INFORME FINAL DE AUDITORÍA A LA DIRECCIÓN TERRITORIAL PUTUMAYO

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

Nombre del Proceso:	Dirección Territorial Putumayo
Dependencia líder:	Dirección Territorial Putumayo
Responsable del Proceso:	Maria Deycy Pabón Daza
Tipo de auditoría realizada:	De primera parte, efectividad del sistema de control interno
Fecha de auditoría:	Del 01 de agosto al 15 de diciembre de 2025
Equipo Auditor:	John Dairo Bermeo Cuellar - Auditor Líder Liliana Marcela Críales Rincón - Auditora William Mahecha Hernandez - Auditor Isaías Lozano Vera - Auditor Basco German Ricaurte Guerra - Auditor Miguel Angel Espinosa Ruiz - Auditor Jose de Jesús Gutierrez Villalba - Auditor

1. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

La auditoría tiene como objetivo evaluar el sistema de control interno de la Dirección Territorial Putumayo 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 de la Dirección Territorial.

Para efectos de lograr el propósito se tienen como objetivos específicos: i) Verificar el Sistema de Control Interno con la ejecución de las actividades que aplica a los procesos misionales; ii) Verificar que los líderes implementen, ejecuten, controlen y hagan seguimiento a las herramientas básicas de control (batería de medición, mapa de riesgos, controles, seguimiento y mejoramiento); iii) Verificar los riesgos, el diseño de los controles y la efectividad de la ejecución de las acciones planeadas; iv) Verificar que los líderes implementen, ejecuten y controlen las directrices que ellos han dispuesto con base en el modelo de gestión y control para lograr las metas propuestas en el plan de acción; v) Verificar que las funciones asignadas y las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG se ejecuten mediante procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos o cualquier instrumento formalmente adoptado por la entidad; vi) Verificar el sistema de control de la seguridad de la información y vii) Verificar el seguimiento al gasto público.

2. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

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

Para la presente auditoría se evalúa la gestión de la Dirección Territorial Putumayo 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 materializa ninguno de los riesgos identificados en el Programa de Auditoria para la vigencia 2025. En especial se debe resaltar que el acceso a las fuentes de información de la territorial por parte del auditor se realiza de manera armónica y ello no genera ninguna perturbación a la gestión.

Sumado a esto, el trabajo coligado con el auditado y la claridad en las actividades permiten que el proceso de auditoría se desarrolle conforme a los plazos y cronogramas establecidos. Por último, el enlace designado para atender la auditoría tiene claridad del proceso y brinda la colaboración esperada, lo que contribuye a generar un clima de confianza, respeto y compromiso, evitando dificultades en el ejercicio auditor.

4. METODOLOGÍA UTILIZADA

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

5. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

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

A partir del marco normativo establecido en el Decreto 4802 de 2011 *"Por el cual se establece la estructura de la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas."*, en su artículo 29 se establecen las funciones de las direcciones territoriales, para este análisis se citan las siguientes:

"1. Ejecutar las políticas, planes, programas y proyectos de competencia de la entidad en su correspondiente jurisdicción, de conformidad con los lineamientos y delegaciones señalados por la Dirección General y adelantar el seguimiento y evaluación de los mismos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En cuanto al artículo 4 *"Elementos para el Sistema de Control Interno"*, se citan los aspectos que se deben implementar para orientar la aplicación del control interno, para este se considera el literal b):

b. Definición de políticas como guías de acción y procedimientos para la ejecución de los procesos;

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

Fuente: Guía de riesgos del DAFP

En lo pertinente a los procesos, dentro de la cadena de valor, ellos permiten la transformación de los insumos agregándoles valor para generar los productos institucionales.

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

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

la forma de trabajo de los miembros que lo componen y esto facilita tanto su aprendizaje como el de nuevos integrantes en el desenvolvimiento de sus roles y tareas.

Por consiguiente, la Oficina de Control Interno diseña un papel de trabajo denominado *"evaluación procedimientos procesos misionales"*, lo anterior 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;*

A partir de lo anterior, se toma como muestra para el desarrollo de esta auditoria cuatros (4) procesos misionales: *"Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez, Participación y Visibilización, Reparación Integral y Relación con el Ciudadano"*, de los cuales se analizan y evalúan cinco (5) procedimientos con las actividades que atañen a las direcciones territoriales, de la siguiente manera:

PROCESO MISIONAL	PROCEDIMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez	Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4 Código: 310,03,08-17	100%
	Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas V1 Código:310,03,08-23	100%
Participación y Visibilización	Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas V1 Código:230,09,08-11	100%
Reparación Integral	Notificación de Indemnización Administrativa y Entrega del Mensaje Estatal de Reconocimiento y Dignificación V5 Código: 410.08.08-21	100%
Relación con el Ciudadano	Trámite Notificación de Actos Administrativos V7	100%

Fuente: Herramienta OCI

El Equipo Auditor teniendo en consideración el marco normativo y administrativo del sistema de control interno – procedimientos misionales, solicita a la Dirección Territorial Putumayo registrar en el papel de trabajo la evidencia que corresponde a la ejecución de la descripción de la actividad asociada a cada procedimiento que se realiza desde el nivel territorial, y el cargue de las mismas en la carpeta del SharePoint destinada para tal fin.

Por lo tanto, mediante correo electrónico del miércoles 01 de octubre de 2025 a las 8:29 a.m., el Equipo Auditor remite el documento para su diligenciamiento. Posteriormente, el Equipo Auditado da respuesta mediante correo electrónico del viernes 17 de octubre de 2025 a las 4 :18 p.m., con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

Es necesario señalar que el propósito de esta evaluación es determinar el nivel de cumplimiento de la Dirección Territorial en realizar de manera específica y precisa las actividades determinadas en cada uno de los procedimientos, bajo los siguientes criterios:

1. *La evidencia demuestra que la actividad se realizó de forma total.*
2. *La evidencia demuestra que la actividad se realizó parcialmente.*
3. *La evidencia remitida no da certeza sobre la realización de la actividad.*

Del análisis correspondiente, el Equipo Auditor, mediante la técnica de confrontación documental y control cruzado, analiza si la evidencia de la actividad posee todos los aspectos referenciados en la estructura general de los procedimientos establecidos por la Entidad, en cuanto a las casillas denominadas: descripción, entrada, responsable y salida. A partir de lo anterior, el papel de trabajo establece los resultados de acuerdo con los criterios antes mencionados, y define así el concepto auditor:

1. *De 0% a 49%: El análisis general del cumplimiento del proceso arroja un resultado que evidencia el no cumplimiento.*
2. *De 50% a 85%: El análisis general del cumplimiento del proceso arroja un resultado que evidencia el cumplimiento parcial.*
3. *De 86% a 100%: El análisis general del cumplimiento del proceso arroja un resultado que evidencia su cumplimiento.*

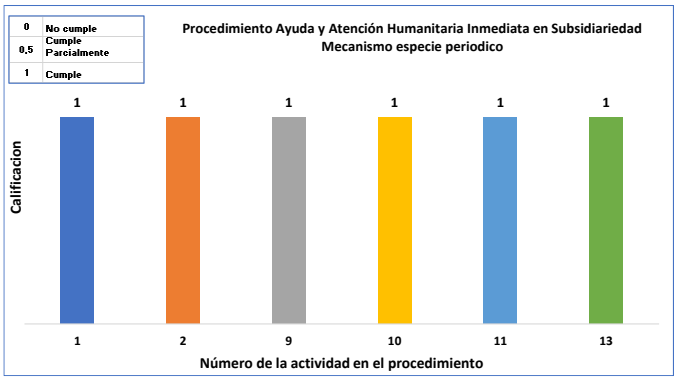
Producto de esta actividad, se observa que la Dirección Territorial de acuerdo con los cuatro (4) procesos evaluados, cada uno con sus respectivos procedimientos, alcanza un cumplimiento del 100% en relación con las actividades que le corresponde gestionar y aplicar en el territorio, según las evidencias presentadas. Este resultado resalta la gestión efectiva, organizada y comprometida de la dirección en el cumplimiento de sus funciones institucionales.

En detalle, El proceso de Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez incluye dos (2) procedimientos: a*) "Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4"* y b) *"Procedimiento para la Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas V1"*, ambos alcanzan un cumplimiento del 100%. El proceso de Participación y Visibilización cuenta con el procedimiento de *"Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas V1"*, con un cumplimiento del 100%. El proceso de Reparación Integral contempla el procedimiento de *"Notificación de Indemnización Administrativa y Entrega del Mensaje Estatal de Reconocimiento y Dignificación V5 - Código: 410.08.08-21"*, con un cumplimiento del 100%. Finalmente, el proceso de Relación con el Ciudadano incluye el procedimiento de *"Trámite Notificación de Actos Administrativos V7"*, que alcanza el 100% de cumplimiento.

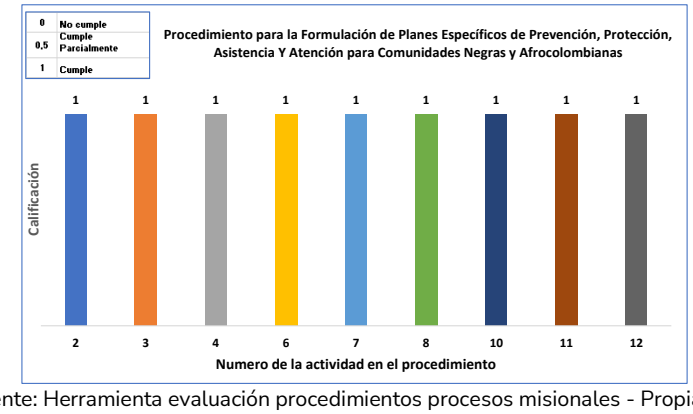
Estos resultados evidencian no solo el cumplimiento normativo y operativo por parte de la Dirección Territorial, sino también su capacidad de planificación, seguimiento y articulación con los actores del territorio. La gestión desarrollada refleja un compromiso institucional sostenido con las comunidades, especialmente en contextos de vulnerabilidad, garantizando así respuestas oportunas, integrales y con enfoque diferencial.

Al examinar las variables de cada uno de los procedimientos, el resultado de la evaluación por cada uno de ellos es el siguiente:

1. Proceso de Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez



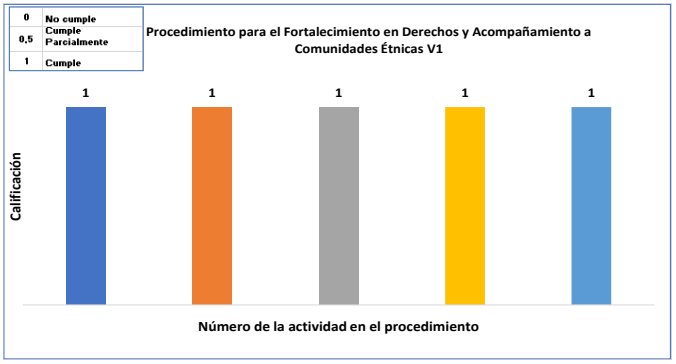
Fuente: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales - Propia OCI



Fuente: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales - Propia OCI

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan cada una de las actividades incluidas en los dos (2) procedimientos "*Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico*" y "*Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia Y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas*" del proceso de "*Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez*" y les da un valor individual. Como resultado se obtiene: *una evaluación holística del proceso, basada en la sumatoria porcentual de cada actividad, lo que permite determinar el nivel de cumplimiento general. El análisis integral evidencia que el proceso cumple con los requisitos establecidos, alcanzando un porcentaje de cumplimiento del 100%.*

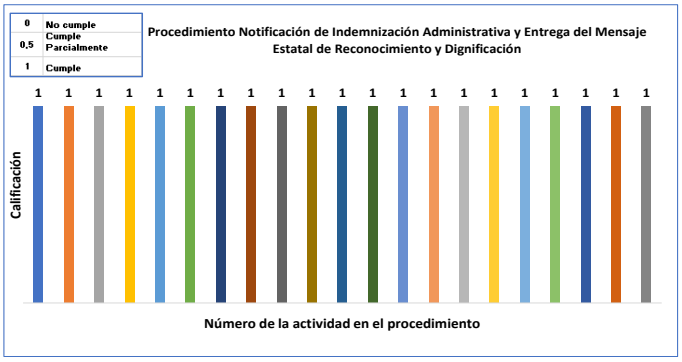
2. Proceso de Participación y Visibilización



Fuente: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales - Propia OCI

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan cada una de las actividades incluidas en el procedimiento *"Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas"* del proceso de *"Participación y Visibilización"* y les da un valor individual. Como resultado se obtiene: *una evaluación holística del proceso, basada en la sumatoria porcentual de cada actividad, lo que permite determinar el nivel de cumplimiento general. El análisis integral evidencia que el proceso cumple con los requisitos establecidos, alcanzando un porcentaje de cumplimiento del 100%.*

3. Proceso de Reparación Integral



Fuente: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales - Propia OCI

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan cada una de las actividades incluidas en el procedimiento *"Notificación de Indemnización Administrativa y Entrega del Mensaje Estatal de Reconocimiento y Dignificación"* del proceso de *"Reparación integral"* y les da un valor individual. Como resultado se obtiene: *una evaluación holística del proceso, basada en la sumatoria porcentual de cada actividad, lo que permite determinar el nivel de cumplimiento general. El análisis integral evidencia que el proceso cumple con los requisitos establecidos, alcanzando un porcentaje de cumplimiento del 100%.*

4. Proceso de Relación con el Ciudadano

Fuente: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales - Propia OCI

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan cada una de las actividades incluidas en el procedimiento *"Trámite Notificación de Actos Administrativos"* del proceso de *"Relación con el Ciudadano"* y les da un valor individual. Como resultado se obtiene: *una evaluación holística del proceso, basada en la sumatoria porcentual de cada actividad, lo que permite determinar el nivel de cumplimiento general. El análisis integral evidencia que el proceso cumple con los requisitos establecidos, alcanzando un porcentaje de cumplimiento del 100%.*

De lo anterior se concluye que:

Con base en la verificación de la documentación registrada y la aplicación de normas y técnicas de auditoría, el Equipo Auditor alude que; cada una de las actividades que componen los cinco (5) procedimientos de los cuatro (4) procesos evaluados, fue debidamente soportada con evidencias claras, pertinentes, completas y conducentes, que permiten comprobar su correcta ejecución y coherencia con los lineamientos normativos, técnicos y operativos establecidos por la entidad. La entrega de las evidencias de salida de las actividades en estos procedimientos, tales como solicitudes, actas, formatos diligenciados, comunicaciones oficiales, matrices de verificación, compromisos institucionales, registros en sistemas de información, entre otros, refleja una gestión de la Dirección Territorial eficaz y articulada a nivel nacional.

Este nivel de cumplimiento demuestra la capacidad técnica y operativa del equipo responsable de la Dirección Territorial, así como también su compromiso con la planeación, seguimiento y mejora continua del proceso, permitiendo garantizar una atención oportuna a las comunidades destinatarias y el cumplimiento de los mandatos normativos vigentes.

los resultados de la auditoría permiten indicar con claridad que los procesos auditados cumplen a cabalidad con los requisitos establecidos, sin debilidades que comprometan su integridad, pertinencia o ejecución, lo que respalda objetivamente el porcentaje de cumplimiento del 100% y contribuye a fortalecer la gestión institucional en el marco de la atención humanitaria y la garantía

de derechos a la población objeto, la participación, reparación y relación con el ciudadano.

5.2 ANÁLISIS DE LAS VARIABLES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL PUTUMAYO

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 permitan identificar la efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta la Dirección Territorial Putumayo para el cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales que contribuya al fortalecimiento y mejoramiento continuo de la misionalidad de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas UARIV.

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

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

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

5.2.1. Análisis del modelo de medición (Indicadores de gestión diferentes al plan de acción)

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

Territorial posee y reconoce un sistema 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 disímiles a los relacionados exclusivamente con las metas del plan de acción.

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

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

A partir de lo señalado, es importante traer a colación lo dispuesto por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) respecto 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, vigente para la anualidad 2024, dentro de la 2ª. Dimensión: Direccionamiento Estratégico y Planeación en el numeral 2.2 Política de Planeación Institucional en el punto en el cual hace referencia a los lineamientos generales para la implementación de la política, se tiene que:

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

- *Tener claro los objetivos, planes, programas y proyectos para identificar los aspectos prioritarios a ser susceptibles de medición.*
- *Determinar puntos o factores críticos de éxito, es decir, aquellas acciones o actividades de cuyo desarrollo depende la consecución de los objetivos.*

- *Establecer qué se debe medir y qué información se quiere obtener de esa medición, para saber qué tipo de indicador se necesita. Establecer la frecuencia adecuada para la medición de los indicadores, para tomar decisiones en el momento justo.*

- *Definir los indicadores a utilizar y el método de construcción que más se adapte a la propia dinámica y cultura organizacional. De acuerdo con el manual "Planificación estratégica e indicadores de desempeño en el sector público" (CEPAL, 2011: 59) se pueden diferenciar varios tipos de indicadores de producto o resultados, de insumos de proceso, procesos o actividades, o de desempeño de dichas actuaciones en las dimensiones de eficiencia, eficacia, calidad y economía:*

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

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

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

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 en los lineamientos generales para la implementación afirma que:

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

Por su parte en la Dimensión 6° Gestión del Conocimiento e Innovación, 6.2 Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación en los Lineamientos generales para la implementación del Eje 3. Cultura de compartir, comunicar y transformar, indica que:

El propósito es promover una cultura organizacional que valore el intercambio de conocimientos, la comunicación efectiva y la transformación de saberes en acciones concretas. Este eje enfatiza la importancia de compartir experiencias y prácticas significativas, fortalecer capacidades con actividades de cierre de brechas en el conocimiento y generar espacios que promuevan aprendizajes colaborativos.

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.

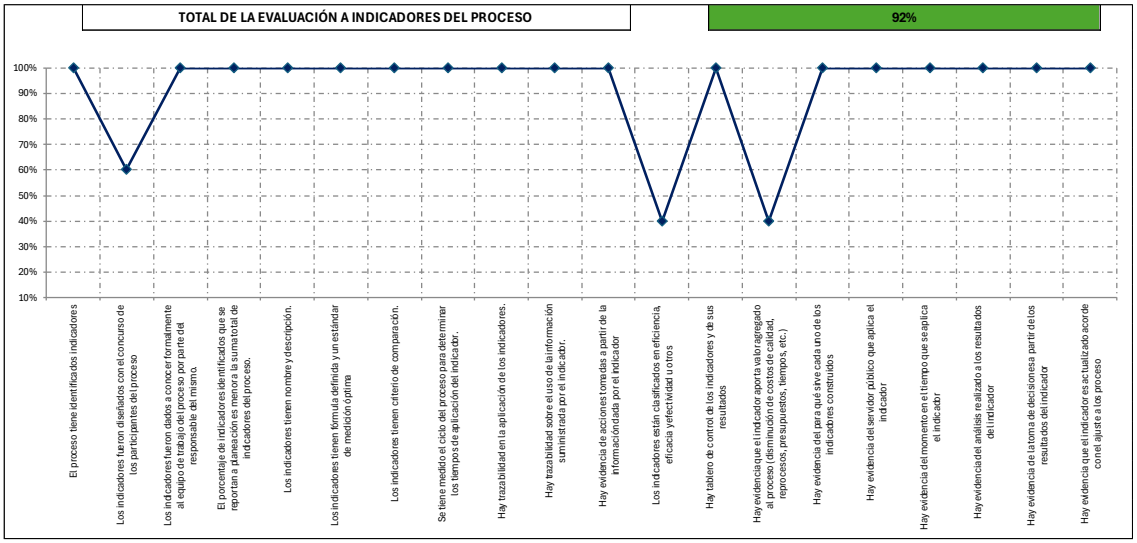
En atención al marco normativo y administrativo que regula la gestión de indicadores, la Oficina de Control Interno, por conducto del Equipo Auditor, remitió a la Dirección Territorial auditada la matriz de evaluación del Sistema de Control Interno – Indicadores, mediante comunicación electrónica enviada el lunes 11 de agosto de 2025 a las 9: 23 p. m. Por su parte, la Dirección Territorial auditada dio respuesta a través de correo electrónico fechado el martes 26 de agosto de 2025 a las 4:32 p. m., adjuntando los soportes documentales que considera procedentes para efectos de sustentar 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 indicadores definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los Objetivos del Sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales b), c), d), e), g) y h) que la administración de los indicadores propende por:

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

El papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – indicadores tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert[1]. La Dirección Territorial auditada responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz así:

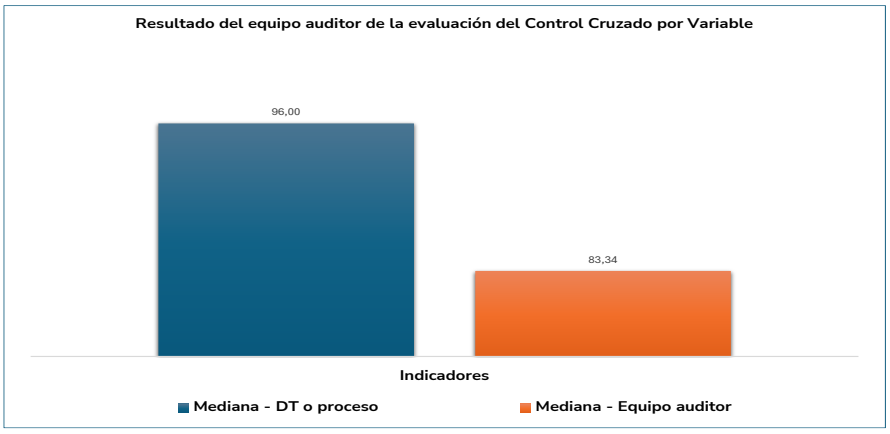
[1] La escala de Likert es una de las escalas más utilizadas en investigación en ciencias sociales. Ofrecen un sistema de clasificación simple que es común a las encuestas de todo tipo. La escala se llama así por el psicólogo que lo creó, Rensis Likert. Un uso común de la escala de Likert es una encuesta 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

De acuerdo con el componente objeto de evaluación, se observa que la Dirección Territorial auditada asignó una calificación de 92 puntos sobre 100 posibles.

No obstante, el Equipo Auditor, en aplicación de las normas y técnicas de auditoría generalmente aceptadas, procedió a verificar la pertinencia, conducencia, completitud y suficiencia de las evidencias que respaldan dicha calificación. Como resultado de este análisis, se determinó que la calificación real del Sistema de Control Interno (SCI) – indicadores corresponde a 83,34 puntos sobre 100 posibles, lo cual refleja una diferencia de 8,66 puntos frente a la valoración inicialmente reportada por la Dirección Territorial auditada y respecto del puntaje máximo posible (100 puntos).



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

Así mismo, se realizó la comparación de la información y evidencias registradas en la herramienta de evaluación del SCI frente a los resultados de las autoevaluaciones reportadas por la Dirección Territorial Putumayo correspondientes al primer y segundo semestre de 2024. Para este fin, se

efectuó un análisis cruzado de los valores y porcentajes obtenidos en ambas herramientas, estableciendo la valoración mediante la aplicación de la mediana.

Del ejercicio se identificó una diferencia de 12,66 puntos en la variable "Indicador", dado que la calificación reportada por la Dirección Territorial auditada fue de 96,00, mientras que la determinada por el Equipo Auditor corresponde a 83,34.

En consecuencia, se concluye que la variable Indicador alcanza un nivel de calificación Alto, con un puntaje equivalente al 83%. Esta conclusión se soporta en los resultados consignados en el papel de trabajo de la Oficina de Control Interno (OCI), evidenciando la importancia de fortalecer la consistencia en la aplicación de la metodología y en la documentación de las evidencias que sustentan la autoevaluación institucional.

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 la Dirección Territorial Putumayo, se identificaron indicadores de gestión distintos a los registrados en SISGESTIÓN 2.0. Estos indicadores se encuentran descritos en las evidencias aportadas, las cuales reflejan de manera cuantitativa el comportamiento y desempeño de la Dirección Territorial auditada.

Por lo anterior, la Dirección Territorial Putumayo, con base en el análisis de los indicadores asociados a la evaluación del Sistema de Control Interno, no evidencia debilidad. Sin embargo, Se recomienda a la Dirección Territorial fortalecer la consistencia y confiabilidad de los indicadores del SCI mediante la validación previa de resultados, la trazabilidad de las evidencias y el seguimiento periódico de las calificaciones, con el fin de garantizar reportes objetivos y alineados con la evaluación del Equipo Auditor.

