMATO DE INSPECCIÓN DE MANTENIMIENTO DE SISTEMAS DE ALMACENAMIENTO E INSTALACIONES FÍSICAS Código: 710,14,15-49, en el cual se consolidaron las novedades identificadas del mantenimiento preventivo, igualmente se complementaron con los informes de las adecuaciones realizadas.

Para la vigencia 2025 se está utilizando el FORMATO DE INSPECCIÓN DE MANTENIMIENTO DE SISTEMAS DE ALMACENAMIENTO E INSTALACIONES FÍSICAS Código: 162,14,15-49: en el cual se consolidaron las novedades identificadas del mantenimiento preventivo, igualmente se complementaron con los informes de las adecuaciones realizadas, así mismo el Formato Planilla de Seguimiento Limpieza y Desinfección V2 Código: 162,14,15-4: la Inspección fue realizada mensualmente con el reporte generado trimestral y la Inspección fue realizada trimestralmente y relacionada en los informes trimestrales de Monitoreo y control de condiciones ambientales. evidencias que el auditado reportó en el siguiente enlace del SHAREPOINT [Sistema Integrado de Conservación – SIC](#).

Se revisa los informes de seguimiento de las mediciones de ambientales, reportadas por el auditado, para los periodos de julio-septiembre 2024, abril-junio 2025 y julio – septiembre 2025, los cuales se encuentran en el siguiente enlace del SHAREPOINT [Sistema Integrado de Conservación – SIC](#).

El Equipo Auditor observa que el objetivo es medir y analizar temperatura y humedad relativa de las bodegas 22, 23 y el cuarto de medios magnéticos de la UARIV, conforme a los parámetros del Archivo General de la Nación (Acuerdos 007 de 1994 y 049 de 2000). Se realiza un análisis de los

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 134 de 165

tres informes para verificar: 1. ¿Si hay cambios en las mediciones? 2. ¿Si de un periodo a otro se mejoran las condiciones ambientes? y 3. ¿Si las recomendaciones persisten; del este análisis se obtiene lo siguiente:

1. Cambios en las mediciones por área.


Bodega 22

- **Jul–sep. 2024**
 - Temp. promedio $\approx 18\text{ }^{\circ}\text{C}$ (dentro del rango $15\text{--}20\text{ }^{\circ}\text{C}$, pero hacia la parte alta).
 - HR promedio $\approx 62\text{--}63\text{ }%$ (por encima del $60\text{ }%$ permitido, con mínimos bajos y máximos altos).
- **Abr–jun 2025 (informe “May–Jun”)**
 - Temp. promedio: $14,8\text{ }^{\circ}\text{C}$ (ligeramente por debajo del mínimo de $15\text{ }^{\circ}\text{C}$).
 - HR promedio: $60,1\text{ }%$ (muy cerca y algo por encima del límite superior de $60\text{ }%$; extremos entre $\sim 27\text{ }%$ y $\sim 87\text{ }%$).
- **Jul–sep. 2025 (informe “Jul–Sep”)**
 - Temp. promedio: $14,9\text{ }^{\circ}\text{C}$ (similar al trimestre anterior, todavía al borde inferior del rango).
 - HR promedio: $59,9\text{ }%$ (muy similar al trimestre anterior; extremos siguen llegando a $\sim 27\text{--}87\text{ }%$).

Lectura general: De 2024 a 2025 baja un poco la temperatura promedio y la humedad se acerca al límite de $60\text{ }%$, pero siguen existiendo muchos picos fuera de rango, por lo que no se evidencia una mejora estructural, solo ligeros ajustes en los promedios.

Bodega 23.

- **Jul–sep. 2024**
 - Temp. promedio: $\approx 18,4\text{--}18,6\text{ }^{\circ}\text{C}$ (dentro del rango, hacia la parte alta).
 - HR promedio: $\approx 60,9\text{--}61\text{ }%$ (por encima del $60\text{ }%$ permitido, con mínimos $<45\text{ }%$ y máximos $>88\text{ }%$).
- **Abr–jun 2025**
 - Temp. promedio: $15,05\text{ }^{\circ}\text{C}$ (ya muy cerca del límite inferior del rango).
 - HR promedio: $59,19\text{ }%$ (ligeramente por debajo del $60\text{ }%$, aunque con extremos de $\sim 28\text{--}85\text{ }%$).
- **Jul–sep. 2025**
 - Temp. promedio: $14,9\text{ }^{\circ}\text{C}$ (un poco más baja).
 - HR promedio: $60\text{ }%$ (vuelve a situarse justo en el límite superior, con mínimos en torno al $32\text{ }%$ y máximos cerca del $88\text{ }%$).

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 135 de 165

Lectura general: Comparado con 2024 hay una ligera mejora en el promedio de humedad, pero las oscilaciones siguen siendo muy altas. Entre los dos trimestres de 2025 no se ve una mejora clara: el comportamiento sigue crítico.

Cuarto de medios magnéticos – OTI.

- **Mediciones 2024 (May–jul)**
 - Temp. promedio: 21,15 °C (muy por encima del rango 10–14 °C; todos los valores \geq 15,5 °C).
 - HR promedio: 50 % (en el límite superior del rango 40–50 %, con extremos 28–85 %).
- **Abr–jun 2025**
 - Temp. promedio: 14,9 °C (se acerca mucho al límite superior de 14 °C; mejora frente a 2024, aunque hay mínimos por debajo de 10 °C y máximos >20 °C).
 - HR promedio: 60,3 % (empeora frente a 2024; ahora está claramente por encima del 50 %, con extremos 32–79 %).
- **Jul–sep. 2025**
 - Temp. promedio: 14,9 °C (similar al trimestre anterior; aun ligeramente fuera del rango ideal).
 - HR promedio: 60,4 % (se mantiene alta, con extremos 27–89 %).

Lectura general: Aquí sí se ve una mejora clara en temperatura (de 21 °C en 2024 a ~15 °C en 2025), pero a costa de una peor humedad relativa, que pasa de estar en el límite superior (50 %) a excederlo de forma sostenida (>60 %).


Iluminación.

- En los tres informes, las mediciones superan ampliamente los 100 lux permitidos, especialmente en el tercer nivel de las estanterías, por la combinación de luz natural y artificial.
- En 2025 incluso se registran valores mucho más altos (hasta 3202 lux en el tercer nivel de bodega 24), lo que indica una tendencia a empeorar en este aspecto.

2. ¿Hay mejora de un periodo a otro?

- **Bodegas 22 y 23 (papel):**

De 2024 a 2025 hay ajustes leves en los promedios (algo menos de humedad y temperaturas menos altas), pero las desviaciones siguen siendo fuertes (mínimos muy bajos y máximos muy altos en temperatura y HR). Entre los dos trimestres de 2025 (abr–jun vs. jul–sep) no se observa una mejora sostenida: los promedios prácticamente se repiten y las oscilaciones persisten.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 136 de 165

- **Cuarto de medios magnéticos:**

Mejora importante en temperatura frente a 2024. Empeoramiento marcado de la humedad relativa en 2025, que se mantiene por encima del rango permitido en los dos trimestres. En conjunto, el ambiente aún no es adecuado para medios magnéticos, principalmente por la HR.

- **Iluminación:**


No hay evidencias de mejora; por el contrario, en 2025 las lecturas de lux son incluso más altas que en 2024.

En síntesis: no se ve una tendencia clara de mejora global en las condiciones ambientales; se observan pequeños avances puntuales (sobre todo en temperatura del cuarto de medios), pero las condiciones siguen incumpliendo los rangos normativos, especialmente en humedad relativa e iluminación.

3. Recomendaciones que persisten en los tres informes.

A pesar de los diferentes periodos, las recomendaciones se repiten, lo que indica que los riesgos siguen vigentes y que las acciones no se han consolidado plenamente. Se mantienen, entre otras, las siguientes:

- **Monitoreo permanente de temperatura y humedad:** Uso continuo de data loggers u otros equipos, con análisis periódico de la información y generación de reportes para toma de decisiones.
- **Implementar/fortalecer sistemas de control ambiental:** Instalación de filtros de aire, deshumidificadores y ductos de renovación de aire continuo. Y Mejora de la ventilación (natural o mecánica: extractores, ventiladores) y operación de los equipos en horarios recomendados (1:00 a. m. a 11:00 a. m.).
- **Control estricto de la humedad relativa:** Priorizar la instalación y correcta operación de deshumidificadores, especialmente en temporadas de lluvia. Y en el cuarto de medios magnéticos, reforzar el sistema de deshumidificación y considerar soluciones como gabinetes con control ambiental para soportes sensibles.
- **Revisión, calibración y mantenimiento de los sistemas de climatización:** Ajustar y calibrar equipos, realizar mantenimiento preventivo y, en 2025, se añade la recomendación de contar con **alarmas o monitoreo en tiempo real** para detectar desviaciones y actuar de inmediato.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 137 de 165

- **Control de la iluminación:** Reducir la incidencia de luz natural y artificial sobre los documentos (en especial en el tercer nivel): uso de filtros, cortinas, reubicación de luminarias o de las estanterías.

