NFORME FINAL DE AUDITORIA A LA DIRECCIÓN TERRITORIAL SANTANDER

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 Santander
Dependencia líder:	Dirección Territorial Santander
Responsable del Proceso:	Rene Rodrigo Garzon Martinez
Tipo de auditoría realizada:	De primera parte, efectividad del sistema de control interno
Fecha de auditoría:	Del 1° de agosto al 15 de diciembre de 2025
Equipo Auditor:	Liliana Marcela Criales Rincón - Auditor Líder
	Basco Germán Ricaurte Guerra - Auditor
	Isaias Lozano Vera - Auditor
	John Dairo Bermeo Cuellar - Auditor
	Jose de Jesús Gutierrez Villalba – Auditor
	Miguel Angel Espinosa Ruiz – Auditor
	William Hernandez Mahecha – Auditor

1. OBJETIVO DE LA AUDITORIA

La auditoría tiene como objetivo evaluar el sistema de control interno de la Dirección Territorial Santander 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 que las funciones asignadas y las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG se ejecuten mediante procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos u cualquier instrumento formalmente adoptado por la entidad; 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 que los líderes hagan seguimiento a la gestión delegada funcional u operativamente a los miembros de su equipo de trabajo y, 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.

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 Santander 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. 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.

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

4. METODOLOGIA UTILIZADA

El Equipo 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 AUDITORIA

5.1 ANALISIS 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.

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 esta 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: *"Reparación Integral, Relación con el Ciudadano, Participación y Visibilización y Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez"*, de los cuales se analizan y evalúan cinco (5) procedimientos con las actividades que atañen a las direcciones territoriales, de la siguiente manera:

Proceso	Procedimientos Evaluados	Calificación
Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez	Procedimiento Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4 Código: 310,03,08-17	1
	Procedimiento para la Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia Y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas V1 Código:310,03,08-23	1
Participación y Visibilización	Procedimiento para el Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas V1 Código:230,09,08-11	0,8
Reparación Integral	Procedimiento Notificación de Indemnización Administrativa y Entrega del Mensaje Estatal de Reconocimiento y Dignificación V5	0,74
Relación con el Ciudadano	Procedimiento Trámite Notificación de Actos Administrativos V7 Código: 740.04.08-14	1

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 Santander 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 2 de octubre de 2025 a las 09:34 a.m., el Equipo Auditor remite el documento para su diligenciamiento. Posteriormente, el Equipo Auditado da respuesta mediante correo electrónico del 15 de octubre de 2025 a las 14:02 a.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 cuenta con tres procedimientos que da como resultado cumplimiento total, "Procedimiento *Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4 "Procedimiento para la Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia Y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas V1" y* el de Relación con el Ciudadano que cuenta con el procedimiento "*Trámite Notificación de Actos Administrativos V7*" equivalente al 100%. dos (2) procedimientos cumplen parcialmente como el caso de *"Procedimiento para el Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas V1" 60%"; Procedimiento Notificación de Indemnización Administrativa y Entrega del Mensaje Estatal de Reconocimiento y Dignificación V5" 36%.*

El día 20 de noviembre de 2025 se comunica a la Dirección Territorial las debilidades derivadas del análisis, valoración y evaluación de evidencias que sustentaron la realización de los procedimientos producto del cual la Dirección Territorial Magdalena brinda respuesta el día 2 de diciembre de 2025 afirmado lo siguiente con respecto a la debilidad comunicada:

> "1,1 Procedimiento para el Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades étnicas Código:230,09,08- 1
>
> Dentro del análisis adelantando para la implementación del procedimiento se conceptúa que "el cumplimiento de las actividades no genera un aceptable nivel de certeza que desvirtúa el principio de escepticismo profesional y por lo tanto se evidencia un cumplimiento parcial. El porcentaje logrado es de 60%.
>
> Esta debilidad se centra en las actividades 6 y 7) debido a que el equipo auditado no proporciona evidencias adecuadas para evaluar la gestión realizada en el territorio, estableciendo la necesidad de mejorar la documentación y la presentación de las pruebas relacionadas con la ejecución de las actividades, con el fin de fortalecer el cumplimiento y la transparencia del proceso.

Al adelantar la respectiva validación se identifica que efectivamente la prueba aportada no corresponde a lo establecido en la actividad 6 y 7 del procedimiento, por tal razón se adelanta revisión documental, realizando el siguiente ajuste a los soportes"

"1.2. Procedimiento Notificación de Indemnización Administrativa y Entrega del Mensaje Estatal de Reconocimiento y Dignificación V5

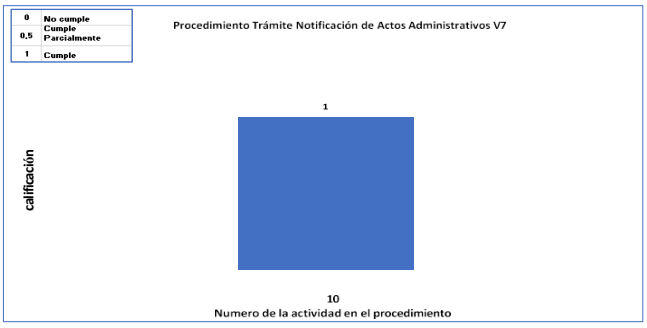
El informe de la Oficina de Control Interno manifiesta que, de 24 actividades, 13 no se sustentaron con los soportes adecuados y acordes con el control o actividad fijada en el procedimiento. En consecuencia, el análisis general del cumplimiento del proceso arroja un resultado que evidencia el no cumplimiento con un porcentaje logrado de 36%.

Al adelantar la respectiva validación, se identifican dos situaciones: i) la prueba aportada no corresponde a lo establecido en las actividades referenciadas según el procedimiento, por tal razón se adelanta revisión documental y se realiza el ajuste a los soportes. Ii) La actividad no está vigente en la implementación del procedimiento, incluyendo observación sobre lo presentado".

Al examinar nuevamente las evidencias que soportan las variables de cada uno de los procedimientos, y teniendo en cuenta que se aportó evidencia nueva, el resultado de la evaluación por cada uno de ellos es el siguiente:

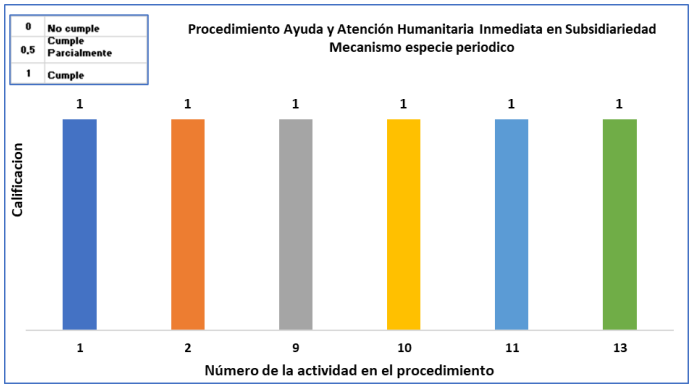
la Dirección Territorial cuenta con tres procedimientos que da como resultado cumplimiento total, "Procedimiento *Ayuda y Atención Humanitaria Inmediata en Subsidiariedad Mecanismo Especie Periódico V4 "Procedimiento para la Formulación de Planes Específicos de Prevención, Protección, Asistencia Y Atención para Comunidades Negras y Afrocolombianas V1" y* el de Relación con el Ciudadano que cuenta con el procedimiento "*Trámite Notificación de Actos Administrativos V7"* equivalente al 100%. dos (2) procedimientos cumplen parcialmente como el caso de *"Procedimiento para el Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas V1" 80%"; Procedimiento Notificación de Indemnización Administrativa y Entrega del Mensaje Estatal de Reconocimiento y Dignificación V5" 74%.*

1. Proceso de Servicio al Ciudadano:

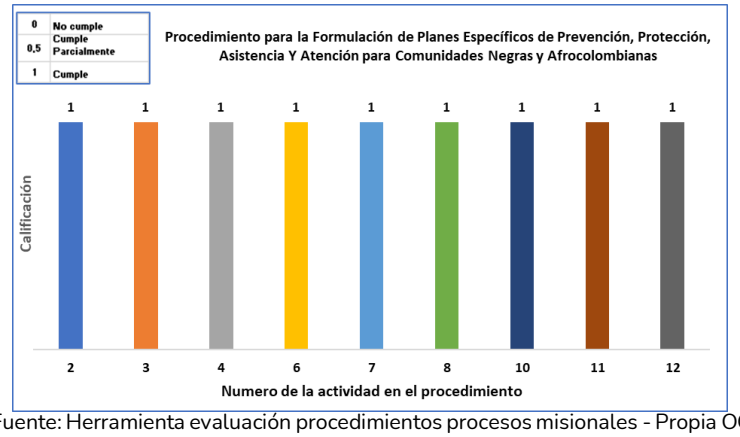


Fuente: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales - Propia OCI

2. Proceso de Prevención Urgente y Atención en la Inmediatez



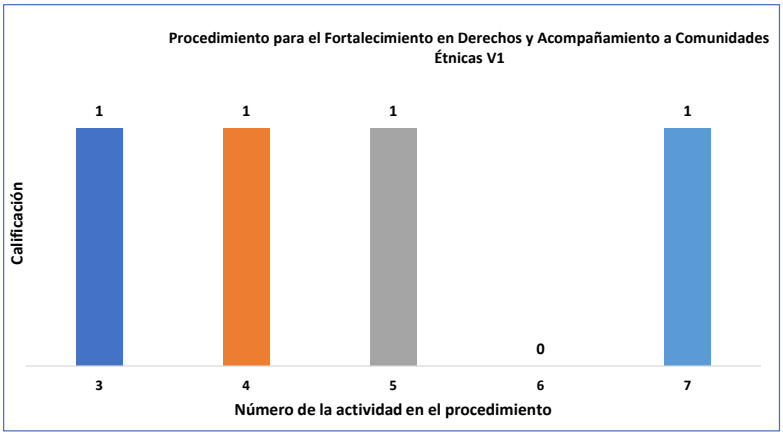
Fuente: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales - Propia OCI



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 respaldan cada una de las actividades incluidas en los procedimientos del proceso. A cada actividad se le asigna un valor individual, y el resultado obtenido es el siguiente: *"El resultado holístico de las actividades del proceso corresponde a la sumatoria porcentual de cada actividad, en donde determina el nivel de cumplimiento del proceso. En consecuencia, el análisis general del cumplimiento del proceso arroja un resultado que evidencia su cumplimiento, correspondiente a un 100%."*.

3. Proceso de Participación y Visibilización



Fuente: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales - Propia OCI

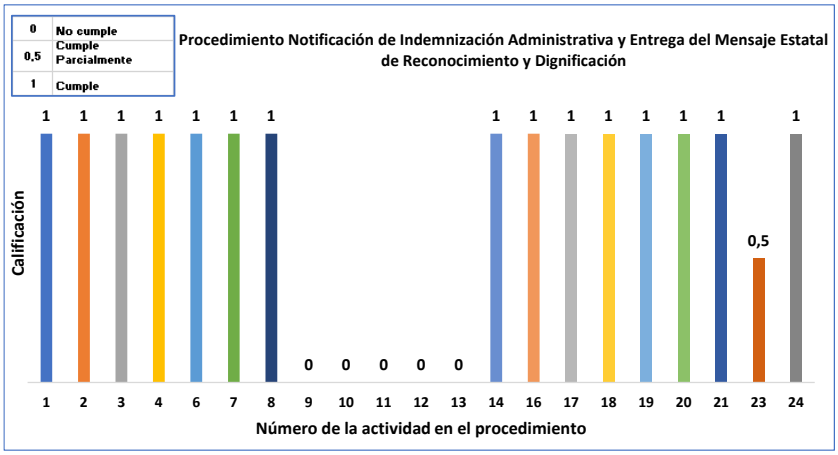
El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, evalúa con técnicas de auditoria generalmente aceptadas cada una de las actividades incluidas en el procedimiento y les da un valor individual. El resultado holístico de las actividades del procedimiento que corresponde a la sumatoria porcentual de cada actividad determina el nivel de cumplimiento del procedimiento.

En consecuencia, el análisis general del cumplimiento de las actividades no genera un aceptable nivel de certeza que desvirtúa el principio de escepticismo profesional y por lo tanto se evidencia un cumplimiento parcial. El porcentaje logrado es de 80%

De lo anterior se concluye lo siguiente:

El procedimiento evidencia un incumplimiento significativo en la actividad 6 debido a que el equipo auditado no proporciona evidencias adecuadas para evaluar la gestión realizada en el territorio. Esta debilidad pone de manifiesto la necesidad de mejorar la documentación y la presentación de las pruebas relacionadas con la ejecución de las actividades, con el fin de fortalecer el cumplimiento y la transparencia del proceso.

4. Proceso de Reparación Integral.



Fuente: Herramienta evaluación procedimientos procesos misionales - Propia OCI

El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, evalúa con técnicas de auditoria generalmente aceptadas cada una de las actividades incluidas en los procedimientos del proceso y les da un valor individual. El resultado holístico de las actividades del proceso corresponde a la sumatoria porcentual de cada actividad, en donde determina el nivel de cumplimiento del proceso.

Como se puede observar, de 24 actividades, 6 no se sustentaron con los soportes adecuados y acordes con el control o actividad fijada en el procedimiento. En consecuencia, el análisis general del cumplimiento del proceso arroja un resultado que evidencia el no cumplimiento. El porcentaje logrado es de 0,74. Por lo tanto, el resultado de la evaluación de las anteriores actividades es no cumplida.

En términos generales, la dirección territorial auditada, debe fortalecer e implementar acciones de mejora para que los procedimientos y actividades se cumplan de acuerdo con el flujograma que se

establece a través de los procesos misionales. Así mismo, se recomienda un trabajo en conjunto con los procesos misionales para que las actividades y evidencias requeridas estén totalmente claras y correspondan a lo instaurado en cada uno de los procedimientos y los criterios que allí se citan.

DEBILIDAD 1

De acuerdo con lo expuesto, se evidencia una debilidad en el sistema de control interno relacionada con la evaluación del proceso de Participación y Visibilización en su procedimiento *"Procedimiento para el Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas V1"*; el proceso de Reparación Integral en el procedimiento *"Procedimiento Notificación de Indemnización Administrativa y Entrega del Mensaje Estatal de Reconocimiento y Dignificación V5"* en los cuales no se evidencia el total de los soportes correspondientes. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993 en el artículo 2° literales c y d, articulo 3, literal c, articulo 4, literal i, Decreto 1083 de 2017, artículo 2.2.21.5.2 "*manuales de procedimientos*", Guía para la Gestión por Procesos en el Marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), numeral 4.1. "*Documentación de procedimientos referente a la lista de evidencias que se generan en la aplicación de una actividad dentro de cada procedimiento (...)"*, Resolución No. 02728 *"Por la cual se adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG y (...)"*, respecto al cumplimiento a los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad y el Decreto 943 de 2014 *"Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI)"***,** particularmente en el componente Direccionamiento Estratégico en lo relacionado con el control del Modelo de Operación por Procesos *"Mediante el control ejercido a través de la puesta en marcha de este elemento, las entidades podrán contar con una estandarización de las actividades necesarias para dar cumplimiento a su misión y objetivos, lo cual permite, que su operación se realice de manera continua, garantizando la generación de productos o servicios (...)*". El Equipo Auditor establece como potencial causa el desconocimiento por parte de los servidores públicos de las normativas que regulan y rigen la administración pública en cuanto a la entrega de información, según lo dispuesto en el Decreto 403 de 2020, inciso 2 del artículo 1° y articulo 151, el cual establece el *"deber de entrega de información para el ejercicio de las funciones de la unidad u oficina de*

control interno". Esto impide la eficiencia en el control interno debido a que, esta oficina no puede realizar un análisis adecuado de la situación de la operatividad de la Dirección Territorial, limitando su capacidad para identificar riesgos y proponer mejoras, así mismo, los funcionarios responsables de la no entrega de información puede acarrear sanciones administrativas y penales, afectando no solo a los responsables, sino también a la entidad en su conjunto. La correcta implementación de un sistema de control interno requiere el compromiso de todos los niveles de la entidad para garantizar la transparencia y la eficacia en la gestión pública. Es esencial que la Dirección Territorial tome acciones concretas para asegurar el suministro adecuado de información a los entes evaluadores (OCI), protegiendo así la integridad del sistema y evitando posibles sanciones que puedan comprometer la veracidad y exactitud de la información gestionada por la Dirección Territorial a nivel nacional.

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

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 Santander 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 al plan de acción (que para efectos del ejercicio auditor serán tomados como metas del plan de acción), uno de los 16 planes con los cuales cuenta la entidad. El propósito es determinar si la dirección territorial posee y reconoce un sistema de medición diferente a las metas del plan de acción y con ello le permita tener una herramienta gerencial de las actividades institucionales.

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

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) aborda desde las diferentes dimensiones los aspectos fundamentales del sistema de medición mediante el uso de los indicadores de gestión. En este escenario, el modelo no se circunscribe a las metas del plan de acción que como toda actividad debe tener un sistema de medición que son sus indicadores, de donde se colige que un sistema de medición mediante el uso de indicadores de gestión aborda campos diferentes y 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 5, vigente para la anualidad 2023, 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 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 Lineamientos generales para la implementación Eje 3. Analítica institucional, indica que:

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

Continuando con el marco normativo y administrativo dado por el Departamento Administrativo de la Función pública, en el caso de los indicadores de gestión en la guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión versión 4 establece que:

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

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

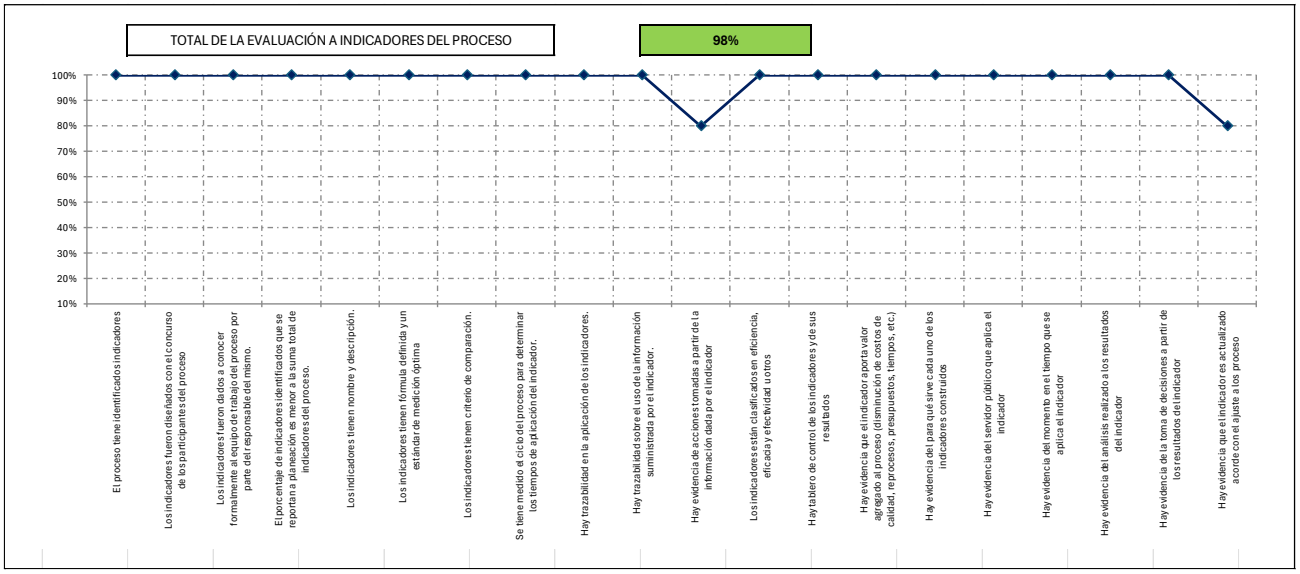
Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de los indicadores de gestión, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – indicadores, mediante correo electrónico del lunes 11 de agosto de 2025 a las 12:14 p.m. La dirección territorial auditada da respuesta mediante correo electrónico del martes 26 de agosto de 2025 a las 16:31 p.m. con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de 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:



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 98% 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 – indicadores corresponde a 100 de

[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.

100 posibles. Lo que significa que *"Hay evidencia de un sistema de medición en plena producción que sustenta la toma de decisiones, que es inherente al proceso, actualizado y socializado adecuadamente"*. (Información tomada resultado papel de trabajo).