5.2.2. Análisis del modelo de riesgos de gestión. (Riesgos de gestión diferentes al mapa de riesgos institucional)

El Equipo Auditor examina los riesgos adicionales a aquellos identificados en el mapa de riesgos institucional y la gestión desplegada en la aplicación de la metodología institucional para el manejo y evaluación del sistema de control interno (SCI), con el fin de establecer su nivel de madurez, evidenciando la efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta la Dirección Territorial Putumayo para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. El propósito es determinar si la Dirección Territorial auditada 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 disímiles a los relacionados exclusivamente en el mapa de riesgos institucional.

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

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

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

> *Artículo 2.2.21.5.4 Administración de riesgos. Como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas las autoridades correspondientes establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo. Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y las oficinas de control interno o quien haga sus veces, evaluando los 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, señala que:

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

- *La política de administración de riesgos es la declaración de dirección y las intenciones generales de la entidad con respecto a la gestión del riesgo, la cual establece lineamientos precisos acerca del tratamiento, manejo y seguimiento a los riesgos.*
- *El alcance de la política establece el ámbito de aplicación de los lineamientos, el cual debe abarcar todos los procesos y áreas de la entidad.*
- *La política establece "los niveles aceptables de desviación relativa a la consecución de los objetivos, asociados a la estrategia de la entidad y pueden considerarse para cada uno de los procesos. Los riesgos de corrupción son inaceptables.*
- *En la política 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, vigente para la anualidad 2024, dentro de la 1ª. Dimensión: Talento Humano, en el numeral 1.3 Política de Integridad, en los Lineamientos generales para la implementación se debe:

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

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

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

Formular las metas de largo plazo, tangibles, medibles, audaces y coherentes con los problemas y necesidades que deben atender o satisfacer, evitando proposiciones genéricas que no permitan su cuantificación y definiendo los posibles riesgos asociados al cumplimiento de las prioridades.
Analizar el contexto interno y externo de la entidad para la identificación de los riesgos y sus posibles causas, así como retos, tendencias y oportunidades de mejora e innovación en la gestión.

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

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

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

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

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

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

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

En este instrumento se dejan 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 se 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.*

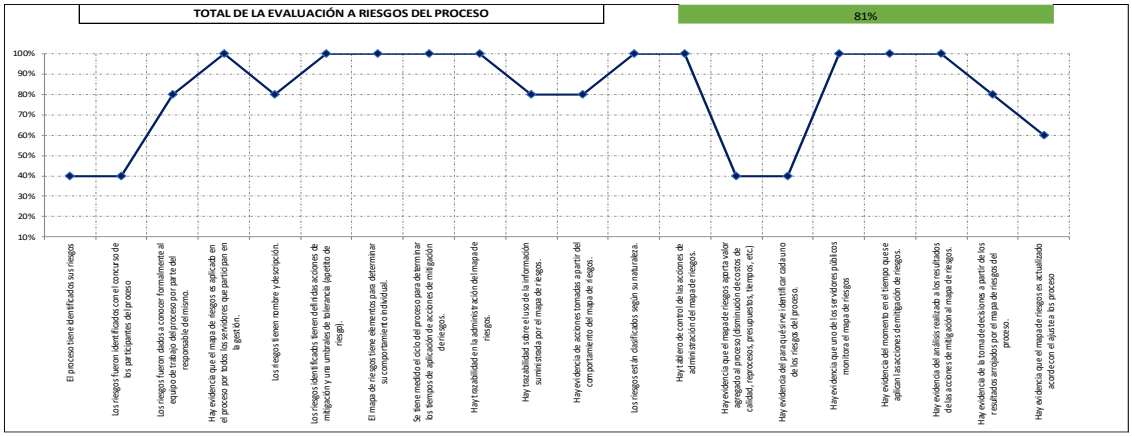
En atención al marco normativo y administrativo que regula la gestión de riesgos, la Oficina de Control Interno, por conducto del Equipo Auditor, remitió a la Dirección Territorial auditada la matriz de evaluación del Sistema de Control Interno –Riesgos, mediante comunicación electrónica enviada el lunes 11 de agosto de 2025 a las 9: 23 p. m. Por su parte, la Dirección Territorial auditada dio respuesta a través de correo electrónico fechado el martes 26 de agosto de 2025 a las 4:32 p. m., adjuntando los soportes documentales que considera procedentes para efectos de sustentar 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 de riesgos en concordancia con las características del sistema de control interno definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema, el cual dispone en los literales b), c), d), e), g) y h) al señalar que se debe:

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

Por lo anterior, el Equipo Auditor aplica a la Dirección Territorial Putumayo el papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – riesgos el cual tiene veinte (20) afirmaciones

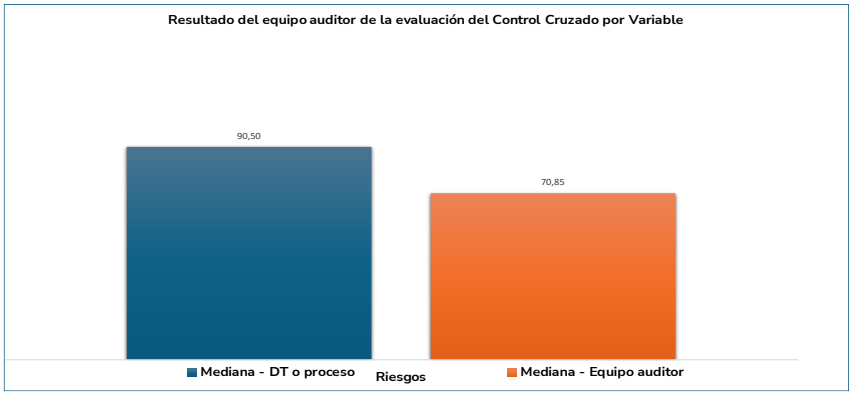
para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert[2]. La Dirección Territorial auditada responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz así:



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

Como se observa, la calificación que se da la Dirección Territorial auditada corresponde a 81 puntos de 100 posibles.

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – riesgos corresponde a 70.85 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 4.15 puntos respecto de la calificación de la Dirección Territorial auditada y del máximo posible (100 puntos).



Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

[2] 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.

Así mismo, se confronta la información y evidencias registradas en la herramienta de evaluación al SCI frente a los resultados de las autoevaluaciones de la DT Putumayo 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 19.65 puntos en la variable *"Riesgos"*, toda vez que el resultado de la valoración de la DT auditada es de 90.50 y la del Equipo Auditor de 70,85, esto debido a que la Dirección Territorial auditada en las evidencias aportadas para la autoevaluación no hace una debida clasificación de las evidencias que corresponden a los riesgos adicionales identificados para la DT, al igual se aportan carpetas sin contenido para las variables de riesgos. Lo que significa que "Hay evidencia de un mapa de riesgos en formación y con indicios de administración de estos. No obstante, falta que el mapa de riesgos y la administración de los mismos sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones*".* (Información tomada resultado papel de trabajo).

Por lo anterior, la Dirección Territorial Putumayo en análisis al componente de riesgos del sistema de control Interno no presenta debilidad.

Sin embargo, el Equipo Auditor recomienda analizar el componente de riesgos del sistema de control interno dado a la diferencia identificada en la variable "Riesgos" evidencia la necesidad de contar con una adecuada identificación y clasificación de los riesgos adicionales propios de la Dirección Territorial. La ausencia de una estructura clara en la documentación y la entrega de evidencias incompletas (carpetas sin contenido) limita la capacidad de evaluar con precisión el nivel de exposición de la entidad y la efectividad de los controles establecidos.

Contar con un mapa de riesgos adicionales garantiza mayor coherencia en las autoevaluaciones y constituye una herramienta fundamental para la toma de decisiones informadas, la prevención de posibles contingencias y la consolidación de una gestión institucional más efectiva y proactiva.

Por lo que el Equipo Auditor, determina como posibles causas de la observación en relacionan principalmente con la limitada identificación y clasificación de los riesgos adicionales propios de la Dirección Territorial, lo que impide contar con un mapa de riesgos amplio y ajustado a su realidad institucional. A ello se suma la falta de evidencias claras y completas que respalden la gestión de dichos riesgos, reflejada en la entrega de soportes incompletos o carpetas sin contenido, situación que reduce la confiabilidad del proceso de autoevaluación y limita la posibilidad de valorar con precisión el nivel de exposición y las acciones de control implementadas.

5.2.3. Análisis del modelo de control. (diferentes a los puntos de control en los procedimientos).

Respecto al modelo de control la entidad tiene definido en sus procedimientos puntos de control según su modalidad en la descripción de actividades y líneas de procesos (flujograma).

Por consiguiente, el Equipo Auditor examina los controles adicionales a aquellos identificados como puntos de control en los procedimientos institucionales y la gestión desplegada en la aplicación de la metodología de control interno y con ello evaluar el sistema de control interno (SCI), lo anterior con el propósito de establecer su nivel de madurez, efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta la Dirección Territorial Putumayo en el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. La finalidad es determinar si la auditada posee y reconoce un modelo de control interno, adicionales a los puntos de control que se describen en los procesos y procedimientos que le permita tener otra herramienta gerencial de las actividades institucionales.

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

> *Se entiende por control interno el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos*(...).
>
> *En consecuencia, deberá concebirse y organizarse de tal manera que su ejercicio sea intrínseco al desarrollo de las funciones de todos los cargos existentes en la entidad, y en particular de las asignadas a aquellos que tengan responsabilidad del mando.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Según lo estipulado por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI, 2014 en el numeral 5.1. Objetivos específicos del MECI en lo correspondiente al control de planeación y gestión en los literal b) y c) debe velar porque la entidad disponga de: *"b) Procesos y procedimientos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales, de acuerdo con su naturaleza, características y propósitos, procurando su simplificación y actualización de manera permanente"* y *c) "Políticas operacionales y delimitación precisa de la autoridad y niveles de responsabilidad".*

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

los lineamientos precisos para la gerencia de procesos que contribuyan al logro de los objetivos institucionales, para lo cual es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

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

Por otra parte, en el Manual Operativo del MIPG en la página 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 7ª "*Control Interno*" la importancia de proporcionar:

> *"(...) una estructura de control de la gestión que especifique los elementos necesarios para construir y fortalecer el Sistema de Control Interno, a través de un modelo que determine los parámetros*

necesarios (autogestión) para que las entidades establezcan acciones, políticas, métodos, procedimientos, mecanismos de prevención, verificación y evaluación en procura de su mejoramiento continuo (autorregulación), en la cual cada uno de los servidores de la entidad se constituyen en parte integral (autocontrol)."[3]

En atención al marco normativo y administrativo que regula la gestión de riesgos, la Oficina de Control Interno, por conducto del Equipo Auditor, remitió a la Dirección Territorial auditada la matriz de evaluación del Sistema de Control Interno –Control, mediante comunicación electrónica enviada el lunes 11 de agosto de 2025 a las 9: 23 p. m. Por su parte, la Dirección Territorial auditada dio respuesta a través de correo electrónico fechado el martes 26 de agosto de 2025 a las 4:32 p. m., adjuntando los soportes documentales que considera procedentes para efectos de sustentar 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:

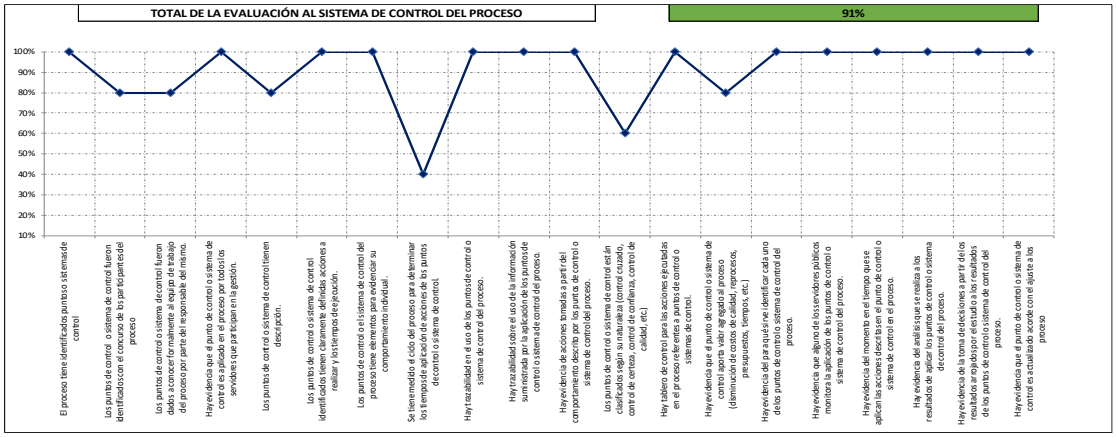
a) Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional; c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento 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 a la Dirección Territorial Putumayo el papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – control el cual tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert[4]. La Dirección Territorial auditada responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz así:

---

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

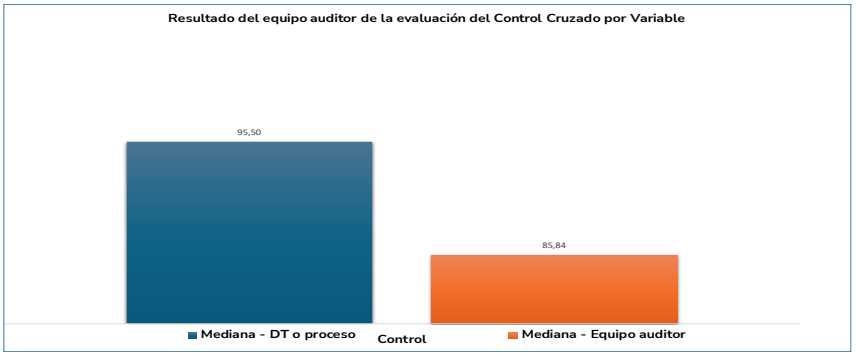
[4] La escala de Likert es una de las escalas más utilizadas en investigación en ciencias sociales. Ofrecen un sistema de clasificación simple que es común a las encuestas de todo tipo. La escala se llama así por el psicólogo que lo creó, Rensis Likert. Un uso común de la escala de Likert es una encuesta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



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

Como se observa, la calificación que se da la Dirección Territorial auditada corresponde a 91 puntos de 100 posibles.

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – control corresponde a 85.84 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 5.16 puntos respecto de la calificación de la auditada y de 14.16 puntos 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 la DT Putumayo 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 9.66 puntos en la variable "*Control*", toda vez que el resultado de la valoración de la DT auditada es de 95.50 y la del Equipo Auditor de 85.84. El Equipo Auditor analiza las evidencias del Sistema de Control Interno (SCI), las cuales evidencian la existencia de controles complementarios a los establecidos formalmente en los puntos de control definidos por los instrumentos de gestión de la entidad. Esto indica que "*Hay evidencia que el modelo*

de control que se soporta en puntos de control y otros mecanismos está en plena producción para sustentar la toma de decisiones, que es inherente al proceso, actualizado y socializado adecuadamente". (Información tomada resultado papel de trabajo).

Por lo anterior, la Dirección Territorial Putumayo, 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 procesos y 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. Análisis del Modelo de Mejora o Valor Agregado

El Equipo Auditor examina el modelo de mejora o valor agregado que aplica la Dirección Territorial en la gestión desarrollada y con ello evalúa el sistema de control interno (SCI), para establecer su nivel de madurez, efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta la Dirección Territorial Putumayo para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. El propósito es determinar si la Dirección Territorial auditada posee y reconoce un modelo de mejora o valor agregado de sus actividades, decisiones y acciones que le permitan tener otra herramienta gerencial de las actividades institucionales.

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

> *Se entiende por control interno el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos.* (...)
>
> *En consecuencia, deberá concebirse y organizarse de tal manera que su ejercicio sea intrínseco al desarrollo de las funciones de todos los cargos existentes en la entidad, y en particular de las asignadas a aquellos que tengan responsabilidad del mando.*

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

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

> "*Articulación del Sistema de Gestión con los Sistemas de Control Interno. El Sistema de Control Interno previsto en la Ley 87 de 1993 y en la Ley 489 de 1998, se articulará al Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG, a través de los mecanismos de control y verificación que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades.*
>
> *El Control Interno es transversal a la gestión y desempeño de las entidades y se implementa a través del Modelo Estándar de Control Interno – MECI".*

El Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI, en el numeral 5.1 Objetivos específicos del MECI en el literal dispone que se debe e) *"Garantizar razonablemente la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional".*

Consecuencia 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, 2024 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:

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

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

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

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

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

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

En atención al marco normativo y administrativo que regula la gestión de riesgos, la Oficina de Control Interno, por conducto del Equipo Auditor, remitió a la Dirección Territorial auditada la matriz de evaluación del Sistema de Control Interno –Mejora o Valor Agregado, mediante comunicación electrónica enviada el lunes 11 de agosto de 2025 a las 9: 23 p. m. Por su parte, la Dirección Territorial auditada dio respuesta a través de correo electrónico fechado el martes 26 de agosto de 2025 a las 4:32 p. m., adjuntando los soportes documentales que considera procedentes para efectos de sustentar el proceso auditor.

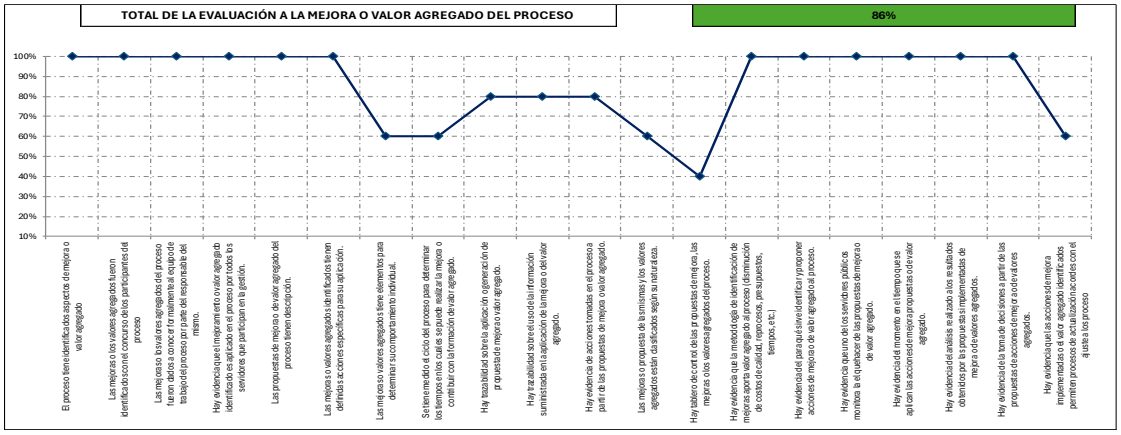
El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de mejora o valor agregado en concordancia con las características del sistema de control interno definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos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

Los resultados obtenidos a través de la aplicación del papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – mejora o valor agregado el cual tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert[5]. La Dirección Territorial auditada responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz así:

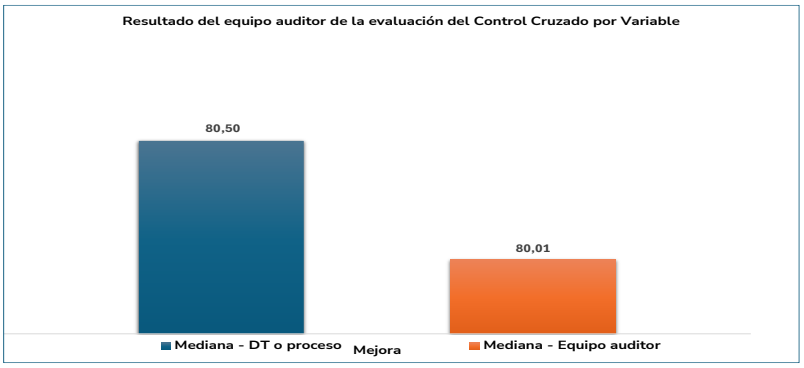
[5] La escala de Likert es una de las escalas más utilizadas en investigación en ciencias sociales. Ofrecen un sistema de clasificación simple que es común a las encuestas de todo tipo. La escala se llama así por el psicólogo que lo creó, Rensis Likert. Un uso común de la escala de Likert es una encuesta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



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

Como se observa, la calificación que se da la Dirección Territorial auditada corresponde a 86 puntos de 100 posibles.

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – mejora o valor agregado corresponde a 80.01 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 0.49 puntos respecto de la calificación de la auditada y de 19.99 puntos 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 la DT Putumayo 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 0.49 puntos en la variable *"Mejora o Valor Agregado"*, toda vez que el resultado de la valoración de la Dirección Territorial auditada es de 80.50 y la del Equipo Auditor de 80.01.

El Equipo Auditor analiza las evidencias del SCI y autoevaluación primer y segundo semestre que hacen parte del alcance de la auditoria, las cuales dan claridad del resultado de la valoración de las

evidencias aportadas por la Dirección Territorial. Lo que significa que *"Hay evidencia de acciones de mejora propuestas y analizadas o de valores agregados alcanzados. No obstante, falta que este modelo de mejoramiento o agregación de valor sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones*". (Información tomada resultado papel de trabajo).

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

No obstante, el Equipo Auditor formula la siguiente observación: la Dirección Territorial auditada debe fortalecer la implementación del modelo de mejoramiento y de generación de valor agregado. Si bien las evidencias analizadas del SCI y de la autoevaluación semestral reflejan la existencia de propuestas de acciones de mejora y algunos avances en la agregación de valor, resulta necesario consolidar mecanismos que permitan demostrar de manera objetiva, medible y verificable el impacto real de dichas acciones. En este sentido, se requiere documentar de forma sistemática los resultados alcanzados, establecer indicadores de seguimiento que evidencien su efectividad, y garantizar que los logros se articulen con los procesos de planeación, gestión y control institucional. Adicionalmente, es indispensable que este modelo de mejoramiento sea reconocido formalmente como una fuente de información estratégica que respalde la toma de decisiones, asegurando su alineación con la normatividad aplicable y promoviendo que el valor agregado generado tenga carácter sostenible en el tiempo.

5.2.5. Análisis del Modelo de Seguimiento

El Equipo Auditor examina el modelo de seguimiento que aplica la Dirección Territorial en la gestión desplegada y con ello evalúa el sistema de control interno (SCI), para establecer su nivel de madurez, efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta la Dirección Territorial Putumayo para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. El propósito es determinar si la Dirección Territorial auditada posee y reconoce un modelo de seguimiento que sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones.

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

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

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

> *Artículo 2.2.21.5.5 Políticas de control interno diseñadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Las guías, circulares, instructivos y demás documentos técnicos elaborados por el Departamento Administrativo de la Función Pública constituirán directrices generales a través de las cuales se diseñan las políticas en materia de control interno, las cuales deberán ser implementadas al interior de cada organismo y entidad del Estado.*
>
> *El Departamento Administrativo de la Función Pública elaborará prioritariamente guías e instructivos sobre elaboración de manuales de procedimientos, y sobre diseño de indicadores para evaluar la 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 continúa 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, vigente para la anualidad 2024, establece que:

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

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

En la 3ª Dimensión: Gestión con Valores para Resultados, 3.5. Atributos de Calidad para la Dimensión, establece que:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En atención al marco normativo y administrativo que regula la gestión de riesgos, la Oficina de Control Interno, por conducto del Equipo Auditor, remitió a la Dirección Territorial auditada la matriz de evaluación del Sistema de Control Interno –Seguimiento, mediante comunicación electrónica enviada el lunes 11 de agosto de 2025 a las 9: 23 p. m. Por su parte, la Dirección Territorial auditada

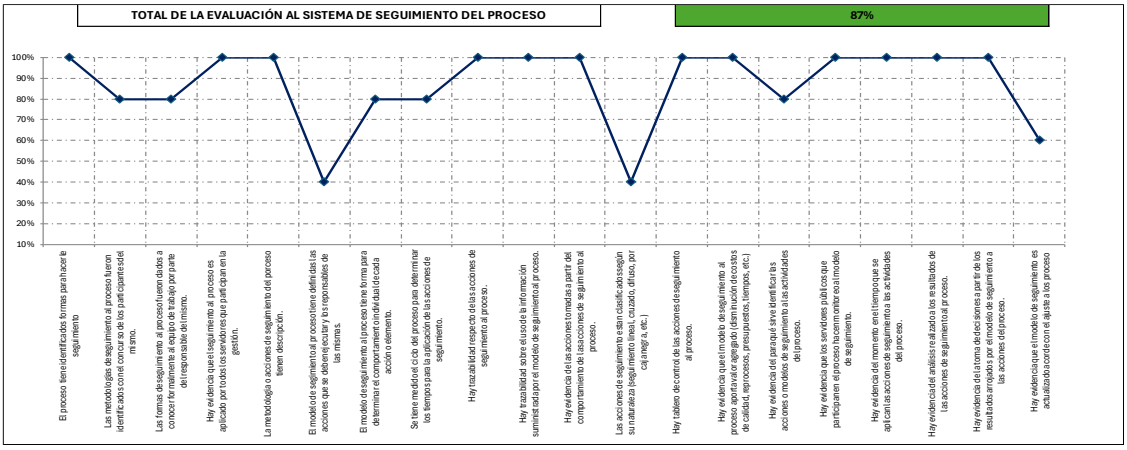
dio respuesta a través de correo electrónico fechado el martes 26 de agosto de 2025 a las 4:32 p. m., adjuntando los soportes documentales que considera procedentes para efectos de sustentar el proceso auditor.