En el recorrido de auditoría realizado el 27 de octubre de 2025 a la Bodega 23, se pudo evidenciar polvo en las cajas y estantería, estantería con deterioro en la pintura, basura en el piso; tal como se puede observar en el siguiente registro fotográfico:

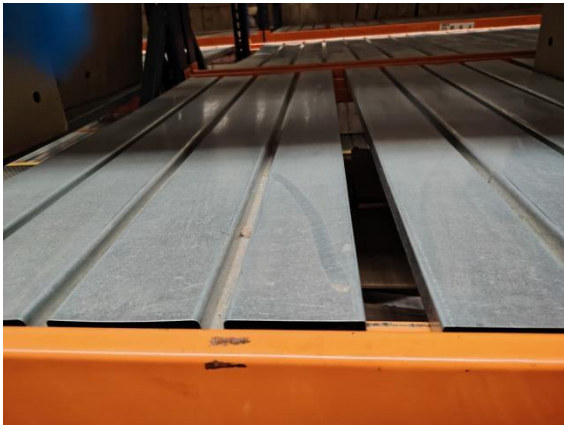


Foto 2. Evidencia polvo y deterioro pintura estantería. Fecha 27/10/2025

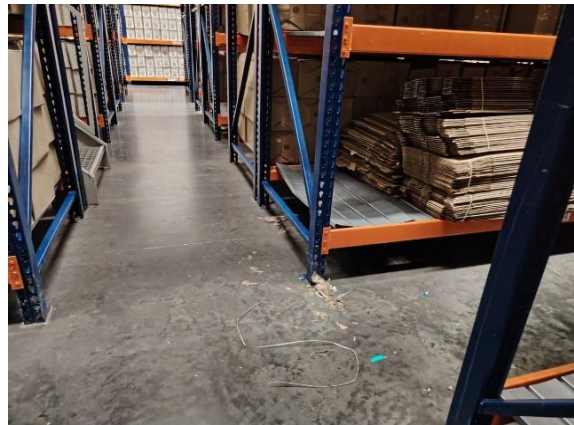


Foto 1. Evidencia basura en el piso

Se evidencia que la última fumigación química se realizó el 16 de octubre de 2025, se tienen trampas instaladas para control de roedores y los extintores recargos con fecha vigente:



Foto 3. Evidencia fumigación


 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 138 de 165



Foto 4. Evidencia trampa y extintor


DEBILIDAD No. 14

Persistencia de condiciones ambientales inadecuadas y deficiencias en orden, aseo e infraestructura en las Bodega de archivo, incumpliendo lo establecido:

- En el Acuerdo 004 del 2024 TÍTULO 6 CONSERVACIÓN Y PRESERVACIÓN DE DOCUMENTOS, emanado del Archivo General de la Nación, que establecen que los depósitos de archivo deben cumplir condiciones ambientales controladas de:
 - *Temperatura entre 15 °C y 20 °C, con fluctuación diaria máxima de 4 °C.*
 - *Humedad relativa entre 45 %HR y 60 %HR, con fluctuación diaria máxima de 5 %.*
 - *Iluminación ≤ 100 lux sobre los documentos.*
- Programa de Gestión Documental – PGD y PINAR de la Unidad, que contemplan la conservación preventiva como parte de la gestión de los archivos y el deber de implementar controles para preservar la integridad física de los documentos.
- Lineamientos institucionales sobre uso, mantenimiento y limpieza de las bodegas de archivo, que exigen mantener las áreas libres de polvo, basura y materiales ajenos a la función archivística, así como conservar en buen estado el mobiliario y estantería.

Del análisis comparativo de los informes de monitoreo ambiental correspondientes a los periodos julio–septiembre de 2024, abril–junio de 2025 y julio–septiembre de 2025, se evidencia lo siguiente:

- En la Bodega 23 y demás depósitos monitoreados: Los promedios de temperatura y humedad relativa se ubican de forma recurrente en los límites superiores de los rangos normativos, con múltiples registros por fuera de los valores permitidos, tanto por exceso como por defecto; la humedad relativa presenta oscilaciones importantes, con mínimos por debajo del 45 %HR y máximos por encima del 60 %HR, lo que se repite en los tres periodos

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 139 de 165

evaluados; y las mediciones de iluminación en diferentes niveles de las estanterías, en especial el tercer nivel, superan ampliamente los 100 lux establecidos en la normativa.


- Entre los tres informes analizados se observa que: las recomendaciones formuladas (uso de deshumidificadores, control y estabilización de la ventilación, reducción de los niveles de iluminación, monitoreo permanente y ajustes de equipos) se repiten de un periodo a otro, sin evidencia clara de una mejora sostenida en las condiciones ambientales; y las variaciones y desviaciones persisten en los informes más recientes, lo que indica que las acciones implementadas, si las hay, no han sido suficientes o efectivas para corregir de manera estructural las condiciones ambientales.
- Adicionalmente, durante el recorrido de auditoría realizado el 27 de octubre de 2025 en la Bodega 23, se evidenció: Acumulación de polvo en las cajas y en la estantería; estantería con deterioro en la pintura, con pérdida de recubrimiento y signos de desgaste; presencia de basura en el piso y residuos ajenos a la función archivística. Lo anterior se encuentra documentado en el registro fotográfico aportado a la auditoría.

Se identifica como causa probable:

- Falta de implementación oportuna y efectiva de las recomendaciones técnicas contenidas en los informes de monitoreo ambiental, lo que se refleja en la repetición de las mismas observaciones en diferentes periodos.
- Debilidades en la articulación entre el área responsable de la gestión documental y las dependencias encargadas de infraestructura, mantenimiento y servicios generales, para asegurar el control de las condiciones ambientales, el mantenimiento de la estantería y el orden y aseo de las bodegas.
- Ausencia de mecanismos de seguimiento y verificación que aseguren el cierre de las acciones correctivas (planes de mejoramiento sin trazabilidad clara o sin responsables y plazos definidos).

Las situaciones descritas generan, entre otros, los siguientes efectos reales y potenciales:

- Incremento del riesgo de deterioro físico, químico y biológico de las unidades documentales, por la combinación de humedad elevada, fluctuaciones ambientales, polvo y suciedad, lo cual favorece la aparición de hongos, bacterias y plagas, así como la degradación del papel, tintas y soportes.
- Mayor probabilidad de pérdida parcial o total de información contenida en los archivos bajo custodia, con impacto en la memoria institucional, la atención a las víctimas y el cumplimiento de obligaciones legales y administrativas.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 140 de 165

- Incumplimiento de la normativa archivística vigente y de los lineamientos del Archivo General de la Nación, lo que puede derivar en observaciones recurrentes de entes de control y en afectación de la imagen institucional.

Evidencia de debilidad en la implementación del PGD y del PINAR, en lo relacionado con la conservación preventiva y la gestión del riesgo archivístico, al mantenerse las mismas condiciones y recomendaciones a lo largo de varios periodos de seguimiento.

Mediante correo electrónico el jueves 27 de noviembre de 2025, se le comunica al Doctor Javier Delgadillo Rodríguez - javier.delgadillo@unidadvictimas.gov.co, en su calidad de auditado la debilidad identificada relacionada con el Programa de inspección y mantenimiento del sistema de almacenamiento e instalaciones físicas, en donde se le da un plazo de cinco (5) días hábiles según lo establecido en la actividad 10 del procedimiento “Auditorías Internas al control interno” contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones y evidencias pertinentes. Transcurrido el plazo otorgado, el Proceso Gestión Documental 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.


6. HALLAZGOS DE AUDITORIA INTERNA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

6.1 Debilidades

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 de gestión documental con el fin de subsanarlas.

DEBILIDAD No. 1

A partir del marco normativo de la Ley 87 de 1993 en el artículo 1°, 4° literal b), l) y artículo 12 literales c) y e), Decreto 1083 artículos 2.2.21.3.1, 2.2.21.5.1 y 2.2.21.5.2, los lineamientos dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, 2024 V6, el Equipo Auditor establece que el proceso de Gestión Documental presenta debilidad en la identificación de los puntos de control del “Procedimiento consulta, préstamo y devolución de documentos”, se referencia normativa derogada en el “Procedimiento de transferencias documentales”, incumplimiento de puntos de control y actividades en

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 141 de 165

el “Procedimiento Control de la Información Documentada del SIG”, tal como se describe en los ítems de procedimientos y manuales revisados, relacionados anteriormente.

DEBILIDAD No. 2


Se evidencia debilidad en el Sistema de Control Interno del proceso de Gestión Documental, particularmente en lo relacionado con la gestión y administración del riesgo, específicamente en los aspectos de diseño, asignación de responsabilidades, seguimiento y documentación que respalde su gestión. Estas falencias limitan la adecuada implementación de controles efectivos para la mitigación de los riesgos identificados y pueden afectar la eficiencia en la gestión pública.

Esta situación no se encuentra en concordancia con lo establecido en la Ley 87 de 1993, artículo 2° literales a) y f); el Decreto 1083 de 2015, artículo 2.2.21.5.4; el Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017, artículo 2.2.21.3.1; así como con los lineamientos definidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, y la metodología de administración de riesgos adoptada por la Entidad. Se identifican con causas principales la incorrecta interpretación e implementación de los lineamientos técnicos para la formulación de controles pertinentes, idóneos y eficaces y debilidades en el ejercicio de identificación de riesgos, lo que afecta la adecuada caracterización de sus causas y consecuencias.

Estas circunstancias generan inconsistencias en la calidad, oportunidad y confiabilidad de la información suministrada, afectando la capacidad del proceso para demostrar la efectividad de los controles implementados. En consecuencia, se compromete la confiabilidad del Sistema de Control Interno, incrementando la posibilidad de materialización de eventos adversos y, por ende, afectando el cumplimiento de los objetivos institucionales.

DEBILIDAD No. 3

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

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 142 de 165

vigencias anteriores, que permita la realización adecuada en el diseño y seguimiento de tableros de control que fortalezca el conocimiento en modelos de control gerencial. Lo anterior aumenta el riesgo en el incumplimiento de los objetivos institucionales.

DEBILIDAD No. 4


Se evidencian deficiencias en la supervisión del contrato, reflejadas en un control insuficiente sobre la ejecución de las actividades y el cumplimiento de los entregables establecidos contractualmente. No se cuenta con evidencia completa y oportuna del seguimiento técnico, administrativo y financiero, lo que genera una incertidumbre al cumplimiento entre lo ejecutado y lo previsto, así como la revisión, validación y aprobación de los productos entregados por el contratista.

Las posibles causas de esta debilidad es la falta de aplicación efectiva de los procedimientos internos de supervisión y control, así como debilidades en la planeación y seguimiento documental del contrato. No se implementaron mecanismos de verificación y control que garanticen la trazabilidad y el cumplimiento de los compromisos contractuales lo cual va en contravía de los principios de autocontrol y evaluación establecidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 con lo dispuesto en los literales a), c), d), e) y f).

La insuficiente supervisión limita la capacidad de la entidad para asegurar el cumplimiento de los objetivos del contrato, afectando la eficacia, eficiencia y transparencia de la gestión contractual. Esta situación puede derivar en sobrecostos, incumplimientos técnicos según los requerimientos, pérdida de calidad en los productos o servicios contratados y en una gestión documental incompleta que dificulta la rendición de cuentas y la evaluación del cumplimiento del contratista o proveedor durante su ejecución.