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 Santander, existen indicadores de gestión diferentes a los reportados en SISGESTION 2.0 los cuales están descritos en una matriz denominada "Plan de trabajo 2023" que muestra la expresión cuantitativa del comportamiento y desempeño de la dirección territorial auditada.

Por lo anterior, la dirección territorial Santander en análisis de los indicadores correspondiente a evaluación del sistema de control Interno no presenta debilidad.

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 de los riesgos y con ello evaluar el sistema de control interno (SCI), para establecer su nivel de madurez, evidenciando la efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta la Dirección Territorial Santander 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 2023 V5, 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 5, vigente para la anualidad 2023, dentro de la 1ª. Dimensión: Talento Humano en el numeral 1.3 Política de Integridad, en los Lineamientos generales para la implementación se tiene que se debe:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- *Apoyo a la toma de decisiones*
- *Garantizar la operación normal de la organización*
- *Minimizar la probabilidad e impacto de los riesgos*
- *Mejoramiento en la calidad de procesos y sus servidores (calidad va de la mano con riesgos)*
- *Fortalecimiento de la cultura de control de la organización*
- *Incrementa la capacidad de la entidad para alcanzar sus objetivos*

- *Dota a la entidad de herramientas y controles para hacer una administración más eficaz y eficiente.*

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de la gestión del riesgo, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – riesgos, mediante correo electrónico del lunes 11 de agosto de 2025 a las 12:14 p.m. La dirección territorial auditada da respuesta mediante correo electrónico del martes 26 de agosto de 2025 a las 16:31 p.m. con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

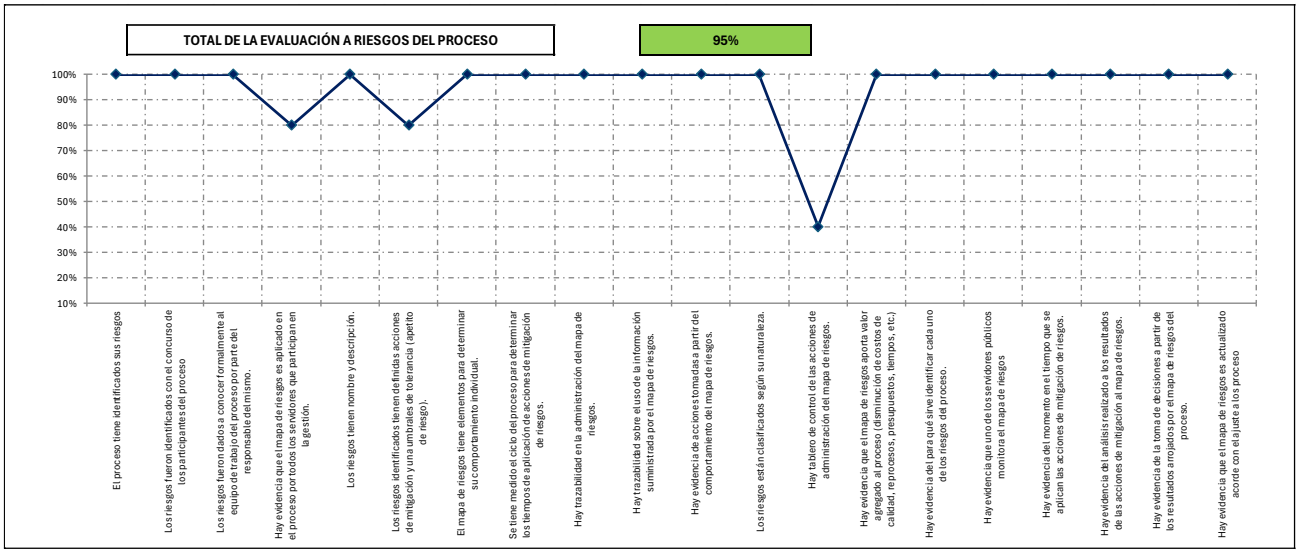
El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de gestión de riesgos en concordancia con las características del sistema de control interno definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos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

---

[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.



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 95% 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 100 de 100 posibles.

Para el efecto, se analizan las evidencias aportadas por el auditado de las acciones planteadas en el (proceso o DT); en lo que corresponde al componente evaluado; donde el equipo auditor evidencia que ellas dan certeza al cumplimiento.

Por lo anterior, en este caso se evidencia que la variable (riesgos) logra un nivel de calificación Alto con un 99%

5.2.3 Análisis del modelo de control de la Dirección Territorial Santander. (diferentes a los puntos de control en los procedimientos).

La Dirección Territorial Santander reporta que cada procedimiento tiene establecidos puntos de control según su modalidad en su descripción de actividades y línea de proceso (FLUJOGRAMA), en este se encontrará a descripción la línea y orden de cada procedimiento con los puntos de control definidos.

Por consiguiente, el Equipo Auditor examina los controles adicionales a aquellos identificados como puntos de control en los procesos y 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), para establecer su nivel de madurez, evidenciando la efectividad, eficiencia y eficacia de las actividades que ejecuta la Dirección Territorial Santander para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y operativos institucionales. El propósito 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 el numeral 2 *"Agilizar, simplificar y flexibilizar*

la operación de las entidades para la generación de bienes y servicios que resuelvan efectivamente las necesidades de sus ciudadanos". Esta es una tarea propia de las dependencias, procesos misionales y direcciones territoriales, se debe hacer desde el ejercicio del proceso de Direccionamiento Estratégico en coordinación con la Oficina Asesora de Planeación. En este punto, se deben emitir los lineamientos precisos para la gerencia de procesos que contribuyan al logro de los objetivos institucionales, para lo cual es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

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

Por otra parte, en el Manual Operativo del MIPG en la página 49 al hablar del trabajo por procesos dentro de la Dimensión 3° "*Gestión con Valores para Resultados*" dispone que:

> *"La implementación de la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos debe ser resultado del ejercicio de Direccionamiento Estratégico y Planeación, así como de los resultados obtenidos por la entidad. Se trata de entender e interiorizar que todas las dimensiones de MIPG son piezas fundamentales e integrales en un proceso de análisis para el fortalecimiento organizacional".*

En este escenario, la misma disposición dicta que: *"Con este insumo fundamental del Direccionamiento Estratégico y la Planeación, existen dos grandes acciones que son necesarias abordar para llevar a cabo el fortalecimiento organizacional: Por un lado, comprender muy bien la situación por la que atraviesa una entidad. Por otro, hacer un ejercicio de diseño o rediseño en el cual se reconozcan los esfuerzos y condiciones en los que se ha incurrido en el tiempo. Explícitamente, esto es":*

- *"Entender la situación: El objetivo de esta acción, enmarcada en el análisis de capacidades y entornos del Direccionamiento Estratégico y la Planeación (...)".*
- *"Diseñar o rediseñar lo necesario: (...) Para ello es necesario formalizar como mínimo: Estructura orgánica, Esquema de negocio, Cadena de valor, Estructura funcional o administrativa, planta de personal (...)".*
- *"Trabajar por procesos: Uno de los pilares de los modelos de gestión de calidad es el trabajo por procesos. De acuerdo con la Carta Iberoamericana de la Calidad (CLAD: 2008), la adopción de una gestión por procesos permite la mejora de las actividades de la administración pública orientada al servicio público y para resultados. Los procesos, entendidos como la secuencia ordenada de*

actividades, interrelacionadas, para crear valor, deben tener en cuenta que el ciudadano es el eje fundamental de la gestión pública (CLAD: 2008). Los procesos se pueden clasificar en estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación, lo que permitirá la adecuada gestión y prestación del servicio de la organización (…)".

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

"(…) una estructura de control de la gestión que especifique los elementos necesarios para construir y fortalecer el Sistema de Control Interno, a través de un modelo que determine los parámetros necesarios (autogestión) para que las entidades establezcan acciones, políticas, métodos, procedimientos, mecanismos de prevención, verificación y evaluación en procura de su mejoramiento continuo (autorregulación), en la cual cada uno de los servidores de la entidad se constituyen en parte integral (autocontrol)."[3]

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de la gestión del riesgo, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – control, mediante correo electrónico del lunes 11 de agosto de 2025 a las 12:14 p.m. La dirección territorial auditada da respuesta mediante correo electrónico del martes 26 de agosto de 2025 a las 16:31 p.m. con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

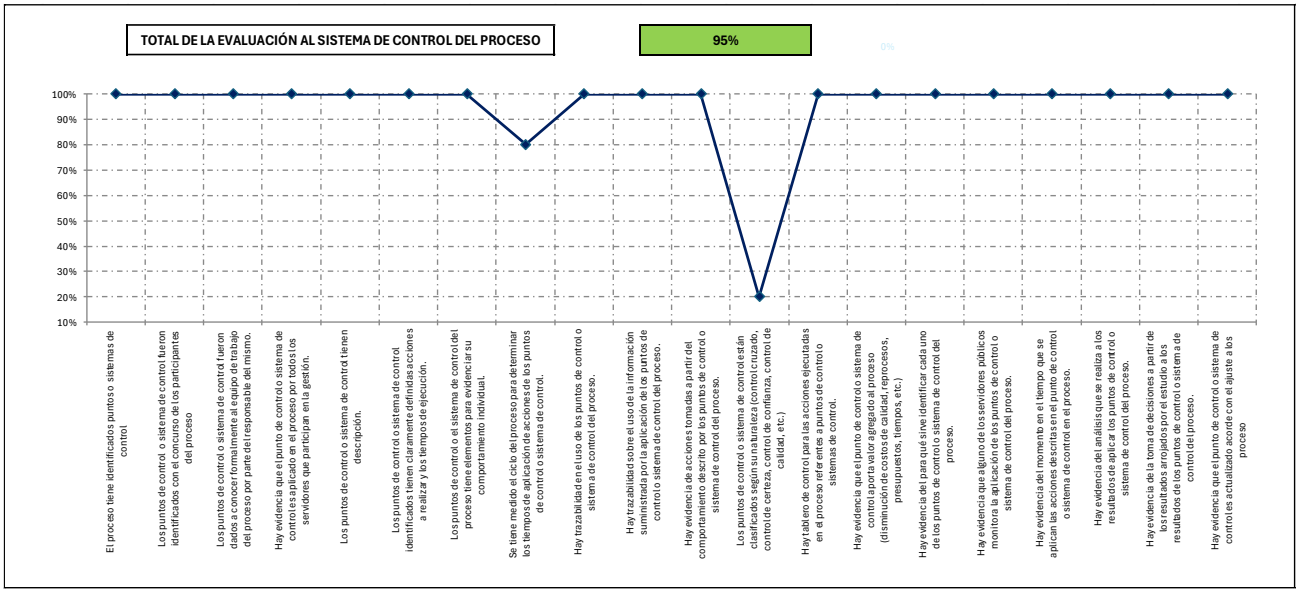
El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de gestión del control en concordancia con las características del sistema de control interno definidos en el artículo 2° de la Ley 87 de 1993 referente a los objetivos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

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

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 servidores adscritos a la Dirección Territorial Santander 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:



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 95% 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 97 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 3 puntos respecto de la calificación de la auditada y de 98.33 respeto del máximo posible (100 puntos). En lo que corresponde al componente evaluado, el equipo auditor evidencia que ellas dan certeza al cumplimiento.

[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.

Por lo anterior, en este caso se evidencia que la variable (control) logra un nivel de calificación Alto con un 98%

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 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 Santander 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".*

Corolario de lo anterior, la entidad debe tener un Sistema de Control Interno que se articule con el MIPG, según lo estipulado por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, 2023 V5, en el numeral 4.2 Seguimiento y evaluación de la gestión institucional, que señala:

Numeral 4.2 Seguimiento y evaluación de la gestión institucional del MIPG: "El MIPG opera a través de un conjunto de 7 dimensiones que agrupan las políticas de gestión y desempeño institucional (Talento Humano, Direccionamiento estratégico y Planeación, Gestión con valores para resultados, Evaluación de resultados, Información y comunicación, Gestión del conocimiento y Control Interno), implementadas de manera articulada e intercomunicada, permitirán que MIPG funcione"; es así "(...)Las dependencias de planeación suelen ser las responsables y competentes para liderar estos ejercicios. No obstante, los responsables de hacer el seguimiento y la evaluación de los resultados institucionales son los servidores públicos que tienen a su cargo cada plan, programa, proyecto o estrategia objeto de seguimiento y evaluación. Así mismo, son ellos quienes deben establecer oportunamente las acciones de corrección o prevención de riesgos, si aplica, y registrar o suministrar los datos en los diferentes sistemas de información de que dispone la organización y otras autoridades para tal fin. (...)"

Adicionalmente en el numeral 4.2 Seguimiento y evaluación de la gestión institucional, lineamientos generales para la implementación afirma que:

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

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

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

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

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

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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo del modelo de mejora o valor agregado, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – modelo de mejora o valor agregado, mediante correo electrónico del lunes 11 de agosto de 2025 a las 12:14 p.m. La dirección territorial auditada da respuesta mediante correo electrónico del martes 26 de agosto de 2025 a las 16:31 p.m. con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de 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 Santander.

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:

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% 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,

[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.

encuentra que la evaluación real del sistema de control interno – mejora corresponde a 87 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 1 punto respecto de la calificación de la dirección territorial auditada; en lo que corresponde al componente evaluado, el equipo auditor evidencia que ellas dan certeza al cumplimiento.

Por lo anterior, en este caso se evidencia que la variable (mejora) logra un nivel de calificación Alto con un 93%

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 Santander 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 continua asociado a las dimensiones y las políticas que lo desarrollan de la siguiente manera:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

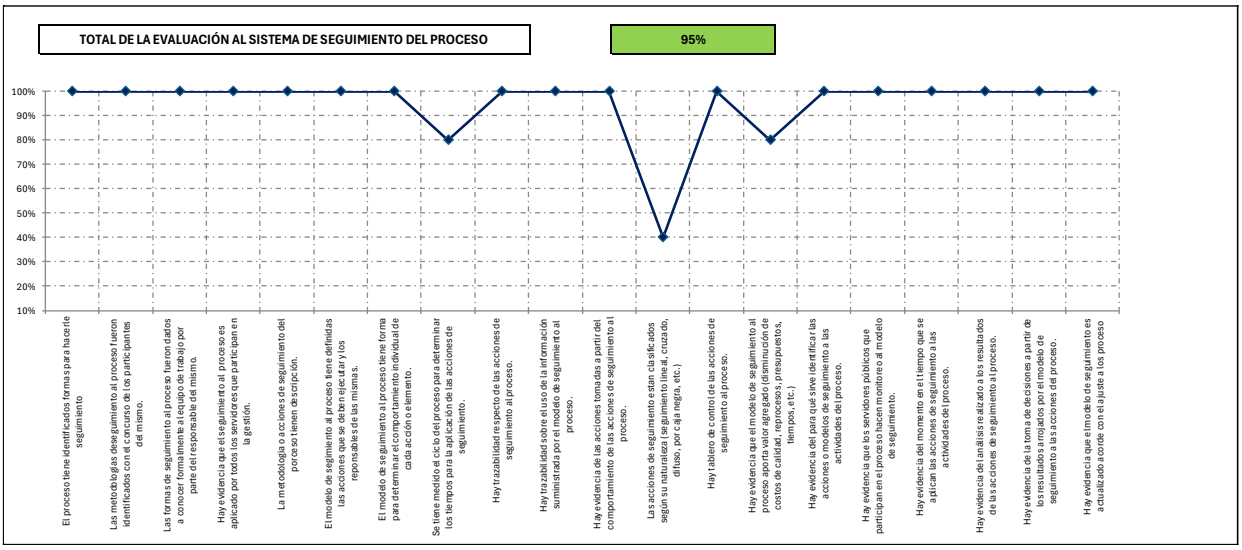
Por tanto, la versión actualizada de MIPG se enmarca dentro de la Gestión con valores orientada a Resultados o para Resultados GpR, y permitirá que las entidades públicas colombianas planeen, gestionen, controlen, evalúen y mejoren su desempeño y tengan cada vez más y mejores capacidades de operación,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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de la variable seguimiento de la herramienta del Sistema de Control Interno (SCI), la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remite al auditado la matriz de evaluación del sistema de control interno – seguimiento, mediante correo electrónico del lunes 11 de agosto de 2025 a las 12:14 p.m. La dirección territorial auditada da respuesta mediante correo electrónico del martes 26 de agosto de 2025 a las 16:31 p.m. con los respectivos soportes que desea hacer valer en el proceso auditor.

El Equipo Auditor, a través de la citada matriz, como papel de trabajo, tiene el propósito de determinar el nivel de madurez del modelo de 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 servidores adscritos a la Dirección Territorial Santander 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:



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

[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.

Como se observa, la calificación que se da la Dirección Territorial auditada corresponde a 95% 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 89 de 100 posibles. Ello implica una diferencia real de 6 puntos respecto de la calificación de la dirección territorial auditada y de 13 respecto del máximo posible (100 puntos). En lo que corresponde al componente evaluado, el equipo auditor evidencia que ellas dan certeza al cumplimiento.

Por lo anterior, en este caso se evidencia que la variable (seguimiento) logra un nivel de calificación Alto con un 89%

El promedio de las 20 afirmaciones da como resultado 96/100. Es así como el Equipo Auditor ve un terreno expedito para realizar acciones de seguimiento que aseguren una toma de decisiones en un entorno de certeza razonable teniendo como sustento la información de los anteriores componentes, todos ellos como herramienta de gerencia proclive a mejorar la gestión, minimizar costos de todo tipo y maximizar las acciones misionales en favor de los usuarios de la UARIV desde las funcionalidades de la dirección territorial auditada.

En este sentido, es importante realizar el seguimiento a las acciones, actividades u objetivos propuestos que se constituye en el baluarte de un modelo de seguimiento interno fuerte de la Dirección Territorial Santander, donde se materializa la aplicación de los principios rectores de la gestión pública (igualdad, moralidad, eficiencia, economía, celeridad, imparcialidad, publicidad y valoración de costos ambientales).

Para el Equipo Auditor, el análisis del quehacer del seguimiento es otro de los pilares sobre el cual descansa una adecuada toma de decisiones, sustentado en herramientas que brindan certeza al gestor público y por ende dan a los usuarios de la Entidad la tranquilidad de recibir los bienes o servicios que satisfagan sus expectativas, dentro del marco de las externalidades propias de la gestión de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

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

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

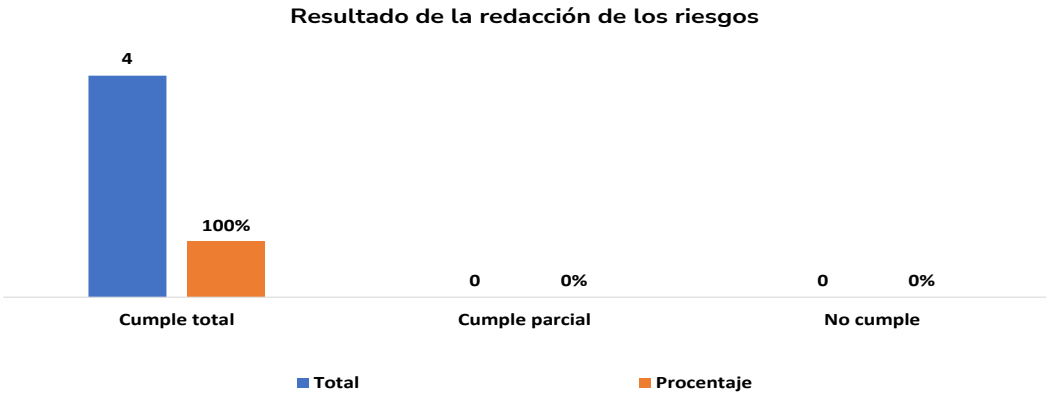
La Dirección Territorial Santander, conforme al artículo 29 del Decreto 4802 de 2011, tiene como función ejecutar las políticas, planes y programas, así como coordinar la implementación de las estrategias de la entidad a nivel territorial. Esto con el fin de gestionar, fortalecer y hacer seguimiento 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 Santander, 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.