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 seguimiento 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), f), g) y h) que la administración de la mejora o valor agregado propende por:

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

Por lo anterior, el Equipo Auditor aplica a la Dirección Territorial Putumayo el papel de trabajo, matriz de evaluación del sistema de control interno – seguimiento el cual tiene veinte (20) afirmaciones para ser resueltas mediante la aplicación de la escala de Likert[6]. La Dirección Territorial auditada responde el papel de trabajo y remite las evidencias. Producto de este ejercicio es el resultado que da, en primera instancia, la matriz así:

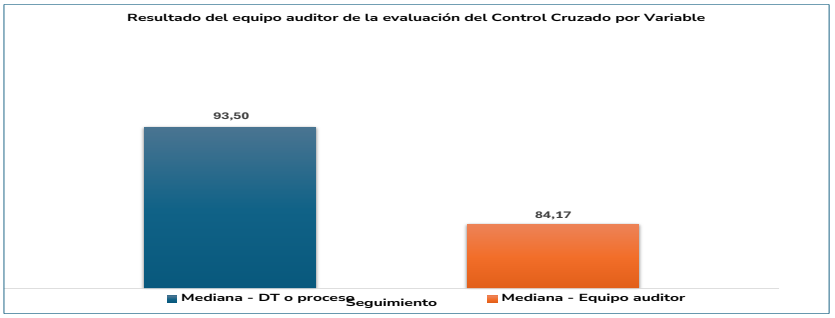
[6] La escala de Likert es una de las escalas más utilizadas en investigación en ciencias sociales. Ofrecen un sistema de clasificación simple que es común a las encuestas de todo tipo. La escala se llama así por el psicólogo que lo creó, Rensis Likert. Un uso común de la escala de Likert es una encuesta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



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

Como se observa, la calificación que se da la Dirección Territorial auditada corresponde a 87 puntos de 100 posibles.

El Equipo Auditor, aplicando normas y técnicas de auditoria generalmente aceptadas evalúa la pertinencia, conducencia, completitud y contenido de las evidencias que soportan las evaluaciones, encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – seguimiento corresponde a 84.17 de 100 puntos posibles. Ello implica una diferencia real de 2.83 puntos respecto de la calificación de la Dirección Territorial auditada y de 15.83 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 la DT Putumayo 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 9.33 puntos en la variable *"Seguimiento"*, toda vez que el resultado de la valoración de la DT auditada es de 93.50 y la del Equipo Auditor de 84.17. Lo anterior significa que *"Hay evidencia que existe un sistema de seguimiento a la gestión del proceso medianamente conformado. No obstante, falta que este modelo sea reconocido como fuente de información que soporte la toma de decisiones".* (Información tomada resultado papel de trabajo).

Por lo anterior, la Dirección Territorial Putumayo en análisis del modelo de seguimiento correspondiente a evaluación del sistema de control Interno no presenta debilidad.

No obstante, el Equipo Auditor recomienda que la Dirección Territorial fortalezca la manera en que documenta y presenta la información relacionada con el seguimiento de la gestión. En particular, es necesario estandarizar la forma de evidenciar los avances, garantizar la trazabilidad de los resultados y acompañar los reportes con indicadores claros que reflejen de manera objetiva los logros alcanzados. Adicionalmente, se sugiere incorporar mecanismos de validación y control que permitan reducir las brechas entre la autoevaluación y la valoración externa, logrando que el modelo de seguimiento sea reconocido no solo como un requisito de reporte, sino como una fuente confiable y estratégica para la toma de decisiones institucionales.

2.5.6 Consolidado del Sistema de Control Interno Dirección Territorial Putumayo.

En el marco de la auditoría realizada a la Dirección Territorial Putumayo, 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.

A continuación, se presenta la gráfica de calificación general del Sistema de Control Interno, en la cual se obtiene un puntaje total de 80,84. Este resultado refleja que, en términos generales, el sistema no presenta debilidades estructurales; sin embargo, evidencia una importante oportunidad de mejora orientada a fortalecer la consistencia de las evidencias, optimizar los mecanismos de seguimiento y consolidar el SCI como una herramienta estratégica para la gestión y la toma de decisiones institucionales

Fuente: Herramienta Modelo de Control Cruzado. Fuente propia OCI

Asimismo, el equipo de la Oficina de Control Interno evalúa la Dirección Territorial Putumayo en las variables de indicadores, riesgos, controles, mejora o valor agregado y seguimiento, donde se evidencian avances en la implementación del Sistema de Control Interno, pero también muestra diferencias relevantes entre la autoevaluación institucional y la valoración independiente del Equipo Auditor. Estas brechas reflejan la necesidad de fortalecer la consistencia, pertinencia y trazabilidad de la información reportada, así como de garantizar que los soportes documentales sean completos y verificables. Igualmente, se identifica la oportunidad de fortalecer la identificación y clasificación de riesgos inherentes al quehacer de la Dirección Territorial, la confiabilidad de los indicadores y la forma de presentar los resultados de seguimiento, de manera que estos se conviertan en un insumo confiable y estratégico.

En este sentido, se recomienda a la Dirección Territorial estandarizar y documentar de manera sistemática los procesos de evaluación, establecer indicadores objetivos y de impacto que evidencien los logros alcanzados y consolidar un modelo de control y de seguimiento reconocido formalmente como fuente de información para la toma de decisiones. Asimismo, resulta necesario integrar los resultados del SCI con la planeación y la gestión institucional, asegurando su alineación con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993 y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. De esta forma, el Sistema de Control Interno no solo cumplirá con la normatividad aplicable, sino que también se consolidará como una herramienta estratégica que contribuya al mejoramiento continuo, a la generación de valor agregado y a la eficacia de la gestión pública territorial.

5.3 ANÁLISIS DEL DISEÑO Y EFECTIVIDAD DEL CONTROL DEL RIESGO EN LA DIRECCIÓN TERRITORIAL PUTUMAYO

La Dirección Territorial Putumayo, conforme al artículo 29 del Decreto 4802 de 2011, tiene como función ejecutar las políticas, planes y programas, así como coordinar la implementación de las estrategias de la entidad a nivel territorial. Esto con el fin de gestionar, fortalecer y hacer seguimiento a las acciones desarrolladas en su jurisdicción, orientadas a la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

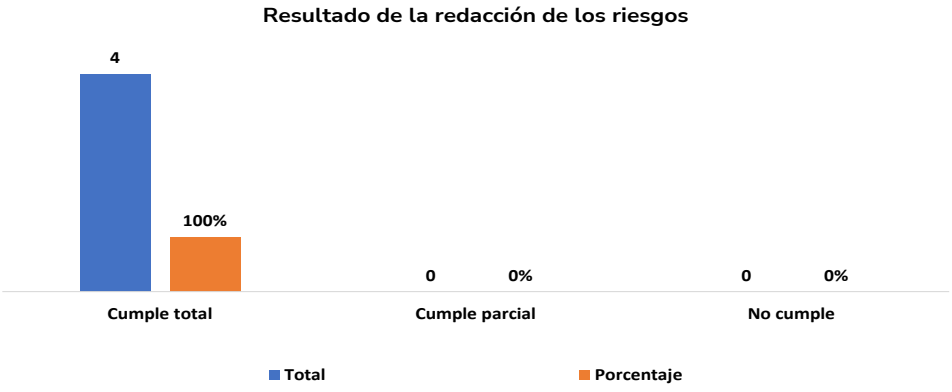
En este contexto, los riesgos, entendidos como la posibilidad de que ocurra un evento que impacte el cumplimiento de los objetivos, constituyen una herramienta de gestión fundamental para la entidad. En particular, permiten a los gerentes públicos o servidores responsables de la gerencia territorial ejercer un control efectivo sobre su gestión. Por esta razón, el Equipo Auditor examina el uso de esta herramienta de manera integral, considerando tanto su implementación como su función dentro del sistema de control.

Para hacer posible el análisis del mapa de riesgos asociado a la gestión de la Dirección Territorial Putumayo, 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 la Dirección Territorial 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.

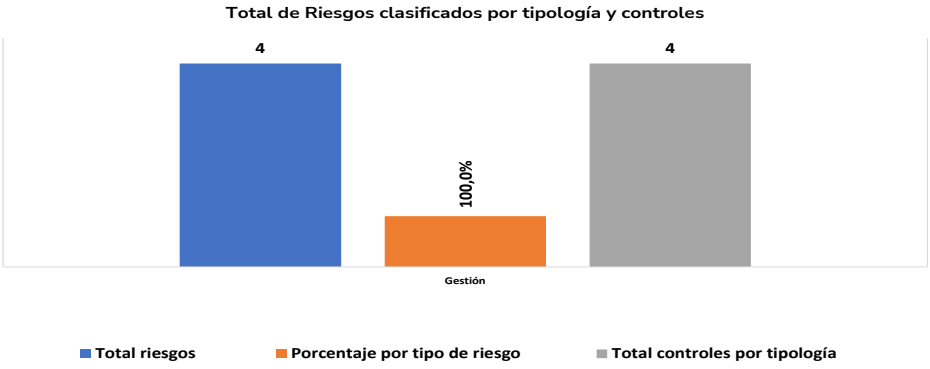
Es necesario señalar que el propósito de esta evaluación es determinar si la Dirección Territorial en mención diseña de manera adecuada y metodológicamente el control al riesgo y a su vez verifica si la evidencia cumple el propósito de la acción del control. El presente análisis del Equipo Auditor se despliega, mediante la técnica de confrontación documental, para examinar que el control posee todos los aspectos referenciados por el Departamento Administrativo de la Función Pública y, por lo tanto, contribuye a controlar los riesgos.

En virtud del Mapa de Riesgos Institucional correspondiente a la vigencia 2024, el Equipo Auditor realiza el análisis de los riesgos asociados a la Dirección Territorial Putumayo y evalúa la redacción de estos.



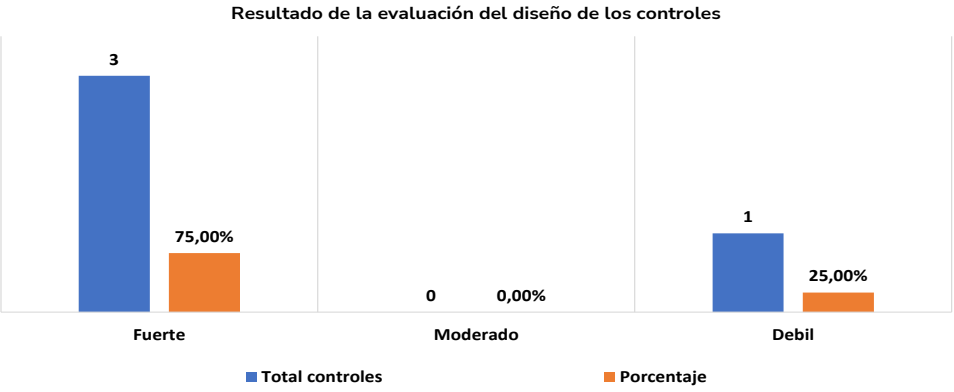
Fuente: Herramienta análisis de riesgos de la OCI

Se evidencia que dicha redacción cumple con la estructura mínima establecida en la Guía para la Administración de Riesgos del DAFP, al identificar adecuadamente el "qué" (impacto), el "cómo" (causa inmediata) y el "por qué" (causa raíz) de cada riesgo.



Fuente: Herramienta análisis de riesgos de la OCI

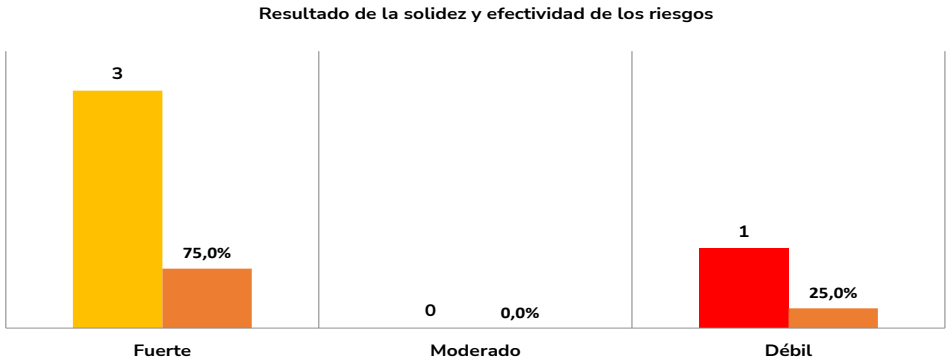
Concerniente al resultado del análisis relacionado con la tipología, se identificaron cuatro (4) riesgos de gestión, lo que representa el 100 % del total analizado. Para la vigencia 2024, la Dirección Territorial no reporta riesgos asociados a corrupción. En cuanto a la gestión de estos riesgos de tipo administrativo, se implementaron cuatro (4) controles. *(Datos tomados de la matriz de riesgos estandarizada del año 2024).*



Fuente: Herramienta análisis de riesgos de la OCI

Respecto a la evaluación del diseño de los controles adoptados para los cuatro (4) riesgos administrativos, se identifica que tres (3) controles adoptados se encuentran en zona *"fuerte"*, con un cumplimiento del 75% y un (1) control se ubica en la zona "débil" equivalente al 25%. *(Información obtenida de la herramienta análisis de riesgos de la OCI – "resultado y zona – rango del control actual del diseño").*

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



Fuente: Herramienta análisis de riesgos de la OCI

Al analizar las variables representadas en la gráfica, se concluye que el 75% de los riesgos adoptados por la Dirección Territorial, equivalentes a tres (3) riesgos, se encuentran clasificados en el rango *"fuerte"*, mientras que un (1) riesgo, que representa el 25%, se ubica en el rango *"débil"*. Este resultado refleja que, si bien se evalúa el cumplimiento de los lineamientos establecidos para la formulación de controles y su efectividad con base en las evidencias disponibles, la existencia de un riesgo clasificado como *"débil"* está directamente relacionada con deficiencias en el cumplimiento de los lineamientos de redacción de los controles.

Particularmente, en el riesgo denominado *"Posibilidad de pérdida reputacional ante nuestras partes interesadas por no ejecutar las estrategias planificadas, debido a la falta de planificación, lineamientos y directrices por parte del nivel nacional que garantice el desarrollo de la actividad"*, se identifica que el control definido no presenta claridad respecto a la manera en que se gestionan o detectan posibles desviaciones derivadas de su ejecución. Esto limita la capacidad de seguimiento y evaluación del control en cuestión. Por ello, se considera fundamental fortalecer la redacción de los controles, asegurando que estos incluyan los criterios para la identificación, monitoreo y corrección de desviaciones, con el fin de garantizar su efectividad y mejorar la gestión del riesgo en la entidad.

En cuanto al análisis de las evidencias de la ejecución del control, entendidas como la información que brinda certeza sobre su aplicación y resultados, independientemente del tipo de soporte, estas fueron evaluadas por el Equipo Auditor, quien determinó que, al momento de la auditoría, se contó con su acopio. Una vez recibidas, las evidencias fueron analizadas conforme a criterios de auditoría generalmente aceptados, concluyendo que la Dirección Territorial cumple en un 100% con *"la evidencia y el control total"* (información tomada del resultado en el papel de trabajo).

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

Es importante señalar que el análisis del mapa de riesgos institucional de la Dirección Territorial, realizado por el Equipo Auditor, se centra exclusivamente en los riesgos de gestión y de corrupción. No se consideran los riesgos del Sistema Integrado de Gestión (SIG). No obstante, en caso de identificarse controles relacionados con el SIG, estos serán revisados y evaluados como parte de las acciones de mejora de la Dirección Territorial.

Con el propósito de fortalecer de manera integral el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial, en particular en lo relacionado con el mapa de riesgos, se recomienda que la redacción de los controles contemple y refleje todos los lineamientos establecidos para su adecuada identificación, evaluación, y gestión, aplicando el total de los lineamientos dados por la *"Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas V6"*, iniciando con la concepción formal del control el cual debe contemplar tres características para la redacción. *"a) responsable de ejecutar el control, b) acción y c) complemento"*, este último debe aludir la *"periodicidad, como se realiza la actividad del control,* ***que pasa con las observaciones o desviaciones*** *y la evidencia de ejecución del control"* y *la "metodología administración de riesgos v11".* Esto permitirá asegurar el cumplimiento efectivo de las normativas vigentes, promover la transparencia, facilitar la toma de decisiones informadas, y garantizar un control continuo y oportuno sobre los riesgos, contribuyendo así al logro de los objetivos institucionales.

En relación con la no identificación de riesgos de corrupción por parte de la Dirección Territorial durante la vigencia evaluada, esta situación implica el incumplimiento de los lineamientos establecidos en la *"Guía para la Administración del Riesgo versión 6",* emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). Dicha guía establece la necesidad de reconocer, evaluar y gestionar todos los riesgos, incluidos los de corrupción, como parte integral del sistema de control interno y la gestión institucional del riesgo. Esta omisión contraviene lo dispuesto en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción), que exige a las entidades públicas elaborar y actualizar el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, incorporando la identificación de riesgos de corrupción a través del Mapa de Riesgos. Además, esta obligación está complementada por el Decreto 2641 de 2012, que reglamenta los mecanismos para la gestión de dichos riesgos.

Durante el proceso de auditoría, se evidencia que la Dirección Territorial no realizó la identificación, de riesgos de corrupción, lo que impide la implementación de controles efectivos para su mitigación en actividades misionales como la atención al ciudadano, el uso indebido de información por parte de funcionarios y colaboradores, entre otros aspectos de seguimiento. Esta situación refleja una deficiencia en la gestión del riesgo y en el sistema de control interno, generando vulnerabilidad frente a posibles actos corruptos y afectando la transparencia, integridad y eficiencia en la gestión pública.

Por lo tanto, esto conlleva a una debilidad que limita la capacidad de la entidad para prevenir, detectar y mitigar riesgos de corrupción en su operación territorial, incumpliendo con las políticas institucionales y el marco normativo vigente.

De acuerdo con el ejercicio de la auditoria gestionado por el Equipo Auditor a la administración de los riesgos de la Dirección Territorial, se debe dar cumplimiento a:

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

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

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

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

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

de corrupción son inaceptables.

- *En la política se determina la estructura para la administración del riesgo, con aspectos metodológicos para cada una de las etapas de la gestión del riesgo. (Subrayado fuera de texto).*

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

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

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

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

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

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

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

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

El Departamento Administrativo de la Función Pública dispone de una guía para la administración de los riesgos denominada "*Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas*" *Versión 6,* la cual es concordante con la política institucional de riesgos contenida en el manual del sistema integrado de gestión de la UARIV vigencia 2023, página 22, donde se establece que:

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

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

> *"El presente documento establece los lineamientos para la identificación, análisis, valoración, evaluación, tratamiento, respuesta a los riesgos integrales de la Unidad que puedan afectar la misión, el cumplimiento de los objetivos estratégicos y la gestión de los procesos, proyectos y planes institucionales, tomando como referencia las directrices del Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG, la responsabilidad de las líneas de defensa definidas en el Modelo Estándar de Control Interno – MECI, los requerimientos de la Guía para la administración del riesgo de FP, la 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 <u>todos los procesos, dependencias y Direcciones Territoriales de la Unidad para la Atención y Reparación a las víctimas.</u> (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, 2024 V6, la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en entidades públicas V6, y la metodología

administración de riesgos adoptada por la entidad, el Equipo Auditor establece que la Dirección Territorial requiere fortalecer la identificación de riesgos de corrupción en relación con la totalidad de la operación misional que se lleva a cabo en el territorio.

De acuerdo con lo expuesto, se evidencia:

DEBILIDAD 1

Debilidad en el sistema de control interno de la Dirección Territorial, relacionada con la falta de identificación oportuna y adecuada de riesgos de corrupción en los procesos de su misionalidad, lo que limita la implementación de controles efectivos para su mitigación, la transparencia y eficiencia en la gestión pública. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2, literal f), Ley 1474 de 2011, artículo 73, Decreto 2641 de 2012; y la *"Guía para la Administración del Riesgo, versión 6"*, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). El Equipo Auditor identifica como principales causas la falta de capacitación y sensibilización y apropiación del personal de la Dirección Territorial sobre la importancia de la identificación y gestión integral de riesgos de corrupción, la ausencia de procesos internos claros y estructurados para dicha actividad y posibles limitaciones en los recursos técnicos y humanos asignados. Asimismo, se evidencian deficiencias en la interpretación de la comunicación y coordinación con otras áreas responsables de la gestión institucional del riesgo. (segunda línea de defensa). Esta situación podría propiciar la ocurrencia de actos corruptos que comprometan la integridad, transparencia y eficiencia de la entidad, afectando el cumplimiento de sus objetivos institucionales y limitando la capacidad de la Dirección Territorial para prevenir, detectar y mitigar oportunamente los riesgos de corrupción en su operación.

Este aspecto fue comunicado al auditado el jueves 2 de octubre de 2025 a las 2:12p.m., donde se indica que *"cuenta con cinco días (5) hábiles contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones; es decir, la respuesta con sus respectivas aclaraciones por parte de la auditada se recibe hasta el jueves 9 de octubre de 2025 a las 5:00 p.m."*. Transcurrido el plazo otorgado, la Dirección Territorial (DT) no presentó consideraciones ni documentación adicional que sustentara una aclaración o justificación frente al hallazgo señalado. Por lo tanto, la debilidad identificada se mantiene en el informe final de auditoría.

5.4 ANÁLISIS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2024 DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL PUTUMAYO

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el nivel de avance y ejecución del modelo de indicadores del plan de acción definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales b), c), d), e), g) y h) que la administración de los indicadores propende por : *b) Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas*

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

La ley 87 de 1993 en su artículo 1° al definir el control interno determina que está integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, entre otros aspectos. De igual manera el artículo 4° literal c) al referirse a los elementos para el sistema de control interno ordena que en *toda la entidad bajo la responsabilidad de sus directivos debe por lo menos implementar los siguientes aspectos que deben orientar la aplicación del control interno, c) Adopción de un sistema de organización adecuado para ejecutar los planes.*

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

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

> *Plan Institucional de Archivos de la Entidad (PINAR), 2. Plan Anual de Adquisiciones, 3. Plan Anual de Vacantes, 4. Plan de Previsión de Recursos Humanos, 5. Plan Estratégico de Talento Humano, 6. Plan Institucional de Capacitación, 7. Plan de Incentivos Institucionales, 8. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo, 9. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, 10. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (PETI), 11. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información y 12. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.*
>
> *Parágrafo 1°. La integración de los planes mencionados en el presente artículo se hará sin perjuicio de las competencias de las instancias respectivas para formularlos y adoptarlos. Cuando se trate de planes de duración superior a un (1) año, se integrarán al Plan de Acción las actividades que correspondan a la respectiva anualidad.*
>
> *Parágrafo 2°. Harán parte del Plan de Acción las acciones y estrategias a través de las cuales las entidades facilitarán y promoverán la participación de las personas en los asuntos de su competencia, en los términos señalados en la Ley 1757 de 2015.*

Lo anterior está dentro del ámbito de aplicación de lo dispuesto en la Ley 152 de 1994 artículo 26 que determina: *Planes de acción. Con base en el Plan Nacional de Desarrollo aprobado cada uno de los organismos públicos de todo orden a los que se aplica esta Ley preparará su correspondiente plan de acción. En la elaboración del plan de acción y en la programación del gasto se tendrán en cuenta los principios a que se refiere el artículo 3° de la presente Ley, así como las disposiciones constitucionales y legales pertinentes.*

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

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

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

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

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

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

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

Por consiguiente, el Equipo Auditor selecciona la Dirección Territorial Putumayo. De acuerdo con lo anterior, se aplica la matriz de seguimiento al avance y ejecución Plan de Acción 2024, teniendo en cuenta los cuatro (4) reportes trimestrales registrados en el aplicativo 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 parte de la Dirección Territorial Putumayo, el Equipo Auditor determina el nivel porcentual de avance y ejecución obtenido 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 la Dirección Territorial Putumayo mediante su propio instrumento. Los resultados de esta evaluación se deben entender dentro de los lineamientos estratégicos institucionales. En este escenario, la metodología utilizada por la OAP es de análisis de comportamiento acumulado temporal, es decir, examina el quantum acumulado de la variable en un tiempo único específico. Por su parte, la Oficina de Control Interno realiza un examen disímil al comportamiento del reporte de las metas pactadas para el periodo establecido en el alcance de la auditoría. En este sentido, el análisis es diferente y tiene una razonabilidad distinta a la aplicada por la OAP. Aquí, la metodología de análisis corresponde al comportamiento multipunto de variable pre acumulada en diversos tiempos relacionada con la movilidad de cada variable en los segmentos de tiempo de reporte.