DEBILIDAD No. 5

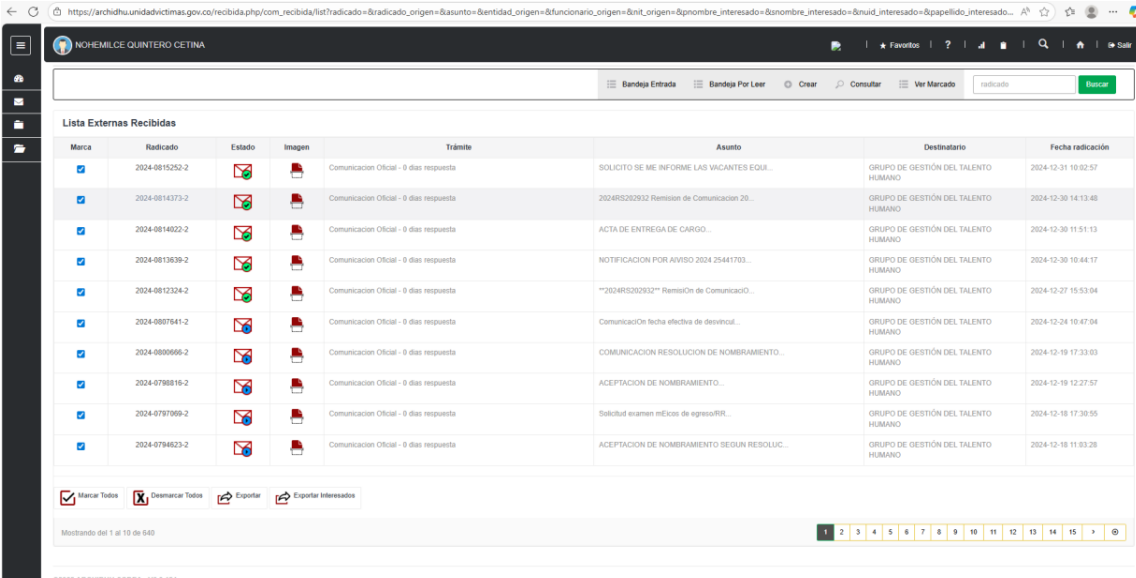
Debilidad del Sistema de Control Interno por incoherencia de las evidencias cargadas en relación seguimiento realizado al PINAR, impactando la confiabilidad de la información al encontrar documentos similares pero con resultados de seguimiento diferentes, lo que pone en duda la autenticidad de los registros, incumpliendo la Ley 87 de 1993, en su artículo 2, literal e) *“asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros”*, lo que muestra que la documentación no ha sido revisada y aprobada conforme a los procedimientos establecidos para garantizar la integridad y exactitud de los registros, Ley 594 del 2000, artículo 16, Obligaciones de los funcionarios a cuyo cargo estén los archivos de las entidades públicas. *“Los secretarios generales o los funcionarios administrativos de igual o superior jerarquía, pertenecientes a las entidades públicas, a cuya carga estén los archivos públicos, tendrán la obligación de velar por la integridad, autenticidad, veracidad y fidelidad de la información de los documentos de archivo y serán responsables de su organización y*

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 143 de 165

conservación, así como de la prestación de los servicios archivísticos”. (Subrayado fuera de texto) y el Artículo 19, Soporte documental, parágrafo 1°. “Los documentos reproducidos por los citados medios gozarán de la validez y eficacia del documento original, siempre que se cumplan los requisitos exigidos por las leyes procesales y se garantice la autenticidad, integridad e inalterabilidad de la información”. (Subrayado fuera de texto), la Política de gestión documental para la Atención y Reparación Integral de las Víctimas” aprobada por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño el 11 de abril de 2025 en acta No. 02. “DECLARACIÓN DE POLÍTICA La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas define su Política de Gestión Documental con el propósito de garantizar la disponibilidad, integridad, accesibilidad y trazabilidad de la información institucional, a través de la implementación de lineamientos técnicos, instrumentos archivísticos, sistema de gestión de documentos electrónicos de archivo y acciones estratégicas articuladas con los objetivos misionales. De tal manera, las víctimas, los servidores públicos, los organismos de control y la ciudadanía en general puedan acceder a la información pública y a los archivos de derechos humanos de forma oportuna, confiable, segura y transparente”. Las potenciales causas es el desconocimiento en el manejo de la información pública y la aplicabilidad de los procedimientos de gestión documental adoptadas por la Entidad.


DEBILIDAD No. 6

En la Matriz de Clasificación y Distribución de Correspondencia que para la vigencia 2024, se definió 22 bandejas, las cuales están parametrizadas en el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo – SGDEA (ARCHIDHU), se realiza una consulta de la bandeja 164 “GRUPO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO” en ARCHIDHU Mostrando 640 radicados con estado sin repuesta, la muestra para la consulta se realiza dentro del periodo 01/01/2024 al 31/12/2024.




Marca	Radicado	Estado	Imagen	Trámite	Asunto	Destinatario	Fecha radicación
<input checked="" type="checkbox"/>	2024-0815252-2			Comunicacion Oficial - 0 dias respuesta	SOLICITO SE ME INFORME LAS VACANTES EQUI...	GRUPO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	2024-12-31 10:52:57
<input checked="" type="checkbox"/>	2024-0814373-2			Comunicacion Oficial - 0 dias respuesta	2024RS202932 Remision de Comunicacion 20...	GRUPO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	2024-12-30 14:13:48
<input checked="" type="checkbox"/>	2024-0814022-2			Comunicacion Oficial - 0 dias respuesta	ACTA DE ENTREGA DE CARGO.	GRUPO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	2024-12-30 11:51:13
<input checked="" type="checkbox"/>	2024-0813639-2			Comunicacion Oficial - 0 dias respuesta	NOTIFICACION POR AVISO 2024 25441703...	GRUPO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	2024-12-30 10:44:17
<input checked="" type="checkbox"/>	2024-0812324-2			Comunicacion Oficial - 0 dias respuesta	""2024RS202932"" RemisiOn de ComunicacIO...	GRUPO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	2024-12-27 15:53:04
<input checked="" type="checkbox"/>	2024-0807541-2			Comunicacion Oficial - 0 dias respuesta	ComunicacIOn fecha efectiva de desvincul...	GRUPO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	2024-12-24 10:47:04
<input checked="" type="checkbox"/>	2024-0800966-2			Comunicacion Oficial - 0 dias respuesta	COMUNICACION RESOLUCION DE NOMBRAMIENTO...	GRUPO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	2024-12-19 17:33:03
<input checked="" type="checkbox"/>	2024-0798816-2			Comunicacion Oficial - 0 dias respuesta	ACEPTACION DE NOMBRAMIENTO...	GRUPO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	2024-12-19 12:27:57
<input checked="" type="checkbox"/>	2024-0797909-2			Comunicacion Oficial - 0 dias respuesta	Solicitud examen médicos de egresoRRR...	GRUPO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	2024-12-18 17:39:55
<input checked="" type="checkbox"/>	2024-0794923-2			Comunicacion Oficial - 0 dias respuesta	ACEPTACION DE NOMBRAMIENTO SEGUN RESOLUC...	GRUPO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	2024-12-18 11:03:28

Fuente: Captura de pantalla de ARCHIDHU Bandeja 164


 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 144 de 165

Al exportar la consulta a Excel y aplicar el filtro por asunto “PETICIONES”, se identificaron 60 peticiones sin respuesta. Como muestra de verificación, se consulta el comunicado externo recibido con radicado 2024-0578651-2, el cual corresponde a un derecho de petición reiterado, radicado el 24/09/2024, por lo que presenta más 420 días de vencimiento sin evidencia de respuesta al peticionario. Estos derechos de petición no están siendo integradas con LEX, y tanto el Grupo de Servicio al Ciudadano como el Grupo de Gestión Administrativa y Documental no están realizando el seguimiento ni el control a estas peticiones direccionadas a la bandeja 164.

Comunicación Externa Recibida (2024-0578651-2)

Detalles Lista Interesados Bitacora Proceso			
Radicado:	2024-0578651-2	Area Destino:	GRUPO DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO - 164 - UARIV - TRD - V1
Asunto:	Reiteración Derecho de Petición Radicado UARIV No. 2024-0451303-2 de agosto 1 de 2024	Estado Digitalización:	Digitalizado
Punto Radicación:	P.R. San Cayetano - UARIV	Trámite:	Comunicación Oficial - 0 días respuesta
Fecha radicación:	2024-09-24 15:47:45	Radicador:	LAURA VALENTINA JARAMILLO CHAVARRIA - GRUPO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DOCUMENTAL
Forma Recepción:	Correo Electronico	Estado:	
Folios:	11	Medio Respuesta:	
Vencimiento Legal:	2024-09-24 0:00:00	Obs. Anulación:	
Fecha Llegada:	2024-09-24		
Fecha Digitalización:	2024-09-24 15:47:58	Prioridad:	Alta
Proceso Actual:	Distribuidor	Ciudad:	Bogotá D.C. 11001
Nombre Expediente:	851193 - REQUERIMIENTOS	Subserie:	HISTORIAS LABORALES

Fuente: Captura de pantalla de ARCHIDHU - RAD 2024-0578651-2



Fecha: 24/09/2024 15:47:45 PM
2024-0578651-2

Servicio al Ciudadano

De: Edwin Lozano Garzon <edwin.lozano@esap.edu.co>
Enviado el: martes, 24 de septiembre de 2024 11:49 a. m.
Para: Servicio al Ciudadano; atencionalcidudano@cncs.gov.co
Asunto: Reiteración Derecho de Petición - Radicado UARIV No. 2024-0451303-2 de agosto 1 de 2024
Datos adjuntos: Reiteracion_DP_UARIV_OPEC179680_CC80124659.pdf

Cordial saludo,

Mediante documento adjunto, yo, Edwin Lozano Garzón, identificado con cédula de ciudadanía No. 80.124.859 de Bogotá, de manera respetuosa me permito REITERAR las peticiones interpuestas mediante Radicado UARIV No. 2024-0451303-2 de agosto 1 de 2024, en amparo del Derecho de Petición, consagrado en el Artículo 23 de la Constitución Política Colombiana, el cual nunca fue contestado por la UNIDAD PARA LA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS VÍCTIMAS, habiéndose vencido ya los términos legales que establece la normatividad.

Sin otro particular y en espera de su pronta respuesta.

El suscrito,


EDWIN LOZANO GARZÓN
C.C. 80.124.859 de Bogotá
Profesional Especializado

Autorizo responder a los correos: edwin.lozano@esap.edu.co, edwincollege@gmail.com

El tratamiento de mis datos personales solo se autoriza con el objetivo de recibir respuesta al presente Derecho de Petición.