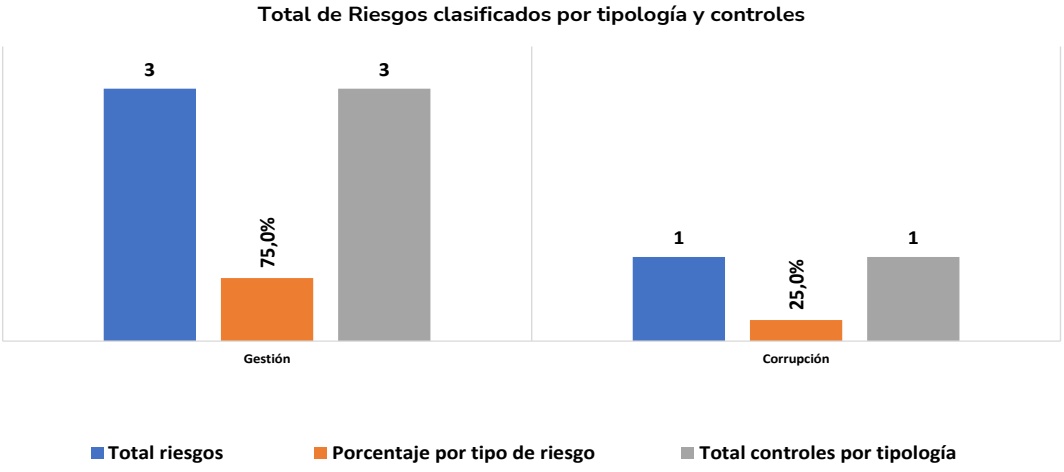
Es necesario señalar que el propósito de esta evaluación es determinar si la Dirección Territorial en mención diseña de manera adecuada y metodológicamente el control al riesgo y a su vez verifica si la evidencia cumple el propósito de la acción del control. El presente análisis del Equipo Auditor se 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 Santander y evalúa la redacción de estos.



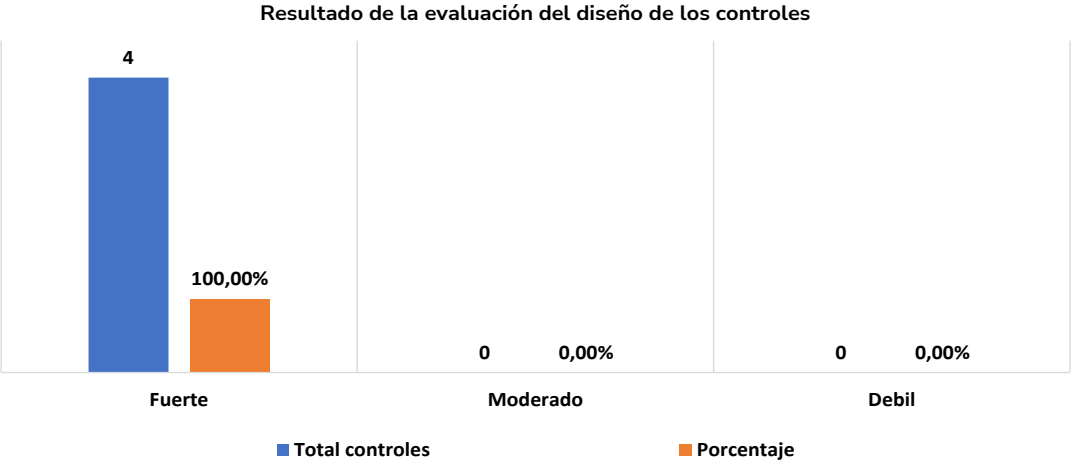
Fuente: Herramienta análisis de riesgos de la OCI

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

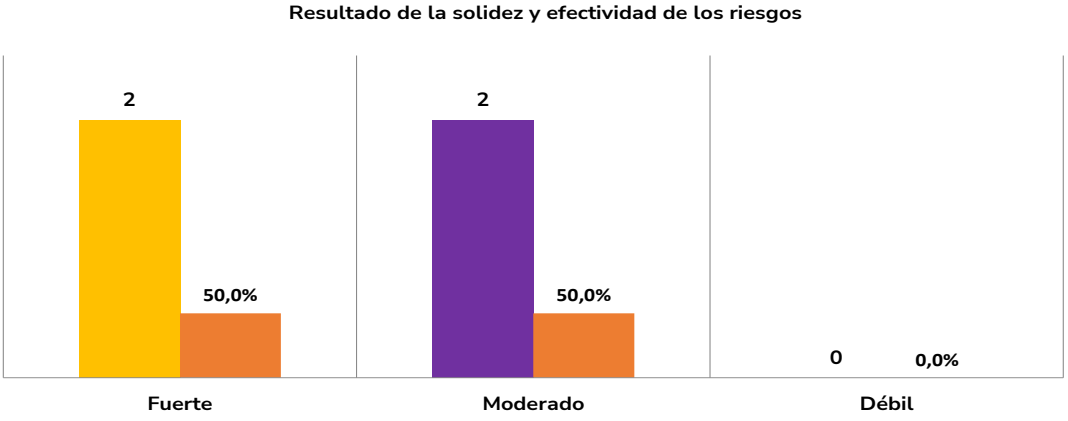
Concerniente al resultado del análisis relacionado con la tipología, se identificaron cuatro (4) riesgos: tres (3) de ellos, equivalentes al 75%, corresponden a riesgos de gestión, y uno (1), equivalente al 25%, a un riesgo de corrupción. Para la gestión de los riesgos de tipo administrativo, la Dirección Territorial ha implementado tres (3) controles; mientras que, para el riesgo de corrupción, se han establecido un (1) control específico. *(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 tres (3) riesgos administrativos y el riesgo de corrupción, se identifica que los cuatro (4) controles adoptados se encuentran en zona *"fuerte"*, con un cumplimiento del 100%. *(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 50% de los riesgos adoptados por la Dirección Territorial equivalentes a dos (2) riesgos se encuentran clasificados en el rango *"fuerte"*, mientras que los otros dos (2) riesgos también con el 50% se ubican en el rango *"moderado"*. Este resultado refleja que, aunque 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 riesgos moderados está relacionada con la calidad de dichas evidencias. Por ello, se considera fundamental revisar y fortalecer la documentación que se presenta durante el proceso auditor, con el fin de estar preparados para futuros requerimientos de auditorías internas o de entes de control externos.

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, determinando que, al momento de la auditoría, se contaba con su acopio. Una vez recibidas, las evidencias se analizaron bajo criterios de auditoría generalmente aceptados, concluyendo que la Dirección Territorial presenta un 50% de controles con *"la evidencia y el control total"* y un 50% con *"la evidencia y/o control es parcial"*, *(Información tomada resultado papel de trabajo).*

Respecto a los casos en que se identificó evidencia parcial, se observó que algunos soportes no cumplían con el alcance establecido para la auditoría. Por ejemplo, se encontraron soportes correspondientes al año 2023 relacionados con riesgos de corrupción, y en el caso del riesgo asociado a la gestión de reparación colectiva, se evidenció la ausencia de documentos requeridos por el control, como las actas mensuales del comité estratégico, entre otros.

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.

La efectividad que se traduce en el cumplimiento total se centra en la correcta interpretación de la *"Metodología para la administración del riesgo y el diseño de los controles"*, Esto implica un mecanismo de información eficaz, eficiente y oportuno en materia de ejecución de las actividades del control y evidencias completas frente a los controles instituidos en la matriz de riesgos. Todo lo anterior contribuye al control de la materialización de eventos adversos y, por ende, al manejo del impacto en el logro de los objetivos institucionales.

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 aún más el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial en relación con el mapa de riesgos, se recomienda que dichos riesgos sean desagregados conforme a

cada uno de los procesos misionales y de apoyo. Actualmente, la mayor parte de la misionalidad se encuentra concentrada en tres riesgos de gestión, lo cual limita la precisión del análisis. Esta desagregación permitirá un mayor control y seguimiento, lo que contribuirá significativamente a reducir la probabilidad de materialización de los riesgos durante el desarrollo de la operación. Por consiguiente, se deja la presente como observación para su consideración y mejora.

Así mismo, en relación con la documentación presentada como soporte ante el ente de control (OCI), se sugiere que, para futuros requerimientos, las evidencias entregadas cumplan plenamente con el alcance solicitado, especialmente en cuanto a las fechas de requerimiento. Igualmente, se recomienda que las evidencias respalden de manera clara y verificable lo consignado en los controles, evitando inconsistencias o ausencias de soporte documental que puedan afectar la trazabilidad o veracidad de la información presentadas.

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 todos los procesos, dependencias y Direcciones Territoriales de la Unidad para la Atención y Reparación a las víctimas. (subrayado fuera de texto).

A partir del marco normativo Ley 87 de 1993 en el artículo 2º literales a) y f); Decreto 1083 de 2015 modificado por el Decreto 648 de 2017 que en el artículo 2.2.21.3.1; Decreto 1083 de 2015 artículo 2.2.21.5.4; los lineamientos dispuestos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, 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 auditada cumple con los lineamientos estipulado en el marco normativo expuesto.

En cuanto a la redacción de los controles, aplica 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"* adoptada por la entidad.

Por lo anterior, la Dirección Territorial Santander, en el análisis de los riesgos y controles correspondiente a la evaluación del Sistema de Control Interno, no presenta debilidades. No obstante, aunque no se identificaron hallazgos representativos, es importante tener en cuenta las recomendaciones y observaciones relacionadas con la desagregación de los riesgos, el cumplimiento del alcance de la auditoría por parte de las evidencias, y que estas respalden adecuadamente lo consignado en el control. Dichas consideraciones pueden aportar información valiosa para fortalecer aún más el sistema y garantizar su eficacia.

5.4 ANALISIS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE LA EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2023 DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL SANTANDER.

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 <u>definición de los indicadores</u> 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 Santander. 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 Santander, 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 Santander 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 Santander

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 Santander tiene en total 40 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 38. En lo que compete al primer trimestre de 2024 no aplica reporte de avance en 30 de sus actividades. Por consiguiente, la muestra de trabajo es de 8 actividades que corresponden al 21% de la población, donde se evidencia que seis (6) actividades programadas presentan estado óptimo del 100%, una (1) en estado superlativo del 111% y una (1) estado crítico del 0%.

En cuanto al segundo trimestre de 2024 la muestra de trabajo es de dieciocho (18) actividades, lo que equivale 47% 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 18 posibles, lo que equivale al 77.78% 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 0 de las 18 posibles, lo que equivale al 0% 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 18 posibles, lo que equivale al 5.55% 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 18 posibles, lo que equivale al 16.67% de la muestra.

Respecto al tercer trimestre 2024, la muestra de trabajo es de veintitrés (23) actividades, equivalente el 61% 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 14 actividades de las 23 posibles, lo que equivale al 60.87% 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 1 de las 23 posibles, lo que equivale al 4.35% 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 2 de las 23 posibles, lo que equivale al 8.70% 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 6 de las 23 posibles, lo que equivale al 26.08% de la muestra.

En lo referente al cuarto trimestre de 2024, el comportamiento de ejecución de las 38 actividades de la Dirección Territorial Santander programadas para la vigencia 2024 presenta el nivel de cumplimiento que se relaciona a continuación:

Veintidós (22) presentan estado óptimo del 100%, equivalente al 57.89%.
Tres (3) muestran estado medio del (80%, 94% y 99%), equivalente al 7.90%.
Cuatro (4) registran estado crítico (6%, 50% y 2 con el 0%), equivalente al 10.53%

Ocho (8) presentan estado superlativo (104%, 111%, 116%, 117%, 120%, 150%, 158% y 387%), equivalente al 21.05% del total de indicadores.
Una (1) no aplica reporte por ser indicador por demanda (código 29), equivalente al 2.63%.

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 Santander (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 SANTANDER		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. 10) **(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	23	10	230	230%	23%	41	11	372,727	372%	59%	5	12	41,667	42%	6%	0	100	0	0%	0%
5	Mayo	57	19	300	300%	57%	70	20	350	350%	101%	25	23	108,7	109%	30%	0	100	0	0%	0%
6	Junio	75	29	258,62	259%	75%	77	30	256,667	257%	112%	48	35	137,14	137%	59%	0	100	0	0%	0%
7	Julio	0	100	0	0%	0%	0	30	0	0%	0%	0	35	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
8	Agosto	0	100	0	0%	0%	77	40	192,5	193%	112%	96	46	208,7	209%	117%	0	100	0	0%	0%
9	Septiembre	0	100	0	0%	0%	78	50	156	156%	113%	96	57	168,42	168%	117%	0	100	0	0%	0%
10	Octubre	100	100	100	100%	100%	80	60	133,333	133%	116%	96	68	141,18	141%	117%	0	100	0	0%	0%
11	Noviembre	0	100	0	0%	0%	80	69	115,942	116%	116%	96	82	117,07	117%	117%	0	100	0	0%	0%
12	Diciembre	0	100	0	0%	0%	0	69	0	0%	0%	0	82	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%
	OCI					0%					116%					117%					NAR
	OAP					0%					116%					117%					NAR

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 corresponsabilidad 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 víctimas.**(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%
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	90	111,11	111%	111%
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	10	10	100	100%	17%	0	90	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	10	0	0%	0%	100	90	111,11	111%	111%
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	25	0	0%	0%	0	10	0	0%	0%	0	90	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	0	25	0	0%	0%	27	27	100	100%	45%	100	90	111,11	111%	111%
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	27	0	0%	0%	0	90	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	50	0	0%	0%	0	27	0	0%	0%	0	90	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	50	0	0%	0%	44	44	100	100%	73%	97,67	90	108,52	109%	109%
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	0	44	0	0%	0%	93,42	90	103,8	104%	104%
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	75	0	0%	0%	0	44	0	0%	0%	0	90	0	0%	0%
0	100	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	60	60	100	100%	100%	94,39	90	104,88	105%	105%
				Eliminada					100%					100%					100%					111%
				Eliminada					100%					100%					100%					111%

10. Planes de reparación colectiva formulados y concertados con los sujetos (Cód. 56).					**11.**Número de sujetos de reparación colectiva no étnicos con resolución de cierre de PIRC **(Cód. 70).**					**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.** Número de 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%	2	2	100	100%	25%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	2	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	4	4	100	100%	50%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	4	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	6	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	6	6	100	100%	75%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	8	8	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%
1	1	100	100%	50%	0	1	0	0%	0%	0	10	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
2	2	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	0	8	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	3	2	150	150%	150%
				100%					0%					100%					100%					150%
				100%					0%					100%					100%					150%

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 (Cód. 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%
64	160	40	40%	16%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	5	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	160	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	6	2	300	300%	60%	0	1	0	0%	0%
0	160	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	6	4	150	150%	60%	0	1	0	0%	0%
347	300	115,67	116%	87%	100	100	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	7	6	116,667	117%	70%	0	1	0	0%	0%
0	300	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	7	8	87,5	88%	70%	0	1	0	0%	0%
0	300	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	4	4	100	100%	100%	12	9	133,333	133%	120%	0	1	0	0%	0%
416	400	104	104%	104%	100	100	100	100%	100%	0	4	0	0%	0%	12	10	120	120%	120%	0	265	0	0%	0%
				104%					100%					100%					120%					Eliminada
				104%					100%					100%					120%					Eliminada

DIRECCIÓN TERRITORIAL SANTANDER

20. Número de víctimas que acceden a medidas de satisfacción a nivel individual (Cód. 98)					**21.** Número de comunidades étnicas con 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 finalizados (Cód. 101).					**22.** Número de acciones de fortalecimiento a nivel comunitario con enfoque de derechos, territorial y diferencial implementadas (Cód.106).					**23.** 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)					**24.** Cartas de entendimiento o convenios suscritos con instituciones de educación superior (**Cód. 130**)				
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%	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%
129	75	172	172%	49%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	2	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
129	125	103,2	103%	49%	1	1	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	0	2	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
209	175	119,43	119%	79%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	3	3	100	100%	75%	0	1	0	0%	0%
223	225	99,111	99%	84%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	3	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
420	265	158,49	158%	158%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	100%	0	3	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	265	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	4	4	100	100%	100%	1	2	50	50%	50%
				158%					100%					100%					100%					50%
				158%					100%					100%					100%					50%

25. Informes de la implementación de la ruta de definición de la situación militar (Cód. 131)					**26.**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).					**27.** Número de informes de articulación, gestión y seguimiento en el marco de los CTJT departamentales y municipales (Cód. 144).					**28.**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).				
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	1	100	100%	8%	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%	0	1	0	0%	0%
3	3	100	100%	25%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	25%	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%
5	5	100	100%	42%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
6	6	100	100%	50%	1	1	100	100%	100%	2	2	100	100%	50%	0	1	0	0%	0%
7	7	100	100%	58%	0	1	0	0%	0%	0	2	0	0%	0%	5	5	100	100%	50%
8	8	100	100%	67%	0	1	0	0%	0%	0	2	0	0%	0%	0	5	0	0%	0%
9	9	100	100%	75%	0	1	0	0%	0%	3	3	100	100%	75%	0	5	0	0%	0%
10	10	100	100%	83%	0	1	0	0%	0%	0	3	0	0%	0%	0	5	0	0%	0%
11	11	100	100%	92%	0	1	0	0%	0%	0	3	0	0%	0%	0	5	0	0%	0%
12	12	100	100%	100%	0	1	0	0%	0%	4	4	100	100%	100%	10	10	100	100%	100%
				100%					100%					100%					100%
				100%					100%					100%					100%

29. Número de víctimas organizadas y no organizadas capacitadas a partir de la estrategia de comunicación en la política pública de víctimas.**(Cód. 147)**					**30**. Informes de espacios realizados de manera virtual y/o presencial con organizaciones de víctimas que realizan incidencia en diferentes procesos sociales (Cód. 149)					**31**. Número de asistencias técnicas a las mesas de participación efectiva de víctimas a nivel departamental y distrital (Cód. 150)					**32**. Socialización del protocolo de participación de la niñez victima en las mesas municipales de participación efectiva de victimas, conforme a lo establecido en la Batería de Indicadores (Cód. 152)				
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	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%
0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	50%	0	1	0	0%	0%	0	40	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	40	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	40	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	40	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	3	3	100	100%	38%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	6	6	100	100%	75%
3	50	6	6%	6%	2	2	100	100%	100%	1	1	100	100%	100%	8	8	100	100%	100%
				6%					100%					100%					100%
				6%					100%					100%					100%

33. Porcentaje de proyectos por oferta viabilizados con coordinación de entrega elaborada (Cód. 154)					**34.**Iniciativas o proyectos presentados por la Dirección Territorial a la cooperación internacional o aliado estratégico (Cód. 165)					**35.**Número de reportes del Plan de Implementación Institucional por parte de las Direcciones Territoriales **(Cód. 189)**					**36.**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
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%	1	1	100	100%	25%	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	25	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	1	1	100	100%	33%	0	25	0	0%	0%
0	1	0	0%	0%	2	2	100	100%	50%	0	2	0	0%	0%	157,14	50	314,28	314%	157%
0	1	0	0%	0%	0	2	0	0%	0%	0	2	0	0%	0%	0	50	0	0%	0%
0	20	0	0%	0%	0	2	0	0%	0%	2	2	100	100%	67%	0	50	0	0%	0%
20	40	50	50%	20%	3	3	100	100%	75%	0	3	0	0%	0%	0	50	0	0%	0%
40	60	66,6667	67%	40%	0	3	0	0%	0%	0	3	0	0%	0%	0	75	0	0%	0%
60	80	75	75%	60%	0	3	0	0%	0%	3	3	100	100%	100%	0	75	0	0%	0%
80	100	80	80%	80%	4	4	100	100%	100%	0	3	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%
				80%					100%					100%					100%
				80%					100%					100%					100%

37.Número de víctimas con unidades productivas atendidas (Cód. 218)					**38.** Número de víctimas con unidades productivas encadenadas**(Cód. 219)**					**39.** Solicitudes de retorno, reubicación e integración local asignados por medio de las bases SGV tramitadas (Cód. 228)					**40.** 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%
10	10	100	100%	11%	0	1	0	0%	0%	0	100	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%
0	10	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	407,14	100	407,14	407%	407%	0	1	0	0%	0%
0	10	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%
35	35	100	100%	39%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%
0	35	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%
0	35	0	0%	0%	0	1	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	90	100	90	90%	90%
60	60	100	100%	67%	8	8	100	100%	53%	100	100	100	100%	100%	73,33	100	73,33	73%	73%
0	60	0	0%	0%	0	8	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	100	100	100	100%	100%
0	60	0	0%	0%	0	8	0	0%	0%	100	100	100	100%	100%	93,33	100	93,33	93%	93%
90	90	100	100%	100%	58	15	386,67	387%	387%	100	100	100	100%	100%	93,75	100	93,75	94%	94%
				100%					387%					99%					94%
				100%					387%					99%					94%

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 Santander, 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 Santander, 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 2 de las 8 metas programadas (lo que corresponde al 25% del total de indicadores a 31 de marzo de 2024), toda vez que 1 actividad presenta porcentaje de avance superior del 111% y 1 actividad registra porcentaje de avance inferior del 0%. 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 18 actividades, 3 presentan porcentajes de avance superior (111%, 137% y 257%) y 1 inferior del 40%, equivalente al 22% del total de indicadores establecidos para este periodo.