Plan de Acción 2024 Dirección Territorial Putumayo

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 la Dirección Territorial Putumayo tiene en total 43 actividades en el Plan de Acción 2024 de las cuales, 2 fueron eliminadas (identificadas con los códigos 30 y 96), razón por la cual la totalidad de actividades a evaluar para la vigencia 2024 es de 41. En lo que compete al primer trimestre de 2024 no aplica reporte de avance en 32 de sus actividades. Por consiguiente, la muestra de trabajo es de 9 actividades que corresponden al 22% de la población, donde se evidencia que cinco (5) actividades programadas presentan estado óptimo del 100% y cuatro (4) estado superlativo del 121%, 175%, 200% y 300%.

En cuanto al segundo trimestre de 2024 la muestra de trabajo es de veinte (20) actividades, lo que equivale 49% de la población, en consecuencia, se describe el estado de avance en el periodo comprendido del 01 de abril de 2024 al 30 de junio de 2024, así:

Estado óptimo (100%): Las actividades reportadas en el segundo trimestre de 2024, y que en dicho periodo tiene el valor planeado, es decir se cumple lo planeado es de 14 actividades de las 20 posibles, lo que equivale al 70% de la muestra.

Estado Medio (entre el 60% y 99%): Las actividades reportadas en el segundo trimestre de 2024, y que dicho periodo no cumple con lo planeado, pero si hay reporte de avance significativo de las actividades, es de 2 de las 20 posibles, lo que equivale al 10% de la muestra.

Estado crítico (menor del 60%): Las actividades reportadas en el segundo trimestre de 2024, y que en dicho periodo tiene un menor valor a lo planeado, es decir no se cumple lo planeado es de 1 de las 20 posibles, lo que equivale al 5% de la muestra.

Estado superlativo (Mayor al 100%): Las actividades reportadas en el segundo trimestre de 2024, y que en dicho periodo tiene un mayor valor a lo planeado, es decir se excede a lo planeado, es de 3 de las 20 posibles, lo que equivale al 15% de la muestra.

Respecto al tercer trimestre 2024, la muestra de trabajo es de veintiséis (26) actividades, equivalente el 63% de la población. De acuerdo con esta información el estado de avance obtenido del 01 de julio de 2024 al 30 de septiembre de 2024 es el siguiente:

Estado óptimo (100%): Las actividades reportadas en el tercer trimestre de 2024, y que en dicho periodo tiene el valor planeado, es decir se cumple lo planeado es de 12 actividades de las 26 posibles, lo que equivale al 46.16% de la muestra.

Estado Medio (entre el 60% y 99%): Las actividades reportadas en el tercer trimestre de 2024, y que dicho periodo no cumple con lo planeado, pero si hay reporte de avance significativo de las actividades, es de 6 de las 26 posibles, lo que equivale al 23.08% de la muestra.

Estado crítico (menor del 60%): Las actividades reportadas en el tercer trimestre de 2024, y que en dicho periodo tiene un menor valor a lo planeado, es decir no se cumple lo planeado es de 4 de las 26 posibles, lo que equivale al 15.38% de la muestra.

Estado superlativo (Mayor al 100%): Las actividades reportadas en el tercer trimestre de 2024, y que en dicho periodo tiene un mayor valor a lo planeado, es decir se excede a lo planeado, es de 4 de las 26 posibles, lo que equivale al 15.38% de la muestra.

En lo referente al cuarto trimestre de 2024, el comportamiento de ejecución de las 41 actividades de la Dirección Territorial Putumayo programadas para la vigencia 2024 presenta el nivel de cumplimiento que se relaciona a continuación:

Diecinueve (19) presentan estado óptimo del 100%, equivalente al 46.35%.
Seis (6) muestran estado medio del (75%, 80%, 94%, 97% y 2 con el 60%), equivalente al 14.63%.

Siete (7) registran estado crítico (4%, 33%, 51%, 2 con el 0% y 2 con el 50%), equivalente al 17.07%
Ocho (8) presentan estado superlativo (102%, 104%, 114%, 255%, 2 con el 110% y 2 con el 150%), equivalente al 19.51% del total de indicadores.
Una (1) no envían reporte único programado para diciembre de 2024 (código 74), equivalente al 2.44%.

Como evidencia de lo anteriormente explicado se anexa captura de pantalla del seguimiento que realizó la Oficina de Control Interno al plan de acción 2024 de la Dirección Territorial Putumayo (de enero a diciembre de 2024), 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 — DIRECCIÓN TERRITORIAL PUTUMAYO		1. Entidades territoriales formadas en temas relacionados con los componentes del RUV y Gestión de la Información, incorporando los enfoques diferenciales y de genero (Cód.243)					2. Entidades territoriales acompañadas de la dirección territorial para la formulación del Plan Operativo de Sistemas de Información - POSI **(Cód. 19)**					3. Entidades territoriales acompañadas desde las direcciones territoriales para el cargue o remisión de las Fuentes de información que cumplen con los criterios establecidos por la SRNI enviadas al nivel nacional **(Cód. 20)**					4.Índice de emergencias humanitarias masivas (Confinamiento, desplazamiento forzado y actos terroristas) apoyadas en coordinación para la atención de emergencias hasta su cierre (Cód. 29)				
		Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	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			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance		
1	Enero	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
2	Febrero	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
3	Marzo	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
4	Abril	13	1	1300	1300%	13%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
5	Mayo	13	6	216,67	217%	13%	13	6	216,667	217%	93%	8	4	200	200%	57%	66,67	100	66,67	67%	67%
6	Junio	13	12	108,33	108%	13%	14	13	107,692	108%	100%	8	8	100	100%	57%	0	100	0	0%	0%
7	Julio	100	100	100	100%	100%	14	14	100	100%	100%	0	8	0	0%	0%	50	100	50	50%	50%
8	Agosto	0	100	0	0%	0%	0	14	0	0%	0%	0	8	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
9	Septiembre	100	100	100	100%	100%	0	14	0	0%	0%	13	13	100	100%	93%	0	100	0	0%	0%
10	Octubre	100	100	100	100%	100%	0	14	0	0%	0%	16	14	114,29	114%	114%	0	100	0	0%	0%
11	Noviembre	0	100	0	0%	0%	0	14	0	0%	0%	0	14	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%
12	Diciembre	0	100	0	0%	0%	0	14	0	0%	0%	0	14	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
	OCI					50%					100%					114%					100%
	OAP					6%					100%					114%					100%

5. Índice de Hechos victimizantes o situaciones de riesgo de victimización en el territorio verificados de acuerdo con lo establecido en el protocolo que han sido identificados en la Bitácora Diaria de Eventos - BDE (Cód. 30).					6. Porcentaje de avance en el fortalecimiento de competencias de entidades territoriales y departamentales, que además, son priorizadas por ser de interés estratégico en la atención de emergencias frente a la metodología de actualización de planes de contingencia a partir de asistencias técnicas en la etapa de formulación, incluyendo recomendaciones de enfoque diferencial y de género.(Cód. 31)					7. Porcentaje de cumplimiento en el seguimiento a compromisos establecidos en las mesas técnicas realizadas frente al inicio a la estrategia de correspondabilidad en subsidiariedad de Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata con las gobernaciones pertenecientes a su dirección territorial.**(Cód. 32)**					8. Jornadas de Atención de Servicio móviles de orientación y comunicación a las victimas (Cód. 39).					9. Cartas de indemnización administrativa aptas, entregadas (Cód. 47).				
Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	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			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance		
100	100	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	90	0	0%	0%
100	100	100	100%	100%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	108,6	90	120,67	121%	121%
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	3	3	100	100%	12%	0	90	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	25	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	97,65	90	108,5	109%	109%
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	25	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	90	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	70	100	70	70%	70%	0	25	0	0%	0%	11	11	100	100%	42%	95,79	90	106,43	106%	106%
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	90	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	50	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	90	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	50	0	0%	0%	20	20	100	100%	77%	99,46	90	110,51	111%	111%
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	99,66	90	110,73	111%	111%
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	75	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	90	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	27	26	103,85	104%	104%	100	90	111,11	111%	111%
				Eliminada					100%					100%					104%					110%
				Eliminada					100%					100%					104%					110%

10.Número de planes de reparación colectiva formulados y concertados con los sujetos (Cód. 56)					**11.** Planes de reparación colectiva en implementación (Cód. 57)					**12.** Planes de retornos y reubicaciones aprobados con seguimiento a la implementación de las acciones en el marco de los CTJT o subcomités.**(Cód. 74)**.					**13.** Solicitud a la sostenibilidad RR de los casos de retorno y reubicación viabilizados (Cód. 79).					**14.**Planes étnicos y no étnicos de retorno o reubicación formulados y aprobados (Cód. 84)				
Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	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			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance		
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%
0	2	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	93,94	100	93,94	94%	94%	0	1	0	0%	0%
1	1	100	100%	33%	0	2	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	93,94	100	93,94	94%	94%	0	1	0	0%	0%
1	2	50	50%	33%	0	3	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%
1	3	33,333	33%	33%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	3	0	0%	0%
0	3	0	0%	0%	0	3	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	120	100	120	120%	120%	2	4	50	50%	50%
				33%					0%					NER					102%					50%
				33%					0%					NER					102%					50%

15. Víctimas individuales con rehabilitación psicosocial.**(Cód. 85)**					**16.** Acciones de acompañamiento psicosocial realizadas en el marco de la medida de rehabilitación en sujetos de reparación colectiva focalizados en ruta e implementación.**(Cód. 88)**					**17.** Comunidades que han recibido la estrategia de tejido social en el marco de los planes de retorno y reubicación (Cod.93)					**18.** Número de actos simbólicos y de dignificación implementados (Cód. 95).					**19.** Víctimas atendidas diferencialmente por medio de las estrategias asociadas a medidas de satisfacción a nivel individual (Cód. 96).				
Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	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			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance		
0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	2	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	4	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
27	240	11,25	11%	5%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	0	5	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	240	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	2	2	100	100%	20%	0	1	0	0%	0%
0	240	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	2	4	50	50%	20%	0	1	0	0%	0%
85	450	18,889	19%	14%	82,35	100	82,35	82%	82%	0	1	0	0%	0%	3	6	50	50%	30%	0	1	0	0%	0%
0	450	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	3	8	37,5	38%	30%	0	1	0	0%	0%
0	450	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	3	3	100	100%	60%	9	9	100	100%	90%	0	1	0	0%	0%
303	600	50,5	51%	51%	100	100	100	100%	100%	3	5	60	60%	60%	10	10	100	100%	100%	0	265	0	0%	0%
				51%					94%					60%					100%					Eliminada
				51%					93%					60%					100%					Eliminada

DIRECCIÓN TERRITORIAL PUTUMAYO

20. Número de víctimas que acceden a medidas de satisfacción a nivel individual (Cód. 98)					**21.** Realizar con las comunidades étnicas procesos de concertación para el acceso a las medidas contenidas en los decretos leyes en el marco al derecho a la autonomía y el gobierno propio y la participación efectiva (Cód. 101)					**22.** Asistir técnicamente a las entidades territoriales en la implementación de los Decretos Ley para la inclusión del enfoque diferencial en los instrumentos de planeación territorial (Cód. 105)					**23.** Número de acciones de fortalecimiento a nivel comunitario con enfoque de derechos, territorial y diferencial implementadas (Cód. 106)					**24.** Realizar la concertación de la Medida de Indemnización Colectiva con los sujetos colectivos étnicos (Cód. 108)				
Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	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			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance		
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	7	4	175	175%	100%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	7	7	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	7	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	7	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
18	75	24	24%	7%	2	2	100	100%	40%	0	7	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
38	125	30,4	30%	14%	4	4	100	100%	80%	0	7	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	2	1	200	200%	100%
87	175	49,714	50%	33%	4	5	80	80%	80%	0	7	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	3	2	150	150%	150%
87	225	38,667	39%	33%	0	6	0	0%	0%	0	7	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	2	0	0%	0%
677	265	255,47	255%	255%	0	6	0	0%	0%	0	7	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	0	2	0	0%	0%
0	265	0	0%	0%	0	5	0	0%	0%	0	7	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	2	0	0%	0%
				255%					80%					100%					100%					150%
				255%					80%					100%					100%					150%

25. Realizar el seguimiento a la implementación de la Medida de Indemnizacion Colectiva otorgada a los sujetos colectivos étnicos (Cód. 110)					**26.** Número de informes donde se evidencie la gestión, el acceso efectivo a oferta discriminado por cada uno de los derechos y el cargue de beneficiarios partir de los resultados de la medición de SSV correspondiente a la Dirección Territorial (Cód. 114)					**27.** Cartas de entendimiento o convenios suscritos con instituciones de educación superior (Cód. 130)					**28.** Informes de la implementación de la ruta de definición de la situación militar (Cód. 131)					**29.** Número de jornadas de asistencia técnica diferenciada en los procesos de planeación, ejecución y seguimiento de la implementación territorial de la política pública de víctimas(Cód. 137).				
Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	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			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance		
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	8%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	2	2	100	100%	17%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	25%	0	1	0	0%	0%	3	3	100	100%	25%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	4	4	100	100%	33%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	5	5	100	100%	42%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	2	2	100	100%	50%	0	1	0	0%	0%	6	6	100	100%	50%	1	1	100	100%	100%
1	2	50	50%	25%	0	2	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	7	7	100	100%	58%	0	1	0	0%	0%
3	4	75	75%	75%	0	2	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	8	8	100	100%	67%	0	1	0	0%	0%
0	4	0	0%	0%	3	3	100	100%	75%	0	1	0	0%	0%	9	9	100	100%	75%	0	1	0	0%	0%
0	4	0	0%	0%	0	3	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	10	10	100	100%	83%	0	1	0	0%	0%
0	4	0	0%	0%	0	3	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	11	11	100	100%	92%	0	1	0	0%	0%
0	4	0	0%	0%	4	4	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	12	12	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%
				75%					100%					0%					100%					100%
				75%					100%					0%					100%					100%

30. Número de informes de articulación, gestión y seguimiento en el marco de los CTJT departamentales y municipales (Cód. 144).					**31.** Porcentaje de mesas distritales, municipales y departamentales de víctimas a las cuales se les aplica la batería de indicadores como mecanismo de reporte y seguimiento de los planes de trabajo y documentos de incidencia (Cód. 146).					**32.** Número de víctimas organizadas y no organizadas capacitadas a partir de la estrategia de comunicación en la política pública de víctimas (Cód. 147).					**33.** Informes de espacios realizados de manera virtual y/o presencial con organizaciones de víctimas que realizan incidencia en diferentes procesos sociales (Cód. 149)					**34.** Número de asistencias técnicas a las mesas de participación efectiva de víctimas a nivel departamental y distrital (Cód. 150).				
Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	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			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance		
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
1	1	100	100%	25%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
2	2	100	100%	50%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	50%	0	1	0	0%	0%
0	2	0	0%	0%	5	5	100	100%	50%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	2	0	0%	0%	0	5	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
3	3	100	100%	75%	0	5	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	3	0	0%	0%	0	5	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	3	0	0%	0%	0	5	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
4	4	100	100%	100%	10	10	100	100%	100%	2	50	4	4%	4%	2	2	100	100%	100%	1	1	100	100%	100%
				100%					100%					4%					100%					100%
				100%					100%					4%					100%					100%

35. Socialización del protocolo de participación de la niñez víctima en las mesas municipales de participación efectiva de víctimas, conforme a lo establecido en la Batería de Indicadores (Cód. 152)					**36.** Porcentaje de proyectos por oferta viabilizados con coordinación de entrega elaborada (Cód. 154)					**37.**Iniciativas o proyectos presentados por la Dirección Territorial a la cooperación internacional o aliado estratégico (Cód. 165)					**38.**Número de reportes del Plan de Implementación Institucional por parte de las Direcciones Territoriales **(Cód. 189)**					**39.**Porcentaje de avance en la implementación de Acciones territorializables para el fortalecimiento del modelo de operación de enfoque diferencial y de género **(Cód. 209)**				
Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	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			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance		
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	3	1	300	300%	30%	0	1	0	0%	0%	0	25	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	25	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	33%	0	25	0	0%	0%
0	40	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	6	4	150	150%	60%	0	2	0	0%	0%	76,92	50	153,84	154%	77%
0	40	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	4	0	0%	0%	0	2	0	0%	0%	0	50	0	0%	0%
0	40	0	0%	0%	20	20	100	100%	20%	0	4	0	0%	0%	2	2	100	100%	67%	0	50	0	0%	0%
0	40	0	0%	0%	40	40	100	100%	40%	8	7	114,29	114%	80%	0	2	0	0%	0%	0	50	0	0%	0%
2	1	200	200%	100%	40	60	66,6667	67%	40%	0	7	0	0%	0%	0	3	0	0%	0%	0	75	0	0%	0%
3	2	150	150%	150%	60	80	75	75%	60%	0	7	0	0%	0%	3	3	100	100%	100%	0	75	0	0%	0%
0	2	0	0%	0%	60	100	60	60%	60%	11	10	110	110%	110%	0	3	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%
				150%					60%					110%					100%					100%
				150%					60%					110%					100%					100%

40.Número de victimas con unidades productivas atendidas (Cód. 218)					**41**. Número de victimas con unidades productivas encadenadas (Cód. 219)					**42**. Solicitudes de retorno, reubicación e integración local asignados por medio de las bases SGV tramitadas (Cód. 228)					**43**. Porcentaje de gestión de los reportes validados en el plan de acción institucional por parte de las Direcciones Territoriales (Cód. 239)				
Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	Periodo y % de Avance Programado			% de Avance	% de Cumplimiento 2024	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			Reporte	Meta	Avance			Reporte	Meta	Avance		
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
5	5	100	100%	6%	0	1	0	0%	0%	200	100	200	200%	200%	0	1	0	0%	0%
0	5	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	170	100	170	170%	170%	0	1	0	0%	0%
0	5	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%
20	20	100	100%	25%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%
0	20	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%
0	20	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%
55	50	110	110%	69%	10	10	100	100%	50%	97,44	100	97,44	97%	97%	85,71	100	85,71	86%	86%
0	50	0	0%	0%	0	10	0	0%	0%	106,67	100	106,67	107%	107%	100	100	100	100%	100%
0	50	0	0%	0%	0	10	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%
80	80	100	100%	100%	20	20	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	92,86	100	92,86	93%	93%
				100%					100%					100%					97,32%
				100%					100%					100%					97%

Fuente: Herramienta análisis del plan de acción de la OCI

Como se puede evidenciar, este análisis examina el movimiento de los reportes y variables en los tiempos para establecer el comportamiento general de las actividades asociadas al plan de acción 2024. Teniendo como horizonte el criterio que todo lo planeado se debe cumplir dentro del periodo pactado y en las cantidades asignadas, las actividades que no cumplen plenamente el mandato de la Oficina Asesora de Planeación (ya sea inferior o superior de lo programado) son desviaciones que deben ser estudiadas por la Dirección Territorial Putumayo, para ello cuentan con la facultad de solicitar la modificación (debidamente justificada) mediante las actas correspondientes, la cual es analizada por la OAP para su aprobación.

Debido a lo anterior, se colige que, hay debilidad del sistema de control interno por incumplimiento de lo planeado frente a lo ejecutado en el plan de acción. El Equipo Auditor examina el comportamiento de los reportes de avance y ejecución de las metas del plan de acción 2024 asignadas a la Dirección Territorial Putumayo, 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 el primer trimestre de 2024 el parámetro en mención no se cumple en 4 de las 9 metas programadas (lo que corresponde al 44% del total de indicadores a 31 de marzo de 2024), toda vez que 4 actividades presentan un porcentaje de avance superior del 121%, 175%, 200% y 300%. Un escenario similar se presenta en los reportes de avance del segundo y tercer trimestre, así como de ejecución (cumplimiento) del cuarto trimestre, los cuales se relacionan a continuación:

Segundo trimestre: de 20 actividades, 3 presentan porcentajes de avance superior (106%, 108% y 150%) y 3 inferior (11, 67% y 70%), equivalente al 30% del total de indicadores establecidos para este periodo.

Tercer trimestre: de 26 actividades, 4 registran porcentaje de avance superior (110%, 111%, 114% y 150%) y 10 inferior (0%, 19%, 75%, 80%, 82%, 86%, 94%, 97% y 2 con el 50%), equivalente al 54% del total de indicadores proyectados para dicho periodo.

Cuarto trimestre: de 41 actividades, 8 presentan porcentajes de ejecución superior (102%, 104%, 114%, 255%, 2 con el 110% y 2 con el 150%) y 13 inferior (4%, 33%, 51%, 75%, 80%, 94%, 97%, 2 con el 0%, 2 con el 50% y 2 con el 60%), equivalente al 51% del total de indicadores programados para la vigencia 2024. Sumado a esto, no envían el reporte único programado para diciembre de 2024 del indicador identificado con el código 74, equivalente al 2%.

Cabe aclarar que, a pesar de que 29 actividades se encuentran en nivel satisfactorio de ejecución vigencia 2024, ocho (8) de éstas se encuentran por encima de la meta ideal del 100% (estado superlativo del 102%, 104%, 114%, 255%, 2 con el 110% y 2 con el 150%) y 2 por debajo (estado medio 94% y 97).

1	Satisfactorio		Entre 90% y 100%	29	73%
2	Aceptable		Entre 60 y 89%	4	10%
3	Insatisfactorio		Menor de 60%	7	18%
Total actividades Plan de Acciòn DT Putumayo 2024				40	100%

Fuente: Herramienta análisis del plan de acción de la OCI

Sumado a lo anterior, y de acuerdo con la meta establecida en el plan de acción DT Putumayo 2024, las actividades denominadas *"Cartas de indemnización administrativa aptas, entregadas"* código 47, *"Planes de reparación colectiva en implementación"* código 57, *"Planes étnicos y no étnicos de retorno o reubicación formulados y aprobados"* código 84, *"Víctimas individuales con rehabilitación psicosocial"* código 85, *"Número de víctimas que acceden a medidas de satisfacción a nivel individual"* código 98, *"Realizar la concertación de la Medida de Indemnización Colectiva con los sujetos colectivos étnicos "* código 108, *"Realizar el seguimiento a la implementación de la Medida de Indemnización Colectiva otorgada a los sujetos colectivos étnicos"* código 110, *"Socialización del protocolo de participación de la niñez víctima en las mesas municipales de participación efectiva de víctimas, conforme a lo establecido en la Batería de Indicadores"* código 152 e *"Iniciativas o proyectos presentados por la Dirección Territorial a la cooperación internacional o aliado estratégico"* código 165, en todos los reportes registrados muestran porcentajes de avance inferior o superior a la meta establecida para cada mes.

De igual manera, en 2 actividades identificadas con los códigos 130 y 147 donde su única meta programada para la vigencia 2024 presenta porcentajes de cumplimiento en estado críticos del 0% y 6% respectivamente.

DEBILIDAD 2

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

Este aspecto fue comunicado al auditado el jueves 2 de octubre de 2025 a las 2:12p.m., donde se indica que *"cuenta con cinco días (5) hábiles contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones; es decir, la respuesta con sus respectivas aclaraciones por parte de la auditada se recibe hasta el jueves 9 de octubre de 2025 a las 5:00 p.m".* Transcurrido el plazo otorgado, la Dirección Territorial (DT) 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.

5.5 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 de la Dirección Territorial Putumayo contenidas en el artículo 29 del Decreto 4802 de 2011 y las políticas del MIPG incluidas en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión versión 6 de diciembre de 2024 adoptado por el Decreto 1499 de 2017 que agrupa las políticas de gestión y desempeño institucional.