NOTA CONFIDENCIAL: La información contenida en este E-mail es confidencial y sólo puede ser utilizada por el individuo o la compañía o entidad a la cual está dirigido. Si no es el receptor autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia de este mensaje es prohibida y será sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor reenviarlo y borrar el mensaje recibido inmediatamente. This message and any attached files may contain information that is confidential and/or subject of legal privilege intended only for use by the intended recipient. If you are not the intended recipient or the person responsible for delivering the message to the intended recipient, be advised that you have received this message in error and that any dissemination, copying or use of this message or attachment is strictly forbidden, as is the disclosure of the information therein. If you have received this message in error please notify the sender immediately and delete the message.

Fuente: Captura de pantalla del RAD 2024-0578651-2

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 145 de 165

Lo anterior contraviene lo establecido por la Ley 87 de 1993, artículo 2, literal 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;* y el literal d) *Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional.* También, se genera incumplimiento del artículo 14 de la Ley 1755 de 2015, el cual establece:

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

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

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


PARÁGRAFO. *Cuando excepcionalmente no fuere posible resolver la petición en los plazos aquí señalados, la autoridad debe informar esta circunstancia al interesado, antes del vencimiento del término señalado en la ley expresando los motivos de la demora y señalando a la vez el plazo razonable en que se resolverá o dará respuesta, que no podrá exceder del doble del inicialmente previsto.*

Además, esta problemática contradice la política de servicio al ciudadano que:

“Tiene como propósito garantizar el acceso efectivo, oportuno y de calidad de los ciudadanos a sus derechos en todos los escenarios de relacionamiento con el Estado.

Esto es así por cuanto, uno de los fines esenciales del Estado es servir a la comunidad, razón por la cual, la implementación de la política de servicio al ciudadano trasciende la atención oportuna y con calidad de requerimientos ciudadanos, a la garantía de derechos y deberes, a través de escenarios de relacionamiento dialogantes, incluyentes y que construyan confianza. Su cabal cumplimiento implica que las entidades orienten su gestión a la generación de valor público y de un Estado abierto que diseñe e implementa soluciones a la medida de las necesidades, preferencias y expectativas de la ciudadanía para la garantía de los derechos y el cumplimiento de obligaciones”.

En el Manual de Recepción, Radicación, Distribución y Gestión de Comunicaciones Oficiales de la UARIV, se establece en el Numeral 3.2.1.2 Responsabilidades del Grupo de Gestión Administrativa y Documental en las Ventanillas de Radicación:

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 146 de 165

“- Recibir, registrar, radicar, digitalizar, clasificar, distribuir y enviar las comunicaciones físicas y electrónicas de la Unidad para las Víctimas en el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo – SGDEA.

- Tramitar las devoluciones de distribución de forma inmediata.

- Realizar el seguimiento y control necesarios para el cumplimiento de los lineamientos definidos en este documento.


- Realizar reporte periódico de los trámites pendientes y vencidos en las dependencias con el fin de realizar seguimiento y gestión oportuna de las comunicaciones oficiales.”

Desde el proceso de Gestión Documental no se esta realizando reporte periódico de los trámites pendientes y vencidos en las dependencias con el fin de realizar seguimiento y gestión oportuna de las comunicaciones oficiales, incumpliendo lo definido en el Manual de Recepción, Radicación, Distribución y Gestión de Comunicaciones Oficiales, y la UARIV está incumpliendo los términos para dar respuesta peticiones, definidos en la Ley 1755 de 2015.

DEBILIDAD No. 7

Debilidad del Sistema de Control Interno relacionada con el registro, seguimiento y cierre del Proceso de Búsquedas Misionales – Contrato Interadministrativo No. 1963-2023, en la revisión del Contrato Interadministrativo No. 1963-2023, específicamente en lo relacionado con la actividad “9. Proceso de Búsquedas Misionales”, en la que el Equipo Auditor evidenció lo siguiente:

1. Para la vigencia 2024, la UARIV pagó a Servicios Postales Nacionales S.A.S – 472 la suma de seiscientos cuatro millones ciento ochenta y nueve mil ciento ochenta y siete pesos (\$604.189.187) por el Proceso de Búsquedas Misionales, sin que en las 12 facturas revisadas se discrimine la cantidad de búsquedas masivas realizadas ni el valor unitario por cada búsqueda, lo que limita la trazabilidad entre el servicio prestado y el valor pagado.
2. Mediante correo electrónico del 21/11/2025, el contratista reporta para el año 2024 un total de 14.008 casos recibidos, 13.322 tramitados y 686 pendientes (canales correo, LEX y SGV). Sin embargo, estas cifras presentan diferencias frente a lo reportado en el informe de actividades y supervisión a la ejecución contractual No. 13 (página 20) publicado en el SECOP.
3. El Equipo Auditor revisó los 12 informes de actividades y supervisión publicados en el SECOP para 2024 (proceso No. UARIV-CD-2023900062917-9), observando que en el ítem 3.1 “Histórico informe de actividades y supervisión a la ejecución contractual” el contratista mantiene la misma información sin variación, sin que se evidencien acciones por parte de la UARIV orientadas al cierre de 3.816 casos informados. Esta misma situación se mantiene, entre otros, en el informe de supervisión del mes de mayo de 2025.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 147 de 165


4. En el informe de actividades y supervisión de diciembre de 2024, en el apartado “*Históricos*”, se registran adicionalmente casos sin finalización, haciendo referencia a los meses de mayo a diciembre de 2023, pese a que el informe corresponde a diciembre de 2024, generando confusión sobre el periodo efectivamente evaluado y la vigencia a la que pertenecen los casos registrados.
5. En la descripción del numeral 3.3 “*Día a día*” del ítem 9. Proceso de Búsquedas Misionales, la información se presenta de forma acumulada y no permite identificar con claridad, para cada mes, cuántos casos de consulta se reciben, cuántos se tramitan y cuántos quedan pendientes, ni si los casos pendientes se cierran en periodos posteriores o se acumulan al histórico de casos sin cierre.

Lo anterior evidencia debilidades en la calidad, claridad y consistencia de la información reportada, así como en el seguimiento por parte de la supervisión contractual al cierre efectivo de los casos de Búsquedas Misionales. Esta situación no está conforme a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2° literales b), c), d), e) y g); así como las obligaciones establecidas en la actividad 9 “*Proceso de Búsquedas Misionales*” del Contrato Interadministrativo No. 1963-2023, generando el riesgo de que los pagos realizados por la UARIV no se encuentren suficientemente soportados en la cantidad real de búsquedas misionales prestadas, ni en su costo unitario. La imposibilidad de determinar con certeza el número real de casos cerrados y pendientes, así como su evolución en el tiempo, afecta la gestión y el control del servicio. La acumulación de casos sin cierre efectivo puede impactar la oportunidad de respuesta y en la garantía de los derechos de las víctimas que requieren la recuperación o reconstrucción de sus documentos.

El Equipo Auditor identifica como causas principales la ausencia de una adecuada trazabilidad y control del Proceso Gestión Documental en relación con la actividad *Búsquedas Misionales*. Lo anterior refleja inconsistencias en la calidad, oportunidad y confiabilidad de la respuesta institucional a las víctimas que requieren recuperación o reconstrucción de su información, lo que puede derivar en cuestionamientos sobre la adecuada administración de los recursos públicos y el cumplimiento de las obligaciones contractuales y archivísticas.

DEBILIDAD No. 8

Durante la revisión de los informes de actividades y supervisión del Contrato Interadministrativo No. 1963-2023, suscrito con SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A.S – 472, el Equipo Auditor evidenció que, aunque en la vigencia 2024 la Unidad pagó por el proceso de reconstrucción de expedientes la suma de cuatrocientos treinta y dos millones trescientos ochenta y ocho mil setecientos setenta y un pesos (\$432.388.771), no se cuenta con información que permita

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 148 de 165

establecer con claridad cuántos expedientes fueron efectivamente reconstruidos ni el valor unitario por cada reconstrucción.


De la información remitida por el auditado se observa que, para 2024, el registro de actuaciones asociadas al procedimiento (*informes de pérdida, memorandos a Oficina Asesora Jurídica, Grupo de Control Interno Disciplinario, etc.*), incluyendo 761 informes de pérdida, 693 memorandos a la Oficina Asesora Jurídica y 693 memorandos al Grupo de Control Interno Disciplinario, una (1) resolución de apertura y cero (0) resoluciones de cierre, lo que indica que los procesos de reconstrucción no se están culminando.

En el informe de septiembre de 2024 se reporta la investigación de 2.431 casos de un total de 2.837 pendientes de reconstrucción en el marco de la Ley 387 de 1997. Sin embargo, se señala que “*la elaboración de los actos administrativos se encuentra detenida toda vez que se están realizando cambios en el procedimiento*”, por lo cual se priorizó únicamente el análisis de los casos, sin avanzar en la expedición de los actos administrativos de cierre ni en la reconstrucción final de los expedientes. Adicionalmente, en los informes de actividades y supervisión contractual de los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2024 no se evidencia ejecución en el ítem de reconstrucción de expedientes, ni se presenta un consolidado que identifique de manera verificable cuáles expedientes fueron reconstruidos de acuerdo con el “*procedimiento para la reconstrucción de expedientes y/o documentos Versión 01*”.

Esta actividad se encuentra incluida en el Contrato Interadministrativo No. 1963-2023, actividad “*10. Proceso de reconstrucción de expedientes*”, que exige implementar lineamientos archivísticos técnicos para la reconstrucción de expedientes y documentos extraviados, cumpliendo los tiempos y metas establecidos. El “*Procedimiento para la reconstrucción de expedientes y/o documentos Versión 01*”, que define etapas que deben culminar con la expedición del acto administrativo de cierre y la reconstrucción del expediente. Lo anterior teniendo en cuenta los principios de eficiencia, eficacia, economía y responsabilidad en la gestión contractual y la gestión documental de la entidad.

Presuntamente se evidencian deficiencias en el diseño y/o aplicación de mecanismos de control por parte de la supervisión contractual, que permitan exigir y verificar la terminación de los expedientes reconstruidos, así como la trazabilidad de los resultados (número de expedientes reconstruidos y su costo unitario). Así como los cambios en el procedimiento interno de reconstrucción que habrían afectado la continuidad de la ejecución, sin un plan de transición que garantizara la culminación de los casos ya iniciados y sin que dicha actualización se hubiese registrado en el sistema integrado de gestión.