Tercer trimestre: de 23 actividades, 6 registran porcentaje de avance superior (109%, 116%, 117%, 119%, 156% y 168%) y 3 inferior (0%, 50% y 73%), equivalente al 39% del total de indicadores proyectados para dicho periodo.

Cuarto trimestre: de 38 actividades, 8 presentan porcentajes de ejecución superior (104%, 111%, 116%, 117%, 120%, 150%, 158% y 387%) y 7 inferior (6%, 50%, 80%, 94%, 99%, 2 con el 0%), equivalente al 39% del total de indicadores programados para la vigencia 2024.

Cabe aclarar que, a pesar de que 32 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 104%, 111%, 116%, 117%, 120%, 150%, 158% y 387%) y 2 por debajo (estado medio 94% y 99%).

1	Satisfactorio		Entre 90% y 100%	32	86%
2	Aceptable		Entre 60 y 89%	1	3%
3	Insatisfactorio		Menor de 60%	4	11%
Total actividades Plan de Acciòn DT Santander 2024				37	100%

Sumado a lo anterior, y de acuerdo con la meta establecida en el plan de acción DT Santander 2024, las actividades denominadas *"Entidades territoriales acompañadas de la dirección territorial para la formulación del Plan Operativo de Sistemas de Información – POSI"* código 19, *"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"* código 20, *"Cartas de indemnización administrativa aptas, entregadas"* código 47, *"Víctimas individuales con rehabilitación psicosocial"* código 85, *"Número de actos simbólicos y de dignificación implementados"* código 95, *"Número de víctimas que acceden a medidas de satisfacción a nivel individual"* código 98 y *"Porcentaje de proyectos por oferta viabilizados con coordinación de entrega elaborada"* código 154, en todos los reportes registrados muestran porcentajes de avance inferior o superior a la meta establecida para cada mes.

De igual manera, en 3 actividades identificadas con los códigos 70, 130 y 147 donde su única meta programada para la vigencia 2024 presenta porcentajes de cumplimiento en estado crítico del 0%, 50% y 6% respectivamente.

Mediante correo electrónico enviado el jueves, 20 de noviembre de 2025 12:13 p. m. se le comunica a la Dirección Territorial, en su calidad de auditada la comunicación de las debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor al papel de trabajo *"Matriz de seguimiento a ejecución del plan de acción 2024 DT Santander"* y en atención a la respuesta emitida a la Oficina de Control Interno mediante correo electrónico del 2 de diciembre de 2025 por parte de la Dirección Territorial auditada, en lo concerniente a la comunicación de debilidades de la auditoria de gestión al sistema de control interno SCI de la Dirección Territorial Santander, referente a la debilidad 2 manifiesta lo siguiente:

> *"Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Dirección Territorial Santander 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".* Donde manifiesta que:

> *"(...) Atendiendo el requerimiento adelantado por la Oficina de Control interno frente a lo establecido como DEBILIDAD 2 Sistema de Control Interno de la de la ejecución del plan de acción vigencia 2024 de la Dirección Territorial Santander", de 38 actividades programadas en el Plan de acción 2024, 32 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 104%, 111%, 116%, 117%, 120%, 150%, 158% y 387%) y 2 por debajo (estado medio 94% y 99%). una actividad en nivel aceptable al tener un desempeño entre el 60 y 89% y 4 nivel insatisfactorio al tener un reporte menor del 60%*

1	Satisfactorio		Entre 90% y 100%	32	86%
2	Aceptable		Entre 60 y 89%	1	3%
3	Insatisfactorio		Menor de 60%	4	11%
Total actividades Plan de Acción DT Santander 2024				37	100%

> *El argumento dado para el posible hallazgo se basa en que "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 Santander, 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."*
>
> *El PAI es el instrumento mediante el cual las dependencias detallan, de manera individual, los productos que se van a desarrollar durante cada vigencia, a fin de contribuir al logro de los resultados*

estratégicos de la entidad. Este debe especificar los objetivos institucionales, los ejes estratégicos, los procesos o productos, líneas de acción, procedimiento del SIG al cual está asociado, las metas, los responsables, los clasificadores (Política MIPG, Planes del Decreto 612 de 2018, Políticas Transversales, ODS, PND, Proyecto de Inversión entre otros), y riesgos.

El monitoreo y seguimiento es una herramienta de la gestión pública, que permite precisar los avances y los retos en la implementación de las políticas en comparación con las metas definidas por los gobiernos en sus instrumentos de planeación1 por lo cual es "un proceso continuo y sistemático de recolección y análisis de información que permite determinar el grado de avance hacia las metas gubernamentales, de tal forma que retroalimente el ciclo de la gestión pública. Así, el modelo de seguimiento debe ser el resultado del mejoramiento comprensivo, verificación minuciosa y uso robusto de información sobre la obtención de productos y resultados con valor público…".

Sobre este argumento es necesario tener en cuenta que, dentro de la implementación de los procesos relacionados a la UARIV, se presentan diversos factores que pueden afectar el alcance de una meta, algunos vinculados a los ciclos de planeación de la entidad, otros de carácter exógeno a la entidad y a la DT que pueden estar relacionados con la contratación de terceros que apoyan las labores misionales y operativas, concertaciones con terceros, orden público, etc.

Es importante a su vez considerar la interpretación que se da en la auditoria al cumplimiento superlativo, el cual no indica a la luz de los instrumentos de planeación estratégica de la entidad, una mala planeación; toda vez que los mismos indicadores permiten evaluar en periodos de tiempo los resultados de una gestión. Esto se encuentra de conformidad con el Procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15, el cual establece que se podrán generar No Conformidades por el incumplimiento del desempeño del proceso para el cierre del primer semestre y cierre de la vigencia para aquellas dependencias que tengan cumplimientos inferiores a un 85%. Esto ratifica escenarios tolerables en cumplimiento de los indicadores en relación con la planeación propuesta al inicio de la vigencia.

Sobre el indicador 00154 no hay observaciones.
Al hacer la revisión de lo planteado se encuentran los siguientes escenarios:

2.1. Cumplimiento de la meta.
- ***Indicador 047. Cartas de indemnización administrativa aptas, entregadas***.

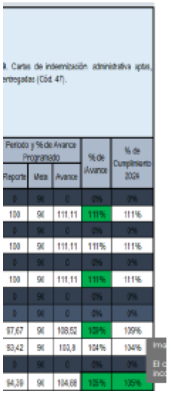
El indicador tiene como característica una meta del 90% de lo programado, por lo cual el objetivo de la DT era alcanzar mínimo el 90% para cada uno de los periodos programados.

Nombre de indicador
Cartas de indemnización administrativa aptas, entregadas.
Formula del indicador
(Número de cartas de indemnización administrativa entregadas/total de cartas de indemnización vigentes y aptas para ser entregadas)* 100.
Descripción del indicador
El indicador mide el porcentaje de personas víctimas del conflicto armado interno con pertenencia, negra, afrocolombiana, raizal y palenquera, incluidas en el RUV y en los censos oficiales del Ministerio del Interior, con indemnización otorgada de acuerdo con la normatividad vigente a través de la modalidad de abono, cobro, encargo fiduciario o reintegro, respecto al total de víctimas indemnizadas, con independencia del cobro efectivo del mismo por parte de la víctima. Indicador solo aplica para el nivel territorial.
Tipo de Medición
Porcentaje
Línea Base
0
Unidad de Intervención
Víctimas
Periodicidad de reporte
Bimestral
Tipo Acumulación
Meta Constante
Tipo Indicador
Resultado
Meta Anual
80
Metodologia para establecer la meta del indicador
Esta meta fue definida en el marco de la consulta previa y definida para el plan nacional de desarrollo

Al revisar el reporte de SIPLAN se evidencia que esta meta fue alcanzada a cabalidad por la DT, cumplimento los parámetros de planeación, según se puede evidenciar en la columna reporte avance porcentual y su desglose entre denominador y numerador.

Tipo Medición	Tipo Acumulación	Periodo	Meta programada a corte	Numerador	Denominador	Reporte avance porcentual	Avance a meta anual	Avance a corte	Descripción del avance
Porcentaje	Meta Constante	FEBRERO	90	766	766	100,00%	100,00%	111,11%	Según el informe de la Dirección Territorial de Santander, se han entregado 766 cartas de un total de 766 cartas aptas para entrega.
Porcentaje	Meta Constante	ABRIL	90	307	307	100,00%	100,00%	111,11%	En marzo y abril de 2024, se realizó el proceso de entrega y notificación de 307 cartas de indemnización administrativa, sin novedades, con victimas localizadas, de un total de 307 indemnizaciones vigentes y aptas para ser entregadas a las victimas localizadas.
Porcentaje	Meta Constante	JUNIO	90	1114	1114	100,00%	100,00%	111,11%	En mayo y junio de 2024, se realizó el proceso de entrega y notificación de 1114 cartas de indemnización administrativa, sin novedades, con victimas localizadas, de un total de 1114 indemnizaciones vigentes y aptas para ser entregadas a las victimas localizadas
Porcentaje	Meta Constante	AGOSTO	90	42	43	97,67 %	-	-	En el periodo mencionado, esta Dirección Territorial, presenta los siguientes resultados en relación con el indicador 00047: Numerador del indicador: 42. Denominador del indicador: 43. El detalle de los avances de estas cifras respecto a la entrega de cartas de indemnización está en el informe de gestión adjunto.
Porcentaje	Meta Constante	SEPTIEMBRE	90	42	43	97,67 %	99,42 %	108,53%	Reporte extemporáneo. En el periodo mencionado, esta Dirección Territorial, presenta los siguientes resultados en relación con el indicador 00047: Numerador del indicador: 42. Denominador del indicador: 43. El detalle de los avances de estas cifras respecto a la entrega de cartas de indemnización está en el informe de gestión adjunto.
Porcentaje	Meta Constante	OCTUBRE	90	71	76	93,42 %	98,22 %	103,80%	Durante el bimestre de septiembre – octubre, se recibieron 7 procesos bancarios, con un total de 82 giros, de los cuales 76 giros se contaron como aptos para la entrega y notificación y 6 giros no fueron aptos para su entrega y notificación.
Porcentaje	Meta Constante	DICIEMBRE	90	101	107	94,39 %	97,58 %	104,88%	En el periodo mencionado, esta Dirección Territorial, presenta los siguientes resultados en relación con el indicador 00047: Numerador del indicador: 107. Denominador del indicador: 101.

Al revisar los resultados planteados en el informe remitido por la Oficina de Control Interno, el análisis adelantado para valorar el desempeño superlativo se realiza desde los datos de la casilla "Avance a corte", en la cual se obtienen los siguientes resultados.



Al revisar el consolidado arrojado por SIPLAN+ para la vigencia 2024, el dato de la columna "Avance a corte", evidencia un resultado mayor ya que el cómputo se contrasta contra la meta porcentual del periodo que es 90%; sin embargo, tal como se refirió en las características del indicador, el porcentaje del cumplimento del 90% o más como meta se estableció en las mesas de planeación participativa realizadas el 2023.

La solicitud del 90% se sustentó atendiendo que dentro del proceso de Indemnizaciones, entrega y notificación de las cartas de indemnización existen variables externas que pueden generar variaciones en los porcentajes de cumplimiento (por encima o por debajo de la meta), tales como: reprogramaciones por causas ajenas a la gestión territorial (procesos bancarios asignados fuera del periodo presupuestal, anulaciones por fallecimiento, residencia en el exterior, errores en distribución), factores de movilidad y disponibilidad de las víctimas para la notificación y entrega de giros, etc.

Estas situaciones pueden ocasionar dificultades para cumplir una meta fija, por lo cual se recomienda que el registro del indicador se pueda adelantar bajo rango de cumplimiento para las próximas vigencias.

El establecer un resultado cerrado a cumplir, como se está analizando en el informe de auditoría, genera una situación que hubiera afectado la medida de reparación para 13 personas a quienes no se les podría haber entregado la carta de indemnización así estuvieran cumpliendo los requisitos, ya que sería prevalente el cumplimiento del indicador, estando esto en contra de los principios de la normatividad de atención a la población víctima del conflicto armado.

Por lo anterior los resultados del indicador para la Dirección Territorial Santander, evidencia un nivel de gestión satisfactorio frente los objetivos institucionales, por lo cual el análisis superlativo de cumplimiento no corresponde al cumplimiento de la meta efectivamente alcanzada por la DT.
Cabe resaltar que los indicadores y metas son definidos por la Dirección de Reparación, en articulación con la OAP, y la DT Santander se limita a su ejecución y reporte conforme a los lineamientos establecidos y los listados enviados desde el nivel nacional.

• ***Indicador 85. Víctimas con rehabilitación psicosocial***
El indicador tiene como la implementación de la metodología con 400 personas y su registro en la plataforma.

En el 2024 la Dirección Territorial Santander contó con dos profesionales contratistas del grupo de Enfoque Psicosocial, cada uno con una meta de atención de 200 víctimas, para un total proyectado de 400 atenciones.

Tipo Medición	Tipo Acumulación	Periodo	Meta programada a corte	Meta programada anual	Reporte avance numérico	Avance a meta anual	Avance a corte
Número	Meta Acumulada	JUNIO	160	400	64	16,00%	40,00%
Número	Meta Acumulada	SEPTIEMBRE	140	400	283	86,75%	202,14%
Número	Meta Acumulada	DICIEMBRE	100	400	69	104,00%	69,00%

Para el periodo de junio, se reportó el cumplimiento total (grupos atendidos y cerrados) de 110 víctimas abordadas con las metodologías rotando la vida y saltando la cuerda, con los soportes cargados para el periodo respectivo (listados de asistencia, consentimientos informados, registros fotográficos y reportes de cargue en MAARIV). El proceso de cargue tuvo las siguientes novedades que quedaron pendientes por validar del nivel central, ya que la fecha de corte fue el 30 de junio y se dio el reporte el 2 de julio: 1 grupo de saltando la cuerda y 3 grupos de rotando la vida. Sin embargo, cabe resaltar que al 9/07/2024 el total de intervenciones estaban validadas por el nivel central y fueron sumados al siguiente reporte.

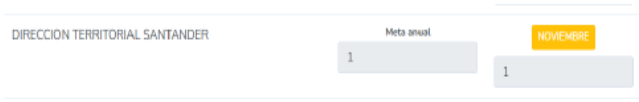
A pesar de estas inconsistencias en la plataforma, para la vigencia 2024 se logró un total de 416 atenciones, superando la meta establecida en 16 beneficiarios adicionales. Se recomienda que la programación de metas incluya los tiempos requeridos para las actividades administrativas, como los cargues y aprobación en MAARIV; para que estas labores no afecten la presentación de resultados efectivamente realizados por la DT y asociados a las cadenas de verificación y aprobación.

No se pueden aportar soportes frente a esta situación, ya que por los cambios de personal de la DT no se cuenta con el backup de correos electrónicos donde quedó registrada la traza de las situaciones reportadas.

2.2. Planeación y ajuste a indicadores (meta o programación) que fueron solicitadas y no fueron aprobadas por la OAP.

• Indicador 00070. Número de sujetos de reparación colectiva no étnicos con resolución de cierre de PIRC.

El indicador tiene como característica una meta nacional de 22 sujetos con resolución de cierre.
Esta meta nacional se distribuyó en las diferentes DTs estableciendo para la DT Santander 1 sujeto colectivo no étnico con resolución de cierre de PIRC.



Frente a esta meta, desde las jornadas de planeación del Plan de Acción Institucional 2024 realizadas en octubre de 2023 y durante la presentación de los indicadores del proceso de Reparación Colectiva, se informó la dificultad para cumplir la meta establecida para el indicador 00070, propuesta para ser materializada con el PIRC del SRC Comunidad del municipio de Málaga.

Esta dificultad se fundamenta en que el cumplimiento de la meta no depende exclusivamente de la Dirección Territorial dado que la medida priorizada para cierre en la vigencia corresponde a un proyecto de infraestructura social y comunitaria que requiere del apoyo y la cooperación de las alcaldías municipales, específicamente mediante la entrega de estudios, diseños y el aporte de mano de obra calificada y no calificada para su ejecución.

Durante los espacios de construcción del Plan de Acción Institucional 2024, la OAP y la SRC no compartieron el acta de la reunión, no obstante, se cuenta con la trazabilidad de los correos electrónicos remitidos oportunamente a la Subdirección de Reparación Colectiva y a la OAP, en el cual ante la negativa de eliminar la meta se solicitó reprogramarla para noviembre de 2024.

En el mes de agosto 2024 la administración municipal de Málaga remitió correo con Oficio de desistimiento y retiro del proyecto de Mejoramiento y Adecuación de la Casa de la Cultura Simón Gonzalez Reyes del municipio, situación que imposibilitaba cumplir con la meta del indicador. Frente a lo expuesto en el oficio de la alcaldía se remitió a la SRC al enlace planeación y enlace para la DT y se solicita el ajuste a la meta del indicador.

En el transcurso del año 2024 se enviaron correos electrónicos a la SRC y a la OAP, alertando sobre el riesgo de incumplimiento del indicador. De igual manera en los meses de septiembre y noviembre se elaboró y remitió el acta con la propuesta de ajuste de los indicadores a la Subdirección de Reparación Colectiva y a la OAP; sin embargo, la respuesta de la OAP señaló la imposibilidad de realizar modificación, dado que se trata de una meta definida en el CONPES 4031.

De: Andrea Marcela Barrera Téllez <andrea.tbarrera@unidadvictimas.gov.co>
Enviado el: lunes, 7 de octubre de 2024 12:04 p. m.
Para: Olga Lucía Galvis Lesmes <olga.galvis@unidadvictimas.gov.co>; Liliana Yanez Enciso <liliana.yanez@unidadvictimas.gov.co>
Asunto: [IMPORTANTE]: Fecha límite presentación solicitudes de cambio PAI 2024 - formato II

Estimadas compañeras, buenos días.

Espero que se encuentren muy bien. Compañeras, les escribo porque quisiera informarles, aunque probablemente ya hayan sido puestas al tanto previamente, que desde la OAP estaremos recibiendo las solicitudes de cambio, según sea el caso, para reprogramación de los indicadores en el último trimestre de la vigencia o en los reportes que no hayan podido cumplir con el flujo de aprobaciones en periodos anteriores. Para poder surtir todo el proceso estipulado por procedimiento es necesario que la DT envíe el formato de solicitud de cambio diligenciado a la dependencia misional de la que dependa el o los indicadores para que desde allí se envíe formalmente la solicitud de cambio a la OAP. Nosotras, tras su revisión y eventual validación, la estaremos remitiendo a la Subdirección General para su validación y, finalmente, la solicitud será aprobada por la jefe de la OAP.

En el caso específico de la DT Santander, sabemos que han solicitado la reprogramación del indicadores ID56 y la eliminación de la meta del indicador ID70. Sin embargo, tratándose de un indicador que tienen como origen el CONPES 4031, las metas no pueden ser modificadas y, en ese sentido, extendemos respetuosamente la invitación para que soliciten su reprogramación. Si bien entendemos que el cumplimiento de la meta NO depende de la DT, no nos es posible modificar la meta de la Dirección Territorial por el motivo recién expuesto.

https://outlook.office.com/mail/id/AAQkAGJkNDI0NGY1LWRhOWYtZjQ0NGIwNi1hYTNjLTRmZGU1MWU0Y2QzMQAQAPjQCzUoCBsDokpGLpOPMFY%3D 1/2

05, 9:34 a.m. Elementos enviados - Olga Lucía Galvis Lesmes - Outlook

En ese sentido, si desearan presentar un cambio en la reprogramación del ID70, esta solicitud deberá ser presentada en el mismo formato en que han enviado previamente las otras solicitudes, por medio de la Subdirección de Reparación Colectiva **a más tardar el 17 de octubre a las 5:00 PM**.

Desde la OAP estamos prestas a resolver cualquier duda o inquietud que puedan tener y les agradecemos mucho por sus gestiones siempre cuidadosas.

Saludos cordiales,

Andrea Barrera Téllez.
Contratista.
Oficina Asesora de Planeación.

Esta situación es importante tenerla en cuenta, atendiendo que de acuerdo con el Procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15, en su paso 7, establece la realización de mesas con los actores involucrados que permitan revisar y analizar la información requerida para fijar las metas.