El propósito es establecer que todas y cada una de las funciones legalmente asignadas a la Dirección Territorial son atendidas en la gestión institucional a nivel de la jurisdicción que le corresponde. Por consiguiente, se aplica la herramienta diseñada para verificar el cumplimiento de las 19 políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG- establecidas en el Decreto 1499 de 2017, que en su artículo 2.2.22.2.1. Políticas de Gestión y Desempeño Institucional, dispone que:

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

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

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

De igual manera, el Decreto 1499 de 2017en 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 3° literales a) El Sistema de Control Interno forma parte integrante de los sistemas contables, financieros, de planeación, de información y operacionales de la respectiva entidad; y c) En cada área de la organización, el funcionario encargado de dirigirla es responsable por control interno ante su jefe inmediato de acuerdo con los niveles de autoridad establecidos en cada entidad.

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

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

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

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

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

Por su parte, el Decreto 1499 de 2017 en el artículo 2.2.22.3.2 señala que:

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

Adelante, en el artículo 2.2.23.1 se dice que:

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

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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de las funciones y políticas del MIPG, la Oficina de Control Interno - OCI a través del Equipo Auditor remite a la Dirección Territorial auditada la matriz de evaluación de funciones y políticas del MIPG, mediante correo electrónico del lunes 1 de septiembre de 2025 a las 8:08 a.m., donde la Dirección Territorial emite respuesta mediante correo electrónico enviado el día lunes 15 de septiembre de 2025; donde manifiesta el diligenciamiento de la matriz respectiva así como también el cargue de los soportes que quiere hacer valer en el ejercicio auditor.

El Equipo Auditor evalúa las evidencias registradas por la Dirección Territorial que deben ser consecuentes con lo diligenciado en la herramienta denominada *"funciones y políticas del MIPG"* para determinar la pertinencia y conducencia que demuestren el cabal cumplimiento de las funciones del Decreto 4802 de 2011 y las políticas del MIPG dispuestas en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión versión 6 adoptado en el Decreto 1499 de 2017. El cruce de la información permite evidenciar que los métodos o actuaciones funcionales de los servidores de la Dirección Territorial 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 estas con las políticas que tienen asociadas, el análisis consiste en tener certeza, a partir de las evidencias, que la Dirección Territorial cumple tanto las funciones como las políticas. Si una de las dos variables no logra el nivel de certeza que rompa el escepticismo profesional, el Equipo Auditor dará por no cumplida la función.

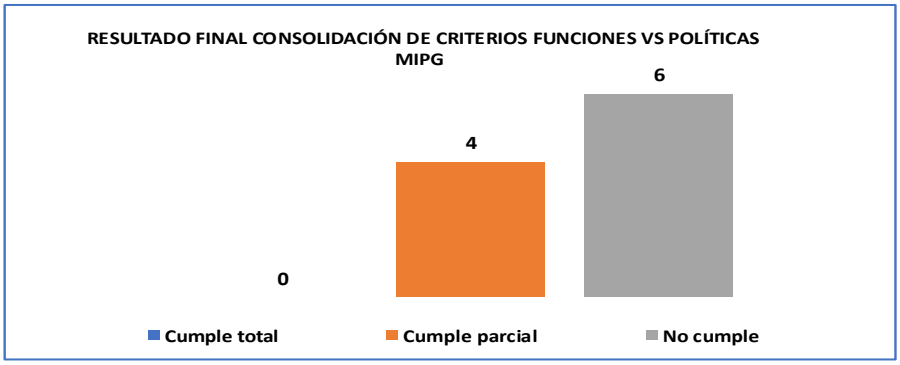
En caso contrario, cumplidas las funciones y las políticas de MIPG, el Equipo Auditor tiene la certeza suficiente que supera los limitantes del principio del escepticismo profesional y de la prudencia y dará como resultado el cumplimiento de la función.

Una vez analizada y evaluada las evidencias remitidas por la Dirección Territorial Putumayo relacionada con el cumplimiento de las funciones y las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión y aplicando los criterios de auditoria generalmente aceptadas obtiene como resultado que, *"las evidencias aportadas por el auditado, 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 10 funciones evaluadas en donde

se evidencia la falta de interacción y cumplimiento de los lineamientos de las políticas MIPG establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP; así mismo se hace necesario que el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial y su interrelación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión junto a las funciones contribuyan con las políticas de gestión y desempeño las cuales son adoptadas por el nivel nacional.

Concerniente a lo anterior se muestra los siguientes resultados:

Resultados de interacción de funciones vs política MIPG



Fuente: Herramienta Papel de Trabajo Análisis de Funciones Vs Políticas MIPG

De igual manera, se muestra los resultados de la evaluación del impacto de la relación directa entre las Funciones vs las Políticas de Gestión y Desempeño en el marco de las siete (7) dimensiones del MIPG:

Resultados de interacción de funciones vs dimensiones y políticas MIPG parte 1

FUNCIONES DIRECCIONES TERRITORIALES		DIMENSIONES							D1		D2			D3									D4	D5		D6	D7	TOTAL	
									POLITICAS																				
		1ª Dimensión Talento Humano	2ª Dimensión: Direccionamiento Estratégico y Planación	3ª Dimensión Gestión con valores para resultados	4ª Dimensión: Evaluación de Resultados	5ª Dimensión: Información y Comunicación	6ª Dimensión Gestión del Conocimiento y la Innovación	7ª Dimensión Control Interno	1. Politica de Gestion Estratégica del Talento Humano	2. Politica de Integridad	3. Politica de Planeación institucional	4. Politica de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público	5. Politica de Compras y Contratación Pública	6. Politica de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos	7. Politica Gobierno Digital	8. Politica de Seguridad Digital	9. Politica de Defensa Jurídica	10. Politica Transparencia, acceso a la información y lucha contra la corrupción	11. Politica de Mejora normativa	12. Politica de Servicio al ciudadano	13. Politica de racionalización de trámites	14. Politica de Participación Ciudadana en la Gestión Pública	15. Politica Seguimiento y evaluación del desempeño institucional	16. Politica de Gestión documental	17. Politica de Gestión de la Información Estadística	18. Politica de Gestión del Conocimiento y la Innovación	19. Politica de Control Interno	DIMENSION	POLITICAS
F1	Ejecutar las políticas, planes, programas y proyectos de competencia de la entidad en su correspondiente jurisdicción, de conformidad con los lineamientos y delegaciones señalados por la Dirección General y adelantar el seguimiento y evaluación de los mismos.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	85.0	50.0	66.8	NO	NO	NO	50.0	82.5	NO	70.8	NO	90.0	NO	NO	87.5	91.7	NO	50.0	83.3	7	11
F2	Participar en la formulación de planes y programas con el objeto de garantizar la articulación institucional y de las organizaciones públicas, privadas y sociales involucradas en el proceso ayuda, atención, asistencia y reparación de las víctimas, objeto de la Unidad.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	85.0	50.0	66.8	NO	NO	NO	50.0	82.5	NO	70.8	NO	90.0	62.5	83.3	NO	91.7	NO	50.0	83.3	7	12
F3	Adelantar el seguimiento y evaluación de los planes, programas y proyectos que desarrolle en su jurisdicción, conforme a los lineamientos de las dependencias correspondientes.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	85.0	50.0	66.8	NO	NO	NO	NO	NO	NO	70.8	NO	90.0	NO	NO	87.5	91.7	NO	NO	83.3	7	8
F4	Participar en los Comités Territoriales de Justicia Transicional, bajo las directrices del Director General de la Unidad.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	50.0	66.8	NO	NO	NO	NO	NO	50.0	70.8	NO	NO	NO	83.3	NO	91.7	NO	NO	83.3	7	7
F5	Apoyar la coordinación para la creación, fortalecimiento, implementación y gerencia de los Centros Regionales de Atención y Reparación que considere pertinentes para el desarrollo de sus funciones, conforme lo determine la Dirección General.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	85.0	NO	66.8	50.0	75.0	66.7	50.0	82.5	NO	70.8	NO	90.0	62.5	83.3	87.5	91.7	NO	50.0	83.3	7	15

Fuente: Herramienta Papel de Trabajo Análisis de Funciones Vs Políticas MIPG

Resultados de interacción de funciones vs dimensiones y políticas MIPG
parte 2

FUNCIONES DIRECCIONES TERRITORIALES		DIMENSIONES							D1		D2			D3										D4	D5		D6	D7	TOTAL	
									POLITICAS																					
		1ª Dimensión Talento Humano	2ª Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación	3ª Dimensión Gestión con valores para resultados	4ª Dimensión Evaluación de Resultados	5ª Dimensión Información y Comunicación	6ª Dimensión Gestión del Conocimiento y la Innovación	7ª Dimensión Control Interno	1. Política de Gestión Estratégica del Talento Humano	2. Política de Integridad	3. Política de Planeación Institucional	4. Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público	5. Política de Compras y Contratación Pública	6. Política de Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos	7. Política Gobierno Digital	8. Política de Seguridad Digital	9. Política de Defensa Jurídica	10. Política Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	11. Política de Mejora normativa	12. Política de Servicio al ciudadano	13. Política de racionalización de trámites	14. Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública	15. Política Seguimiento y evaluación del desempeño institucional	16. Política de Gestión documental	17. Política de Gestión de la Información Estadística	18. Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación	19. Política de Control Interno	DIMENSION	POLITICAS
F6	Celebración de los contratos y convenios que permitan el desarrollo de las funciones institucionales en el territorio de su competencia, para los cuales haya sido delegado.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	85,0	50,0	68,8	50,0	75,0	NO	NO	NO	NO	70,8	NO	90,0	62,5	83,3	NO	91,7	NO	NO	83,3	7	11
F7	Administrar los bienes y elementos destinados a la prestación de los servicios y el funcionamiento de la sede territorial.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	50,0	NO	NO	NO	66,7	50,0	82,5	NO	70,8	NO	90,0	NO	83,3	NO	91,7	50,0	NO	83,3	7	10
F8	Responder por la atención a los ciudadanos que demanden los servicios de la entidad en su respectiva jurisdicción .	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	85,0	50,0	NO	NO	NO	66,7	50,0	82,5	NO	70,8	NO	90,0	NO	83,3	87,5	91,7	NO	NO	83,3	7	11
F9	Rendir los informes requeridos por los órganos competentes, sobre las actividades desarrolladas y el funcionamiento general de la dirección territorial, en coordinación con las dependencias correspondientes	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	50,0	68,8	50,0	75,0	66,7	50,0	82,5	NO	70,8	NO	90,0	NO	83,3	87,5	91,7	50,0	50,0	83,3	7	15
F10	Promover y desarrollar la implementación, mantenimiento y mejora del Sistema integrado de Gestión de la dependencia.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	85,0	50,0	68,8	NO	NO	66,7	50,0	82,5	NO	70,8	NO	90,0	62,5	83,3	87,5	91,7	50,0	50,0	83,3	7	15

Fuente: Herramienta Papel de Trabajo Análisis de Funciones Vs Políticas MIPG

Los anteriores resultados se tipifican de la siguiente manera:

1. *De 0% a 50%: El análisis general del cumplimiento de la política arroja un resultado que evidencia el no cumplimiento.*
2. *De 51% a 85%: El análisis general del cumplimiento de la política arroja un resultado que evidencia el cumplimiento parcial.*
3. *De 86% a 100%: El análisis general del cumplimiento de la política arroja un resultado que evidencia su cumplimiento.*

Es así como, el Equipo Auditor una vez realizado el análisis de las evidencias en el marco de las funciones de las Direcciones Territoriales según lo establecido en el artículo 29 del Decreto 4802 de 2012 y su interacción con las 19 Políticas de Gestión y Desempeño del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el Equipo Auditor determina que existe un cumplimiento parcial en cuatro (4) funciones, en relación con su interacción con las políticas del MIPG, y un no cumplimiento en los siguientes casos:

a) **Función 1:** *"Ejecutar las políticas, planes, programas y proyectos de competencia de la entidad en su correspondiente jurisdicción, de conformidad con los lineamientos y delegaciones señalados por la Dirección General, y adelantar el seguimiento y evaluación de los mismos"*. Esta función presenta una contribución de 11 políticas, con un nivel del 74% de cumplimiento. De estas, ocho (8) evidencian cumplimiento parcial y tres (3) presentan un nivel de incumplimiento, estas últimas con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos. A continuación, se detallan los resultados correspondientes a estas tres políticas:

Tabla 1. Evaluación de resultados de no cumplimiento - Políticas MIPG

Dimensión	Incumplimiento Políticas MIPG	Resultado Evaluación (%)	Criterios de Índices de Medición y Desempeño Institucional
D1 de Talento Humano	*Política de Integridad*	50%	"Cambio cultural basado en la implementación del código de integridad del servicio público", *"Gestión adecuada de acciones preventivas en conflicto de interés" y "Coherencia entre los elementos que materializan la Integridad en el servicio público y la gestión del riesgo y control".*
D3 Gestión para Resultados con Valores	Política de Gobierno Digital	**50%**	*"Innovación pública digital", "Seguridad y privacidad de la información", "Cultura y apropiación", "(...)".*
D6 de Gestión del conocimiento	Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación	50%	*"Planeación de la gestión del conocimiento y la innovación", "Generación y producción del conocimiento", "Cultura y apropiación Generación de herramientas de uso y apropiación del conocimiento", "Generación de una cultura propicia para la gestión del conocimiento y la innovación".*

Fuente: Herramienta Papel de Trabajo Evaluación Funciones Vs. Políticas MIPG.

Lo anterior, en el marco del concepto auditor, y con base en las evidencias suministradas por el auditado, los auditores realizan el análisis conforme a 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 de ocho (8) políticas y el no cumplimiento de tres (3) políticas asociadas a la gestión y desempeño del MIPG. Esta situación representa una debilidad que impacta negativamente el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

b) Función 2: *"Participar en la formulación de planes y programas con el objeto de garantizar la articulación institucional y de las organizaciones públicas, privadas y sociales involucradas en el proceso ayuda, atención, asistencia y reparación de las víctimas, objeto de la Unidad"*. Esta función presenta una contribución de 12 políticas con el 72% de cumplimiento, de las cuales nueve (9) presentan un cumplimiento parcial y tres (3) evidencia incumplimiento, estas últimas con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos. A continuación, se detallan los resultados de las tres últimas políticas:

Tabla 2. Evaluación de resultados de no cumplimiento - Políticas MIPG

Dimensión	Incumplimiento Políticas MIPG	Resultado Evaluación (%)	Criterios de Índices de Medición y Desempeño Institucional
D1 de Talento Humano	*Política de Integridad*	50%	"Cambio cultural basado en la implementación del código de integridad del servicio público", *"Gestión adecuada de acciones preventivas en conflicto de interés" y "Coherencia entre los elementos que materializan la Integridad en el servicio público y la gestión del riesgo y control".*
D3 Gestión para Resultados con Valores	Política de Gobierno Digital	**50%**	*"Innovación pública digital", "Seguridad y privacidad de la información", "Cultura y apropiación", "(...)".*
D6 de Gestión del conocimiento	Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación	50%	*"Planeación de la gestión del conocimiento y la innovación", "Generación y producción del conocimiento", "Cultura y apropiación Generación de herramientas de uso y apropiación del conocimiento", "Generación de una cultura propicia para la gestión del conocimiento y la innovación".*

Fuente: Herramienta Papel de Trabajo Evaluación Funciones Vs. Políticas MIPG.

Lo anterior, en el marco del concepto auditor, y con base en las evidencias suministradas por el auditado, los auditores realizan el análisis conforme a 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 de nueve (9) políticas y el no cumplimiento de tres (3) políticas asociadas a la gestión y desempeño del MIPG. Esta situación representa una debilidad que impacta negativamente el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

c) **Función 3:** *"Adelantar el seguimiento y evaluación de los planes, programas y proyectos que desarrolle en su jurisdicción, conforme a los lineamientos de las dependencias correspondientes".* Esta función presenta una contribución de ocho (8) políticas con un nivel de cumplimiento del 78%, de las cuales siete (7) evidencian un cumplimiento parcial y una (1) registra incumplimiento, al presentar un porcentaje por debajo de los criterios establecidos. A continuación, se detallan los resultados de esta última política.

Tabla 3. Evaluación de resultados de no cumplimiento - Políticas MIPG

Dimensión	Incumplimiento Políticas MIPG	Resultado Evaluación (%)	Criterios de Índices de Medición y Desempeño Institucional
D1 de Talento Humano	*Política de Integridad*	50%	"Cambio cultural basado en la implementación del código de integridad del servicio público", *"Gestión adecuada de acciones preventivas en conflicto de interés" y "Coherencia entre los elementos que materializan la Integridad en el servicio público y la gestión del riesgo y control".*

Fuente: Herramienta Papel de Trabajo Evaluación Funciones Vs. Políticas MIPG.

Lo anterior, en el marco del concepto auditor, y con base en las evidencias suministradas por el auditado, los auditores realizan el análisis conforme a 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 de siete (7) políticas y el no cumplimiento de una (1) política asociada a la gestión y desempeño del MIPG. Esta situación representa una debilidad que impacta negativamente el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

d) **Función 4** *"Participar en los Comités Territoriales de Justicia Transicional, bajo las directrices del Director General de la Unidad"*. Esta función presenta una contribución de siete (7) políticas con un cumplimiento del 71%. De estas, cinco (5) evidencia cumplimiento parcial y dos (2) presentan incumplimiento, con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos. A continuación, se detallan los resultados correspondientes a estas dos políticas:

Tabla 4. Evaluación de resultados de no cumplimiento - Políticas MIPG

Dimensión	Incumplimiento Políticas MIPG	Resultado Evaluación (%)	Criterios de Índices de Medición y Desempeño Institucional
D1 de Talento Humano	*Política de Integridad*	50%	"Cambio cultural basado en la implementación del código de integridad del servicio público", *"Gestión adecuada de acciones preventivas en conflicto de interés" y "Coherencia entre los elementos que materializan la Integridad en el servicio público y la gestión del riesgo y control".*
D3 Gestión para Resultados con Valores	Defensa Jurídica	**50%**	*"Prevención del daño antijurídico", "Gestión de las actuaciones prejudiciales", "Gestión de la defensa judicial", "Gestión del cumplimento de sentencias y conciliaciones ", "(...)".*

Fuente: Herramienta Papel de Trabajo Evaluación Funciones Vs. Políticas MIPG.

Lo anterior, en el marco del concepto auditor, y con base en las evidencias suministradas por el auditado, los auditores realizan el análisis conforme a 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 de cinco (5) políticas y el no cumplimiento de dos (2) políticas asociadas a la gestión y desempeño del MIPG. Esta situación representa una debilidad que impacta negativamente el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

e) **Función 5** *"Apoyar la coordinación para la creación, fortalecimiento, implementación y gerencia de los Centros Regionales de Atención y Reparación que considere pertinentes para el desarrollo de sus funciones, conforme lo determine la Dirección General."*. Esta función presenta una contribución de 15 políticas con el 73% de cumplimiento. De estas, doce (12) registran un cumplimiento parcial y tres (3) evidencia incumplimiento, al presentar un porcentaje por debajo de los criterios establecidos. A continuación, se detallan los resultados correspondientes a estas tres políticas:

Tabla 5. Evaluación de resultados de no cumplimiento - Políticas MIPG

Dimensión	Incumplimiento Políticas MIPG	Resultado Evaluación (%)	Criterios de Índices de Medición y Desempeño Institucional
D2 Direccionamiento Estratégico y Planeación	*Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público*	50%	*"capacidad de la entidad pública de implementar los lineamientos previstos por las autoridades presupuestales y fiscales, para la programación y ejecución del presupuesto, el desarrollo de un monitoreo permanente al desempeño presupuestal y el desarrollo de acciones para subsanar las deficiencias detectadas".*
D3 Gestión para Resultados con Valores	Política de Gobierno Digital	**50%**	*"Innovación pública digital", "Seguridad y privacidad de la información", "Cultura y apropiación", "(...)".*
D6 de Gestión del conocimiento	Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación	50%	*"Planeación de la gestión del conocimiento y la innovación", "Generación y producción del conocimiento", "Cultura y apropiación Generación de herramientas de uso y apropiación del conocimiento", "Generación de una cultura propicia para la gestión del conocimiento y la innovación".*

Fuente: Herramienta Papel de Trabajo Evaluación Funciones Vs. Políticas MIPG.

Lo anterior, en el marco del concepto auditor, y con base en las evidencias suministradas por el auditado, los auditores realizan el análisis conforme a 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 de doce (12) políticas y el no cumplimiento de tres (3) políticas asociadas a la gestión y

desempeño del MIPG. Esta situación representa una debilidad que impacta negativamente el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

f) **Función 6** *"Celebración de los contratos y convenios que permitan el desarrollo de las funciones institucionales en el territorio de su competencia, para los cuales haya sido delegado"*. Esta función presenta una contribución de 11 políticas con el 74% de cumplimiento. De estas, nueve (9) registran un cumplimiento parcial y dos (2) evidencia incumplimiento, al presentar un porcentaje por debajo de los criterios establecidos. A continuación, se detallan los resultados correspondientes a estas dos políticas.

Tabla 6. Evaluación de resultados de no cumplimiento - Políticas MIPG

Dimensión	Incumplimiento Políticas MIPG	Resultado Evaluación (%)	Criterios de Índices de Medición y Desempeño Institucional
D1 de Talento Humano	*Política de Integridad*	50%	"Cambio cultural basado en la implementación del código de integridad del servicio público", *"Gestión adecuada de acciones preventivas en conflicto de interés" y "Coherencia entre los elementos que materializan la Integridad en el servicio público y la gestión del riesgo y control".*
D2 Direccionamiento Estratégico y Planeación	*Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público*	50%	*"capacidad de la entidad pública de implementar los lineamientos previstos por las autoridades presupuestales y fiscales, para la programación y ejecución del presupuesto, el desarrollo de un monitoreo permanente al desempeño presupuestal y el desarrollo de acciones para subsanar las deficiencias detectadas".*

Fuente: Herramienta Papel de Trabajo Evaluación Funciones Vs. Políticas MIPG.

Lo anterior, en el marco del concepto auditor, y con base en las evidencias suministradas por el auditado, los auditores realizan el análisis conforme a 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 de nueve (9) políticas y el no cumplimiento de dos (2) políticas asociadas a la gestión y desempeño del MIPG. Esta situación representa una debilidad que impacta negativamente el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

g) **Función 7** *"Administrar los bienes y elementos destinados a la prestación de los servicios y el funcionamiento de la sede territorial"*. Esta función presenta una contribución de 10 políticas con el 72% de cumplimiento. De estas, siete (7) registran un cumplimiento parcial y tres (3) evidencia incumplimiento, al presentar un porcentaje por debajo de los criterios establecidos.

A continuación, se detallan los resultados correspondientes a estas tres políticas.

Tabla 7. Evaluación de resultados de no cumplimiento - Políticas MIPG

Dimensión	Incumplimiento Políticas MIPG	Resultado Evaluación (%)	Criterios de Índices de Medición y Desempeño Institucional
D1 de Talento Humano	*Política de Integridad*	50%	"Cambio cultural basado en la implementación del código de integridad del servicio público", *"Gestión adecuada de acciones preventivas en conflicto de interés" y "Coherencia entre los elementos que materializan la Integridad en el servicio público y la gestión del riesgo y control".*
D3 Gestión para Resultados con Valores	Política de Gobierno Digital	**50%**	*"Innovación pública digital", "Seguridad y privacidad de la información", "Cultura y apropiación", "(...)".*
D5 de Información y Comunicación	Política de Gestión Información Estadística	50%	*"Índice planeación estadística", "Índice fortalecimiento de registros administrativos", "Índice calidad estadística",*

Fuente: Herramienta Papel de Trabajo Evaluación Funciones Vs. Políticas MIPG.

Lo anterior, en el marco del concepto auditor, y con base en las evidencias suministradas por el auditado, los auditores realizan el análisis conforme a 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 de siete (7) políticas y el no cumplimiento de tres (3) políticas asociadas a la gestión y desempeño del MIPG. Esta situación representa una debilidad que impacta negativamente el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

h) **Función 8** *"Responder por la atención a los ciudadanos que demanden los servicios de la entidad en su respectiva jurisdicción."* Esta función presenta una contribución de 11 políticas con el 76% de cumplimiento. De estas, nueve (9) registran un cumplimiento parcial y dos (2) evidencia incumplimiento, al presentar un porcentaje por debajo de los criterios establecidos. A continuación, se detallan los resultados correspondientes a estas dos políticas.

Tabla 8. Evaluación de resultados de no cumplimiento - Políticas MIPG

Dimensión	Incumplimiento Políticas MIPG	Resultado Evaluación (%)	Criterios de Índices de Medición y Desempeño Institucional
D1 de Talento Humano	*Política de Integridad*	50%	"Cambio cultural basado en la implementación del código de integridad del servicio público", *"Gestión adecuada de acciones preventivas en conflicto de interés" y "Coherencia entre los elementos que materializan la Integridad en el servicio público y la gestión del riesgo y control".*
D3 Gestión para Resultados con Valores	Política de Gobierno Digital	**50%**	*"Innovación pública digital", "Seguridad y privacidad de la información", "Cultura y apropiación", "(...)".*

Fuente: Herramienta Papel de Trabajo Evaluación Funciones Vs. Políticas MIPG.