Lo anterior evidencia un posible incumplimiento del objeto contractual en lo relacionado con la reconstrucción efectiva de expedientes, a pesar de los recursos pagados por la Entidad. Lo que

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 149 de 165

genera riesgo de que la Unidad no disponga con expedientes completos y debidamente reconstruidos, afectando la integridad, disponibilidad y trazabilidad de la información necesaria para la atención de las víctimas y para la defensa jurídica institucional. Asimismo, se observa una debilidad en la rendición de cuentas sobre el uso de los recursos públicos, al no poder demostrar de manera clara la relación costo–resultado (monto pagado vs. expedientes efectivamente reconstruidos).


Este escenario incrementa el riesgo de pérdida o indisponibilidad de información misional, vulneración de derechos de los ciudadanos, especialmente de las víctimas del conflicto, y de ineficiencia en el uso de los recursos públicos destinados a la actividad contratada de reconstrucción de expedientes. Lo anterior, contraviene lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2, literal e, en el cual se establece “Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información u de sus registros”.

DEBILIDAD No. 9

Se evidenció que, en desarrollo de la actividad No. 11 “Elaboración y actualización de instrumentos archivísticos” del contrato interadministrativo No. 1963-2023, la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas realizó durante la vigencia 2024 pagos al contratista Servicios Postales Nacionales S.A.S – 472 por un valor total de seiscientos ochenta y dos millones doscientos sesenta y un mil doscientos cuarenta y seis pesos (\$682.261.246), sin que en la documentación de soporte se identifique de manera desagregada la cantidad de profesionales, técnicos y auxiliares vinculados a la ejecución, el valor unitario asociado a cada uno, ni la relación detallada de los instrumentos archivísticos elaborados o actualizados.

Al revisar las pre-facturas remitidas por el contratista, específicamente la hoja denominada “Instrumentos archivísticos” correspondiente a la vigencia 2024, se estableció que el consolidado de los valores reportados de enero a noviembre no coincide con el valor finalmente facturado por este concepto, además de que no se encontró pre-factura correspondiente al mes de diciembre de 2024. De igual forma, en los informes de actividades y de supervisión de la ejecución contractual de la vigencia 2024 no se relacionan ni describen las actividades efectivamente ejecutadas en el marco de la mencionada actividad contractual, lo que impide verificar con suficiencia la correspondencia entre los pagos realizados, la cantidad y el tipo de recurso humano suministrado y los instrumentos archivísticos efectivamente elaborados o actualizados.

Lo anterior evidencia debilidades en la trazabilidad, transparencia y soporte de la facturación asociada a la actividad No. 11 del contrato interadministrativo No. 1963-2023, situación que puede derivar en riesgos de pagos sin soporte suficiente, dificultades para verificar el cumplimiento real

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 150 de 165

del objeto contratado y posibles afectaciones a los principios de economía, eficiencia y responsabilidad en la gestión de los recursos públicos.


DEBILIDAD No. 10

Se evidencia que, si bien la Unidad cuenta con Tablas de Retención Documental convalidadas por el Archivo General de la Nación (*radicado 1-2021-910 del 3 de febrero de 2021 y certificado de convalidación del 4 de marzo de 2021, con 42 tablas publicadas en la página web institucional*), así como con el procedimiento para la elaboración y/o actualización de las TDR y el libro “CONTROL DE CAMBIOS TRD.xlsx” donde se registran actualizaciones de algunas oficinas productoras (Grupo de Gestión del Talento Humano, Subdirección de Asistencia y Atención Humanitaria, Grupo de Control Interno Disciplinario, Grupo de Cooperación Internacional y Alianzas Estratégicas, Grupo de Retornos y Reubicaciones y Dirección de Gestión Social y Humanitaria), no se evidencia la culminación de dichas actualizaciones, ni el seguimiento efectivo a los resultados del indicador de implementación de las TDR.

En la revisión del archivo “Indicador inventarios SGRD.xlsx” correspondiente a la vigencia 2024, que mide la actividad “Implementar con el acompañamiento del GGAD, las TRD para la organización y conformación de expedientes físicos y/o electrónicos de cada dependencia”, se observa que, de 38 oficinas productoras evaluadas, solo 27, es decir el (71,1%) fueron aprobadas, mientras que 9 correspondiente a (23,7%) fueron rechazadas y 2 equivalente al (5,3%) no reportaron información. Específicamente, en las 20 Direcciones Territoriales se presentan 4 rechazos (Central, Córdoba, Magdalena y Santander) y 2 sin reporte (Sucre y Valle del Cauca); y en los 18 procesos/direcciones, aunque 13 (72,2%) resultan aprobados, los procesos de Control Interno Disciplinario, Gestión Administrativa, Gestión Documental, Gestión Interinstitucional y Reparación Integral presentan reportes rechazados.

Asimismo, no se evidencia que el proceso de Gestión Documental haya realizado y documentado seguimientos, planes de acción o medidas de mejora frente a las oficinas con reportes rechazados o sin reporte, ni que haya cerrado formalmente las actualizaciones de TDR registradas en el libro de control de cambios, lo que constituye una debilidad en el seguimiento y control a la implementación y actualización de las Tablas de Retención Documental, y puede afectar la estandarización de la gestión documental, el cumplimiento de los lineamientos del Archivo General de la Nación y la trazabilidad en la organización y conservación de los expedientes físicos y electrónicos de la Entidad.

Lo anterior no cumple con lo establecido en la Ley 87 de 1993, artículo 2, literal b) “Garantizar la eficacia, la eficiencia y la economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 151 de 165


de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional”; el literal d) “Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional”, el literal c) “ Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad;” y el literal d) “Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional;” y el ACUERDO No. 001 del 2024 (29 de febrero) “Por el cual se establece el Acuerdo Único de la Función Archivística, se definen los criterios técnicos y jurídicos para su implementación en el Estado Colombiano y se fijan otras disposiciones. Se define en su Artículo 5.1.1.7. Aprobación. Las Tablas de Retención Documental – TRD o Tablas de Valoración Documental – TVD deben ser aprobadas por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño o quien haga sus veces, lo cual deberá quedar consignado en el acta del respectivo comité. Y el Artículo 5.1.2.1. Presentación de las Tablas de Retención Documental – TRD o Tablas de Valoración Documental – TVD para evaluación técnica y convalidación. La persona responsable de la secretaría general de la entidad, o quien haga sus veces, presentará a la instancia competente las Tablas de Retención Documental – TRD o Tablas de Valoración Documental – TVD, para su evaluación técnica y convalidación, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su aprobación por parte del Comité Institucional de Desempeño o quien haga sus veces.

DEBILIDAD No. 11

El Grupo de Gestión Administrativa y Documental para la vigencia 2024, no definió el calendario de transferencias documentales para ejercer el control y seguimiento de estas, incumplimiento lo establecido en los criterios de operación del *Procedimiento para las Traslaciones Documentales V3* vigente para el 2024. El proceso no está realizando el control y seguimiento para que las dependencias realicen las transferencias documentales de acuerdo con los tiempos de retención definidos en las Tablas de Retención Documental. Esta situación se evidenció en la reunión de recorrido de auditoría realizada el 20 de octubre de 2025 de 2:30 a 4:30 pm. En la matriz de seguimiento de programa de gestión documental para la vigencia 2024 solicitada en el recorrido de auditoría, se reporta que la actividad la actividad 14 como cerrada. Sin embargo, se pudo evidenciar que dicho cronograma no se elaboró para la vigencia referenciada.

No	ACTIVIDAD	ENTREGABLE	FECHA INICIAL	FECHA FINAL	ESTADO	SEGUIMIENTO
14	Elaborar, implementar y controlar el cronograma de las transferencias documentales primarias.	Cronograma de transferencias documentales - actas de transferencias documentales - Inventarios documentales	1/02/2024	31/12/2024	CERRADA	Se elaboró el cronograma.

Fuente. Matriz de seguimiento PROGRAMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL – PGD Vigencia 2024 remitida por el proceso de Gestión Documental

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 152 de 165


Lo anterior no cumple con lo establecido en la Ley 87 de 1993, artículo 2, literal b) “Garantizar la eficacia, la eficiencia y la economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional”; el literal d) “Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional” y el literal h) “Velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características” y el ACUERDO No. 001 del 2024 (29 de febrero) “Por el cual se establece el Acuerdo Único de la Función Archivística, se definen los criterios técnicos y jurídicos para su implementación en el Estado Colombiano y se fijan otras disposiciones. Se define en su Artículo 4.4.3. Plan de transferencias documentales primarias. Los sujetos obligados deben elaborar anualmente un Plan de Transferencias Documentales para la entrega de las series y subseries documentales desde el archivo de gestión al archivo central, independiente de su soporte físico o formato electrónico, de conformidad con los tiempos de retención establecidos en las Tablas de Retención Documental —TRD.

DEBILIDAD No. 12

Se evidencia que, si bien el Proceso de Gestión Documental cuenta con el procedimiento de consulta, préstamo y devolución de documentos físicos y electrónicos y utiliza el formato de consulta, préstamo y devolución de documentos – archivo de gestión y archivo central en Excel para el seguimiento, persisten debilidades en el control y seguimiento a la devolución de los expedientes documentales.

En la hoja “bitácora de historias laborales” se registran 332 solicitudes de préstamo en la vigencia 2024, de las cuales 36 no han sido devueltas (6 se relacionan con la observación “SIN INTERVENIR – está en alistamiento para transferencia primaria” y 30 con la observación “SIN INTERVENIR – En archivo de talento humano, por posesión de concurso 2024”). En la hoja “bitácora de contratos” se identifica el expediente “CONTRATO_1269_2021_CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS – CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR”, cuyo DISCO DURO se prestó el 26/12/2022, sin registrarse la devolución y con la observación “SIN UBICACIÓN TOPOGRÁFICA EN CUSTODIA DE LA FUNCIONARIA VIVIANA MARTÍNEZ”. Adicionalmente, en el formato de préstamos físicos.xlsx se relacionan 2.217 expedientes prestados en físico entre las vigencias 2019 a 2024, de los cuales 1.090 registran en la columna fecha de devolución la leyenda “No aplica”, lo que impide establecer si estos expedientes fueron efectivamente retornados; de igual forma, en la bitácora FUD se evidencian 6 expedientes sin registro de devolución.

Aunque en el procedimiento se contempla la actividad de solicitar la devolución ejemplo: (archivo “RE_ Solicitud RENOVACION préstamo expediente 1145 de 2021 COMIAGRO S.A..eml”, donde se verifica que el expediente fue devuelto el 25/05/2024). Se identifica el registro incompleto y no estandarizado en la información de devolución en las bitácoras, lo cual no permite evidenciar de manera confiable la trazabilidad, estado actual y ubicación de los expedientes prestados, generando

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 153 de 165

riesgos de pérdida, extravío o manejo inadecuado de la documentación y afectando la seguridad, integridad y confiabilidad de la información de la Unidad.