Documento Plan Indicativo Estratégico aprobado Plan de Acción Institucional Aprobado Políticas y lineamientos sectoriales	**7.** Elaborar y aprobar otros planes institucionales y programas estratégicos para la entidad	Directores, Subdirectores, Secretaria General y Jefes de Oficina o sus delegados Jefe Oficina Asesora de Planeación Profesionales Oficina Asesora de Planación Miembros del Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Para la formulación de los otros planes y programas de importancia estratégica, cada responsable del plan o programa realizará reuniones con las dependencias involucradas y se establecerán mesas técnicas de trabajo, si se requiere, con el fin de revisar y analizar la información correspondiente y establecer las actividades, metas, responsables e indicadores. Estos planes deben estar alineados con el Plan Estratégico y el Plan de Acción Anual, de conformidad con el Decreto 612 de 2018. Una vez elaborados los planes institucionales y estratégicos se presenta al Comité Institucional de Gestión y Desempeño para su aprobación.	x	Planes Institucionales del Decreto 612, aprobado Otros Planes y Programas de importancia estratégica, aprobado	Directores, subdirectores, jefes de oficina Comité Institucional de Gestión y Desempeño Entes de Control Ciudadanía

Lo anterior se relaciona en la Constitución Política de 1991 en su artículo 339 el cual define la gestión pública como una función del Estado que debe ser adelantada de manera participativa, descentralizada y articulada, y que debe ser considerada como un instrumento de desarrollo nacional. A su vez debería responder a un ejercicio que permita cumplir los principios de coherencia y articulación de los esfuerzos entre la Nación y los territorios y de flexibilidad para adaptarse a los cambios y a las contingencias que puedan surgir en la implementación de las políticas públicas.

La implementación del enfoque territorial en la planeación institucional vincula el análisis de los diferentes componentes relacionados con el territorio, por las particularidades de cada situación o problemática a resolver por las políticas públicas. Por tal motivo, que los escenarios vinculados al paso 7 del procedimiento permitan escuchar de forma real las particularidades territoriales sigue siendo un reto para la Unidad. Frente a este indicador es importante tener en cuenta que en los escenarios de planeación para el plan institucional 2025 y 2026, se ha generado las mismas alertas relacionadas con este indicador.

Como soporte de allegan 19 documentos vinculados a las alertas frente a la planeación del PAI 2024, solicitudes de ajuste al indicador comunicaciones de desistimiento del municipio de Málaga y soporte del reporte del indicador.

- ***Indicador 00098. Número de víctimas que acceden a medidas de satisfacción a nivel individual.***

Para el indicador 00098 se fijó una meta de 10.000 medidas de satisfacción, de las cuales 265 correspondieron a la DT Santander.

Dentro del desempeño anual se evidencia un reporte mayor a la meta fijada:

Nombre de indicador

Número de víctimas que acceden a medidas de satisfacción a nivel individual.

Unidad de intervención

Víctimas

Formula del indicador

Sumatoria de víctimas que acceden a medidas de satisfacción individual.

Periodicidad de reporte

Variable

Descripción del Indicador

Mide la cantidad de víctimas que acceden a la medida de satisfacción por medio de la participación en las estrategias de reparación integral.

Tipo de Medición

Número

Tipo Acumulación

Meta Acumulado

Linea Base

77496

Tipo Indicador

Resultado

Meta Anual

10000

Metodología para establecer la meta del indicador

Meta establecida en el CONPES 4031 mediante el comportamiento histórico de las víctimas atendidas

Tipo Medición	Tipo Acumulación	Periodo	Meta programada a corte	Meta programada anual	Reporte avance numérico	Avance a meta anual	Avance a corte
Número	Meta Acumulada	JULIO	75	265	129	48,68%	172,00%
Número	Meta Acumulada	AGOSTO	50	265	80	-	-
Número	Meta Acumulada	SEPTIEMBRE	50	265	80	78,87%	160,00%
Número	Meta Acumulada	OCTUBRE	50	265	14	84,15%	28,00%
Número	Meta Acumulada	NOVIEMBRE	40	265	197	158,49%	492,50%

Estas situaciones se vinculan a los siguientes puntos:

Para el mes de Julio se presentaron fallos en la plataforma MAARIV atendiendo que no se había habilitado las carpetas para cargue de evidencias para la metodología diálogos transformadores, por lo cual nivel nacional determinó hacer un ajuste al esquema de medición del indicador especificando que se sumaría a este indicador las victimas atendidas en las conmemoraciones que no habían recibido antes esta metodología de intervención, lo cual se puede verificar en las bases soportes del reporte. Por tanto, para el mes de julio se reportó un avance de 129 personas atendidas, superando lo programado para el periodo.

Durante el mes de agosto se presentaron variaciones en el avance del indicador 0098 asociadas a inconsistencias identificadas entre la información registrada en las plataformas SharePoint, MAARIV y SIPLAN, lo cual afectó la sumatoria realizada por el nivel nacional. Estas inconsistencias y ajustes metodológicos quedaron documentos en diversas comunicaciones institucionales, cuyos contenidos fueron incorporados en el presente análisis y se adjuntaron en la carpeta compartida.

En primer lugar, se evidenció un rezago en el reconocimiento del cargue de víctimas atendidas debido a que el nivel nacional informó sobre un proceso de transición en el reajuste del cargue de la estrategia Diálogos Transformadores, afectando directamente el registro de avances. En comunicación oficial dirigida a la DT Santander, correo de Mary Luz Caballero Bohorquez (2024, 21 de octubre) señalo que: "El indicador 0098 aparece con avance en CERO (0) debido al proceso de transición del cargue de la información ejecutada a través de la estrategia de diálogos Transformadores (...) y la modificación de la magnitud de los grupos en MAARIV".

Adicionalmente, en comunicación interna de la DT Santander al nivel nacional, se reportó que:"...para el mes de julio se reportó un avance de 129 personas (...)alcanzando así la meta de agosto. Sin embargo...40 personas no han sido sumadas por el problema técnico del reporte de las evidencias en MAARIV..." (Proceso Misional DT Santander, 2024).

Este soporte demuestra que, aun cuando las actividades estaban ejecutadas y soportadas, la ausencia de cargue por inconvenientes técnicos impidió que el avance correspondiente se reflejara oportunamente en agosto. Esta situación se replicó en septiembre, donde la Dt fue informada en comunicación del 21 de octubre de 2024, donde se indica: "Durante el mes de septiembre nos encontramos en proceso de transición en el reajuste del cargue (...) y de modificación de la magnitud de los grupos a atender a través de la estrategia".

A pesar de que la DT Santander si registró avances en SharePoint, estos no fueron reconocidos por el nivel nacional debido al retraso en la habilitación de SIPLAN, como se evidencia en: "se habilito en la plataforma SIPLAN (...) con avance en CEERO (0)..." (Correo: Mary Luz Caballero, 21 de octubre de 2024).

Al cierre de la vigencia se inició el proceso de acompañamiento de la información en MAARIV sobre los avances de la metodología más la alternativa planteada de actos conmemorativos. Esto ocasionó que el reporte de indicadores en estos periodos fuera rechazado en varias ocasiones ya que la información consignada no armonizaba con los conteos adelantados por la DT. Esto quedó plasmado en la plataforma SIPLAN+ para el periodo de octubre en el ciclo de aprobaciones: "No obstante, también es importante resaltar que desde el equipo de contribuciones de la DT Santander, se desconoce, de los grupos intervenidos con diálogos transformadores, cuáles han sido reportados de manera efectiva en el indicador y en que meses han estado sumados. Por tanto, se aprovecha la oportunidad, para solicitar aclaración de este reporte, indicándonos la forma en que se han venido sumando nuestro reporte de diálogos transformadores a este indicador durante toda la vigencia 2024".

Por lo anterior, las situaciones de reporte y el aumento de la población para el indicador, se debió a decisiones del nivel nacional que no fueron formalizadas en el ajuste al indicador o la meta de acuerdo con lo establecido en el Procedimiento Formulación y Seguimiento de Planes y Programas V15, por lo cual no pueden ser atribuibles dentro de las debilidades referenciadas a la Dt Santander.

A pesar de lo presentado, para el cumplimiento del indicador la DT realizó la apertura de 6 grupos de diálogos transformadores de los cuales se sumaron 171 víctimas atendidas. Es importante señalar que en la implementación de la metodología se vio afectado por los impases ocurridos con el operador logístico, los cuales se ampliarán en el reporte del indicador 00095.

2.3. Situaciones exógenas a la DT: disponibilidad de personal para adelantar las tareas, concertaciones con terceros, operador logístico, etc.

- ***Indicador 147: "Número de víctimas organizadas y no organizadas capacitadas a partir de la estrategia de comunicación en la política pública de víctimas".***

El indicador tiene como característica una meta nacional de 200 sujetos certificados en con resolución de cierre.

Nombre de indicador

Número de víctimas organizadas y no organizadas capacitadas a partir de la estrategia de comunicación en la política pública de víctimas.

Unidad de intervención

Víctimas Organizadas y no organizadas

Formula del indicador

"Número de víctimas organizadas y no organizadas capacitadas a partir de la estrategia de comunicación en la política pública de víctimas."

Periodicidad de reporte

Anual

Descripción del indicador

Asistencias técnicas en política pública de víctimas, protocolo de participación ley de Víctimas a víctimas organizadas y no organizadas.

Tipo de Medición

Número

Tipo Acumulación

Meta Acumulada

Línea Base

2060

Tipo Indicador

Gestión

Meta Anual

2060

Metodología para establecer la meta del indicador

Conpes

Asignación territorial

DIRECCION TERRITORIAL SANTANDER	Meta anual	DICIEMBRE
	50	50

El proceso consistía en el desarrollo de la metodología y plataforma tecnológica que permitiera a los participantes realizar el curso en la metodología referenciada. En el resorte de las Dts y sobre los lineamientos dados por la Subdirección estuvo adelantar la convocatoria, preinscripción y seguimiento a la participación en el proceso de formación. Avanzado el proceso y debido a los retrasos presentados la Subdirección remitió reporte informando el ajuste al cronograma planteado.

De: Mary Luz Caballero Bohorquez <mary.caballero@unidadvictimas.gov.co>
Enviado el: miércoles, 11 de septiembre de 2024 04:10 p. m.
Para: Jasmile Martinez Calderon <jasmile.martinez@unidadvictimas.gov.co>; Diego Andres Riano Pinzon <diego.riano@unidadvictimas.gov.co>
CC: Juan David Albarracin Barrera <juan.albarracin@unidadvictimas.gov.co>; Maria Leivy Prada Loaiza <maria.prada@unidadvictimas.gov.co>
Asunto: SOLICITUD JUSTIFICACION NO AVANCE INDICADOR CO 256

Cordial saludo Jasmile y Diego

De manera atenta me permito informar que el INDICADOR COMPLEMENTARIO CO 256 ***"Numero de seguimientos realizado a la implementación de la estrategia de comunicación y formación masiva para victimas organizadas y no organizadas interesadas en la politica publica de victima"***, se acabo de habilitar en la plataforma SIPLAN, con avance en cero (0) por las razones que se exponen a continuación,

"En relación a este indicador es necesario indicar que, el diseño de la estrategia de comunicación y formación "PazHaremos" está a cargo de Dirección de Gestión Interinstitucional (DGI), y la implementación de dicha estrategia tiene como responsable a la Subdirección de Participación para la vigencia 2024; en cuanto al registro de avance de este indicador por parte de las direcciones territoriales debía haberse agotado en los meses de mayo y junio la Virtualización de los módulos de los diplomados y la Pre-inscripción de la estrategia PazHaremos.
Sin embargo, permite conocer la Subdireccion de participación que, por temas asociados al proceso de construcción, redacción, diseño y virtualización de la estrategia, no fue posible cumplir con lo establecido en la hoja de ruta, permitiendo conocer una nueva de ruta en la cual establece para el 27 de agosto la (i) Entrega de material gráfico y de diseño actualizado para el curso.(ii) Entrega de la propuesta para la compaña de expectativa y lanzamiento del curso, de acuerdo con lo que se desarrolle en la reunión del 15 de agosto con un tiempo estimado para la inscripción de los participantes del 2 al 25 de septiembre. En el documento adjunto se expone con más detalle las situaciones presentadas".

En el mes de Septiembre de 2024 atendiendo que aún no se contaban con los desarrollos tecnológicos la DT emite alerta frente a los requerimientos para el cumplimiento del indicador atendiendo que el indicador en la hoja de vida "Certificaciones formación masiva para victimas capacitadas" , argumentando que la Unidad para las Víctimas – subdirección de participación no tiene competencia legal para certificar procesos de formación, dado que su misionalidad no incluye funciones de acreditación académica ni de certificación de competencias. El programa "Transformaremos Paz Haremos" es un proceso pedagógico y participativo orientado al fortalecimiento comunitario, el cual no está avalado como oferta educativa certificable.

Frente a esto el 26 de diciembre de 2024, se recibió de la subdirección de participación como respuesta lo siguiente: "…Se elevó la consulta a la OAP frente al reporte del indicador para el cierre

de la vigencia 2024, donde se precisó que, según lo reportado en la Hoja de Vida del Indicador se requiere específicamente las certificaciones de formación masiva para victimas capacitadas, las cuales serían verificadas por la Oficina de Control Interno para asegurar el cumplimiento del Plan de Acción…" , solicitando los soportes nuevamente el 31 de Diciembre de 2024 con el fin de realizar el respectivo cargue, no contando con los insumos necesarios para adelantar el reporte por parte de la DT.

Desde la Subdirección de participación se informó el 26 de diciembre que realizarían la extensión de la fecha del cierre de la formación hasta el 15 de febrero de 2025, para remitir el reporte de certificaciones cuando estuvieran disponibles, reiterando esta respuesta el 31 de diciembre.

Indicador 147 - "Número de víctimas organizadas y no organizadas capacitadas a partir de la estrategia de comunicación en la politica publica de victimas."

Desde Subdireccion Participacion <SubdireccionParticipacion@unidadvictimas.gov.co>
Fecha Jue 2024-12-26 14:34
Para Johanna Andrea Castro Villamil <johanna.castro@unidadvictimas.gov.co>; Claudia Patricia Vallejo Avendano <claudia.vallejo@unidadvictimas.gov.co>; Yesenia Vanessa Perez Otero <yesenia.perez@unidadvictimas.gov.co>; Omar Fernandez Obregon <omar.fernandez@unidadvictimas.gov.co>; Lesdy Marlody Rodriguez Quinones <lesdy.rodriguez@unidadvictimas.gov.co>; Angela Carrasco Alzate <angela.carrasco@unidadvictimas.gov.co>; Zoraida Hernandez Pedraza <zoraida.hernandez@unidadvictimas.gov.co>; Mario Jose Rios Oñate <mario.rios@unidadvictimas.gov.co>; Diana Marcela Gomez Correal <dianamar.gomez@unidadvictimas.gov.co>; Isaac Jimenez Vergara <isaac.jimenez@unidadvictimas.gov.co>; Fredy Heman Perez <fredy.perez@unidadvictimas.gov.co>; Sandra Xiomara Sarria Cruz <sandra.sarria@unidadvictimas.gov.co>; Yennifer Samira Garcia <yennifer.garcia@unidadvictimas.gov.co>; Luz Dary Posso <luz.posso@unidadvictimas.gov.co>; Lesdy Marlody Rodriguez Quinones <lesdy.rodriguez@unidadvictimas.gov.co>; Francisco Yesid Triana Castillo <francisco.triana@unidadvictimas.gov.co>; Luisa Isabel Horta Orozco <luisa.horta@unidadvictimas.gov.co>; Leslie Paz Jaramillo <leslie.paz@unidadvictimas.gov.co>; Liliana Londoño Delgado <liliana.londono@unidadvictimas.gov.co>; Katherine Garcia Ochoa <katherine.garcia@unidadvictimas.gov.co>; Leyner Palacios Asprilla <leyner.palacios@unidadvictimas.gov.co>

Estimados directores y directoras Territoriales,

De acuerdo al acompañamiento que han venido adelantando las DT, con el fin de dar cumplimiento a la estrategia de comunicación y formación masiva "Transformaremos… Paz es lo que haremos" dirigida a víctimas organizadas y no organizadas interesadas en la política pública de víctimas, recordamos la importancia de continuar con el acompañamiento a las personas inscritas para lograr el cierre exitoso con la constancia de participación. Les informamos que se ha extendido la fecha de cierre de la formación hasta el 15 de febrero de 2025 teniendo en cuenta las fechas de reporte de los indicadores, de tal forma que logremos contar a esta fecha con el total de personas certificadas.

Recuerden que la formación consta de tres (3) módulos con sus actividades, las cuales consisten en un cuestionario al cual cada participante debe dar respuesta para registrar su avance, de tal forma que al finalizar pueda acceder a la constancia de participación:

Este indicador sumó temas relativos al diseño de la metodología, desarrollo tecnológico y emisión de reportes, todo esto vinculado a la Subdirección de Participación. Se da como soporte los correos referenciados y el informe final del indicador.

- ***Indicador 0019 Entidades territoriales acompañadas de la dirección territorial para la formulación del Plan Operativo de Sistemas de Información - POSI***

El indicador muestra los procesos de acompañamiento para la formulación del POSI en las entidades focalizadas para la vigencia.

Nombre de indicador
Entidades territoriales acompañadas de la dirección territorial para la formulación del Plan Operativo de Sistemas de Información - POSI

Unidad de intervención
Municipio

Formula del indicador
Sumatoria de entidades territoriales acompañadas de la dirección territorial para la formulación del Plan Operativo de Sistemas de Información - POSI

Periodicidad de reporte
Mensual

Descripción del indicador
"Corresponde al número de EETT acompañadas en la formulación del Plan Operativo de Sistemas de Información para la Atención, Asistencia y Reparación Integral a las Víctimas, en cumplimiento de lo establecido en el decreto 1084 de 2015, donde se establece que La Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas será la responsable de diseñar, monitorear y evaluar el Plan Operativo de Sistemas de Información mediante el cual se definirán las políticas, lineamientos, mecanismos, procesos y procedimientos necesarios para el adecuado

Tipo de Medición
Número

Tipo Acumulación
Meta Acumulada

Línea Base
0

Tipo Indicador
Gestión

Meta Anual
1021

Metodología para establecer la meta del indicador
Serie Histórica

La distribución territorial y por periodos fue la siguiente, con su respectivo cumplimiento:

Tipo Medición	Tipo Acumulación	Periodo	Meta programada a corte	Meta programada anual	Reporte avance numérico	Avance a meta anual	Avance a corte
Número	Meta Acumulada	ABRIL	11	69	41	59,42%	372,73%
Número	Meta Acumulada	MAYO	9	69	29	101,45%	322,22%
Número	Meta Acumulada	JUNIO	10	69	7	111,59%	70,00%
Número	Meta Acumulada	AGOSTO	10	69	0	111,59%	0,00%
Número	Meta Acumulada	SEPTIEMBR	10	69	1	113,04%	10,00%
Número	Meta Acumulada	OCTUBRE	10	69	2	115,94%	20,00%
Número	Meta Acumulada	NOVIEMBRE	9	69	0	115,94%	0,00%

Frente a este resultado se presentan las siguientes situaciones asociadas:

Como primer punto dentro de los lineamientos estratégicos establecidos por la SRNI en el marco del Plan Operativo de Sistemas de Información (POSI), resulta importante destacar que la primera fase requiere la aprobación de la matriz de formulación. La elaboración de esta matriz constituye un ejercicio de planificación integral que se desarrolla en un contexto formal de sistemas de información, sujeto a requisitos legales y formales específicos. Dada la trascendencia de este Plan y la necesidad de contar con la aprobación de la SRNI para diciembre del 2024, los Enlaces territoriales por demanda solicitan iniciar los ciclos de formación iniciando la vigencia, a fin de llevar a cabo una formulación adecuada y una gestión eficiente del tiempo. Lo anterior explica el comportamiento del resultado frente a la meta para el reporte de Abril.

Considerando que el cronograma de capacitaciones se extiende hasta noviembre de 2024, se estaría restringiendo el período de planificación en estos municipios a menos de 15 días, mientras que aquellos que participaron en los primeros meses tendrían un margen de tiempo más adecuado para llevar a cabo el ejercicio.

Como segundo punto, como meta se estableció el acompañamiento a 69 municipios, sin embargo, Santander adelanta acompañamiento a 81 municipios, de los cuales para la vigencia fueron acompañados 80. Este proceso es clave adelantarse para el total de municipios atendiendo que esta actividad aporta al cumplimiento de la acreditación territorial, afectando el puntaje arrojado por su no realización.