Lo anterior, en el marco del concepto auditor, y con base en las evidencias suministradas por el auditado, los auditores realizan el análisis conforme a 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 de nueve (9) políticas y el no cumplimiento de dos (2) políticas asociadas a la gestión y desempeño del MIPG. Esta situación representa una debilidad que impacta negativamente el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

i) **Función 9** *"Rendir los informes requeridos por los órganos competentes, sobre las actividades desarrolladas y el funcionamiento general de la Dirección Territorial, en coordinación con las dependencias correspondientes".* Esta función presenta una contribución de 15 políticas con el 70% de cumplimiento. De estas, diez (10) registran un cumplimiento parcial y cinco (5) evidencia incumplimiento, al presentar un porcentaje por debajo de los criterios establecidos. A continuación, se detallan los resultados correspondientes a estas cinco políticas.

Tabla 9. Evaluación de resultados de no cumplimiento - Políticas MIPG

Dimensión	Incumplimiento Políticas MIPG	Resultado Evaluación (%)	Criterios de Índices de Medición y Desempeño Institucional
D1 de Talento Humano	*Política de Integridad*	50%	"Cambio cultural basado en la implementación del código de integridad del servicio público", *"Gestión adecuada de acciones preventivas en conflicto de interés" y "Coherencia entre los elementos que materializan la Integridad en el servicio público y la gestión del riesgo y control".*

Dimensión	Incumplimiento Políticas MIPG	Resultado Evaluación (%)	Criterios de Índices de Medición y Desempeño Institucional
D2 Direccionamiento Estratégico y Planeación	*Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público*	50%	*"capacidad de la entidad pública de implementar los lineamientos previstos por las autoridades presupuestales y fiscales, para la programación y ejecución del presupuesto, el desarrollo de un monitoreo permanente al desempeño presupuestal y el desarrollo de acciones para subsanar las deficiencias detectadas".*
D3 Gestión para Resultados con Valores	Política de Gobierno Digital	**50%**	*"Innovación pública digital", "Seguridad y privacidad de la información", "Cultura y apropiación", "(...)".*
D5 de Información y Comunicación	Política de Gestión Información Estadística	50%	*"Índice planeación estadística", "Índice fortalecimiento de registros administrativos", "Índice calidad estadística",*
D6 de Gestión del conocimiento	Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación	50%	*"Planeación de la gestión del conocimiento y la innovación", "Generación y producción del conocimiento", "Cultura y apropiación Generación de herramientas de uso y apropiación del conocimiento", "Generación de una cultura propicia para la gestión del conocimiento y la innovación".*

Fuente: Herramienta Papel de Trabajo Evaluación Funciones Vs. Políticas MIPG.

Lo anterior, en el marco del concepto auditor, y con base en las evidencias suministradas por el auditado, los auditores realizan el análisis conforme a 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 de diez (10) políticas y el no cumplimiento de cinco (5) políticas asociadas a la gestión y desempeño del MIPG. Esta situación representa una debilidad que impacta negativamente el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

j) **Función 10** *"Promover y desarrollar la implementación, mantenimiento y mejora del Sistema Integrado de Gestión de la dependencia".* Esta función presenta una contribución de 15 políticas con el 71% de cumplimiento. De estas, once (11) registran un cumplimiento parcial y cuatro (4) evidencia incumplimiento, al presentar un porcentaje por debajo de los criterios establecidos. A continuación, se detallan los resultados correspondientes a estas cuatro políticas.

Tabla 10. Evaluación de resultados de no cumplimiento - Políticas MIPG

Dimensión	Incumplimiento Políticas MIPG	Resultado Evaluación (%)	Criterios de Índices de Medición y Desempeño Institucional
D1 de Talento Humano	*Política de Integridad*	50%	"Cambio cultural basado en la implementación del código de integridad del servicio público", *"Gestión adecuada de acciones preventivas en conflicto de interés" y "Coherencia entre los elementos que materializan la Integridad en el servicio público y la gestión del riesgo y control".*
D3 Gestión para Resultados con Valores	Política de Gobierno Digital	**50%**	*"Innovación pública digital", "Seguridad y privacidad de la información", "Cultura y apropiación", "(...)".*
D5 de Información y Comunicación	Política de Gestión Información Estadística	50%	*"Índice planeación estadística", "Índice fortalecimiento de registros administrativos", "Índice calidad estadística",*
D6 de Gestión del conocimiento	Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación	50%	*"Planeación de la gestión del conocimiento y la innovación", "Generación y producción del conocimiento", "Cultura y apropiación Generación de herramientas de uso y apropiación del conocimiento", "Generación de una cultura propicia para la gestión del conocimiento y la innovación".*

Fuente: Herramienta Papel de Trabajo Evaluación Funciones Vs. Políticas MIPG.

Lo anterior, en el marco del concepto auditor, y con base en las evidencias suministradas por el auditado, los auditores realizan el análisis conforme a 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 de once (11) políticas y el no cumplimiento de cuatro (4) políticas asociadas a la gestión y desempeño del MIPG. Esta situación representa una debilidad que impacta negativamente el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

DEBILIDAD 3

De acuerdo con lo expuesto, se evidencia una debilidad en el sistema de control interno relacionada con la necesidad de fortalecer el cumplimiento de la interacción de las funciones establecidas en el artículo 29 del Decreto 4802 de 2011 y la contribución en los procesos de implementación y sostenibilidad de 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. 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".

La integralidad y correlación que existe entre las funciones y MIPG con sus políticas son parte del sistema de control interno de obligatorio cumplimiento. Es así que, el Equipo Auditor identifica como causas principales asociadas el no cumplimiento de los lineamientos y criterios establecidos para la implementación y sostenibilidad de las políticas de gestión y desempeño establecidos por el DAFP y adoptados por la UARIV:

I. Política de integridad: *"Contar con el liderazgo del equipo directivo y la coordinación de las áreas de gestión humana", Llevar a cabo permanentemente ejercicios participativos para la divulgación y apropiación de los valores y principios propuestos en el Código de Integridad", "Establecer un sistema de seguimiento y evaluación de la implementación del Código para garantizar su cumplimiento por parte de los servidores en el ejercicio de las funciones", "Promover que el contacto de los servidores con el Código sea experiencial de tal manera que surjan en ellas reflexiones acerca de su quehacer y rol como servidores públicos que eventualmente conduzcan a cambios en su comportamiento", "Adoptar y apropiar el Código de Integridad, y de conformidad con las particularidades y autonomía de cada entidad pública, adicionar principios de acción ("lo que hago" "lo que no hago") a los cinco valores establecidos en el Código e incluir hasta dos valores adicionales".*

II. Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación: "*Primer Eje: Generación y producción del conocimiento (...)", "Segundo Eje: Herramientas para uso y apropiación (...)", "Tercer eje: Analítica institucional (...)", "Cuarto eje: Cultura de compartir y difundir (...).*

III. Política de Gobierno Digital: "*Seguridad de la Información: Busca que las entidades públicas incorporen la seguridad de la información en todos sus procesos, trámites, servicios, sistemas de información, infraestructura y en general, en todos los activos de información de las entidades del Estado, con el fin de preservar la confidencialidad, integridad, disponibilidad y privacidad de los datos. Este habilitador se desarrolla a través del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información, que orienta la gestión e implementación de la seguridad de la información en el Estado".*

"Arquitectura: busca que las entidades públicas apliquen en su gestión, un enfoque de Arquitectura Empresarial para el fortalecimiento de sus capacidades institucionales y de gestión de TI, aplicando los lineamientos, estándares y mejores prácticas contenidos en el Marco de Referencia de Arquitectura Empresarial del Estado".
"Servicios Ciudadanos Digitales: busca que los servicios ciudadanos digitales sean integrados a los procesos, servicios digitales, trámites digitales, sistemas de información y demás que lo requieran, buscando racionalizar recursos, estandarizar y armonizar la administración pública en pro de mejorar los servicios del Estado".

IV. Política de Política de Gestión Información Estadística: "*Esta política busca que las entidades generen y dispongan la información estadística, así como la de sus registros administrativos, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el líder de Política, para mejorar la efectividad de su gestión y planeación basada en evidencias; garantizando una continua disponibilidad de información de calidad a lo largo del ciclo de la política pública; fomentando el diálogo social con la ciudadanía y los grupos de interés, en el marco de la construcción participativa de las soluciones sociales, y generando una herramienta de control político y social que permita la transparencia de las actuaciones del Estado".*

V. Política Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público: "*El propósito de esta política es permitir que las entidades utilicen los recursos presupuestales de que disponen de manera apropiada y coherente con el logro de metas y objetivos institucionales, ejecutar su presupuesto de manera eficiente, austera y transparente y llevar un adecuado control y seguimiento*".

Dicho lo anterior, esta situación puede derivar en la materialización de eventos adversos que comprometan el logro de los objetivos institucionales y la adecuada gestión del territorio e impactos en el proceso de recolección de la información para la Medición del Desempeño Institucional (MDI) a través del reporte anual de información del Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión (FURAG).

Este aspecto fue comunicado al auditado el jueves 2 de octubre de 2025 a las 2:12p.m., donde se indica que *"cuenta con cinco días (5) hábiles contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones; es decir, la respuesta con sus respectivas aclaraciones por parte de la auditada se recibe hasta el jueves 9 de octubre de 2025 a las 5:00 p.m".* Transcurrido el plazo otorgado, la Dirección Territorial (DT) 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.

5.6 ANÁLISIS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN RELACIÓN CON LA EVALUACIÓN DE LAS TECNOLOGIAS Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

El Equipo Auditor examina las evidencias registradas y cargadas en la carpeta de SharePoint por parte del Equipo Auditado el martes 04 de octubre de 2025. El propósito es determinar si la Dirección Territorial aplica las acciones necesarias para garantizar el cumplimiento de las Políticas de Seguridad de la Información descritas en la Resolución No. 03157 del 10 de noviembre del 2021 que estén asociadas directamente a la gestión en Territorio, esto teniendo en cuenta el marco del principio del enfoque basado por procesos del Sistema Integrado de Gestión de la UARIV, el cual establece el desarrollo e implementación de controles y acciones que puedan afectar el Sistema de Control Interno cuando exista un flujo de información e interacción entre sus actividades del nivel nacional y territorial que permitan y garanticen una operación normal y un aseguramiento de la información y los datos que se gestionan a través de la Dirección Territorial.

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

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

A partir de lo expuesto, resulta pertinente mencionar lo establecido por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en relación con la mejora continua, la cual se articula con sus dimensiones y políticas de la siguiente manera:

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

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

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

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

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 que regula el control interno, dispone en su artículo 1°, al definir dicho concepto, lo siguiente:

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

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

> *Atendiendo los principios constitucionales que debe caracterizar la administración pública, el diseño y el desarrollo del Sistema de Control Interno se orientará al logro de los siguientes objetivos fundamentales:*
>
> *e. Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros;*

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

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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de las variables anteriormente indicadas, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación de las tecnologías de la información y las comunicaciones mediante correo electrónico del lunes 20 de octubre de 2025 a las 9:40 a.m. La Dirección Territorial Putumayo, a través de sus delegados remite respuesta mediante correo electrónico del martes 04 de noviembre de 2025 a las 16:57 p.m., donde reporta el cargue de 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 los controles que se deben implementar para garantizar un óptimo aseguramiento de la información y los datos que son gestionados por la Entidad con el fin de proteger y salvaguardar la operatividad de los servicios brindados por la UARIV, los cuales están definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos del Sistema de Control Interno, el cual dispone en los literales a), b), c), d), e), f), g) y h) que la administración del aseguramiento propende por:

a) Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten; b) Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional; c) Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad; d) Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional; e) 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, (subrayado fuera de texto).

Y en artículo 3° Características del Control Interno literales a y c dispone que:

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 elaborado por la Oficina de Control Interno, matriz *"Herramienta Auditoria TI"* cuenta con 12 lineamientos indicados en las diferentes políticas descritas en la Resolución No. 03157 del 2021, los cuales permiten de manera integral evaluar los controles y seguimientos que se efectúan en la Dirección Territorial a los servicios e infraestructura tecnológica, comunicaciones y seguridad de la información, con la cual se cumple la operación de su misionalidad según las metas de la Entidad.

De la evaluación realizada se obtiene los siguientes resultados:

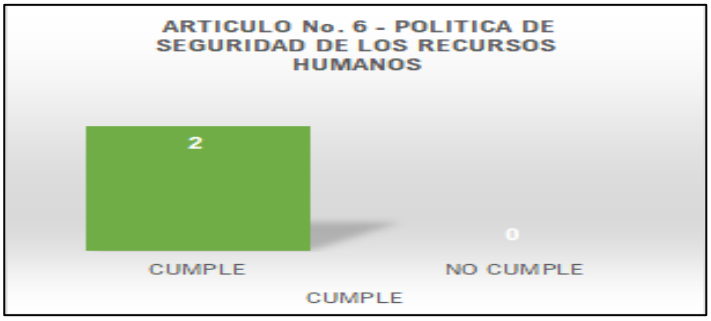
a) ARTICULO No. 6 – POLITICA DE SEGURIDAD DE LOS RECURSOS HUMANOS

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno evalúa los soportes presentados y la información obtenida durante la prueba de recorrido y evidencia que, las acciones a cargo de la Dirección Territorial se ejecutan en su totalidad conforme a lo establecido. En consecuencia, se considera cumplida la gestión de los lineamientos señalados en el artículo 6° de las Políticas de Seguridad de la Información.

- *Resultados de la evaluación de la Política de Seguridad de los Recursos Humanos.*

ARTICULO No. 6 - POLITICA DE SEGURIDAD DE LOS RECURSOS HUMANOS				
NUMERAL	DESCRIPCIÓN - LINEAMIENTOS	RELACION DE EVIDENCIAS ENTREGADAS - PROCESO Y/O DT	OBSERVACIONES AUDITOR - OCI	EVALUACION DE LA EVIDENCIA
10	Los funcionarios, contratistas y colaboradores de la Unidad para las Víctimas deben asistir a los escenarios de sencibilización en seguridad de la Información cuando sean requeridos.	Listados de asistencia y actas de reunión a sensibilizaciones en seguridad de la información.	Con base a los soportes aportados por el auditado, se evidencia el cumplimiento del requerimiento, sin embargo es necesario mencionar que se aportan actas que no estan asociadas a la evaluación correspodiente del requerimiento (7 - CTM - JULIO - 5 agosto de 2024) adicionalmente se recomienda llevar un seguimiento y control a la asistencia de la totalidad de las capacitaciones y sencibilizaciones que se getionan por parte de la Oficina de Tecnolgias de la Información sobre Seguridad de la Información dado la importancia de la gestion de la información y las actualizaciones corrspodientes.	CUMPLE
12	Los funcionarios, contratistas y colaboradores de la Unidad para las Víctimas no deben utilizar sus cuentas de correo personal para manejar información de la Entidad.	"Por parte del grupo auditor se realizara una prueba de recorrido en donde se validara el cumplimiento de esta política no incluir ningun tipó de evidencia o soporte"	De acuerdo con la prueba de recorrido realizada con algunos usuarios de la Dirección Territorial se evidencia que la regla o política de seguridad de la información esta siendo aplicada conforme al requerimiento.	CUMPLE

Fuente: Propia - Herramienta de Evaluación TI OCI



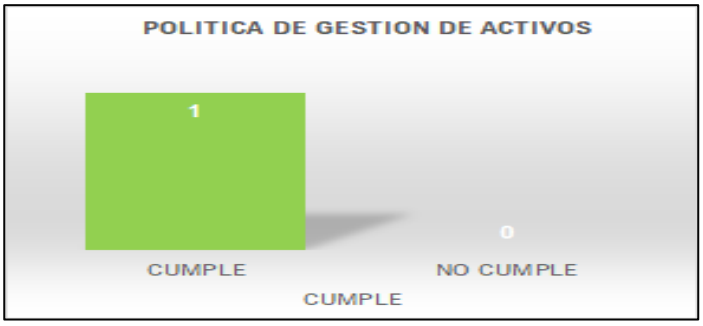
Fuente: Propia - Herramienta de Evaluación TI OCI

b) ARTICULO 7 - POLITICA DE GESTION DE ACTIVOS

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno realiza la evaluación de los soportes presentados por el auditado, verificando el cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Política de Gestión de Activos. Como resultado de este proceso, se determina que las acciones que ejecuta la Dirección Territorial se gestionan de manera adecuada y conforme a los lineamientos establecidos. Por lo anterior, se indica que la actividad evaluada se encuentra debidamente cumplida y satisface los requerimientos de la política.

- *Resultados de la evaluación de la Política de Gestión de Activos.*

ARTICULO No. 7 - POLITICA DE GESTION DE ACTIVOS				
NUMERAL	DESCRIPCIÓN - LINEAMIENTOS	RELACION DE EVIDENCIAS ENTREGADAS - PROCESO Y/O DT	OBSERVACIONES AUDITOR - OCI	EVALUACION DE LA EVIDENCIA
3	Todos los funcionarios, contratistas y colaboradores deben proteger la información almacenada en dispositivos con relación al acceso, uso, transporte, almacenamiento y eliminación acorde con su nivel de clasificación.	La entidad dispone de herramientas como OneDrive para la protección de la información almaceda, trimestralmente se realiza seguimiento al uso de ONE DRIVE a través de los reportes generados por la OTI y se comparte mediante correo electrónico.	Teniendo en cuenta los soportes aportados, el equipo auditor se evidencia el cumplimiento del requerimiento, se deja como recomendación realizar un seguimiento de manera periodica al uso del One Drive y Sharepoint en acompañamiento con la Oficina de Tecnologiasd de la Información.	CUMPLE



Fuente: Propia - Herramienta de Evaluación TI OCI

c) ARTICULO 8 - POLITICA DE CONTROL DE ACCESO

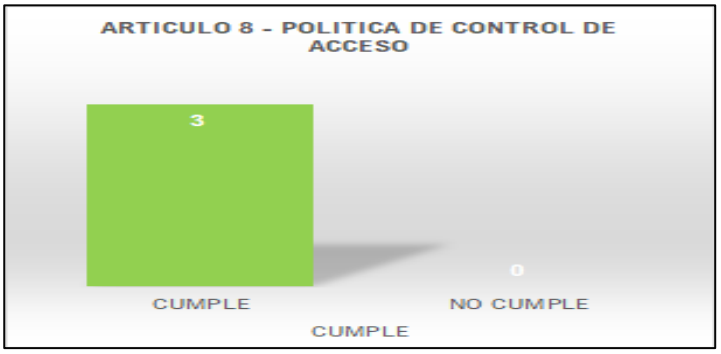
Del análisis y evaluación realizado por el Equipo Auditor a los soportes y evidencias presentadas por el auditado respecto al cumplimiento de las acciones establecidas en la Política de Control de Acceso, se concluye que, la Dirección Territorial ejecuta las acciones asignadas de manera adecuada y conforme a los lineamientos institucionales. En virtud de lo expuesto, se determina que la actividad evaluada cumple con los requerimientos previstos y contribuye al fortalecimiento de los mecanismos de control y gestión de la entidad en el territorio.

- *Resultado de la evaluación de la Política de Control de Acceso.*

ARTICULO 8 - POLITICA DE CONTROL DE ACCESO

NUMERAL	DESCRIPCIÓN - LINEAMIENTOS	RELACION DE EVIDENCIAS ENTREGADAS - PROCESO Y/O DT	OBSERVACIONES AUDITOR - OCI	EVALUACION DE LA EVIDENCIA
3	El acceso a los sistemas de información de los usuarios que son contratados a través de terceros (contratistas de la entidad o entidades externas) requiere diligenciar la correspondiente autorización o acuerdo de confidencialidad.	Acuerdos de confidencialidad gestionados para contratistas de la DT, enlaces, ministerio público, entidades de salud,	Teniendo en cuenta los soportes aportados, el equipo auditor evidencia el cumplimiento del requerimiento, sin embargo se deja la recomendación de gestionar una matriz en donde se lleve un control de la totalidad de los usuarios a los cuales se les tramita el acuerdo de confidencialidad donde se pueda indicar el proposito u objetivo de la gestión del documento.	CUMPLE
16	Los usuarios no deben acceder a la información de la Entidad sin firma previa del acuerdo o compromiso de confidencialidad.	Acuerdos de confidencialidad gestionados para contratistas de la DT, enlaces, ministerio público, entidades de salud,	Teniendo en cuenta los soportes aportados, el equipo auditor evidencia el cumplimiento del requerimiento, sin embargo se deja la observación de la necesidad que los acuerdos deben ser renovados cada vigencia, tanto para funcionarios como para contratistas	CUMPLE
17	El jefe inmediato o el supervisor del contrato según sea el caso, deberá informar al proceso de gestión administrativa y/o gestión del talento humano, así como a los administradores de sistemas de información involucrados, las novedades relacionadas con el retiro y traslado del funcionario, contratista o colaborador de la Entidad.	Se cuenta con los informes de entrega de cargo de los profesionales que se han retirado de la entidad.	Teniendo en cuenta los soportes aportados, el equipo auditor evidencia el cumplimiento del requerimiento, sin embargo se deja la recomendación en cuanto a que se debe gestionar un repositorio con la totalidad de los paz y salvos de los contratistas por cada vigencia y adicionalmente incluir los soportes de las novedades que ocurran en la Dirección Territorial, sobre traslados.	CUMPLE

Fuente: Propia - Herramienta de Evaluación TI OCI



Fuente: Propia - Herramienta de Evaluación TI OCI

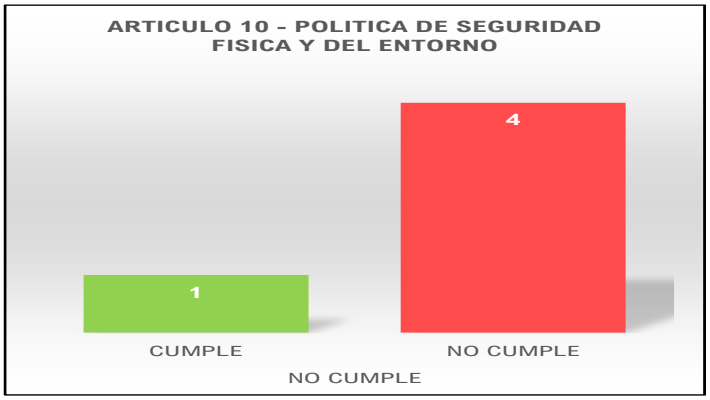
d) ARTICULO 10 - POLITICA DE SEGURIDAD FISICA Y DEL ENTORNO

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, evalúa los soportes presentados por el auditado y concluye que las acciones que debía gestionar la Dirección Territorial no se realizan de conformidad, por lo tanto, se consideran como no cumplidas. El anterior resultado se debe al análisis de los soportes aportados, a partir del cual se detallan los siguientes aspectos y observaciones, así:

- *Resultado de la evaluación de la Política de Seguridad Física y del Entrono.*

ARTICULO 10 - POLITICA DE SEGURIDAD FISICA Y DEL ENTORNO				
NUMERAL	DESCRIPCIÓN - LINEAMIENTOS	RELACION DE EVIDENCIAS ENTREGADAS - PROCESO Y/O DT	OBSERVACIONES AUDITOR - OCI	EVALUACION DE LA EVIDENCIA
2	El Proceso de Gestión Administrativa debe hacer el seguimiento de las condiciones de las condiciones requeridas de suministro eléctrico y condiciones ambientales tales como: temperatura y humedad para determinar los escenarios que puedan afectar negativamente la operación de las instalaciones del procesamiento de información o centros de cableado	Orden de servicio técnico para el mantenimiento de aire acondicionado, aire acondicionado cuarto de comunicaciones, rack, UPS , revisión y mantenimiento de conectividad.	La evidencia aportada no determina el cumplimiento del requerimiento, es necesario soportar que el centro de cableado cuente con elementos de medición de la temperatura y humedad como un termohigometro.	NO CUMPLE
3	El cableado de energía eléctrica y datos debe estar debidamente protegido para evitar la interceptación, interferencia o daño, por medio de canaletas o bandejas definidas para tal fin.	Fotografias de ubicación de cableado en canaleta	Se evidencia la utilización de canaletas que estan acoplados a los puestos de trabajo en donde se maneja el cabledo electrico y la red de datos, estas canaletas no cumplen con las normas tecnicas como indican las buenas practicas como son: - La canaleta debe ser adecuada para el número y tipo de cables que se van a alojar. - Debe ser resistente a la humedad, corrosión y rayos UV, generalmente de PVC rígido de alto impacto. - Debe tener entradas y salidas pretroqueladas para facilitar la conexión de cables y la instalación de placas. - Debe permitir el acceso fácil a los cables para mantenimiento y futuras modificaciones - Debe tener elementos para evitar el cruce interno del cableado de potencia y el cableado lógico, si es necesario.	NO CUMPLE
9	Es responsabilidad de los funcionarios, contratistas y colaboradores: - Registrar las fallas y mantenimientos correctivos, como evidencia de la gestión	Orden de servicio técnico	Teniendo en cuenta los soportes aportados, el equipo auditor evidencia el cumplimiento del requerimiento, sin embargo se deja la recomendación en cuanto a que es necesario gestionar un repositorio con la información de la trazabilidad de los mantenimientos correctivos que se efectuan a los equipos de infraestructura tecnologica de la DT y reportalos a la OTI.	CUMPLE
9a	Es responsabilidad de los funcionarios, contratistas y colaboradores: - Contar con un inventario detallado del Hardware y del Software presente en los equipos de computo	El inventiario individual se firma por parte de cada colaborador y esta bajo custodia de cada uno	De acuerdo con las evidencias aportadas por la DT, no es posible determinar el inventario de los elementos tecnologicos con los que cuenta la Dirección Territorial para su gestión.	NO CUMPLE
10	La OTI debe programar actividades de mantenimiento periódico en los equipos en modalidad de arrendamiento. - El usuario deberá validar el correcto funcionamiento de los equipos al finalizar el mantenimiento. Los usuarios procederán a firmar el reporte que entrega el técnico siempre y cuando el equipo se encuentre en optimas condiciones. - El usuario debe notificar a la OTI o a la mesa de servicios tecnológicos en caso de presentar inconformidad o daño de los elementos o el servicio.	Se ha solicitado la información a la OTO pero no se recibe el reporte con las actas de mantenimiento de los equipos 2024.	Por parte del Auditado no se suministra soportes que puedan validar la ejecución del requerimiento, se realiza la recomendación sobre que a la realización de los mantenimientos preventivos, el proveedor debe documentar las actividades que se realizaron a cada uno de los elementos y debe ser recibido a satisfacción por el usuario.	NO CUMPLE

Fuente: Propia - Herramienta de Evaluación TI OCI



Fuente: Propia - Herramienta de Evaluación TI OCI

DEBILIDAD 4

Se identifica una debilidad en el análisis realizado por el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno respecto a los soportes suministrados por el auditado. Se evidencia que los controles implementados no cumplen con las características establecidas en los lineamientos de seguridad de la información relacionados con la seguridad física y del entorno, conforme a lo dispuesto en la Resolución 01357 del 10 de noviembre de 2021 de la UARIV. Esta situación impide garantizar la protección de los elementos asociados a la infraestructura tecnológica de la Territorial, generando un alto riesgo de fuga, pérdida o manipulación de la información gestionada mediante recursos tecnológicos y sistemas de información. En este sentido y en el marco del principio de enfoque basado por procesos del Sistema Integrado de Gestión de la UARIV, se requiere desarrollar e implementar controles que fortalezcan el sistema de control interno, considerando el flujo de información e interacción entre actividades del nivel nacional y territorial. Esta gestión debe articularse con la Oficina de Tecnologías de la Información, el Grupo de Gestión Administrativa y la Dirección Territorial. Esta ausencia del desconocimiento del marco técnico regulatorio que establezca de manera clara los lineamientos sobre métodos y estrategias de seguridad física y del entorno no está conforme a lo dispuesto en los literales a), c), d) y e) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993, en concordancia con las normas y regulaciones del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones en su modelo de seguridad y privacidad de la información, y la Norma ISO 27001 de Seguridad de la Información.

Las posibles causas de esta debilidad se derivan en la falta de conocimiento y sensibilización en materia de políticas de seguridad de la información, así como la carencia de definición específica de los controles y soportes que la Dirección Territorial debe gestionar para garantizar el cumplimiento de los lineamientos. Adicionalmente, se evidencia la necesidad de una organización adecuada de toda la documentación generada mediante herramientas tecnológicas, que permita asegurar trazabilidad y control sobre la información.

Este aspecto fue comunicado al auditado el jueves 13 de noviembre de 2025 a las 2:19p.m., donde se indica que *"cuenta con cinco días (5) hábiles contados a partir del primer día hábil siguiente al recibo de la comunicación para presentar sus consideraciones; es decir, la respuesta con sus respectivas aclaraciones por parte de la auditada se recibe hasta el viernes 21 de noviembre de 2025 a las 5:00 p.m."*. Transcurrido el plazo otorgado, la Dirección Territorial (DT) 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.

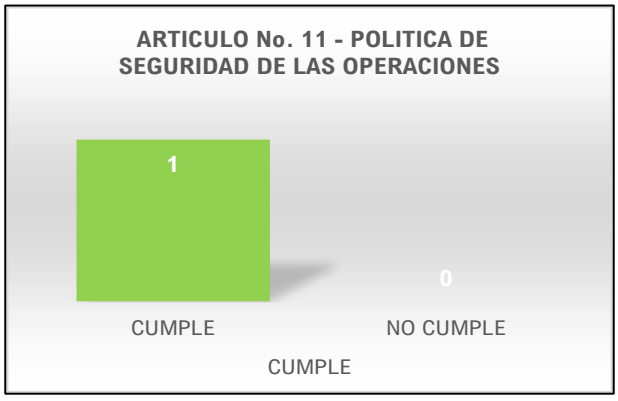
e) ARTICULO No. 11 - POLITICA DE SEGURIDAD DE LAS OPERACIONES

Del análisis y las evaluaciones efectuadas por el Equipo Auditor sobre las evidencias suministradas y las pruebas de recorrido realizadas, se demuestra la implementación de las acciones y controles necesarios que garantizan el cumplimiento de la Política y que determinan la efectividad en la gestión. Por lo tanto, el Equipo Auditor encuentra que existe soporte suficiente respecto a los aspectos que deben cumplirse para mitigar posibles situaciones que puedan afectar no solo la información y los datos de la entidad, sino también la continuidad de la operación de la Dirección Territorial en el cumplimiento de sus obligaciones y metas. En consecuencia, no se identifican debilidades ni observaciones asociadas a esta Política.

- *Resultado de la evaluación de la Política de Seguridad de las Operaciones.*

ARTICULO No. 11 - POLITICA DE SEGURIDAD DE LAS OPERACIONES				
NUMERAL	DESCRIPCIÓN - LINEAMIENTOS	RELACION DE EVIDENCIAS ENTREGADAS - PROCESO Y/O DT	OBSERVACIONES AUDITOR - OCI	EVALUACION DE LA EVIDENCIA
14	Los directores y jefes de área y/o oficinas, o sus delegados son responsables de gestionar el respaldo de toda la información correspondiente a su respectivo grupo de trabajo, almacenada en equipos de computo, en los servicios de almacenamiento dispuestos por la OTI.	Reporte de uso de ONEDRIVE por parte de los colaboradores de la Unidad.	Teniendo en cuenta los soportes aportados, se demuestra la implementación de las acciones y controles necesarios que garantizan el cumplimiento de la Política y que determinan la efectividad en la gestión.	CUMPLE

Fuente: Propia - Herramienta de Evaluación TI OCI



Fuente: Propia - Herramienta de Evaluación TI OCI

5.7 ANÁLISIS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN RELACIÓN CON EL GASTO PÚBLICO

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo de seguimiento al gasto público de la Dirección Territorial (DT) con el propósito de analizar la intervención que ejerce en los temas presupuestales y el gasto público. Cabe señalar que gran parte de la responsabilidad total de la gestión presupuestal recae en el nivel nacional. Esta labor se realiza con el fin de dar cumplimiento a:

La Constitución Política de Colombia en el Capítulo 3° del Título XII, en los artículos que van del 345 al 360, al hablar del presupuesto, también abordan el tema del gasto, por ejemplo, el artículo 345 consagra el principio de legalidad del gasto público, y el artículo 350, exige incluir un componente de gasto público social en la ley de presupuesto.

Ley 2342 de 2023 *"por la cual se decreta el presupuesto de rentas y recursos de capital y ley de apropiaciones para la vigencia fiscal del 01 de enero al 31 de diciembre de 2024".*

Decreto 1621 del 30 de diciembre de 2024 *"Por el cual se liquida el Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 2025, se detallan las apropiaciones y se clasifican y definen los gastos".*

Decreto 1523 de 2024 *"Por medio del cual se decreta el presupuesto de rentas y recursos de capital y el presupuesto de gastos para la vigencia fiscal del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025".*

Directiva Presidencial No. 14 del 27 de diciembre de 2024 para el Ministros(as) Directores(as) del Departamentos Administrativos Representantes Legales entidades de la Rama Ejecutiva del orden nacional que hacen parte del Presupuesto General de la Nación y cuyo asunto corresponde a las directrices generales para la construcción del Plan de Austeridad del Gasto para la vigencia fiscal 2025.

Decreto 1499 de 2017 *"Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015"* Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG – en las siguientes dimensiones:

En lo que respecta al Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, versión 6, diciembre de 2024 en la dimensión 2° *"Direccionamiento Estratégico y planeación"*, numeral 2.3 *"Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público"*, indica que, el propósito de la política es:

> *"Permitir que las entidades utilicen los recursos presupuestales de que disponen de manera apropiada y coherente con el logro de metas y objetivos institucionales, ejecutar su presupuesto de manera eficiente, austera y transparente y llevar un adecuado control y seguimiento".*

Así mismo en los lineamientos generales para la implementación respecto a la programación presupuestal se dispone que:

> *"La programación presupuestal de las entidades del orden nacional debe estar acorde con los lineamientos que imparte el Ministerio de Hacienda y, a nivel territorial, con los que imparten las secretarias de hacienda. Así mismo es importante, tener en cuenta las medidas de austeridad del gasto que emiten dichas autoridades, a fin de garantizar la prevalencia del principio de economía y el uso racional de los recursos públicos en la ejecución del gasto público.*
>
> *Independientemente de la naturaleza de la entidad o de los bienes y servicios que presta, el presupuesto es el instrumento esencial para la operación del Modelo, por tanto, su preparación realista y técnica garantiza la correspondencia entre los ingresos, los gastos y el establecimiento de lo previsto en los planes institucionales. Para las entidades que se rigen por las normas del Presupuesto General de la Nación, es indispensable que la gestión presupuestal esté acorde con las directrices que dan MinHacienda y DNP, así como con lo previsto en el Estatuto Orgánico de Presupuesto Nacional (Decreto 111 de 1996)".*

Continuando con la Dimensión 2°, numeral 2.4 *"Política de Compras y Contratación Pública"* se establece entre sus lineamientos la necesidad de realizar gestión y seguimiento una vez se hayan cumplido todas las etapas de la política, con el fin de que:

> *"La compra pública es un asunto estratégico para el Estado, pues las políticas gubernamentales se materializan a través de adquisiciones y contratos. De esta forma, un buen sistema de contratación estatal permite cumplir oportunamente los objetivos de las entidades y garantizar resultados satisfactorios en términos de eficacia, eficiencia, economía, publicidad y transparencia. Adicionalmente, la compra pública permite a las entidades estatales desarrollar acciones institucionales que superan su capacidad organizacional instalada".*

Respecto a la dimensión 3ª *"Gestión con valores para resultados"* en el numeral 3.4 *"Políticas que fortalecen la gestión institucional y el buen manejo de los recursos"*, se establece en el subnumeral 3.4.1 "*Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción"* donde:

> *"Permite a la entidad articular acciones para la prevención, detección e investigación de los riesgos de en los procesos de la gestión administrativa y misional de las entidades públicas, así como garantizar el ejercicio del derecho fundamental de acceder a la información pública a los ciudadanos y responderles de buena fe, de manera adecuada, veraz, oportuna y gratuita a sus solicitudes de acceso a la información pública".*

y en el subnumeral 3.4.3 "Política de Defensa Jurídica", indica que:

> *"Tiene como objetivo que las entidades públicas orienten sus actividades dentro de un modelo de Gerencia Jurídica Pública eficiente y eficaz, lo que permitirá una reducción sostenible tanto en el número de demandas en su contra como en el valor de las condenas a su cargo".*

Finalmente, la dimensión 7° de Control Interno 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)".*

Como contexto se define que:

Desde la Constitución Nacional, en el artículo 345 dispone una regla relacionada con el gasto público la cual ordena que no se pueden hacer erogación con cargo al Tesoro que no se haya incluida en el de gastos. Tampoco podrá hacerse ningún gasto público que no haya sido decretado por el Congreso, por las asambleas departamentales, o por los concejos distritales o municipales.

Por su parte el artículo 348, dispone que, *"si el Congreso de la República no expide la ley de presupuesto, regirá el presentado por el Gobierno dentro de los términos del artículo precedente (...).* Para la anualidad 2025 este fue el escenario y el Gobierno Nacional aprobó el presupuesto mediante el Decreto 1621 del 30 de diciembre de 2024 Por el cual se liquida el Presupuesto General de la Nación y para la vigencia fiscal de 2025 se detallan las apropiaciones y se clasifican y definen los gastos.

Es así como las normas que regulan el gasto público para las vigencias auditadas corresponden en orden cronológico a la Ley 2342 de 2023 y el Decreto 1621 de 2024. Lo anterior se complementa con la Directiva Presidencial No. 14 del 27 de diciembre de 2024, cuyo asunto corresponde a las directrices generales para la construcción del Plan de Austeridad del Gasto para la vigencia fiscal 2025.

En la Ley 2342 de 2023 en el Capítulo II Se habla de los gastos y especialmente se dispone en los artículos 13 y 14, que el:

> *"Artículo 13. Las afectaciones al presupuesto se harán teniendo en cuenta la prestación principal originada en los compromisos que se adquieran y con cargo a este rubro se cubrirán los demás costos inherentes o accesorios.*
>
> *Con cargo a las apropiaciones de cada rubro presupuestal, que sean afectadas con los compromisos, se atenderán las obligaciones derivadas de estos (...)".*
>
> *"Artículo 14. Prohíbase tramitar actos administrativos u obligaciones que afecten el presupuesto de gastos cuando no reúnan los requisitos legales o se configuren como hechos cumplidos. El representante legal y ordenador del gasto o en quienes estos hayan delegado, responderán disciplinaria, fiscal y penalmente por incumplir lo establecido en esta norma".*

En lo que respecta al Decreto 1621 de 2024, en el Capítulo II de los gastos y artículos 13 y 14 se ordena que:

> *"Artículo 13. Las afectaciones al presupuesto se harán teniendo en cuenta la prestación principal originada en los compromisos que se adquieran y con cargo a este rubro se cubrirán los demás costos inherentes o accesorios.*
> *Con cargo a las apropiaciones de cada rubro presupuestal, que sean afectadas con los compromisos, se atenderán las obligaciones derivadas de estos (...)".*
>
> *"Artículo 14. Prohíbase tramitar actos administrativos u obligaciones que afecten el presupuesto de gastos cuando no reúnan los requisitos legales o se configuren como hechos cumplidos. El representante legal y ordenador del gasto o en quienes estos hayan delegado, responderán disciplinaria, fiscal y penalmente por incumplir lo establecido en esta norma".*

Como se puede observar, las disposiciones sobre el gasto, sin importar la vigencia, se mantiene y esto está dado por la seguridad jurídica que debe representar el gasto en las entidades públicas y dentro de ellas la UARIV, ya sea que el gasto lo hagan los procesos o las dependencias. Para que ello corresponda a los lineamientos de un gasto planeado, efectivo, eficiente y eficaz, el Presidente de la República expidió para la vigencia 2024 la directiva 13 del 20 de diciembre de 2024 y la Directiva Presidencial 14 para 2025 cuyo propósito es dictar las Directrices generales para la construcción del Plan de Austeridad del Gasto para la vigencia fiscal 2025.

El Decreto No. 111 del 15 de enero de 1996, *"Por el cual se compilan la Ley 38 de 1989, la Ley 179 de 1994 y la Ley 225 de 1995 que conforman el estatuto orgánico del presupuesto",* permite delegar la ordenación del gasto de los representantes legales en servidores del nivel directivo o de quien haga sus veces, en el caso de la Unidad en el nivel directivo se puede delegar la ordenación del gasto según lo dispuesto en el:

> *"Artículo 110. Los órganos que son una sección en el Presupuesto General de la Nación tendrán la capacidad de contratar y comprometer a nombre de la persona jurídica de la cual hagan parte, y ordenar el gasto en desarrollo de las apropiaciones incorporadas en la respectiva sección, lo que constituye la autonomía presupuestal a que se refieren la Constitución Política y la ley. Estas facultades estarán en cabeza del jefe de cada órgano quien podrá delegarlas en funcionarios del nivel directivo o quien haga sus veces, y serán ejercidas teniendo en cuenta las normas consagradas en el estatuto general de contratación de la administración pública y en las disposiciones legales vigentes".*

En vista de este contexto normativo, la Oficina de Control Interno encuentra viable determinar cómo se ha realizado el gasto en las Direcciones Territoriales a partir de la estructuración de un cuestionario que de luces sobre este ejercicio y se analicen los resultados.

En cumplimiento de los criterios señalados, mediante correo electrónico del miércoles 17 de septiembre de 2025 a las 2:15 p.m., el Equipo Auditor remite el documento para su

diligenciamiento. Posteriormente, el Equipo Auditado da respuesta mediante correo electrónico del miércoles 24 de septiembre de 2025 a las 3:31 p.m., con los respectivos soportes de los 22 interrogantes que aplican a la gestión de la DT., que desea hacer valer en el proceso auditor.

Los interrogantes del cuestionario fueron:

1. ¿Cuáles son los principales conceptos de gasto ejecutados por la Dirección Territorial en la vigencia 2024 y durante el primer semestre de 2025? (Relacione conceptos y montos).
2. ¿Cómo se clasifican internamente los gastos ejecutados y por qué ítems están compuestos? (Ej. Funcionamiento, inversión, etc.).
3. ¿Qué lineamientos o manuales se aplican para la ejecución del gasto público?
4. ¿Cuál fue el monto total ejecutado en gastos durante la vigencia 2024 y el primer semestre de 2025? (Discriminado por rubros). -Señalar el gasto por arriendos, servicios públicos, arreglos locativos, telecomunicaciones y pagos de internet, entre otros.
5. ¿Cuántos contratos de prestación de servicios y por qué monto se suscribieron durante la vigencia 2024 y durante el primer semestre de 2025? (adjunte relación de contratos, valores, tiempo de ejecución)
6. ¿Cuál es el monto total de obligaciones pendientes de pago a la fecha?
7. ¿Existen gastos reconocidos no cancelados? ¿Cuál es su causa?
8. ¿Qué porcentaje del presupuesto asignado fue ejecutado?
9. ¿Se han presentado novedades en los pagos (retrasos, pagos dobles, ajustes)? Describa
10. ¿Cómo se realiza el seguimiento a los pagos pendientes y compromisos adquiridos?
11. ¿Se han generado moras por pagos fuera del plazo? ¿Cuáles y por qué montos?
12. ¿Qué medidas existen para evitar la generación de intereses por mora?
13. ¿Con qué periodicidad se envían reportes financieros al nivel nacional de la UARIV?
14. ¿Qué información contienen dichos reportes? (Ej. naturaleza del gasto, pagos, saldos, etc.)
15. ¿Cuántos reportes se enviaron en la vigencia 2024 y durante el primer semestre de 2025 y cuál fue su oportunidad de entrega?
16. ¿Quién o quiénes son responsables del manejo presupuestal en esta Dirección Territorial?
17. ¿Qué mecanismos de control existen para garantizar un uso eficiente de los recursos?
18. ¿Qué acciones correctivas se han tomado ante hallazgos de auditoría anteriores en materia financiera, contable y contractual?
19. ¿Se conserva y archiva debidamente el soporte documental de los pagos realizados?
20. ¿Qué criterios se aplican para aprobar o rechazar un gasto?
21. ¿Qué riesgos han identificado en la ejecución presupuestal a nivel de la Dirección Territorial?
22. ¿Qué mejoras en la gestión del gasto han implementado en la vigencia 2024 y durante el primer semestre de 2025?

Fuente: Propia - Herramienta de Gasto Público OCI

Examinadas las respuestas dadas por la Dirección Territorial de Putumayo se tiene lo siguiente:

Para la totalidad de las preguntas se responde de manera negativa, es decir no conocen, no saben o indican que nos les aplica. Esta es una situación comprensible por parte de la Oficina de Control Interno, en la medida que son temas relativamente técnicos de la gestión del nivel central, pero que no se pueden reconocer, dado que de una u otra manera la Dirección Territorial participa en la gestión del gasto, si bien no es responsable en algunos aspectos no se puede sustraer de su papel administrativo en el mismo.

La Ley 87 de 1993 en el artículo 3° literal a) establece que, *"el sistema de control interno forma parte integral de los sistemas contables, financieros, de planeación, de información y operacionales de la respectiva entidad"* y a renglón seguido en el literal c) se indica que, *"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"*, lo cual es concordante con el artículo 6° al disponer 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".

Así mismo, se tiene presente que son objetivos del sistema de control interno, según el artículo 3° de la ley:

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;

Se puede colegir que, en la Dirección Territorial se deben tomar medidas de control interno tendientes a garantizar la eficiencia, eficacia y efectividad de la gestión del gasto, sin que sean responsables directos sino a nivel de coadyuvante, aspecto que en el caso en estudio no es claro; del cual se hace necesario indicar una observación, con el firme propósito de establecer sistemas de control interno a nivel territorial que contribuyan a la toma de decisiones del gasto a nivel nacional.

Las respuestas a las preguntas de la 6 a la 16 indican que, según la Dirección Territorial, *"no aplica".* Lo mismo ocurre con las preguntas de la 18 a la 21. En total, 15 de las 22 preguntas presentan esta misma respuesta, lo que corresponde al 68,18% del cuestionario. Teniendo en cuenta que estas preguntas indagan por controles o modelos de control, se concluye que la Dirección Territorial no considera ningún control asociado a los aspectos financieros de los procesos en los cuales participa.

Por ejemplo, es significativo que la Dirección Territorial a la pregunta cinco (5) sobre contratos señala que: *"Es importante resaltar que la contratación es realizada por el Grupo de Gestión contractual del nivel nacional y, la información final de los valores es manejada oficialmente desde el grupo de Gestión Financiera y contable. Sin embargo, se presenta una relación de los contratos de prestación suscritos en 2024 y 1er semestre 2025, con valores y tiempo".* Al respecto es necesario ir al Modelo Integrado de Planeación y Gestión que, dentro de la política de contratación dispone lo siguiente:

"De conformidad con lo dispuesto en el Decreto 1082 de 2015 artículo 2.2.1.1.1.6.1., las entidades estatales tienen el deber de hacer, durante la etapa de planeación, el análisis necesario para conocer el sector relativo al objeto del Proceso de Contratación desde la perspectiva legal, comercial, financiera, organizacional, técnica, y de análisis de Riesgo.

Las entidades deben dejar constancia de este análisis en los Documentos del Proceso. Elaborar los análisis del sector con el fin de: Establecer y justificar el valor que se estimará para el proceso de contratación y la forma de pago que tendrá el mismo".

En este aspecto se tiene que la contratación de apoyo profesional a la gestión es elaborada por el proceso o dependencia que requiere el servicio, por tanto, allí se debe tener presente el gasto que se está calculando. Además, dentro del proceso contractual, la supervisión recae en el Director Territorial. En consecuencia, no resulta explicable que la dependencia no cuente un modelo de

control del gasto, el cual se encuentra al menos en el Manual de Supervisión y, en lo pertinente en el Manual de Contratación. De manera análoga, se puede afirmar del control al pago de los cánones de arrendamiento y de los servicios públicos. La Oficina de Control Interno tiene claro que estos pagos los realiza el proceso administrativo a nivel nacional, sin embargo, lo que no concibe es que no haya un control sobre el gasto a estos servicios por parte de la Dirección Territorial.

A partir de lo anterior, podría realizarse un análisis de cada elemento de control que la Dirección Territorial respondió como *"no aplica"*, con el fin de determinar, dentro del ordenamiento jurídico, qué sí aplica y por qué es pertinente contar con un control del gasto. Por ejemplo, debe existir plena claridad sobre el pago de los cánones de arrendamiento y de los servicios públicos, que se gestionan desde la Dirección Territorial. De igual manera, se puede señalar de los viáticos, comisiones servicio de transporte por solo citar algunos casos.