Lo anterior no cumple con lo establecido en la Ley 87 de 1993, artículo 2, literal d. “Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional;” y literal. “Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros;”

DEBILIDAD No. 13

La Unidad cuenta con lineamientos, Tablas de Retención Documental, Programa de Gestión Documental y procedimientos para la organización, intervención, digitalización, transferencia y custodia de los archivos, los cuales buscan garantizar la conservación, integridad, disponibilidad y confidencialidad de la información, de conformidad con la normatividad archivística vigente y las obligaciones institucionales frente a la atención de víctimas y ciudadanos.

Del “Informe de archivos intervenidos – sin intervenir – sin transferencia y traslados por espacio de almacenamiento” el Equipo Auditor evidencia que, existe un número significativo de cajas y unidades documentales con la observación “SIN INTERVENIR”, es decir, sin organización archivística acorde con las TRD. Además, se registran series y expedientes con la observación “SIN TRANSFERENCIA” y “PENDIENTE PROCESOS DIGITALES Y TRANSFERENCIA”, aun cuando se trata de documentación que por su naturaleza debería encontrarse debidamente organizada, digitalizada y transferida al archivo que corresponda. Parte de la documentación se encuentra ubicada en las bodegas “como espacios de almacenamiento prestados”, con registros como “archivo recibido como traslado por préstamo de espacio de almacenamiento”, sin claridad plena sobre la responsabilidad de custodia, intervención y transferencia.

El Proceso de Gestión Documental Incumple lo establecido en la Ley 87 de 1993, artículo 2, literal 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; literal d. “Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional;” y literal. e “Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros;”, el ACUERDO No. 001 del 2024 (29 de febrero) “Por el cual se establece el Acuerdo Único de la Función Archivística, se definen los criterios técnicos y jurídicos para su implementación en el Estado Colombiano y se fijan otras disposiciones.”. CAPÍTULO 1 Requisitos para la administración de archivos, CAPÍTULO 3 Principios y criterios para el proceso de organización documental SECCIÓN 1 Organización de archivos: clasificación, ordenación y descripción y el Acuerdo 006 del 2014 “Por medio del cual se desarrollan los artículos 46, 47 y 48 del Título XI “Conservación de Documentos” de la Ley 594 de 2000” emanado del Archivo General de la Nación.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 154 de 165

El Equipo Auditor identifica como causas principales la ausencia de planificación y priorización integral para la intervención, digitalización y transferencia de series documentales críticas, la insuficiencia de seguimiento y control al cumplimiento de los lineamientos e instrumentos archivísticos por parte proceso Gestión Documental. Se hace necesario generar acciones correctivas para la organización y saneamiento documental y mejorar la articulación entre las dependencias y el proceso de Gestión Documental. Lo anterior refleja inconsistencias en planificación, control y seguimiento por parte del proceso auditado, afectando la confiabilidad del sistema de control interno, generando la posible materialización de los eventos adversos y, por lo tanto, el impacto en el logro de los objetivos institucionales.


DEBILIDAD No. 14

Persistencia de condiciones ambientales inadecuadas y deficiencias en orden, aseo e infraestructura en las Bodega de archivo, incumpliendo lo establecido:

- En el Acuerdo 004 del 2024 TÍTULO 6 *CONSERVACIÓN Y PRESERVACIÓN DE DOCUMENTOS*, emanado del Archivo General de la Nación, que establecen que los depósitos de archivo deben cumplir condiciones ambientales controladas de:
 - *Temperatura entre 15 °C y 20 °C, con fluctuación diaria máxima de 4 °C.*
 - *Humedad relativa entre 45 %HR y 60 %HR, con fluctuación diaria máxima de 5 %.*
 - *Iluminación ≤ 100 lux sobre los documentos.*
- Programa de Gestión Documental – PGD y PINAR de la Unidad, que contemplan la conservación preventiva como parte de la gestión de los archivos y el deber de implementar controles para preservar la integridad física de los documentos.
- Lineamientos institucionales sobre uso, mantenimiento y limpieza de las bodegas de archivo, que exigen mantener las áreas libres de polvo, basura y materiales ajenos a la función archivística, así como conservar en buen estado el mobiliario y estantería.

Del análisis comparativo de los informes de monitoreo ambiental correspondientes a los periodos julio–septiembre de 2024, abril–junio de 2025 y julio–septiembre de 2025, se evidencia lo siguiente:

- En la Bodega 23 y demás depósitos monitoreados: Los promedios de temperatura y humedad relativa se ubican de forma recurrente en los límites superiores de los rangos normativos, con múltiples registros por fuera de los valores permitidos, tanto por exceso como por defecto; la humedad relativa presenta oscilaciones importantes, con mínimos por debajo del 45 %HR y máximos por encima del 60 %HR, lo que se repite en los tres periodos evaluados; y las mediciones de iluminación en diferentes niveles de las estanterías, en especial el tercer nivel, superan ampliamente los 100 lux establecidos en la normativa.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 155 de 165


- Entre los tres informes analizados se observa que: las recomendaciones formuladas (uso de deshumidificadores, control y estabilización de la ventilación, reducción de los niveles de iluminación, monitoreo permanente y ajustes de equipos) se repiten de un periodo a otro, sin evidencia clara de una mejora sostenida en las condiciones ambientales; y las variaciones y desviaciones persisten en los informes más recientes, lo que indica que las acciones implementadas, si las hay, no han sido suficientes o efectivas para corregir de manera estructural las condiciones ambientales.
- Adicionalmente, durante el recorrido de auditoría realizado el 27 de octubre de 2025 en la Bodega 23, se evidenció: Acumulación de polvo en las cajas y en la estantería; estantería con deterioro en la pintura, con pérdida de recubrimiento y signos de desgaste; presencia de basura en el piso y residuos ajenos a la función archivística. Lo anterior se encuentra documentado en el registro fotográfico aportado a la auditoría.

Se identifica como causa probable:

- Falta de implementación oportuna y efectiva de las recomendaciones técnicas contenidas en los informes de monitoreo ambiental, lo que se refleja en la repetición de las mismas observaciones en diferentes periodos.
- Debilidades en la articulación entre el área responsable de la gestión documental y las dependencias encargadas de infraestructura, mantenimiento y servicios generales, para asegurar el control de las condiciones ambientales, el mantenimiento de la estantería y el orden y aseo de las bodegas.
- Ausencia de mecanismos de seguimiento y verificación que aseguren el cierre de las acciones correctivas (planes de mejoramiento sin trazabilidad clara o sin responsables y plazos definidos).

Las situaciones descritas generan, entre otros, los siguientes efectos reales y potenciales:

- Incremento del riesgo de deterioro físico, químico y biológico de las unidades documentales, por la combinación de humedad elevada, fluctuaciones ambientales, polvo y suciedad, lo cual favorece la aparición de hongos, bacterias y plagas, así como la degradación del papel, tintas y soportes.
- Mayor probabilidad de pérdida parcial o total de información contenida en los archivos bajo custodia, con impacto en la memoria institucional, la atención a las víctimas y el cumplimiento de obligaciones legales y administrativas.
- Incumplimiento de la normativa archivística vigente y de los lineamientos del Archivo General de la Nación, lo que puede derivar en observaciones recurrentes de entes de control y en afectación de la imagen institucional.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 156 de 165

Evidencia de debilidad en la implementación del PGD y del PINAR, en lo relacionado con la conservación preventiva y la gestión del riesgo archivístico, al mantenerse las mismas condiciones y recomendaciones a lo largo de varios periodos de seguimiento.


6.2 OBSERVACIONES

OBSERVACIÓN No. 1

No corresponde a la Oficina de Control Interno desarrollar la auditoría de gestión documental definida en el programa específico de Auditoría y Control definido en el marco de Programa de Gestión Documental de la UARIV ([Programa de Gestión Documental V9 | Unidad para las Víctimas](#)). El Grupo de Gestión Administrativa y Documental debe replantear el Programa Específico de Auditoría y Control, para dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1080 de 2015, Artículo 2.8.2.5.11 en cuanto a que, la implementación y seguimiento del PGD es responsabilidad del Grupo de Gestión Administrativa y Documental, quien actúa como segunda línea de defensa para garantizar a través del seguimiento, que las dependencias de la Unidad (quienes son la primera línea de defensa) implementen el PDG; y así, la Oficina de Control Interno realizará lo correspondiente como tercera línea de defensa, que es la evaluación independiente con respecto a la efectividad de los controles definidos para garantizar el cumplimiento de la implementación del PGD.

OBSERVACIÓN No. 2

Se recomienda al proceso Gestión Documental que, en futuras negociaciones, se consideren los principios y finalidades de la Función Pública, conforme a lo establecido en el artículo 3° de la Ley 489 de 1998 la cual señala: *“La función administrativa se desarrollará conforme a los principios constitucionales, en particular los atinentes a la buena fe, igualdad, moralidad, celeridad, economía, imparcialidad, eficacia, eficiencia, participación, publicidad, responsabilidad y transparencia. Los principios anteriores se aplicarán, igualmente, en la prestación de servicios públicos, en cuanto fueren compatibles con su naturaleza y régimen.”* (Subrayado fuera del texto). De igual forma debe observarse lo indicado en la Ley 87 de 1993, artículo 1, que establece: *“El ejercicio de control interno debe consultar los principios de igualdad, moralidad, eficiencia, economía, celeridad, imparcialidad, publicidad y valoración de costos ambientales. 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”*. Lo anterior, cobra especial relevancia debido a que, si bien en el anexo técnico se establece un tope de pago mensual por los radicados, se evidencia que dicho tope únicamente se aplica cuando el número de radicados es inferior al límite previsto. Sin embargo, la Entidad realiza pagos superiores cuando se excede el tope de los radicados, situación que podría generar riesgos en materia de economía y eficiencia en la ejecución de los recursos públicos.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 157 de 165

OBSERVACIÓN No. 3

Mediante correo electrónico de fecha 21/11/2025, se solicitó: *Se informen las razones por las cuáles la gestión de todas las comunicaciones oficiales (PQRS) no se realiza en el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo – SGDEA - ARCHIDHU Módulo de Comunicaciones; certificar si ARCHIDHU soporta la gestión, tanto de las comunicaciones oficiales, como la notificación de los actos administrativos, y si los flujos de LEX se pueden realizar en ARCHIDHU.*