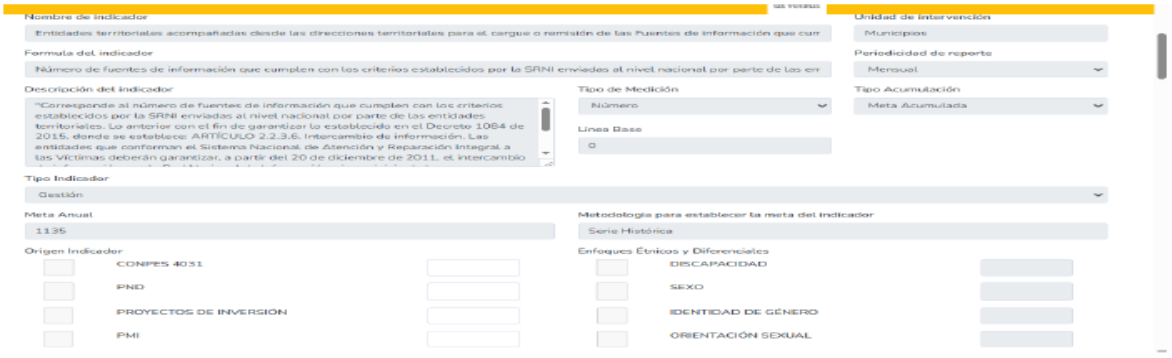
Tercero, para el reporte del indicador suman las entidades que asisten a los espacios de asistencia técnica por primera vez, por lo que, si bien se realizaron convocatorias con alta asistencia, para algunos de los periodos las entidades asistían en segunda y tercera vez, por lo cual no suman a la meta:

•El 9 de julio asistieron un total de 31 municipios verificados y 9 asistentes no se lograron identificar. La gestión para agosto queda en cero porque los municipios que asistieron a esta reunión lo han hecho previamente por lo menos una vez.
• Para el mes de noviembre se realizó un acompañamiento a la formulación del POSI fase 1 y 2 a 26 municipios que asistieron al espacio. Sin embargo, la meta anual programada se cumplió en el mes de junio con 77 acompañamientos de la fase 1 de POSI de los 69 programados.

De acuerdo con lo anterior, para que este indicador cumpliera los requisitos de la auditoria, sería necesario verificar la lógica de programación de los periodos, para dar respuesta a las necesidades territoriales y a la realidad del trámite que requiere.

- ***Indicador 20. 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.***

El código indicador 00020 corresponde a las fuentes que son conformadas por impuesto de Industria y Comercio, pago del Impuesto predial y Caracterización propias para esto inicialmente se les envió un correo a todos los alcaldes y enlaces de los 81 municipios más la gobernación solicitando industria y comercio, pago de impuesto predial y caracterizaciones propias enviar esta información con vigencia del 2024.


Nombre de indicador
Entidades territoriales acompañadas desde las direcciones territoriales para el cargue o remisión de las Fuentes de información que cum
Unidad de intervención
Municipios
Formula del indicador
Número de fuentes de información que cumplen con los criterios establecidos por la SRNI enviadas al nivel nacional por parte de las en
Periodicidad de reporte
Mensual
Descripción del indicador
"Corresponde al número de fuentes de información que cumplen con los criterios establecidos por la SRNI enviadas al nivel nacional por parte de las entidades territoriales. Lo anterior con el fin de garantizar lo establecido en el Decreto 1084 de 2015, donde se establece: ARTÍCULO 2.2.3.6. Intercambio de información. Las entidades que conforman el Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas deberán garantizar, a partir del 20 de diciembre de 2011, el intercambio
Tipo de Medición
Número
Tipo Acumulación
Meta Acumulada
Línea Base
0
Tipo Indicador
Gestión
Meta Anual
1135
Metodología para establecer la meta del indicador
Serie Histórica
Origen Indicador
CONPES 4031
PND
PROYECTOS DE INVERSION
PMI
Enfoques Étnicos y Diferenciales
DISCAPACIDAD
SEXO
IDENTIDAD DE GÉNERO
ORIENTACIÓN SEXUAL

Para la DT se fijó una meta de 82, con avance parcial según el periodo.

Tipo Medición	Tipo Acumulación	Periodo	Meta programada a corte	Meta programada anual	Reporte avance numérico	Avance a meta anual	Avance a corte
Número	Meta Acumulado	ABRIL	12	82	5	6,10%	41,67%
Número	Meta Acumulada	MAYO	11	82	20	30,49%	181,82%
Número	Meta Acumulada	JUNIO	12	82	23	58,54%	191,67%
Número	Meta Acumulada	AGOSTO	11	82	48	117,07%	436,36%
Número	Meta Acumulada	SEPTIEMBRE	11	82	0	117,07%	0,00%
Número	Meta Acumulada	OCTUBRE	11	82	0	117,07%	0,00%
Número	Meta Acumulada	NOVIEMBRE	14	82	0	117,07%	0,00%

Sobre este indicador se identifican las siguientes situaciones:

Inconsistencia en la formulación del indicador: el indicador realiza la formulación de meta y la valoración del cumplimiento del numerador sobre unidades de medida diferentes. Para la meta se estableció el número de entidades territoriales presentes (82), sin embargo, el numerador cuenta el número de fuentes de información que cumplen con los criterios establecidos por la SRNI enviadas al nivel nacional por parte de las entidades territoriales.

Es así como, pese a tener una meta de 82 entes territoriales, la meta acumulada para el año fue superada al completar 96. Este número representa las fuentes (Predial y/o Industria y Comercio) que los entes territoriales aportan a la Dirección territorial. Si un ente territorial remite diferentes fuentes y estas cumplen los criterios son sumadas por aparte, no por ente territorial.

El resultado de este indicador no depende del articulador: ya que este brinda asistencia técnica a los enlaces territoriales, quienes adelantan el trámite de solicitud de bases de datos ante las oficinas de Hacienda o Gobierno, estos trámites tienen una duración variable según las particulares de cada entidad. Otro aspecto externo es que para el cumplimiento de requisitos fijados por SRNI de las 11 variables mínimas, las bases territoriales no cuentan con todos los insumos requeridos para ser aprobado, por lo cual, pese a adelantar la gestión por parte de la DT, el resultado final al entregar las bases puede no ser validado, requiriendo un proceso de ajustes institucionales en los Sistemas de información de las entidades territoriales, que están fuera del alcance de la DT.

Periodicidad de programación de la meta: la programación se estableció en un número similar para cada periodo, sin embargo, atendiendo la demora de los tramites requeridos para dar cumplimiento a esta actividad, explicados en el punto anterior, el trabajo de asistencia técnica se adelanta en el primer semestre, ya que de forma posterior se adelantan las actividades de seguimiento y validación de las bases aportadas. Los entes que han logrado capacidad técnica acumulada en las vigencias anteriores emiten la documentación solicitada de forma ágil, ya que aporta a las mediciones adelantadas por Ministerio del Interior a través de SIGO. Este cargue en SIGO, marca otro factor exógeno, ya que los entes territoriales al cargar en de forma directa a la plataforma diversas bases de datos, estas son analizadas directamente por el nivel central, aportado al indicador en un reporte que se emite finalizando la vigencia.

Por lo tanto, para que este indicador cumpliera los requisitos de la auditoria, seria necesario verificar su estructura y la lógica de programación de los periodos, para dar respuesta a las necesidades territoriales y a la realidad del trámite que requiere.

- ***Indicador 00095. Número de actos simbólicos y de dignificación implementados***

El indicador muestra el número de actos simbólicos y de dignificación implementados por la DT para la vigencia.

Acción Estratégica

Coordinar/Articular con el operador la implementación de los actos simbólicos y dignificación en las entidades territoriales. Implementar los actos simbólicos y de conmemoración.

Nombre de indicador: Número de actos simbólicos y de dignificación implementados

Unidad de Intervención: Actos simbólicos y de dignificación realizados o

Formula del indicador: Número de actos simbólicos y de dignificación implementados

Periodicidad de reporte: Variable

Descripción del indicador: Mide la cantidad de actos simbólicos y de dignificación implementados dirigidos a conglomerados.

Tipo de Medición: Número

Tipo Acumulación: Meta Acumulado

Línea Base: 1328

Tipo Indicador: Resultado

Meta Anual: 240

Metodología para establecer la meta del indicador: Meta establecida en el CONPES 4031 mediante el comportamiento histórico de las víctimas atendidas.

Su distribución por periodos marca un inicio de ejecución en el mes de julio a diciembre.

Tipo Medición	Tipo Acumulación	Periodo	Meta programada a corte	Meta programada anual	Reporte avance numérico	Avance a meta anual	Avance a corte
Número	Meta Acumulada	JULIO	2	10	6	60,00%	300,00%
Número	Meta Acumulada	AGOSTO	2	10	1	-	-
Número	Meta Acumulada	SEPTIEMBRE	2	10	1	70,00%	50,00%
Número	Meta Acumulada	OCTUBRE	2	10	0	70,00%	0,00%
Número	Meta Acumulada	NOVIEMBRE	1	10	5	120,00%	500,00%
Número	Meta Acumulada	DICIEMBRE	1	10	0	120,00%	0,00%

Durante estos periodos se presentaron las siguientes situaciones que afectaron el registro acorde con la programación:

El reporte de julio consolida las actividades del primer semestre, vinculando el acompañamiento a fechas institucionalizadas que ya son reconocidas y no es viable dejar de realizar como lo son:

1-Conmemoración del día internacional de las manos rojas	12 de febrero
2-Conmemoración del día nacional de la memoria y la solidaridad de las personas víctimas del conflicto armado.	9 de abril
3-Conmemoración del día nacional de la dignidad de las mujeres víctimas de violencia sexual.	25 de mayo
4-Conmemoración de la semana del detenido desaparecido	27 de mayo
5-Conmemoración del día mundial del refugiado	20 de junio
6-Conmemoración del día internacional de la ciudadanía LGBTIQ+	13 de julio

Para la vigencia se presentó igualmente la no ejecución de labores del operador logístico reportadas en los correos del 11, 12, 24 y 27 de junio (incumplimientos del operador, reprogramaciones obligadas por los incumplimientos del operador), y la no ejecución de ninguna jornada programada para septiembre debido a una directriz institucional que afecto la ejecución de acciones de las acciones programadas (Correo Carolina Garzón-19 de septiembre de 2024) emitida tras el comunicado oficial del operador Unión Temporal Especta 2024, donde informa que por falta de liquidez no se ejecutó ninguna jornada programada (Correo de Lili María Rodriguez). Esta crisis afecto a 76 jornadas a nivel nacional, incluyendo 5 eventos específicos para la Dirección Territorial Santander (Correo Yinna Paola Rincón), lo que resulto en un avance real de cero para actividades propias del mes. La suspensión de operaciones del operador logístico Unión Temporal

A pesar de haberse establecido formalmente la reactivación de la operación logística a partir del 10 de octubre de 2024, conforme al comunicado de la Dirección de Reparación (Correo Yinni Paola Rincon, 26 de septiembre de 2024), no fue posible ejecutar ni reportar avance en las jornadas planificadas debido a que la reactivación estuvo condicionada a la priorización y reprogramación de los 69 eventos que ya se encontraban en manos del operador logístico y no se habían ejecutado en septiembre, generando una saturación inmediata y natural de la capacidad operativa. No obstante, se debe anotar que se evidencia una persistencia de incumplimientos por parte del operador incluso después de la fecha de reactivación, reveladas en dificultades de contactabilidad, como lo demuestra el reporte del profesional Nelson Roman Castro (Correo del 6 de noviembre).

Esta situación constituye un factor exógeno que generó una acumulación de trabajo para el cierre de la vigencia, la cual es evidente en el reporte de noviembre, el cual muestra el esfuerzo de regularización documental y operativa ante circunstancias adversas y debidamente soportadas, como

se evidencia en observaciones previas. La DT Santander actuó con diligencia para recuperar el terreno perdido en meses anteriores, lo cual demuestra un manejo eficiente una vez se normalizaron las condiciones operativas.

Nombre de indicador
Cartas de entendimiento suscritas con instituciones de educación superior.

Unidad de intervención
Víctimas de Conflicto Armado

Formula del indicador
Sumatoria de las Cartas de entendimiento suscritas con instituciones de educación superior

Periodicidad de reporte
Anual

Descripción del indicador
Este indicador establece el cumplimiento de las Direcciones Territoriales frente a la suscripción de cartas de entendimiento con instituciones de educación superior que beneficien a la población víctima.

Tipo de Medición
Número

Tipo Acumulación
Meta Acumulada

Linea Base
0

Tipo Indicador
Producto

Meta Anual
37

Metodologia para establecer la meta del indicador
La meta se definió con base en el cronograma de trabajo definido para la construcción del Documento

- *Esta meta nacional se distribuyó en las diferentes DTs estableciendo para la DT Santander 2 cartas formalizadas.*

	Meta anual	DICIEMBRE
DIRECCION TERRITORIAL SANTANDER	2	2

Para el reporte del segundo semestre del indicador se logra el 50% de la meta al lograr la suscripción de un acta de las 2 proyectadas. Para este logro se adelantó gestión con 7 instituciones de educación superior que estaban vinculadas al indicador en 2024.

El incumplimiento de este indicador se relaciona con factores exógenos a la Dirección Territorial, ya que la suscripción de las cartas de entendimiento depende de las políticas internas de tratamiento de datos y del interés de la entidad de vincularse a los requerimientos administrativos que conlleva la carta.

En el informe de seguimiento a las Cartas de entendimiento suscritas con las Instituciones de educación superior muestra las gestiones adelantadas por parte de la DT, cuyo producto final no se logró por las siguientes novedades:

Entidad de Educación Superior	Línea de intervención 1. Reporte de beneficiarios	Línea de intervención 6. Promover el flujo eficiente de información entre las partes mediante la suscripción del documento técnico establecido por la Subdirección RNI de la Unidad.
UIS	No entregan por confidencialidad de la información	No firman por manejo de tratamiento de datos y confidencialidad de la información de sus alumnos.
UDES	Remitió base	Recibió capacitación, pero no firmó
CRUZ ROJA	Remitió base	No se adelantó el trámite
CORPOCIDES	Remitió base	Recibió capacitación, pero no firmó
CORPORACION ESCUELA TECNOLOGICA DEL ORIENTE	Remitió base	Recibió capacitación, pero no firmó
UNISANGIL	No remitió base	No se adelantó el trámite
CORPORACION MARIANA CLAVER	No remitió base	Firmó carta

Fijar indicadores de resultados para temas que estén en la órbita de la unidad por el trabajo directo que se adelanta o los procedimientos propios, sugiriendo que para indicadores que requieran el accionar de un tercero para que se den a través de gestión o rangos de avance. (…)".

El Equipo Auditor comunica a través de este informe a la Dirección Territorial Santander que mantiene la debilidad registrada, toda vez que la Oficina de Control Interno en el seguimiento trimestral que realiza al plan de acción 2024 identifica un desfase porcentual tanto en la ejecución final de dicho plan (incluyendo octubre y noviembre) como en los avances presentados en los tres (3) primeros trimestres de la vigencia 2024. De igual manera, muestra marcadas diferencias (superior e inferior a la meta ideal del 100%) en los reportes mensuales de acuerdo con la meta programada en 15 de los 37 indicadores que le fueron asignados en la vigencia 2024, identificados con los códigos 19 (116%) 20 (117%), 47 (111%), 70 (0%), 84 (150%), 85 (104%,), 95 (120%), 98 (158%), 130 (50%), 147 (6%), 154 (80%), 219 (387%), 228 (99%), 239 (94%) y 243(0%). Es importante aclarar que, la oficina de control interno en su rol de evaluación y seguimiento realiza trimestralmente la verificación y análisis de la información mensual reportada por las dependencias del nivel nacional y direcciones territoriales en el aplicativo SIPLAN+ donde corrobora que dicho reporte esté debidamente aprobado por la oficina asesora de planeación OAP, con el objetivo de que el seguimiento trimestral sea veraz.

Si bien es cierto que al finalizar la vigencia 2024, la Dirección Territorial Santander cumple al 100% en 22 de las 37 metas programadas (equivalente al 59.45% del total de actividades), de igual manera es una realidad que, la dirección territorial auditada muestra un evento impropio en el avance y cumplimiento del plan de acción 2024 al presentar cifras tanto inferiores como superiores a lo planeado en los 4 trimestres (como se describe de manera detallada en la debilidad). Esta situación desdice una apropiada gestión de lo planeado frente a lo ejecutado, razón por la cual, este escenario no permite el punto ideal de equilibrio que coadyuve al logro del objetivo institucional adecuado en su plan de acción.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno sugiere a la Dirección Territorial Santander solicitar a la Oficina Asesora de Planeación OAP, capacitaciones y/o asesorías en el diseño, planeación y programación adecuada de las metas, con el fin de que dicha actividad contribuya al fortalecimiento en el conocimiento de este tema a su equipo de trabajo como una buena práctica para la mejora continua, y por ende a evitar la reincidencia de este tipo de inconvenientes que puedan afectar el comportamiento apropiado en el avance y cumplimiento de los próximos planes de acción.

DEBILIDAD 2

Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Dirección Territorial Santander 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.

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

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo diseñado para determinar el cumplimiento de las funciones de la Dirección Territorial Santander 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:

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

La Oficina de Control Interno diseña un instrumento que relaciona las funciones legalmente asignadas a 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 la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional; (subrayado fuera de texto)

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

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

Adelante, en el artículo 2.2.23.1 se dice que:

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

Para realizar la evaluación de la correlación entre funciones, MIPG y las 19 políticas, se desarrolla un papel de trabajo que relaciona cada una de las funciones con cada una de las dimensiones que corresponde y a partir de ello, con las políticas que le aplican. En este sentido, no todas las funciones de la 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 10:42 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.).*

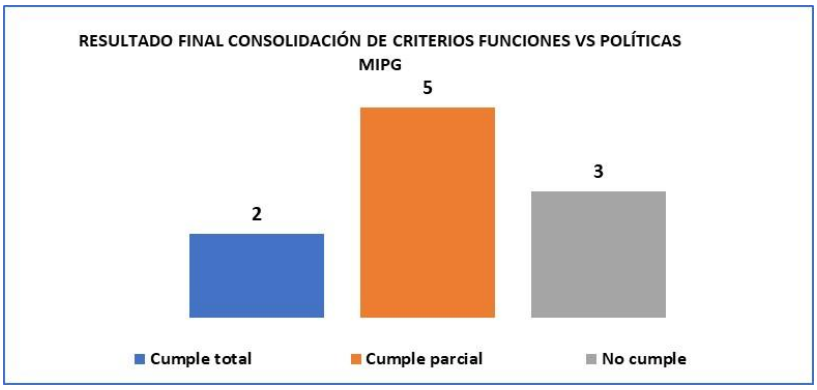
Como quiera que el cumplimiento de las funciones implica una relación directa con una o varias dimensiones de MIPG y esta con las políticas que tienen asociado, el análisis consiste en tener certeza, a partir de las evidencias, que la Dirección Territorial cumple tanto las funciones como las políticas. 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 Santander 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 DT y su interrelación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión que las funciones contribuyan con las políticas de gestión y desempeño las cuales son adoptadas por el nivel nacional, a continuación se muestra en la gráfica:

Gráfica Resultados de Interacción de Funciones Vs Política MIPG



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

Así mismo, se muestra el resumen de los resultados de la evaluación del impacto de relación directa entre las Funciones VS Políticas de Gestión y Desempeño en el marco de las siete (7) dimensiones del MIPG:

Gráfica: 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 Gestión 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 tramites	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 politicas, 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	87.5	70.8	91.7	NO	NO	NO	50.0	87.5	NO	75.0	NO	72.5	NO	NO	91.7	87.5	NO	50.0	93.8	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	87.5	70.8	91.7	NO	NO	NO	50.0	87.5	NO	75.0	NO	72.5	62.5	62.5	NO	87.5	NO	50.0	93.8	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	87.5	70.8	91.7	NO	NO	NO	NO	NO	NO	75.0	NO	72.5	NO	NO	91.7	87.5	NO	NO	93.8	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	70.8	91.7	NO	NO	NO	NO	NO	62.5	75.0	NO	NO	NO	62.5	NO	87.5	NO	NO	93.8	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	87.5	NO	91.7	62.5	75.0	50.0	50.0	87.5	NO	75.0	NO	72.5	62.5	62.5	91.7	87.5	NO	50.0	93.8	7	15