En síntesis, no se evidencia que la Dirección Territorial realice un mínimo o adecuado modelo de control sobre los gastos que se materializan en la sede institucional de la Dirección Territorial y el cual se puede constituir en un sistema de alarma temprano para los procesos de nivel nacional, así el gasto no dependa directamente del auditado.

En consecuencia, el equipo de la Oficina de Control Interno emite una observación a la Dirección Territorial al no contar con un sistema de control asociado a las actividades de la gestión del gasto que se materializa en su jurisdicción y que se pueda constituir en un elemento de alertas tempranas que debe tener el proceso financiero y presupuestal de la entidad. Ello no se acoge a lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2° literales a) y b); artículo 3° literales c) y e), y artículo 6°. Lo anterior puede tener como una de sus causas la falta de conocimiento y capacitación en temas financieros en el componente de gasto por parte del Grupo de Gestión Financiera, el acompañamiento de las actividades por los responsables del proceso administrativo y la ausencia de autogestión de la Dirección Territorial, en aras de fortalecer los conocimientos relacionados con su participación en aquellos procesos que tiene un componente de pago.

El principal riesgo que se puede identificar es que no se advierta con la celeridad adecuada desde el territorio que un aspecto del pago de cualesquiera de los procesos que adelanta puede generar controversias contractuales que impliquen aumento en los costos de los pagos.

DEBILIDADES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO IDENTIFICADAS DURANTE EL EJERCICIO AUDITOR

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

DEBILIDAD No. 1

Debilidad en el sistema de control interno de la Dirección Territorial, relacionada con la falta de identificación oportuna y adecuada de riesgos de corrupción en los procesos de su misionalidad, lo que limita la implementación de controles efectivos para su mitigación, la transparencia y eficiencia en la gestión pública. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2, literal f), Ley 1474 de 2011, artículo 73, Decreto 2641 de 2012; y la *"Guía para la Administración del Riesgo, versión 6"*, emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). El Equipo Auditor identifica como principales causas la falta de capacitación y sensibilización y apropiación del personal de la Dirección Territorial sobre la importancia de la identificación y gestión integral de riesgos de corrupción, la ausencia de procesos internos claros y estructurados para dicha actividad y posibles limitaciones en los recursos técnicos y humanos asignados. Asimismo, se evidencian deficiencias en la interpretación de la comunicación y coordinación con otras áreas responsables de la gestión institucional del riesgo. (segunda línea de defensa). Esta situación podría propiciar la ocurrencia de actos corruptos que comprometan la integridad, transparencia y eficiencia de la entidad, afectando el cumplimiento de sus objetivos institucionales y limitando la capacidad de la Dirección Territorial para prevenir, detectar y mitigar oportunamente los riesgos de corrupción en su operación.

DEBILIDAD No. 2

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

DEBILIDAD No. 3

debilidad en el sistema de control interno relacionada con la necesidad de fortalecer el cumplimiento de la interacción de las funciones establecidas en el artículo 29 del Decreto 4802 de 2011 y la contribución en los procesos de implementación y sostenibilidad de 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. 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*".

La integralidad y correlación que existe entre las funciones y MIPG con sus políticas son parte del sistema de control interno de obligatorio cumplimiento. Es así como, el Equipo Auditor identifica como causas principales asociadas el no cumplimiento de los lineamientos y criterios establecidos para la implementación y sostenibilidad de las políticas de gestión y desempeño establecidos por el DAFP y adoptados por la UARIV:

I. Política de integridad: *"Contar con el liderazgo del equipo directivo y la coordinación de las áreas de gestión humana", Llevar a cabo permanentemente ejercicios participativos para la divulgación y apropiación de los valores y principios propuestos en el Código de Integridad", "Establecer un sistema de seguimiento y evaluación de la implementación del Código para garantizar su cumplimiento por parte de los servidores en el ejercicio de las funciones", "Promover que el contacto de los servidores con el Código sea experiencial de tal manera que surjan en ellas reflexiones acerca de su quehacer y rol como servidores públicos que eventualmente conduzcan a cambios en su comportamiento", "Adoptar y apropiar el Código de Integridad, y de conformidad con las particularidades y autonomía de cada entidad pública, adicionar principios de acción ("lo que hago" "lo que no hago") a los cinco valores establecidos en el Código e incluir hasta dos valores adicionales".*

II. Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación: "*Primer Eje: Generación y producción del conocimiento (...)", "Segundo Eje: Herramientas para uso y apropiación (...)", "Tercer eje: Analítica institucional (...)", "Cuarto eje: Cultura de compartir y difundir (...).*

III. Política de Gobierno Digital: "*Seguridad de la Información: Busca que las entidades públicas incorporen la seguridad de la información en todos sus procesos, trámites, servicios, sistemas de información, infraestructura y en general, en todos los activos de información de las entidades del Estado, con el fin de preservar la confidencialidad, integridad, disponibilidad y privacidad de los datos. Este habilitador se desarrolla a través del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información, que orienta la gestión e implementación de la seguridad de la información en el Estado".*

"Arquitectura: busca que las entidades públicas apliquen en su gestión, un enfoque de Arquitectura Empresarial para el fortalecimiento de sus capacidades institucionales y de gestión de TI, aplicando los lineamientos, estándares y mejores prácticas contenidos en el Marco de Referencia de Arquitectura Empresarial del Estado".
"Servicios Ciudadanos Digitales: busca que los servicios ciudadanos digitales sean integrados a los procesos, servicios digitales, trámites digitales, sistemas de información y demás que lo requieran, buscando racionalizar recursos, estandarizar y armonizar la administración pública en pro de mejorar los servicios del Estado".

IV. Política de Política de Gestión Información Estadística: "*Esta política busca que las entidades generen y dispongan la información estadística, así como la de sus registros administrativos, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el líder de Política, para mejorar la efectividad de su gestión y planeación basada en evidencias; garantizando una continua disponibilidad de información de calidad a lo largo del ciclo de la política pública; fomentando el diálogo social con la ciudadanía y los grupos de interés, en el marco de*

la construcción participativa de las soluciones sociales, y generando una herramienta de control político y social que permita la transparencia de las actuaciones del Estado".

V. Política Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público: "*El propósito de esta política es permitir que las entidades utilicen los recursos presupuestales de que disponen de manera apropiada y coherente con el logro de metas y objetivos institucionales, ejecutar su presupuesto de manera eficiente, austera y transparente y llevar un adecuado control y seguimiento".*

Dicho lo anterior, esta situación puede derivar en la materialización de eventos adversos que comprometan el logro de los objetivos institucionales y la adecuada gestión del territorio e impactos en el proceso de recolección de la información para la Medición del Desempeño Institucional (MDI) a través del reporte anual de información del Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión (FURAG).

DEBILIDAD No. 4

Se identifica una debilidad en el análisis realizado por el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno respecto a los soportes suministrados por el auditado. Se evidencia que los controles implementados no cumplen con las características establecidas en los lineamientos de seguridad de la información relacionados con la seguridad física y del entorno, conforme a lo dispuesto en la Resolución 01357 del 10 de noviembre de 2021 de la UARIV. Esta situación impide garantizar la protección de los elementos asociados a la infraestructura tecnológica de la Territorial, generando un alto riesgo de fuga, pérdida o manipulación de la información gestionada mediante recursos tecnológicos y sistemas de información. En este sentido y en el marco del principio de enfoque basado por procesos del Sistema Integrado de Gestión de la UARIV, se requiere desarrollar e implementar controles que fortalezcan el sistema de control interno, considerando el flujo de información e interacción entre actividades del nivel nacional y territorial. Esta gestión debe articularse con la Oficina de Tecnologías de la Información, el Grupo de Gestión Administrativa y la Dirección Territorial. Esta ausencia del desconocimiento del marco técnico regulatorio que establezca de manera clara los lineamientos sobre métodos y estrategias de seguridad física y del entorno no está conforme a lo dispuesto en los literales a), c), d) y e) del artículo 2° de la Ley 87 de 1993, en concordancia con las normas y regulaciones del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones en su modelo de seguridad y privacidad de la información, y la Norma ISO 27001 de Seguridad de la Información.

Las posibles causas de esta debilidad se derivan en la falta de conocimiento y sensibilización en materia de políticas de seguridad de la información, así como la carencia de definición específica de los controles y soportes que la Dirección Territorial debe gestionar para garantizar el cumplimiento de los lineamientos. Adicionalmente, se evidencia la necesidad de una organización adecuada de toda la documentación generada mediante herramientas tecnológicas, que permita asegurar trazabilidad y control sobre la información.

7. ASPECTOS SOBRESALIENTES

El Equipo Auditor ha evidenciado como aspectos positivos de la Dirección Territorial Putumayo, lo siguiente:

De acuerdo con los principios de auditoría generalmente aceptadas, se examinó la información aportada por la Dirección Territorial, así como las evidencias que la respaldan. Tras este análisis se concluye que, en relación con los resultados de los procedimientos misionales, se evidencia la capacidad técnica y operativa del equipo responsable de la Dirección Territorial, así como su compromiso con la planificación, el seguimiento y la mejora continua, lo que permite asegurar una atención oportuna a la población objeto y el cumplimiento de la normativa vigente. Los resultados de la auditoría permiten afirmar con precisión que las actividades de los procedimientos evaluados cumplen con los requisitos establecidos, sin presentar debilidades que afecten su integridad, pertinencia o ejecución. Esto respalda objetivamente el porcentaje de cumplimiento del 100% y contribuye al fortalecimiento de la gestión institucional en el ámbito de la atención humanitaria, la garantía de derechos de la población y la participación, reparación y relación con la ciudadanía.

Concerniente a los resultados de las cinco (5) variable del Sistema de Control Interno (SCI), se identifica cumplimiento de los criterios establecidos, este resultado destaca aspectos relacionados con la implementación y el funcionamiento del Sistema de Control Interno. En primer lugar, el puntaje obtenido de 80,84% refleja que, si bien no existen debilidades estructurales en el sistema, se identifican oportunidades para fortalecer la consistencia de las evidencias, la confiabilidad de los indicadores y la eficacia de los mecanismos de seguimiento. Asimismo, la evaluación realizada por el Equipo Auditor evidencia avances en la adopción de prácticas de control. Finalmente, se reconoce como aspecto destacado la identificación de un modelo formal de control y seguimiento, lo cual permite integrar los resultados del SCI con la planeación institucional y potenciar su instrumento como herramienta estratégica de gestión, en cumplimiento de la Ley 87 de 1993 y del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Para concluir, se destaca la colaboración, eficiencia y compromiso demostrado por el Equipo Auditado de la Dirección Territorial, cuya diligencia en cada etapa del proceso permite que la auditoría se desarrolle sin contratiempos y en estricto cumplimiento de los plazos establecidos. Este desempeño fue clave para garantizar una revisión ordenada, transparente y alineada con los objetivos propuestos. Asimismo, el acceso oportuno de la información clara y precisa evitó interrupciones en la operación, contribuyendo de manera decisiva el éxito de la auditoría. Finalmente, el rol del enlace designado y de sus colaboradores resultó fundamental; su conocimiento, capacidad de gestión y disposición permanente facilitaron la interacción con el Equipo Auditor y ayudaron a consolidar un ambiente de trabajo basado en la confianza y transparencia.

8. RESULTADOS DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.

8.1 Plan de Mejoramiento Auditoría de Gestión

En la vigencia 2019 se realizó auditoria de gestión a la Dirección Territorial Putumayo, en esa oportunidad, la Oficina de Control Interno comunicó cuatro (4) debilidades del sistema de control. En la vigencia 2021 se efectuó un seguimiento con el objetivo de "*Verificar la efectividad de las actividades propuestas por los responsables de la Dirección Territorial Putumayo para superar las debilidades del Sistema de Control Interno de la auditoria de gestión vigencia 2020*". Como resultado del seguimiento de la auditoría en mención el Equipo Auditor dio por cumplidas todas las actividades del plan de mejoramiento. Donde se enunció que:

> *Para el respectivo análisis se solicitó evidencia adicional a fin de evaluar la continuidad del proceso de seguimiento en lo transcurrido del año 2021, lo que determinó una certeza en el cumplimiento a las actividades propuestas por la Dirección Territorial al equipo auditor, el cual arroja un porcentaje de cumplimiento del 100%, con la evidencia presentada se observa una oportunidad de mejora en la actualización, innovación y cumplimiento a los diferentes planes presentados ante nivel central lo cual genera un impacto positivo a las debilidades comunicadas. El 100% de las evidencias por sí mismas están en capacidad de dar certeza sobre la gestión desplegada por Dirección Territorial de Putumayo, una vez subsanadas las mismas el equipo auditor infiere el cierre total de las debilidades presentadas en el informe auditor 2019.*
>
> *Con los resultados obtenidos, la Oficina de Control Interno pone de manifiesto el esfuerzo desplegado por el líder y su equipo de trabajo de la Dirección Territorial de Putumayo en lo relacionado con la superación de las debilidades del Sistema de Control Interno comunicadas en la auditoría de gestión efectuada en la vigencia 2019. Aunado a ello, resalta el interés del auditado el cual presenta la construcción del Plan Operativo ligado al Plan de Acción con los porcentajes de cumplimiento, indicadores y tablero de control graficados, proponiendo como herramienta estándar a nivel nacional. Es aquí donde la OCI tiene la convicción que, si el líder y su equipo de trabajo reorientan las actividades, superan las causas generadoras de las debilidades.*

Por lo anterior, el Equipo Auditor concluye que la Dirección Territorial no tiene actividades pendientes por desarrollar en relación con los planes de mejoramiento derivados de las auditorías internas, los cuales se encuentran cerradas.

8.2 Plan de Mejoramiento Institucional CGR

El Equipo Auditor verifica en la base de datos de las acciones concertadas con la Contraloría General de la República y no encuentra actividad directamente relacionada con la Dirección Territorial auditada y, por lo tanto, no se hacen comentarios en este informe.

9. RESULTADOS DE LOS LOGROS DE GESTIÓN

El resultado de la gestión de la Dirección Territorial Putumayo, dentro de la evaluación por dependencias, obtuvo un logro del 8.81 **/**10.00 para la vigencia 2024.

10. CONCEPTO DE AUDITORIA

El objetivo de la auditoría es analizar de manera integral el sistema de control interno de la Dirección Territorial Putumayo, teniendo en cuenta el cumplimiento de sus metas, la normativa vigente, la eficacia de los instrumentos de gestión adoptados y la valoración del control interno aplicado en su operación diaria. Este análisis busca determinar en qué medida los mecanismos establecidos contribuyen al adecuado funcionamiento de su gestión y al aporte del logro de los objetivos misionales. Para alcanzar este propósito, se evalúan las estrategias implementadas, las acciones ejecutadas y las evidencias de control generadas por la Dirección Territorial, de acuerdo con la naturaleza de su gestión y las responsabilidades asignadas. Como resultado de este proceso, el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno presenta el siguiente concepto de auditoría.

La Dirección Territorial implementa su modelo de control interno orientado a cumplir las funciones establecidas en el Decreto 4802 de 2011, artículo 29, así como lo dispuesto en la Ley 87 de 1993, artículo 2°, literal b), que establece la obligación de "*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".* En conexión con este marco normativo, el modelo de control interno busca no solo asegurar el alcance de los objetivos asignados en el ámbito territorial, sino también contribuir al cumplimiento de los propósitos estratégicos definidos a nivel nacional. Durante el desarrollo del proceso de auditoría se identifican controles fuertes como oportunidades de mejora, cuya valoración permite generar información oportuna y confiable para la toma de decisiones orientadas al mejoramiento continuo de la gestión. De igual manera, se reconocen fortalezas de los controles aplicados durante el monitoreo de las actividades ejecutadas, lo cual evidencia el compromiso de la Dirección Territorial en asegurar el cumplimiento de su gestión en el territorio.

Con relación a la evaluación del modelo de Control Interno determinado por la entidad, la Oficina de Control Interno analiza y evalúa las siguientes variables: *ejecución de los procedimientos misionales, medición del sistema de control interno de (indicadores gerenciales diferentes al plan de acción, riesgos que trasciende como herramienta gerencial al mapa de riesgos que responde a la identificación del entorno específico en el cual desarrolla su gestión, controles que permitan la toma decisiones y que sirven como herramienta en la ejecución de las actividades, seguimiento y mejora como expresiones gerenciales que contribuyen a optimizar los recursos maximizando de esta manera los beneficios), ejecución del plan de acción, cumplimiento de las funciones vs políticas de MIPG, evaluación de las tecnologías y seguridad de la información y el presupuesto y gasto público*. Estos aspectos básicos del Sistema de Control Interno

son objeto de la auditoria por parte del Equipo Auditor a través de papeles de trabajo diseñados para establecer el nivel de madurez, aplicación y cumplimiento.

Concerniente al análisis de la ejecución de los procedimientos misionales, es fundamental indicar que cualquier proceso parte de la caracterización y de sus instrumentos asociados. Esta estructura facilita la implementación de las actividades orientadas al cumplimiento de las funciones institucionales y legales, sirviendo de apoyo para la gestión de la Dirección Territorial. En este contexto, y según la evaluación realizada por el Equipo Auditor, los resultados muestran que la Dirección Territorial mantiene una gestión operativa adecuada, con un compromiso evidente hacia la planificación, el seguimiento y la mejora continua. Esto asegura una atención eficiente a la población y garantiza el cumplimiento de la normativa vigente. El ejercicio auditor confirma que las actividades evaluadas se ejecutan correctamente, sin debilidades que afecten su desempeño, fortaleciendo así la gestión institucional en términos de atención humanitaria, protección de derechos y relación con los ciudadanos.

Respecto al ítems del Sistema de Control Interno evaluado por el Equipo Auditor mediante el uso del papel de trabajo diseñado para determinar el nivel de madurez de las variables: *"indicadores, riesgos, control, mejora y seguimiento",* se evidencia el cumplimiento de los criterios definidos, lo que demuestra avances en su implementación y operación. El puntaje de 80,84% indica que, aunque no se presentan fallas representativas, se deben contemplar oportunidades de mejora orientadas a fortalecer la consistencia de las evidencias, optimizar los mecanismos de seguimiento y consolidar el SCI como una herramienta estratégica para la gestión y la toma de decisiones institucionales. La revisión realizada por el Equipo Auditor confirma la adopción de prácticas de control. Además, se resalta como elemento positivo la existencia de un modelo formal para controlar y monitorear la gestión, lo cual facilita la articulación del SCI con la planeación institucional y fortalece su uso como herramienta estratégica, conforme a lo establecido en la normatividad.

En lo pertinente al mapa de riesgos institucional y la efectividad de los controles, se evidencia una debilidad en la Dirección Territorial debido a la falta de reconocimiento de riesgos de corrupción en su gestión, lo que limita la implementación de medidas adecuadas para su mitigación. Esta situación puede abordarse mediante el análisis e identificación de riesgos de esta tipología en las actividades misionales y otras aplicables a su gestión. Este proceso puede incluir la detección de amenazas potenciales, su evaluación según probabilidad e impacto, y la definición de controles preventivos y detectivos conforme a los lineamientos de la guía estándar vigente de la entidad y demás metodologías. Asimismo, se recomienda sensibilizar a los responsables de la Dirección Territorial, a través de la segunda línea de defensa, sobre la importancia de reconocer este tipo de riesgos, e incorporar mecanismos de seguimiento y reporte que permitan evaluar periódicamente la eficacia de los controles. Estas acciones favorecen la prevención de la corrupción, optimizan la eficiencia y la transparencia de la gestión pública, y garantizan que la Dirección Territorial se mantenga alineada con los estándares aplicados en las demás direcciones.

En cuanto al plan de acción, el Equipo Auditor identifica debilidad del sistema de control interno relacionado al incumplimiento entre lo planificado y lo ejecutado. Se revisa el comportamiento de los informes de avance y ejecución de las metas asignadas a la Dirección Territorial Putumayo para la vigencia 2024, tomando como criterio que ambos reportes deben reflejar el 100% de lo proyectado. Aunque este aspecto afecta la gestión, es posible superarlo mediante la adopción de un sistema de planeación más dinámico, flexible y adaptable, que permita a la Dirección Territorial responder oportunamente a factores internos y externos. Del mismo modo, se destaca la importancia del acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación para mejorar los procesos de formulación, seguimiento y ajuste, garantizando así una ejecución más eficiente y alineada con lo establecido en la planificación.

En la evaluación del instrumento de *"funciones y políticas del MIPG",* orientada a verificar su pertinencia y efectividad según el Decreto 4802 de 2011 y el Manual Operativo del Decreto 1499 de 2017, se identifica una debilidad relacionada con la falta de articulación entre las funciones y la implementación de las políticas del MIPG, donde está, limitada integración reduce el aporte de la Dirección Territorial a la implementación y sostenibilidad del modelo. Por consiguiente, dado que la articulación entre funciones y políticas es un componente obligatorio del Sistema de Control Interno, se recomienda desarrollar estrategias que fortalezcan dicha integración, como jornadas de capacitación que refuercen el conocimiento y la apropiación del modelo, con el apoyo de la segunda línea de defensa, brindando claridad sobre el rol que desempeñan las Direcciones Territoriales en estas variables.

Respecto a la evaluación del instrumento de tecnología de la información, se evidencia una debilidad en la política de seguridad física y del entorno durante el proceso de auditoría, lo que pone de manifiesto la necesidad de que la Dirección Territorial analice e identifique las causas raíz de estas deficiencias. Para ello es fundamental contar con el acompañamiento del nivel nacional, en especial de los líderes responsables de la implementación, a fin de establecer e incorporar acciones correctivas y preventivas. Asimismo, se requiere continuar con la articulación entre el nivel territorial y nacional para garantizar una aplicación coherente y alineada con los lineamientos institucionales. De igual manera, resulta indispensable promover la capacitación continua del personal territorial en materia de seguridad de la información, con énfasis en el cumplimiento de los lineamientos definidos en las políticas vigentes, para contribuir a la mejora en términos de seguridad tecnológica.

En materia presupuestal y de gasto, la evaluación del sistema de control interno constituye un proceso fundamental para garantizar la eficiencia, eficacia, transparencia y legalidad en la gestión pública, conforme a lo establecido en la Ley 87 de 1993. Este sistema se configura como un conjunto integral de políticas, procedimientos, actividades y mecanismos orientados a salvaguardar los recursos públicos, asegurar la confiabilidad de la información financiera, administrativa, y promover el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Examinadas las evidencias aportadas por la Dirección Territorial y frente a lo dispuesto en las normas de control interno a la gestión y aquellas que regulan el proceso de gasto se tiene una ausencia de control, el cual no se puede calificar como debilidad dado que el ámbito de este control está asociado a la participación en el proceso de gasto público. No obstante, dadas las situaciones evidenciadas en el proceso auditor, la gestión Territorial a nivel del control se encamina en una observación para que la Dirección tome acciones preventivas con el propósito de fortalecer la gestión del gasto a nivel territorial.

Finalmente, el Equipo Auditor indica que la Dirección Territorial Putumayo mantiene un sistema de control interno funcional, con una adecuada gestión operativa y un nivel de madurez aceptable, que respalda el cumplimiento misional. Sin embargo, se identifican tres aspectos de mejora que requieren decisiones por parte de la territorial relacionadas con la falta de identificación de riesgos de corrupción, alineación de la planeación con la ejecución del plan de acción, articulación entre funciones y las políticas del MIPG y lineamientos de tecnología y seguridad de la información. Estas debilidades indican que, aunque existen avances, la Dirección Territorial debe fortalecer la gestión del riesgo, mejorar la precisión en la planeación y consolidar la articulación institucional para asegurar un control interno más integral y estratégico.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor recomienda a la Dirección General solicitar a la Dirección Territorial la elaboración de un Plan de Mejoramiento del Sistema de Control Interno, donde se incluya el tratamiento a las debilidades evidenciadas en este informe.

Cordialmente,

CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboro: John Dairo Bermeo Cuellar – Auditor líder

Versión	Fecha	Descripción de la modificación
1	30/04/2014	Se crea formato
2	24/02/2015	Se incluye el ítem de número de informe. Se elimina el ítem 4.2 oportunidades de mejora.
3	21/07/2015	Se incluye la opción tipo de informe, con el fin de poder entregar un informe preliminar o final.
4	15/04/2016	Se incluye cuadro elaboró, revisó y aprobó. Se incluyen numerales 4.4 Sobre indicadores, 4.5 Verificación de riesgos y 4.6 verificación de controles Se incluye cuadro responsable de la auditoria
5	05/06/2017	Se modifica formato, se adiciona aprobación Jefe Oficina de Control Interno.
6	Abril /2018	Se modifica formato de acuerdo con 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.