El auditado a través del correo electrónico de fecha 27/11/2025 da respuesta en los siguientes términos:

Respuesta: *De acuerdo con los procedimientos y directrices establecidos por el proceso de Gestión Documental, todas las comunicaciones oficiales que ingresan a la Unidad deben ser radicadas exclusivamente por nuestro equipo, garantizando el cumplimiento de los lineamientos institucionales, la trazabilidad de los trámites y la integridad del registro documental. En este sentido, la gestión de las comunicaciones oficiales (PQRS) se realiza conforme a lo establecido en los instrumentos archivísticos y manuales vigentes, los cuales definen que la radicación debe ser administrada directamente por el proceso de Gestión Documental. Por lo anterior, cualquier actuación se adelanta siguiendo estrictamente lo dispuesto en dichos lineamientos.*

*Respecto a si el SGDEA – ArchiDHu soporta la gestión de comunicaciones oficiales, la notificación de actos administrativos y los flujos actualmente implementados en LEX, es importante precisar que el aplicativo cuenta con la funcionalidad de gestionar comunicaciones oficiales dentro de su módulo correspondiente. Adicionalmente, ArchiDHu dispone de la opción **Workflow**, desde la cual es técnicamente posible cargar y parametrizar flujos de trabajo.*

*No obstante, para la implementación de flujos específicos asociados a los procesos de notificación o a los trámites actualmente configurados en LEX, es necesario adelantar **mesas técnicas** con los equipos responsables, con el fin de identificar el detalle del trámite, las actividades involucradas y las reglas de negocio. Esto permitirá establecer el **modelo entidad-relación** requerida y definir los parámetros técnicos necesarios para su correcta configuración dentro del SGDEA.*

En el desarrollo de la auditoría se evidenciaron debilidades en la gestión y seguimiento de las comunicaciones oficiales, en especial de las PQRS, desde su radicación y gestión hasta la respuesta definitiva. Se observó que no todas las peticiones se gestionan a través de la bandeja del grupo de Servicio al Ciudadano y del flujo definido para tal fin, sino que algunas son direccionadas a otras bandejas del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo – SGDEA (ARCHIDHU) sin el seguimiento oportuno, como se constató en la debilidad No. 6, donde se identificaron peticiones sin respuesta en la bandeja 164 del Grupo de Gestión del Talento Humano, con términos vencidos y sin integración con el aplicativo LEX, situación que contraviene lo establecido en la Ley

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 158 de 165

1755 de 2015, vulnera el derecho de las víctimas y/o ciudadanos a obtener respuesta oportuna a sus solicitudes.


Lo anterior evidencia la necesidad de que la Unidad unifique la radicación, distribución, gestión y seguimiento de todas las comunicaciones oficiales en un solo sistema institucional, priorizando el uso del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo – SGDEA – ARCHIDHU, adquirido mediante el contrato interadministrativo No. 1963-2023 por un valor aproximado de \$3.120.000.000, y que, a través de las mesas técnicas necesarias, se definan y migren en este sistema los flujos actualmente implementados en LEX, con el fin de evitar reprocesos, fortalecer la trazabilidad de los trámites y mitigar el riesgo de incumplimiento de los términos legales para la respuesta de las PQRS.

OBSERVACIÓN No. 4

Se evidenció que, respecto de la actividad 12 “Adquisición del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo – SGDEA” del contrato interadministrativo No. 1963-2023, a 31 de diciembre de 2024 la UARIV ha pagado la suma de \$3.120.000.000 por dicho sistema. Sin embargo, este valor no se encuentra definido de manera explícita y desagregada en el contrato, en los estudios previos ni en el anexo técnico, y el cuadro económico de la propuesta comercial presentada por SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A.S – 472 integra en un mismo ítem diferentes servicios archivísticos junto con el SGDEA, presentando inconsistencias y una descripción poco clara del ítem 11, lo que dificulta identificar con precisión el valor de adquisición del sistema, limita la trazabilidad del gasto y genera riesgos en la transparencia y razonabilidad de la negociación. En consecuencia, se recomienda que, para las próximas negociaciones, la Unidad defina con claridad, de forma individualizada y verificable, el valor del producto o servicio a adquirir, desde la etapa de estudios previos, en la oferta económica y en los demás documentos contractuales.

OBSERVACIÓN No. 5


Durante el recorrido de auditoría realizado el 20 de octubre de 2025 se evidenció que, aunque el proceso cuenta con un tablero de control para realizar el seguimiento a los traslados documentales, las novedades allí registradas no están siendo gestionadas de manera oportuna ni efectiva. Las inconsistencias y alertas consignadas permanecen abiertas sin evidencia de análisis, definición de responsables, plazos de atención ni acciones de mejora. Esta situación se aparta del lineamiento de traslados documentales definido por la Unidad para las Víctimas y por el Grupo de Gestión Administrativa y Documental, cuyo propósito es garantizar la seguridad, integridad, confiabilidad y centralización de la información producida y recibida por las DT, PAV, CRAV y Operadores Misionales. Esta falta de gestión oportuna de las novedades puede afectar la protección de los

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 159 de 165

archivos de derechos humanos, memoria histórica y conflicto armado, así como la integridad de los expedientes trasladados a la Sede Central de Archivo.

7. ASPECTOS SOBRESALIENTES

- Se destaca como fortaleza que la Unidad cuenta con el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo – ARCHIDHU, a través del cual se puede gestionar de manera integrada el proceso de gestión documental de la Entidad, desde la radicación de las comunicaciones oficiales hasta su archivo, consulta y disposición final. Este sistema permite centralizar la información, facilitar el seguimiento a los trámites, mejorar la oportunidad en la atención de las solicitudes y garantizar la trazabilidad, conservación y disponibilidad de los documentos en sus diferentes etapas del ciclo de vida. Se insta al proceso de gestión documental optimizar la implementación en todas las dependencias de esta herramienta tecnológica.
- En desarrollo de la auditoría al Proceso de Gestión Documental se evidenció como aspecto sobresaliente que el proceso cuenta con un marco normativo y procedimental formalizado, actualizado y divulgado, soportado en manuales e instrumentos archivísticos que orientan la organización de documentos físicos y electrónicos. Se verificó la aplicación del Manual para la organización de documentos físicos y electrónicos, observándose que los funcionarios responsables conocen y aplican las directrices establecidas.
- De igual forma, se resalta la existencia de un sistema de medición consolidado, con indicadores que se encuentran en plena producción, actualizados y socializados, los cuales pueden soportar la toma de decisiones y el seguimiento a la gestión del proceso. El modelo de control presenta un alto nivel de madurez, complementado con un esquema de mejoramiento o valor agregado que ha avanzado de la formulación de propuestas a la ejecución de acciones concretas, evidenciando un enfoque de mejoramiento continuo. Asimismo, el proceso dispone de un sistema de seguimiento a la gestión medianamente conformado, sobre el cual se realizan monitoreos periódicos que contribuyen al cumplimiento de los objetivos institucionales.
- Se destaca, además, que el Proceso de Gestión Documental cumple las funciones establecidas en la normativa archivística vigente y aporta al desarrollo de las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. Como resultado de la gestión técnica desarrollada, se evidencia un avance significativo en la organización e intervención archivística, reflejado en la conformación de expedientes y en la intervención de volúmenes importantes de archivo, lo que redundará en una mejor organización, acceso y conservación de

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022 Página 160 de 165

la información institucional. En conjunto, estos elementos permiten concluir que el Sistema de Control Interno del proceso presenta fortalezas que potencian su funcionamiento integral y contribuyen de manera efectiva al logro de los objetivos de la Entidad.

8. RESULTADOS DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.

El Equipo Auditor examina las acciones planteadas y ejecutadas por el Grupo de Gestión Administrativa y Documental en auditorías pretéritas. Esta evaluación permite establecer si la gestión presenta la efectividad necesaria para eliminar las causales que dieron origen a la debilidad. En consecuencia, se decide:

8.1. Plan de Mejoramiento Auditoría de Gestión

Consultando el plan de mejoramiento de auditoría de primera parte, el proceso de Gestión Documental no tiene debilidades de auditoría de Control Interno, ni actividades pendientes.


8.2. Plan de Mejoramiento Ente de Control (CGR)

Consultando el plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la República, el proceso de Gestión Documental no tiene hallazgos de auditoría, ni actividades pendientes.

8.3. Plan de Mejoramiento Archivístico

Como resultado de la visita de inspección realizada en la Unidad Para las Víctimas durante los días 22, 23 y 24 de julio de 2015, con el objeto de verificar el cumplimiento a la Ley 594 de 2000 (Ley General de Archivo) y su respectivo informe emitido mediante oficio 2-2016-07179 del 3 de octubre de 2016, se identificaron nueve (9) hallazgos en la gestión documental de la Unidad, en el desarrollo de la auditoría el equipo auditor evidencia el cumplimiento de las acciones planteadas en el plan de mejoramiento archivístico, a continuación se relaciona los hallazgos, con su respectivo avance y estado:

Hallazgo	Hallazgo	Avance	Estado	Estado
Hallazgo 1	Instancia Asesora en Materia Archivística.	100%	Cerrado	Superado con el radicado No 2-2018-16089 de fecha 17 de diciembre de 2018.
Hallazgo 2	Tablas de Retención Documental – TRD y Cuadros de Clasificación documental – CCD	100%	Cerrado	Superado con el radicado No. 2-2021-392 del 20 de enero de 2021.
Hallazgo 3	Programa de Gestión Documental	100%	Cerrado	Superado con el radicado No. 2-2021-392 del 20 de enero de 2021.
Hallazgo 4	Formato Único de Inventarios Documentales – FUID:	100%	Cerrado	Superado con el radicado 2023-1383680-1 del 20 de septiembre de 2023.
Hallazgo 5	Unidad de Correspondencia	100%	Cerrado	Superado con el radicado No. 2-2021-392 del 20 de enero de 2021.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE		Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO		Fecha: 25/10/2022
			Página 161 de 165

Hallazgo 6	Conformación de los Archivos	100%	Cerrado	Superado se Convalidaron TVD en el mes de octubre de 2024. Radicado No. AGN-2-2024-10578 del 18 de octubre de 2024.
Hallazgo 7	Organización de Archivos de Gestión	100%	Cerrado	Superado con el radicado No. AGN 2-2023-000676 del 30 de enero de 2023.
Hallazgo 8	Organización de Historia Laborales	100%	Cerrado	Superado con el radicado No. 2-2022-12074 del 24 de noviembre de 2022.