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

Gráfica: 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 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 Gestión 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 tramites	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
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	87.5	70.8	91.7	62.5	75.0	NO	NO	NO	NO	75.0	NO	72.5	62.5	62.5	NO	87.5	NO	NO	93.8	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	70.8	NO	NO	NO	50.0	50.0	87.5	NO	75.0	NO	72.5	NO	62.5	NO	87.5	58.3	NO	93.8	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	87.5	70.8	NO	NO	NO	50.0	50.0	87.5	NO	75.0	NO	72.5	NO	62.5	91.7	87.5	NO	NO	93.8	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	70.8	91.7	62.5	75.0	50.0	50.0	87.5	NO	75.0	NO	72.5	NO	62.5	91.7	87.5	58.3	50.0	93.8	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	87.5	70.8	91.7	NO	NO	50.0	50.0	87.5	NO	75.0	NO	72.5	62.5	62.5	91.7	87.5	58.3	50.0	93.8	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 realizada el análisis de evidencias en el marco de las Funciones de las Direcciones Territoriales, según 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 en el cual su contribución es de cumplimiento parcial para 4 funciones y su interacción con las políticas del MIPG y no cumplimiento así:

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". Con una contribución de 11 políticas con el 78% de las cuales (9 de cumplimiento parcial y 2 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado:*

Tabla 1. Evaluación de Resultados de No Cumplimiento - Políticas MIPG

Dimensión	Incumplimiento Políticas MIPG	Resultado Evaluación (%)	Criterios de Índices de Medición y Desempeño Institucional
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".*
D3 Gestión para Resultados con Valores	Política de Gobierno Digital	50%	*"Mide la capacidad de las entidades públicas para usar y aprovechar las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, con el objetivo de impactar positivamente la calidad de vida de los ciudadanos, la competitividad del país, promoviendo la generación de valor público a través de la transformación digital del Estado.".*

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

Lo anterior, y en el marco del concepto auditor "Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay

prueba que determinan el cumplimiento parcial de 9 políticas y no cumplimiento de 2 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad 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". Con una contribución de 12 políticas con el 74% de las cuales (10 de cumplimiento parcial y 2 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado:*

Tabla 2. Evaluación de Resultados de No Cumplimiento - Políticas MIPG

Dimensión	Incumplimiento Políticas MIPG	Resultado Evaluación (%)	Criterios de Índices de Medición y Desempeño Institucional
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".*
D3 Gestión para Resultados con Valores	Política de Gobierno Digital	37.5%	*"Mide la capacidad de las entidades públicas para usar y aprovechar las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, con el objetivo de impactar positivamente la calidad de vida de los ciudadanos, la competitividad del país, promoviendo la generación de valor público a través de la transformación digital del Estado.".*

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

Lo anterior, y en el marco del concepto auditor "Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 10 políticas y no cumplimiento de 2 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad 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". Con una contribución de 8 políticas con el 84% todas con cumplimiento parcial.*

Lo anterior, y en el marco del concepto auditor "Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 8 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando de manera positiva 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". Con una contribución de 7 políticas con el 81% todas con cumplimiento parcial.*

Lo anterior, y en el marco del concepto auditor "Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 7 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando de manera positiva 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.". Con una contribución de 15 políticas con el 73% de las cuales (12 de cumplimiento parcial y 3 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado:*

Tabla 5. Evaluación de Resultados de No Cumplimiento - Políticas MIPG

Dimensión	Incumplimiento Políticas MIPG	Resultado Evaluación (%)	Criterios de Índices de Medición y Desempeño Institucional
D3 Gestión para Resultados con Valores	Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos	**50%**	*"Mide el cumplimiento normativo de la entidad pública para desarrollar y formalizar un diseño o rediseño organizacional, implementar un modelo de operación por procesos y establecer su estructura organizacional y la planta de personal", "(...)".*
D3 Gestión para Resultados con Valores	Política de Gobierno Digital	50%	*"Mide la capacidad de las entidades públicas para usar y aprovechar las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, con el objetivo de impactar positivamente la calidad de vida de los ciudadanos, la competitividad del país, promoviendo la generación de valor público a través de la transformación digital del Estado.".*
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, y en el marco del concepto auditor "Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 12 políticas y no cumplimiento de 3 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad 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.". Con una contribución de 11 políticas con el 76% con cumplimiento parcia.*

Lo anterior, y en el marco del concepto auditor "Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 11 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando de manera positiva 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.". Con una contribución de 10 políticas con el 71% de las cuales (8 de cumplimiento parcial y 2 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado:*

Tabla 7. Evaluación de Resultados de No Cumplimiento - Políticas MIPG

Dimensión	Incumplimiento Políticas MIPG	Resultado Evaluación (%)	Criterios de Índices de Medición y Desempeño Institucional
D3 Gestión para Resultados con Valores	Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos	**50%**	*"Mide el cumplimiento normativo de la entidad pública para desarrollar y formalizar un diseño o rediseño organizacional, implementar un modelo de operación por procesos y establecer su estructura organizacional y la planta de personal", "(...)".*
D3 Gestión para Resultados con Valores	Política de Gobierno Digital	**50%**	*"Mide la capacidad de las entidades públicas para usar y aprovechar las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, con el objetivo de impactar positivamente la calidad de vida de los ciudadanos, la competitividad del país, promoviendo la generación de valor público a través de la transformación digital del Estado.".*

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

Lo anterior, y en el marco del concepto auditor "Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 8 políticas y no cumplimiento de 2

políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad 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." Con una contribución de 11 políticas con el 75% de las cuales (9 de cumplimiento parcial y 2 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos), evidenciando:*

Tabla 8. Evaluación de Resultados de No Cumplimiento - Políticas MIPG

Dimensión	Incumplimiento Políticas MIPG	Resultado Evaluación (%)	Criterios de Índices de Medición y Desempeño Institucional
D3 Gestión para Resultados con Valores	Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos	**50%**	*"Mide el cumplimiento normativo de la entidad pública para desarrollar y formalizar un diseño o rediseño organizacional, implementar un modelo de operación por procesos y establecer su estructura organizacional y la planta de personal", "(...)".*
D3 Gestión para Resultados con Valores	Política de Gobierno Digital	**50%**	*"Mide la capacidad de las entidades públicas para usar y aprovechar las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, con el objetivo de impactar positivamente la calidad de vida de los ciudadanos, la competitividad del país, promoviendo la generación de valor público a través de la transformación digital del Estado.".*

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

Lo anterior, y en el marco del concepto auditor "Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 9 políticas y no cumplimiento de 2 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad 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". Con una contribución de 15 políticas con el 72% de las cuales (12 de cumplimiento parcial y 3 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado:

Tabla 9. Evaluación de Resultados de No Cumplimiento - Políticas MIPG

Dimensión	Incumplimiento Políticas MIPG	Resultado Evaluación (%)	Criterios de Índices de Medición y Desempeño Institucional
D3 Gestión para Resultados con Valores	Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos	**50%**	*"Mide el cumplimiento normativo de la entidad pública para desarrollar y formalizar un diseño o rediseño organizacional, implementar un modelo de operación por procesos y establecer su estructura organizacional y la planta de personal", "(...)".*
D3 Gestión para Resultados con Valores	Política de Gobierno Digital	**50%**	*"Mide la capacidad de las entidades públicas para usar y aprovechar las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, con el objetivo de impactar positivamente la calidad de vida de los ciudadanos, la competitividad del país, promoviendo la generación de valor público a través de la transformación digital del Estado.".*
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, y en el marco del concepto auditor "Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 12 políticas y no cumplimiento de 3 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad 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". Con una contribución de 15 políticas con el 73% de las cuales (12 de cumplimiento parcial y 3 de no cumplimiento con un porcentaje por debajo de los criterios establecidos) evidenciado*:

Tabla 10. Evaluación de Resultados de No Cumplimiento - Políticas MIPG

Dimensión	Incumplimiento Políticas MIPG	Resultado Evaluación (%)	Criterios de Índices de Medición y Desempeño Institucional
D3 Gestión para Resultados con Valores	Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos	**50%**	*"Mide el cumplimiento normativo de la entidad pública para desarrollar y formalizar un diseño o rediseño organizacional, implementar un modelo de operación por procesos y establecer su estructura organizacional y la planta de personal", "(...)".*
D3 Gestión para Resultados con Valores	Política de Gobierno Digital	**50%**	*"Mide la capacidad de las entidades públicas para usar y aprovechar las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, con el objetivo de impactar positivamente la calidad de vida de los ciudadanos, la competitividad del país, promoviendo la generación de valor público a través de la transformación digital del Estado.".*
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, y en el marco del concepto auditor "Los auditores analizan las evidencias aportadas por el auditado, bajo los parámetros establecidos en las normas de auditoría generalmente aceptadas, y evidencia que ellas generan un nivel de escepticismo profesional, dado que no hay una plena certeza de cumplimiento de la función pero si hay prueba que determinan el cumplimiento parcial de 12 políticas y no cumplimiento de 3 políticas de gestión y desempeño MIPG; impactando con esta debilidad el Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial.

Mediante correo electrónico enviado el jueves, 20 de noviembre de 2025 12:13 p. m. se le comunica a la Dirección Territorial, en su calidad de auditada la comunicación de las debilidades identificadas en el análisis realizado por el Equipo Auditor al papel de trabajo "Matriz Herramienta Evaluación funciones Vs Politicas_MIPG DT 2025". La Dirección Territorial brinda respuesta a la comunicación de debilidades el martes 2 de diciembre de 2025 a las 15:15 p.m. en la que expone lo siguiente;

> *"En seguimiento a la trazabilidad de los correos recibidos el 8 de septiembre de 2025 y la reunión virtual realizada el 4 de septiembre, se adjunta una matriz en formato Excel que contiene las 19 políticas del MIPG AUDITORÍA. En la columna C, titulada "Relación con la Evidencia", se detallan las evidencias que deberían ser soportes correspondientes para cada política. Específicamente, respecto a la Nro. 6 "Política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos", se han cargado las evidencias solicitadas en el enlace adjunto en la matriz, asegurando que cada una esté en conformidad con lo requerido.*
>
> *Este proceso ha sido llevado a cabo para dar cumplimiento a los requerimientos planteados por los auditores, garantizando la trazabilidad en la documentación.*
>
> *En relación con el ítem número 7, titulado " Política de Gobierno Digital", se adjuntaron las evidencias solicitadas. En la columna C, denominada "Relación con la Evidencia", se especifica lo requerido y las evidencias correspondientes, las cuales pueden ser consultadas a través del enlace adjunto en la Matriz, cumpliendo así con los requerimientos del auditor.*
>
> *Se cargaron las evidencias correspondientes a la política numerada en la matriz con el N° 18, titulada "Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación". Estas evidencias fueron adjuntadas exactamente como se solicitó en la columna C, "Relación con la Evidencia", asegurando así la trazabilidad requerida. Esta acción cumple con lo solicitado por el auditor y garantiza la adecuada documentación".*

Una vez verificada la nueva evidencia aportada por la Dirección Territorial se observa el cumplimiento de las políticas mencionadas en la debilidad por cuanto se tendrán como aceptadas llevando a conceptuar un cumplimiento de las políticas cuestionadas.

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 aportadas y cargadas en el SharePoint por el equipo auditado el martes 04 de noviembre 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 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 de acciones que puedan afectar el sistema de control interno cuando exista un flujo de información e interacción entre sus actividades del nivel nacional como del nivel 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 señalado, es importante traer a colación lo señalado por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) respecto a mejora continua asociado a las dimensiones y las políticas que lo desarrollan de la siguiente manera:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Teniendo en consideración el marco normativo y administrativo de las variables anteriormente indicada, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor remitió 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 11:18 a.m. La Dirección Territorial Santander, donde a través de sus delegados remite respuesta mediante correo electrónico del martes 04 de noviembre de 2025 a las 19:04 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, 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. (subrayado fuera de texto)*

El papel de trabajo, matriz de evaluación del cumplimiento de las políticas de seguridad de la información cuenta con 12 lineamientos indicados en las diferentes políticas descritas en la resolución 03157 del 2021 de la Unidad para la Victimas.

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 en la prueba de recorrido efectuada y evidencia que, las acciones que debía gestionar la Dirección Territorial se realizaron de conformidad en su totalidad, por lo tanto, se tiene como

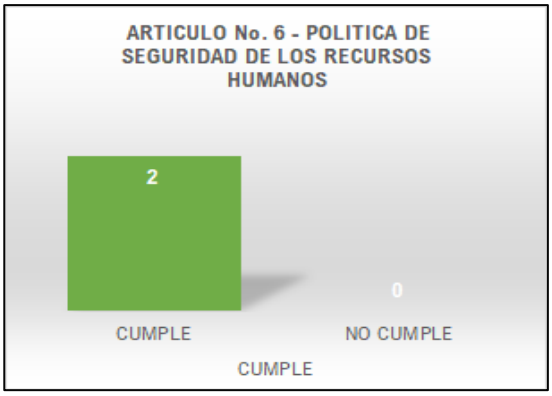
cumplida la gestión de los lineamientos del Articulo No. 6 de las Políticas de Seguridad de la Información.

Evaluación – 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 Victimas deben asistir a los escenarios de sencibilización en seguridad de la Información cuando sean requeridos.	1. Actas y listas de asistencia en donde se resaltan los funcionarios y contratistas de la Dirección Territorial Santander que participaron en capacitaciones de sensibilización 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 es necesario implementar estrategias para que la asistencias a las capacitaciones y demas sensibilizaciones que realice la Oficina de Tecnologias de la Información o Talento Humano sobre Seguridad de la Información o temas de tecnologia asista un porcentaje mas alto de usuarios, esto teniendo en cuenta la importancia que representa este conocimiento y la gestión de la información que se debe realizar.	CUMPLE
12	Los funcionarios, contratistas y colaboradores de la Unidad para las Victimas 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 politica 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 politica de seguridad de la información esta siendo aplicada conforme al requerimiento.	CUMPLE

Fuente: Propia - Herramienta de Evaluación TI OCI

Resultado – Política de Seguridad de los Recursos Humanos



Fuente: Propia - Herramienta de Evaluación TI OCI

ARTICULO 7 - POLITICA DE GESTION DE ACTIVOS

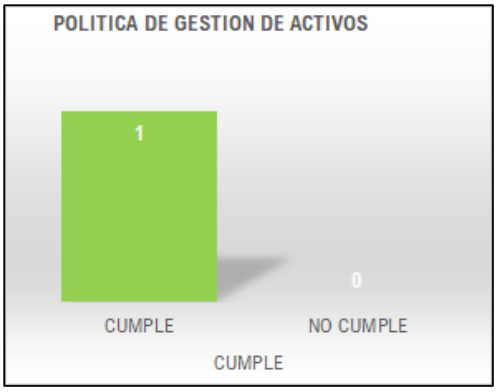
El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, evalúa los soportes presentados por el auditado y concluye que las acciones que debía gestionar la Dirección Territorial se realizaron a conformidad y, por lo tanto, se tiene como cumplida teniendo en cuenta las siguientes observaciones:

Evaluación – 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.	1. Correos de gestión de respaldo de la información enviado por la OTI, con el reporte de la DT del uso del ONE DRIVE por parte de funcionarios y contratistas. 2. Actas y listados de asistencia a capacitaciones con la OTI.	Teniendo en cuenta los soportes aportados, el equipo auditor 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 Tecnologias de la Información, con el proposito de optimizar los recursos asigandos.	CUMPLE

Fuente: Propia - Herramienta de Evaluación TI OCI

Resultado Política de Gestión de Activos



Fuente: Propia - Herramienta de Evaluación TI OCI

ARTICULO 8 - POLITICA DE CONTROL DE ACCESO

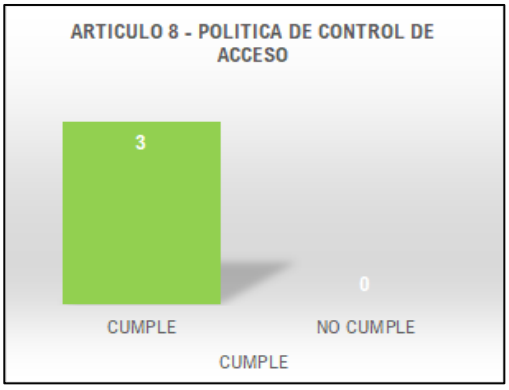
El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, evalúa los soportes presentados por el auditado y concluye que las acciones que debía gestionar la Dirección Territorial se realizaron de conformidad, por lo tanto, se tiene como cumplida.

Evaluación – 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	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 adiconalmente incluir los soportes de las novedades que ocurran en la Dirección Territorial, sobre traslados.	CUMPLE

Fuente: Propia - Herramienta de Evaluación TI OCI

Resultado Política de Control de Acceso



Fuente: Propia - Herramienta de Evaluación TI OCI

ARTICULO 10 - POLITICA DE SEGURIDAD FISICA Y DEL ENTORNO

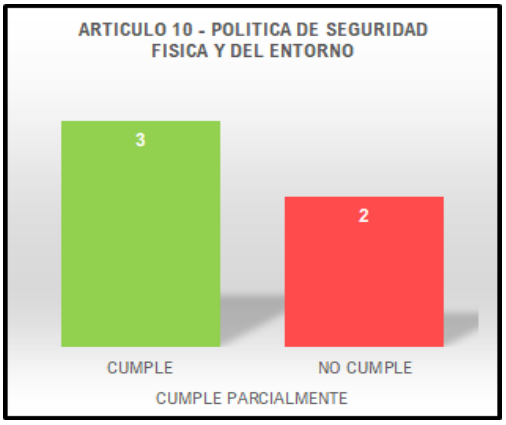
El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, evalúa los soportes presentados por el auditado y concluye que las acciones que debía gestionar la Dirección Territorial se realizaron de conformidad, sin embargo, en algunos lineamientos es necesario que se implemente acciones de mejoramiento encaminadas a reforzar la documentación técnica que soporta estos lineamientos, por lo tanto, se tiene como cumplida parcialmente.

El anterior resultado se debe al análisis de los soportes por parte del equipo auditor aportados por el auditado donde se detallan los siguientes aspectos y observaciones, así:

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	1. Reporte de servicios tecnicos de mantenimiento. 2. Registro fotografico del RAC y del espacio en el cual se encuentra ubicado.	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.	1. Registro fotografico de proteccion del cableado.	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, sin embargo se insta a la Dirección Territorial que a traves del Grupo de Gestion Administrativa y la Oficina de Tecnologias de la Información se solicite al proveedor de la sede de la DT se de cumplimiento a temas como: - 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.	CUMPLE
9	Es responsabilidad de los funcionarios, contratistas y colaboradores: - Registrar las fallas y mantenimientos correctivos, como evidencia de la gestión	1. Mantenimiento dotación tecnologica.	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.	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	1. Inventario de Equipos de la DT con responsable asignado.	Teniendo en cuenta los soportes aportados, el equipo auditor evidencia el cumplimiento del requerimiento, sin embargo en el Inventario suministrado por la OTI figuran dos equipos que no estan relacionados en el Inventario de la DT.	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.	1. Mantenimiento Impresoras. 2. Mantenimiento RAC. 3. Mantenimiento Mobiliario 4. Mantenimiento Equipos.	La evidencia aportada no determina el cumplimiento del requerimiento, es necesario aportar las actas de los mantenimientos preventivos que se realizaron a los diferentes equipos de computo de la DT debidamente firmadas por los usuarios recibidos a satisfaccion y reportados a la mesa de servicio como indica el requerimiento.	NO CUMPLE

Fuente: Propia - Herramienta de Evaluación TI OCI

Resultado Política de Seguridad Física y del Entorno



Fuente: Propia - Herramienta de Evaluación TI OCI

OBSERVACION

Del análisis realizado por parte del equipo auditor de Control Interno de los soportes suministrados, se evidencia que la información no cumple con la totalidad de los lineamientos definidos por la política de seguridad física y del entorno, en cuanto que no se está dando cumplimiento de manera adecuada a dos (2) lineamientos sobre la gestión que debe ejercer la Dirección Territorial en cuanto al control y seguimiento de las los mantenimientos preventivos y la utilización de un instrumento que permita monitorear la temperatura y la humedad del centro de cableado asociadas a esta política.

Por lo anteriormente indicado el equipo auditor considera la necesidad de revisar y tomar las acciones necesarias para dar cumplimiento a los lineamientos reportados como “no cumple” que indica la política de seguridad física y del entorno según la resolución No. 03157 del 10 de noviembre del 2021 donde se dictaminan las políticas de Seguridad de la Información y se gestionen de manera adecuada los soportes documentales que permitan evidenciar el cumplimiento.

ARTICULO 11 - POLITICA DE SEGURIDAD DE LAS OPERACIONES

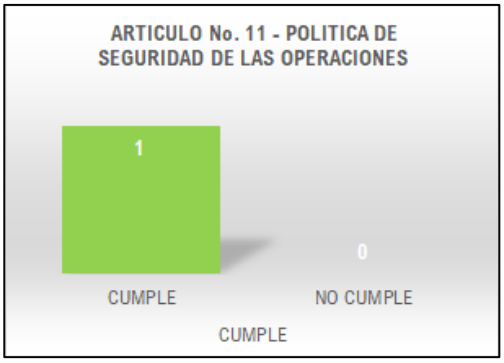
El Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno, evalúa los soportes presentados y evidencia que, las acciones que debía gestionar la Dirección Territorial se realizaron de conformidad, por lo tanto, se tiene como cumplida.

Evaluación – 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.	1. Correo de respaldo de información enviado por la OTI, con el uso del ONE DRIVE de funcionarios y contratistas.	Teniendo en cuenta los soportes aportados, el equipo auditor evidencia el cumplimiento del requerimiento, sin embargo se recomienda que se efectuen seguimientos al consumo de la información almacenada por cada usuario en compañia de la Oficina de Tecnologias de la Información en donde se pueda emitir opciones de mejora a la Gestión de la Información y la optimización del almacenamiento dipuesto para tal fin.	CUMPLE

Fuente: Propia - Herramienta de Evaluación TI OCI

Resultado Política de Seguridad de las Operaciones



Fuente: Propia - Herramienta de Evaluación TI OCI

5.7 ANALISIS DE LA VARIABLE FINANCIERA – GASTO - DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SANTANDER

MARCO JURÍDICO DE LA GESTIÓN DEL GASTO

Este es el marco normativo relacionado con la gestión del gasto en las entidades del sector público del orden nacional:

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 decreta el presupuesto de rentas y recursos de capital y la ley de apropiaciones, definiendo los gastos para la vigencia fiscal.

Ley de Presupuesto General de la Nación, en cada vigencia existe una ley específica para el tema, no obstante, para la anualidad de 2025 al no ser aprobado el proyecto de

presupuesto, éste fue adoptado por Decreto y no existe ley de presupuesto para la vigencia 2025

Decreto 621 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: Fija el presupuesto de rentas y el presupuesto de gastos para 2025, según lo establecido por la ley.

Directiva Presidencial No. 14 del 27 de diciembre de 2024, para: Ministros(as) Directores(as) de 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:

2ª. Dimensión: Direccionamiento Estratégico y Planeación

2.3 Política de 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

2.4 Política de Compras y Contratación Pública

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

3ª. Dimensión: Gestión con valores para resultados

3.4 Políticas que fortalecen la gestión institucional y el buen manejo de los recursos

3.4.1 Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción

Esta política le 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

3.4.3 Política de Defensa Jurídica

La Política de Defensa Jurídica 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

7ª. Dimensión: 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).

CONTEXTO DEL GASTO

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 halle 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 621 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.

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 621 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 Capitulo ¡! Se habla de los gastos y especialmente se dispone en los artículos 13 y 14, 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.*

En lo que respecta al Decreto 621 de 2024, en el Capitulo 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 esta 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 111del 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 como se ha realizado el gasto en las Direcciones Territoriales a partir de la estructuración de un cuestionario que da luces sobre este ejercicio y se determinan los siguientes resultados.

CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS Y VALIDACIÓN DE EVIDENCIAS

Para establecer la gestión del gasto en las Direcciones Territoriales, se diseña y remite un papel de trabajo tipo cuestionario para que lo responsa la DT correspondiente. La estructura del papel es la siguiente; se han formulado 22 interrogantes, frente a los cuales los auditados deberán dar la respuesta que consideren oportuna y a partir de ellas y las evidencias remitidas se puede dar un concepto de la gestión.

Los interrogantes son:

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 de 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 rechaza 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?

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

La Dirección Territorial responde cada uno de los interrogantes relacionados con variables de la gestión del pago. Algunas de las respuestas relacionan algún nivel de control y otras son explicativas de la gestión aun cuando dejan claro que no son los responsables directos. Para el Equipo Auditor, las respuestas esbozan un sistema de control que puede ser mejorado a partir de las experiencias que se tienen en otras variables de control de pago.

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.*

Si se tiene presente que son objetivos del sistema de control interno, según el artículo 3° de la ley en comento

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 esta tomando medidas de control interno tendientes a garantizar la eficiencia, eficiencia y efectividad de toda la gestión del gasto, sin que sean responsables directos sino a nivel de coadyuvante, aspecto que en el caso en estudio se observa y respecto del cual no se hace necesario general una observación ni debilidad, solo se da la sugerencia de que con el firme propósito de estableces sistemas de control interno a nivel territorial que contribuyan a la toma de decisiones del gasto a nivel nacional, se fortalezca lo que están realizando

En síntesis, se evidencia que la Dirección Territorial realice un 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.

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

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

DEBILIDAD 1

De acuerdo con lo expuesto, se evidencia una debilidad en el sistema de control interno relacionada con la evaluación del proceso de Participación y Visibilización en su procedimiento *"Procedimiento para el Fortalecimiento en Derechos y Acompañamiento a Comunidades Étnicas V1"*; el proceso de Reparación Integral en el procedimiento *"Procedimiento Notificación de Indemnización Administrativa y Entrega del Mensaje Estatal de Reconocimiento y Dignificación V5"* en los cuales no se evidencia el total de los soportes correspondientes. Esta situación no está conforme con lo dispuesto en la Ley 87 de 1993 en el artículo 2° literales c y d, articulo 3, literal c, articulo 4, literal i, Decreto 1083 de 2017, artículo 2.2.21.5.2 "*manuales*

de procedimientos", Guía para la Gestión por Procesos en el Marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), numeral 4.1. "*Documentación de procedimientos referente a la lista de evidencias que se generan en la aplicación de una actividad dentro de cada procedimiento (...)"*, Resolución No. 02728 *"Por la cual se adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG y (...)"*, respecto al cumplimiento a los requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad y el Decreto 943 de 2014 *"Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI)"***,** particularmente en el componente Direccionamiento Estratégico en lo relacionado con el control del Modelo de Operación por Procesos *"Mediante el control ejercido a través de la puesta en marcha de este elemento, las entidades podrán contar con una estandarización de las actividades necesarias para dar cumplimiento a su misión y objetivos, lo cual permite, que su operación se realice de manera continua, garantizando la generación de productos o servicios (...)*". El Equipo Auditor establece como potencial causa el desconocimiento por parte de los servidores públicos de las normativas que regulan y rigen la administración pública en cuanto a la entrega de información, según lo dispuesto en el Decreto 403 de 2020, inciso 2 del artículo 1° y articulo 151, el cual establece el *"deber de entrega de información para el ejercicio de las funciones de la unidad u oficina de control interno"*. Esto impide la eficiencia en el control interno debido a que, esta oficina no puede realizar un análisis adecuado de la situación de la operatividad de la Dirección Territorial, limitando su capacidad para identificar riesgos y proponer mejoras, así mismo, los funcionarios responsables de la no entrega de información puede acarrear sanciones administrativas y penales, afectando no solo a los responsables, sino también a la entidad en su conjunto. La correcta implementación de un sistema de control interno requiere el compromiso de todos los niveles de la entidad para garantizar la transparencia y la eficacia en la gestión pública. Es esencial que la Dirección Territorial tome acciones concretas para asegurar el suministro adecuado de información a los entes evaluadores (OCI), protegiendo así la integridad del sistema y evitando posibles sanciones que puedan comprometer la veracidad y exactitud de la información gestionada por la Dirección Territorial a nivel nacional.

DEBILIDAD 2

Esta situación evidencia debilidad en la gestión de la Dirección Territorial Santander 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.

OBSERVACION

Del análisis realizado por parte del equipo auditor de Control Interno de los soportes suministrados, se evidencia que la información no cumple con la totalidad de los lineamientos definidos por la política de seguridad física y del entorno, en cuanto que no se está dando cumplimiento de manera adecuada a dos (2) lineamientos sobre la gestión que debe ejercer la Dirección Territorial en cuanto al control y seguimiento de las los mantenimientos preventivos y la utilización de un instrumento que permita monitorear la temperatura y la humedad del centro de cableado asociadas a esta política.

Por lo anteriormente indicado el equipo auditor considera la necesidad de revisar y tomar las acciones necesarias para dar cumplimiento a los lineamientos reportados como “no cumple” que indica la política de seguridad física y del entorno según la resolución No. 03157 del 10 de noviembre del 2021 donde se dictaminan las políticas de Seguridad de la Información y se gestionen de manera adecuada los soportes documentales que permitan evidenciar el cumplimiento.

7. ASPECTOS SOBRESALIENTES

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

De acuerdo con los principios de auditoria generalmente aceptadas, se examinó la información aportada por la Dirección Territorial y sus evidencias que las soportan, se encuentra que su presentación está en el orden de acuerdo con los criterios de calidad de la información, donde no genera incertidumbre al Equipo Auditor respecto al escepticismo profesional, razón por la cual se cumple lo determinado en el artículo 2 de la Ley 87 de 1993 en el literal e) *“Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros”* entendiendo por registros todas las evidencias de la información aportadas, por consiguiente, se resalta la calidad y pertinencia de las evidencias, lo que muestra un trabajo coordinado con calidez y prontitud.

Se identifica durante la auditoría realizada por el Equipo Auditor disposición del Director Territorial y su equipo de trabajo, así como la funcionaria enlace asignada para atender dicho ejercicio a través de una adecuada comunicación, planificación y cumplimiento de los tiempos de entrega de las evidencias solicitadas, situación que facilita la ejecución de la evaluación para obtener resultados que contribuyen a la mejora continua de la dirección territorial auditada.

Respecto a los resultados de los indicadores distintos del plan de acción estos permiten la toma de decisiones de manera integral para el cumplimiento de las metas, donde se identifica la evaluación del impacto de las actividades que se dan en los diferentes escenarios institucionales aportando al logro de los objetivos.

Se resalta el uso de los aplicativos y herramientas tecnológicas que permite realizar la ejecución de las actividades misionales, el seguimiento y cargue de la información de acuerdo con las necesidades y expectativas de las partes interesadas tanto internas como externas, lo cual coadyuva al logro de la misionalidad institucional.

Comunicación permanente con los procesos misionales del nivel nacional para verificar el avance y seguimiento del plan de trabajo, con el fin de evaluar los resultados alcanzados y establecer los compromisos para lograr las metas planteadas.

En términos generales, la Dirección Territorial Santander tiene aspectos sobresalientes que pueden dar a conocer a otras dependencias y constituirse en buenas prácticas institucionales.

8. RESULTADOS DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.

8.1 Plan de Mejoramiento Auditoría de Gestión – Plan de Mejoramiento Institucional – CGR

La Dirección Territorial no cuenta en la actualidad con debilidades pendientes. Así mismo, no cuenta con hallazgos generados por la Contraloría General de la República.

9. RESULTADOS DE LOS LOGROS DE GESTIÓN

El resultado de la gestión de la Dirección Territorial Santander, dentro de la evaluación por dependencias, obtuvo un logro del 9.30 **/**10.00 para la vigencia 2024

10. CONCEPTO DE AUDITORIA

El propósito de la auditoría es evaluar el sistema de control interno de la Dirección Territorial Santander visto desde el logro de metas, aplicación de normas, modelos de gestión efectivos y la valoración del sistema de control interno que actualmente aplica en su quehacer cotidiano. Para cumplir dicho propósito, se examinaron los aspectos comunicacionales y de seguimiento a las acciones de control que se deben realizar de conformidad con la naturaleza de la gestión. Producto de esta actividad el Equipo Auditor de la Oficina de Control Interno emite el siguiente concepto de auditoría:

La Dirección Territorial Santander ejecuta un modelo de control interno en aras de cumplir con las funciones establecidas en el Decreto 4802 de 2011 artículo 29 y la ley 87 del 1993, artículo 2º literal b) " *Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional*", con el fin de lograr los objetivos que le han sido asignados y contribuir con aquellos que le corresponde a nivel nacional. Durante el ejercicio auditor se identificaron elementos de controles fuertes y débiles que pretenden dar información oportuna para la toma de decisiones en el mejoramiento continuo en la gestión de la dirección territorial, así como también se identifican fortalezas relevantes en la gestión examinadas por el Equipo Auditor en el marco del cumplimiento del Decreto 1499 de 2017 que actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG, las cuales deben ser potencializadas al interior de la Dirección Territorial y armonizadas para el cumplimiento de las diecinueve (19) políticas del MIPG.

El modelo de Control Interno determinado por la entidad establece la aplicación de las siguientes variables: ejecución de los procedimientos misionales, medición a través de cualquier metodología incluidos los indicadores de gestión, riesgos que trasciende como herramienta gerencial al mapa de riesgos y que responde a la identificación del entorno específico en el cual desarrolla su gestión la Dirección Territorial, control que permita la toma decisiones y sirve como herramienta en la ejecución de las actividades, seguimiento y mejora como expresiones gerenciales que contribuyan a optimizar los recursos maximizando de esta manera los beneficios, ejecución del plan de acción, control del cumplimiento de las funciones vs políticas de MIPG y la evaluación de las tecnologías y seguridad de la información. Estos aspectos básicos del Sistema de Control Interno son objeto de evaluación por parte del Equipo Auditor a través de papeles de trabajo diseñados para establecer el nivel de madurez, aplicación y cumplimiento de ellos.

El sistema de control interno de cualquier proceso inicia con la caracterización y procedimientos asociados que permitan operacionalizar las actividades que conducen al cumplimiento de las funciones constitucionales y legales, que son instrumentos para la gestión de las direcciones territoriales. Teniendo esto en vista, es necesario que la dirección territorial fortalezca e implemente

acciones de mejora para que los procedimientos y actividades se cumplan de acuerdo con el flujograma que se establece a través de los procesos misionales desde el nivel nacional. Así mismo, se recomienda un trabajo en conjunto con estos procesos para que las actividades y evidencias requeridas estén totalmente claras y correspondan a lo instaurado en cada uno de los procedimientos y los criterios que allí se citan. Frente el análisis de la ejecución realizada por el Equipo Auditor a los procedimientos misionales se enfatiza tener en cuenta el acápite donde se detalla las debilidades de los resultados obtenidos con el fin establecer acciones internas de mejora.

Con respecto al Sistema de Control Interno objeto de evaluación por parte del Equipo Auditor a través del papel de trabajo diseñado para establecer el nivel de madurez de las cinco variables "indicadores, riesgos, control, mejora y seguimiento", los resultados son los siguientes:

La Oficina de Control Interno evalúa el nivel de cumplimiento de las cinco (5) variables mediante el uso de normas de auditoría generalmente aceptadas.

Al analizar las evidencias aportadas por el auditado sobre las acciones planteadas en el (proceso o DT), respecto a los cinco (5) componentes evaluados (Indicadores, Riesgos, Control, Mejora y Seguimiento), el equipo auditor evidencia que ellas dan certeza al cumplimiento.

Por lo tanto, se evidencia que el resultado final del SCI en relación con los cinco (5) componentes alcanza un nivel de calificación "Alto".

El mapa de riesgos es una herramienta gerencial que tiene por propósito establecer los eventos positivos o negativos que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales. Para el efecto, la Entidad aplica la metodología dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública y la estandarizada internamente, para cumplir con los lineamientos de estas buenas prácticas.

En esta línea el Equipo Auditor examina el mapa de riesgos y evidencia cumplimiento, no obstante, se recomienda que los riesgos de la dirección territorial sean desagregados conforme a cada uno de los procesos misionales y de apoyo. Actualmente, la mayor parte de la misionalidad se encuentra concentrada en tres riesgos de gestión, lo cual limita la precisión del análisis. Esta desagregación permitirá un mayor control y seguimiento, lo que contribuirá significativamente a reducir la probabilidad de materialización de los riesgos durante el desarrollo de la operación. Es importante señalar que, la dirección territorial no posee un proceso o procedimiento que le sea propio a su gestión, por lo que el mapa de riesgos responde a las funcionalidades gerenciales desplegadas en el Territorio y que para tener un panorama integro debe recoger los riesgos identificados en cada uno de los procesos que ejecuta en su jurisdicción.

La Directriz dada por la Dirección General en relación con la programación de las actividades en cuanto a metas y tiempos a través de la Oficina Asesora de Planeación, es de cumplir a cabalidad lo pactado como unidad de meta en los tiempos previstos. El Equipo Auditor aplica papel de trabajo que examina la trazabilidad y aplicación de la directriz señalada encontrando que, la dirección territorial presenta debilidad del sistema de control interno por incumplimiento de lo planeado frente a lo ejecutado en el plan de acción. Se examina el comportamiento de los reportes de avance y ejecución de las metas del plan de acción 2024 asignadas a la Dirección Territorial Santander, teniendo como parámetro de evaluación que tanto los reportes de avance como de ejecución deben corresponder al 100% de lo planeado. Este aspecto si bien tiene su impacto en la gestión, se puede superar con un sistema de planeación más dinámico y flexible donde la territorial tenga la posibilidad de reaccionar frente a las externalidades y recibir el apoyo necesario de la Oficina Asesora de planeación para lograrlo.

Respecto a la evaluación de las "*funciones y políticas del MIPG*" para determinar la pertinencia y conducencia que demuestren el cabal cumplimiento del Decreto 4802 de 2011 y las políticas del MIPG dispuestas en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión adoptado en el Decreto 1499 de 2017, donde el cruce de la información permita evidenciar que los métodos o actuaciones funcionales de los servidores de la dirección territorial corresponden con los dispuestos en el ordenamiento legal. El Equipo Auditor establece que la Dirección Territorial Santander cumple con la gestión de sus funciones y la implementación de las políticas de MIPG dispuesto en el marco normativo, por consiguiente, se evidencia un sistema de control interno que no presenta debilidad.

El Equipo Auditor aplica el papel de trabajo denominado "*herramienta auditoria TI*", y de cuyo análisis se desprende que no presenta debilidad, no obstante se evidencia que la información no cumple con la totalidad de los lineamientos definidos por la política de seguridad física y del entorno, en cuanto que no se está dando cumplimiento de manera adecuada a dos (2) lineamientos sobre la gestión que debe ejercer la Dirección Territorial en cuanto al control y seguimiento de las los mantenimientos preventivos y la utilización de un instrumento que permita monitorear la temperatura y la humedad del centro de cableado asociadas a esta política.

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 existe un modelo de control, el cual se puede calificar como bueno tendiendo a la efectividad, dado que el ámbito de este control está asociado a la participación en el proceso de gasto público.

Para finalizar, los resultados presentados por el Equipo Auditor van encaminados a la toma de decisiones sustentadas en herramientas que generen certeza al gestor público y por ende brinden a los usuarios de la Entidad la tranquilidad de recibir bienes o servicios que satisfagan sus expectativas dentro del marco de las externalidades propias de la gestión de la Dirección Territorial.

El Sistema de Control Interno de la Dirección Territorial Santander posee un nivel de debilidad que puede ser superado con acciones de mejora y la aplicación de herramientas gerenciales donde se visibilice la gestión de la dirección territorial.

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno a través del Equipo Auditor recomienda a la Dirección General solicitar al Director de 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,

LILIANA MARCELA CRIALES RINCON
Auditor Líder

CARLOS ARTURO ORDOÑEZ CASTRO
Jefe Oficina de Control Interno

Versión	Fecha	Descripción de la modificación
1	30/04/2014	Se crea formato
2	24/02/2015	Se incluye el ítem de número de informe. Se elimina el ítem 4.2 oportunidades de mejora.
3	21/07/2015	Se incluye la opción tipo de informe, con el fin de poder entregar un informe preliminar o final.

4	15/04/2016	Se incluye cuadro elaboró, revisó y aprobó. Se incluyen numerales 4.4 Sobre indicadores, 4.5 Verificación de riesgos y 4.6 verificación de controles Se incluye cuadro responsable de la auditoria
5	05/06/2017	Se modifica formato, se adiciona aprobación Jefe Oficina de Control Interno.
6	Abril /2018	Se modifica formato de acuerdo a nuevos lineamientos del Jefe de la Oficina de Control Interno, se eliminan cuadros en Excel.
7	17/04/2019	Se modifica formato según lineamientos del jefe de la Oficina de Control Interno.
8	28/10/2022	Se actualiza el formato en pie de página con los logos de certificación asociados al sistema de gestión de calidad ISO 9001:2015, ambiental ISO 14001:2015, seguridad y salud en el trabajo ISO 45001:2018 seguridad de la información ISO 27001:2013.