Con la ejecución del Plan de Mejoramiento Archivístico, la UARIV fue subsanando progresivamente las observaciones formuladas. Para la vigencia 2025, mediante el radicado No. 2025-1729904-1 del 03/10/2025 a las 14:47:11, se solicitó al Archivo General de la Nación la certificación de su cumplimiento, teniendo en cuenta que la Unidad para las Víctimas ha dado alcance al 100% de las acciones previstas.

Desde el Grupo de Gestión Administrativa y Documental debe hacer seguimiento al cierre del Proceso Administrativo Sancionatorio, el Archivo General de la Nación, formuló cargos por presunto incumplimiento al Plan de Mejoramiento Archivístico (PMA), con información de vencimiento de fecha 30 de abril de 2022. La Unidad para las Víctimas mediante radicado No. 2023-1383680-1, presentó los descargos contra la Resolución 509 del 28 de junio de 2023, indicando el cumplimiento y cierre de 7 de los 9 hallazgos, partiendo de los informes de cumplimiento y los informes emitidos por el Archivo General de la Nación, tal como se relacionó en el cuadro anterior. En cuanto a los hallazgos 4 y 6 para la fecha de la formulación de cargos, continuaban abiertos. Estos hallazgos al cierre de la vigencia 2024, el equipo auditor evidencia que se culminaron las acciones siendo el hallazgo 6 el último en superarse.


La Unidad para las Víctimas no ha recibido respuesta frente al radicado No. 2023-1383680-1 mediante el cual se presentó los descargos contra la Resolución 509 del 28 de junio de 2023 y por su parte el Grupo de Inspección y Vigilancia del Archivo General de la Nación tampoco se ha vuelto a pronunciar.

9. RESULTADOS DE LOS LOGROS DE GESTIÓN

El resultado de la gestión del proceso de gestión documental está incluido en el resultado obtenido por la Secretaria General en la evaluación por dependencias y obtuvo un logro del 9.66/10.00.

10. CONCEPTO DE AUDITORÍA

La Oficina de Control Interno realizó la auditoría al Sistema de Control Interno del Proceso de Gestión Documental, en cumplimiento de la Ley 87 de 1993, el Decreto 943 de 2014, la normatividad interna de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas y el Modelo

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 162 de 165

Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, evaluando la gestión desarrollada entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024. El análisis incluyó las variables de indicadores, riesgos, control, mejora o valor agregado y seguimiento, el diseño y efectividad de los controles del mapa de riesgos, el cumplimiento de funciones, la ejecución del plan de acción, la gestión contractual asociada al proceso y otros aspectos relevantes de la operación.


Como resultado de la evaluación, el Sistema de Control Interno del Proceso de Gestión Documental obtuvo una calificación consolidada de 87,5 sobre 100, equivalente a un nivel “Medio” de madurez del control interno, que refleja un modelo estructurado, con fortalezas importantes y, al mismo tiempo, con oportunidades de mejora que requieren atención prioritaria. Adicionalmente, en la evaluación de logros de gestión por dependencias, el resultado del proceso está incorporado en el desempeño de la Secretaría General, que obtuvo un logro de 9,66 sobre 10, lo que evidencia cumplimiento de metas y resultados en la vigencia evaluada.

No obstante, aunque las evidencias aportadas para la validación de la herramienta evaluativa del Sistema de Control Interno confirman las fortalezas mencionadas, las pruebas realizadas por el Equipo Auditor identificaron debilidades en las variables de control y seguimiento. Estas brechas representan riesgos para la confiabilidad del proceso y deben ser subsanadas mediante la implementación de acciones correctivas y mecanismos de monitoreo integrales.

Se recomienda establecer planes de mejora específicos, fortalecer la trazabilidad de las actividades y garantizar la retroalimentación continua, con el fin de consolidar una gestión documental eficiente, segura y alineada con los estándares institucionales.

Dentro de los aspectos sobresalientes se destaca que el Proceso de Gestión Documental cuenta con un marco normativo y procedimental formalizado, actualizado y divulgado, soportado en procedimientos, manuales e instrumentos archivísticos que orientan la organización de documentos físicos y electrónicos, verificándose la aplicación efectiva del Manual para la organización de documentos físicos y electrónicos por parte de los funcionarios responsables.

Así mismo, se evidenció un sistema de medición consolidado, con indicadores en producción, actualizados y socializados, que soportan la toma de decisiones y el seguimiento a la gestión; el modelo de control presenta un nivel de madurez que ha permitido avanzar de la formulación de propuestas a la ejecución de acciones de mejoramiento, con un sistema de seguimiento que contribuye al logro de los objetivos institucionales. Se resalta, además, el avance en la organización e intervención archivística, la conformación de expedientes, la intervención de volúmenes importantes de archivo y el cumplimiento de las funciones archivísticas y de las políticas MIPG; igualmente, a la fecha de la auditoría el proceso no registra debilidades vigentes en planes de


 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 163 de 165

mejoramiento derivados de auditorías internas de control interno ni de la Contraloría General de la República.

No obstante, a estas fortalezas, el proceso presenta debilidades relevantes que inciden en la efectividad global del Sistema de Control Interno. Se identificaron insuficiencias en el diseño y actualización de algunos procedimientos clave, particularmente en la identificación de puntos de control en el procedimiento de consulta, préstamo y devolución de documentos; la referencia a normativa derogada en el procedimiento de transferencias documentales; y la necesidad de ajustar el procedimiento de control de la información documentada del SIG para que los puntos de control correspondan a la práctica real y garanticen la trazabilidad de los cambios. Así mismo, se evidenciaron debilidades en la gestión de las condiciones ambientales, de orden, aseo e infraestructura en las bodegas de archivo, pese a recomendaciones reiteradas en los informes de monitoreo ambiental 2024–2025, lo que representa un riesgo para la conservación del patrimonio documental y evidencia falencias en la implementación del PGD y del PINAR en materia de conservación preventiva y gestión del riesgo archivístico.

Desde la perspectiva archivística, la adecuada aplicación de las Tablas de Retención Documental por parte de todas las unidades productoras y el cumplimiento oportuno y sistemático de las transferencias documentales al Archivo Central revisten especial importancia, por cuanto permiten asegurar la integridad, autenticidad, disponibilidad y racionalización de la información institucional, evitando la acumulación innecesaria de documentos, la dispersión de series documentales y el incremento de riesgos asociados a pérdida, deterioro o uso inadecuado de la información. En este sentido, el seguimiento y verificación de la correcta aplicación de las TRD y de los procedimientos de transferencia documental se constituye en un elemento crítico del Sistema de Control Interno del Proceso de Gestión Documental y requiere ser fortalecido en todas las dependencias y Direcciones Territoriales.

En materia de comunicaciones oficiales (PQRS), se constató que no todas las peticiones se gestionan a través de los flujos definidos por el Grupo de Servicio al Ciudadano y que algunas se direccionan a otras bandejas del Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo – SGDEA – ARCHIDHU sin el seguimiento oportuno, incluso con términos vencidos y sin adecuada integración con el aplicativo LEX, lo que vulnera el derecho de las víctimas y ciudadanos a obtener respuesta oportuna. Se observaron igualmente debilidades en el seguimiento a traslados documentales, donde las novedades identificadas no están siendo gestionadas de manera oportuna ni efectiva, y en el control sobre el préstamo y devolución de expedientes, al mantenerse solicitudes sin devolución registrada, lo que incrementa el riesgo sobre la integridad y disponibilidad de la información.

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 164 de 165

En el ámbito contractual, se identificaron debilidades en la trazabilidad, transparencia y soportes de la facturación de la actividad de elaboración y actualización de instrumentos archivísticos del contrato interadministrativo No. 1963-2023, al no evidenciarse de manera desagregada el recurso humano suministrado, los valores unitarios, ni la relación detallada de instrumentos efectivamente elaborados o actualizados, situación que afecta los principios de economía, eficiencia y responsabilidad en el manejo de los recursos públicos.

Adicionalmente, se observó que el Programa Específico de Auditoría y Control previsto en el Programa de Gestión Documental atribuye indebidamente a la Oficina de Control Interno la ejecución de auditorías de gestión documental que corresponden a la segunda línea de defensa, por lo cual se recomendó al Grupo de Gestión Administrativa y Documental replantear dicho programa para ajustarlo al Decreto 1080 de 2015, de manera que las dependencias operativas mantengan su rol como primera línea de defensa, el Grupo de Gestión Administrativa y Documental ejerza la implementación y seguimiento del PGD como segunda línea, y la Oficina de Control Interno conserve su función de evaluación independiente como tercera línea de defensa.


En criterio de la Oficina de Control Interno, concepto que se presenta para conocimiento y toma de decisiones del Líder del Proceso de Gestión Documental y del Director General de la Unidad, las fortalezas identificadas muestran un proceso técnicamente sólido y con capacidad de gestión; sin embargo, las debilidades y observaciones formuladas en el informe de auditoría evidencian la necesidad de emprender acciones correctivas y de mejora estructural, especialmente en la actualización y aplicación de los procedimientos, la gestión integral de las comunicaciones oficiales (PQRS), la conservación preventiva y el control ambiental de las bodegas de archivo, el seguimiento efectivo a traslados y préstamos de expedientes, el fortalecimiento de la aplicación de las Tablas de Retención Documental y de las transferencias documentales desde las unidades productoras al Archivo Central, la delimitación adecuada de las líneas de defensa del PGD y el fortalecimiento del seguimiento y supervisión contractual.

En consecuencia, se reitera la recomendación de formular e implementar un plan de mejoramiento integral, con responsables, plazos y mecanismos de seguimiento claramente definidos, que aborde las causas raíz de cada una de las debilidades y observaciones señaladas, de manera que se eleve el nivel de madurez del Sistema de Control Interno del Proceso de Gestión Documental, se mitiguen los riesgos para la información institucional y se garantice una gestión alineada con los principios de eficacia, economía, transparencia y respeto por los derechos de las víctimas y la ciudadanía.

Cordialmente,


Nohemilce Quintero Cetina
Auditor Líder


Carlos Arturo Ordoñez Castro
Jefe Oficina de Control Interno

 UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Código: 150,19,15-8
	PROCESO EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	Versión: 08
	PROCEDIMIENTO AUDITORÍAS INTERNAS AL CONTROL INTERNO	Fecha: 25/10/2022
		Página 165 de 165

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.